



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, ATUÁRIA E
CONTABILIDADE
MESTRADO PROFISSIONAL EM CONTROLADORIA**

HUMBERTO FERREIRA ORIÁ FILHO

**FRAUDES CONTRA COOPERATIVAS OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE
MÉDICO: ESTUDO DOS RISCOS E DOS CONTROLES INTERNOS**

FORTALEZA

2007

HUMBERTO FERREIRA ORÍÁ FILHO

**FRAUDES CONTRA COOPERATIVAS OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE
MÉDICO: ESTUDO DOS RISCOS E DOS CONTROLES INTERNOS**

Dissertação submetida à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Controladoria, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Controladoria.

Orientador: Prof. Marcus Vinícius Veras Machado, Ph.D.

FORTALEZA

2007

O78f Oriá Filho, Humberto Ferreira.

Fraudes contra cooperativas operadoras de plano de saúde médico: estudo dos riscos e dos controles internos. Fortaleza: [s.n], 2007.

210p.

Dissertação (Mestrado) em Controladoria – Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Economia, Administração, Atuária, Contabilidade e Secretariado Executivo.

Orientador: Prof. Marcus Vinícius Veras Machado.

1. Fraudes. 2. Riscos. 3. Controles internos. 4. Plano de saúde. I. Título II. Machado, Marcus Vinícius Veras.

CDD: 364.163

HUMBERTO FERREIRA ORIÁ FILHO

**FRAUDES CONTRA COOPERATIVAS OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE
MÉDICO: ESTUDO DOS RISCOS E DOS CONTROLES INTERNOS**

Dissertação submetida à Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Controladoria, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Controladoria.

Aprovada em 14 / 02 / 2007

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Marcus Vinícius Veras Machado, Ph.D. (orientador)
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof. Dr. William Celso Silvestre
Universidade Federal do Ceará – UFC

Prof.^a Dr.^a Ana Maria Fontenele Catrib
Universidade de Fortaleza – UNIFOR

A Deus Pai,
À Sagrada Família de Nazaré,
À Irmã Yolanda de Souza Brasil (*In memoriam*),

dedico este trabalho acadêmico.

AGRADECIMENTOS

À minha amada esposa, Rafaela Oriá, pelo apoio, paciência e compreensão em todos os momentos, meu eterno amor.

Aos meus pais, Humberto e Noélia, pela ajuda, orientações e estímulos na minha caminhada pessoal, acadêmica e profissional, bem como de meus irmãos, Reinaldo e Maurício, pelo apoio, meu apreço e carinho especial.

Ao meu prezado amigo Miguel Carioca, pelo estímulo e ajuda na minha caminhada pessoal e profissional, meu grande apreço e estima especiais.

A todos os que fazem o Grupo de Casais e de Jovens de São Vicente de Paulo, particularmente na pessoa de Cavalcante Neto, meus carinhos votos de afeição e de amizade.

Ao professor orientador doutor, Marcus Vinícius, pela paciência, simplicidade, dedicação, orientação e incentivo na elaboração desta dissertação, meus sinceros agradecimentos.

À Diretoria da Unimed de Fortaleza - Cooperativa de Trabalho Médico Ltda., pelo apoio, colaboração e incentivo profissional aos seus funcionários, meus atenciosos votos de estima.

Aos meus colegas da Auditoria Interna da Unimed de Fortaleza, Ailton Marques, Arnaud Velloso e Jorge Erison, pela ajuda e sugestões na feitura desta dissertação, minha sincera gratidão.

Aos que fazem parte da Coordenação e da Secretaria do Curso de Mestrado Profissional em Controladoria da UFC, pelo apoio e suporte, meus agradecimentos.

Aos meus colegas do Curso de Mestrado Profissional em Controladoria, que muito me honraram com sua amizade e que contribuíram de alguma forma para a conclusão desse projeto, meu reconhecimento.

A todos os demais amigos e colegas que ajudaram direta ou indiretamente na elaboração, desenvolvimento e finalização deste ensaio, meus cordiais agradecimentos.

RESUMO

Atualmente, as fraudes contra as organizações são inúmeras e de vários tipos, classificações e modalidades. Nenhuma empresa pode argüir que está imune aos seus ataques e investidas, inclusive as operadoras de plano de saúde médico. Na área de saúde suplementar, segundo pesquisa realizada pela FENASEG (2007), em 2004, num universo de dois mil entrevistados, constatou-se que 34% têm propensão a fraudar o seguro saúde. Conforme a ABRAMGE (2007), as fraudes atingem 20% dos procedimentos cobertos pelos planos, tanto no aspecto das irregularidades por parte dos clientes como por parte dos prestadores de serviços (médicos, laboratórios e hospitais). Com o intuito de investigar de que forma a análise de riscos e dos controles internos pode atuar na prevenção e identificação de erros e de fraudes contra cooperativas operadoras de planos de saúde médicos, dentro de uma metodologia de estudo de caso único, foi realizada uma pesquisa cujos instrumentos de coleta de dados foram um questionário aplicado aos principais gestores da empresa e a observação direta intensiva, além da pesquisa bibliográfica e documental. Com base nos resultados deste estudo, foram identificados e mensurados individualmente cada um dos riscos operacionais dos macroprocessos examinados, e elaborada em seguida uma matriz de risco para estes três principais macroprocessos da organização. Descobriu-se que a operadora de plano de saúde em questão apresenta, no aspecto médio global, um risco operacional de ocorrência de erros e de fraudes relativamente baixo (improvável), mas com as conseqüências: alta na utilização do plano pelo cliente, mediana na alteração cadastral e baixa na venda e registro de novo plano. Pode-se deduzir que a análise de risco, mediante a utilização de matrizes de riscos, é um importante instrumento gerencial para organização, bem como de prevenção contra fraudes e erros. Enfim, faz-se mister estabelecer o constante acompanhamento e análise dos riscos operacionais, bem como a avaliação e atualização permanente dos controles internos das organizações.

Palavras-chave: Fraudes. Riscos. Controles. Plano de Saúde.

ABSTRACT

Currently, frauds against organizations are countless and of some types, classifications and modalities. No company or entity can argue that it is immune to such attacks and assaults, including those which operate medical health insurance plans. In the field of supplementary health care, according to research performed by FENASEG (2007), in 2004, in a universe of two thousand interviewees, it was found that 34% have a propensity for fraud in medical health insurance plans. According to the ABRAMGE (2007), fraud has reached 20% of procedures covered by plans, both in terms of irregularities by clients as well as those who provide such services (doctors, laboratories and hospitals). In an attempt to investigate how risk analysis and internal controls may contribute towards prevention and identification of errors and frauds against medical health plan operators, within the methodological approach of a single case study, research was undertaken in which data collection tools were a questionnaire applied to the company's main managers, and intensive direct observation, as well as a review of bibliography and documents. Based on the results of this study, each macro-processed operational risks was examined and it has also been individually identified and measured. Afterwards an operational risk matrix was elaborated for this three main macro processes of the organization. It was found that the health plan operator in question represented, from a global average perspective, a relatively low operational risk of occurrence of mistakes and fraud (unlikely), but with the following consequences: high for the process of utilization of the plan by the client, average for the process of record alteration and low for the process of sale and registration of the new plan. It can be said that the risk analysis, through the use of risk matrix, becomes an important management tool for organization as well as fraud and error prevention. It is therefore necessary to constantly follow up and analyze operational risk, as well as to permanently evaluate and update internal controls in such organizations.

Key words: Fraud. Risk. Controls. Health Plans.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	Formas de se descobrir ou constatar a fraude.....	66
TABELA 2 -	Ações executadas após a descoberta da fraude.....	67
TABELA 3 -	Planos para diminuição da possibilidade de fraude.....	67
TABELA 4 -	Razões para aumento de atos fraudulentos.....	97
TABELA 5 -	O que possibilitou a ocorrência das fraudes.....	97
TABELA 6 -	Balanço Patrimonial da Cooperativa.....	135
TABELA 7 -	Riscos na venda de planos e registro de novos clientes.....	176
TABELA 8 -	Riscos na utilização do plano de saúde.....	176
TABELA 9 -	Riscos nas alterações cadastrais do cliente.....	176
TABELA 10 -	Controles na venda de planos e registro de novos clientes....	177
TABELA 11 -	Controles na utilização do plano de saúde.....	177
TABELA 12 -	Controles nas alterações cadastrais do cliente.....	177
TABELA 13 -	Mensuração dos riscos na venda de planos e registro de novos clientes.....	180
TABELA 14 -	Mensuração dos riscos na utilização do plano de saúde.....	182
TABELA 15 -	Mensuração dos riscos das alterações cadastrais.....	184

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Modelo de matriz de risco.....	39
QUADRO 2 - Relacionamento riscos e respectivos controles internos do processo “venda de planos e registro de novos clientes”.....	168
QUADRO 3 - Relacionamento riscos e respectivos controles internos do processo “utilização do plano de saúde”.....	171
QUADRO 4 - Relacionamento riscos e respectivos controles internos do processo “alterações cadastrais do cliente”.....	173
QUADRO 5 - Matriz de risco do processo “venda de planos e registro de novos clientes”.....	185
QUADRO 6 - Matriz de risco do processo “utilização do plano de saúde”....	186
QUADRO 7 - Matriz de risco do processo “alterações cadastrais do cliente”.....	186

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ABRAMGE – Associação Brasileira de Medicina de Grupo
- AICPA – *American Institute of Certified Public Accountants* - Instituto Americano dos Contadores Públicos Certificados
- ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
- AUDIBRA – Instituto dos Auditores Internos do Brasil
- CBHPM - Classificação Brasileira de Honorários e Procedimentos Médicos
- CFC – Conselho Federal de Contabilidade
- CICA – *Canadian Institute of Chartered Accountants* - Instituto Canadense dos Contadores Certificados
- CMN – Conselho Monetário Nacional
- COBIT – *Control Objectives for Information and Related Technology* - Objetivos de controles relacionados à tecnologia da informação
- COCO – *Criteria of Control Committee* - Comitê para desenvolvimento de critérios de controle
- CONSU – Conselho Nacional de Saúde Suplementar
- COSO – *Committee of Sponsoring Organizations* – Comitê das Organizações Patrocinadoras
- FEBRABAN – Federação Brasileira dos Bancos
- FENASEG – Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e Capitalização
- IARF – *Internal Auditors Research Foundation* - Fundação de Pesquisa dos Auditores Internos
- INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
- ISACF – *The Information Systems Audit and Control Foundation* - Fundação para prover informações sobre sistemas de auditoria e controle
- OCB – Organização das Cooperativas Brasileiras
- SAC – *Systems Auditability and Control* – Sistemas de auditoria e controles
- SAS – *Statements on Auditing Standards* - Enunciado sobre padrões de auditoria
- SEBRAE - Serviço Brasileiro de Apoio às Micro e Pequenas Empresas
- SUS – Sistema Único de Saúde
- SUSEP – Superintendência de Seguros Privados
- TI – Tecnologia da Informação
- UFC – Universidade Federal do Ceará
- UNIMED – União dos Médicos

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	07
LISTA DE QUADROS.....	08
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	09
1 INTRODUÇÃO.....	12
1.1 Apresentação do tema.....	12
1.2 Justificativa da pesquisa.....	14
1.3 Problemática.....	18
1.4 Objetivos.....	19
1.5 Pressupostos.....	20
1.6 Limitações da pesquisa.....	21
1.7 Estrutura do trabalho.....	23
2 ASPECTOS GERAIS DO RISCO, DO CONTROLE, DA AUDITORIA E DA FRAUDE.....	26
2.1 Risco.....	26
2.2 Controle.....	41
2.3 Auditoria.....	57
2.4 Fraude.....	74
3 CARACTERIZAÇÃO DA EMPRESA ESTUDADA.....	106
3.1 Cooperativismo e cooperativa.....	106
3.2 Cooperativa de trabalho.....	112
3.3 Cooperativa de trabalho médico e sistema Unimed.....	114
3.4 Operadoras de plano de saúde: regulamentação e produtos.....	121
3.5 Caracterização da empresa “estudo de caso”.....	128
4 METODOLOGIA.....	136
4.1 Abordagens e métodos de pesquisa.....	137
4.2 Coleta e estruturação de dados.....	142
4.3 Avaliação individual dos riscos.....	148
4.4 Passos gerais adotados no desenvolvimento da pesquisa.....	149

5 PROCESSOS, RISCOS, EFEITOS E CONTROLES.....	152
5.1 Processos envolvendo clientes.....	152
5.2 Riscos operacionais dos processos.....	155
5.3 Possíveis efeitos na realização dos riscos.....	159
5.4 Controles internos e ações preventivas.....	162
5.5 Relacionamento riscos <i>versus</i> controles internos.....	167
5.6 Resultado da aplicação de questionário.....	175
5.7 Elaboração, aplicação e análise da matriz de risco operacional.....	180
6 CONCLUSÃO.....	189
REFERÊNCIAS.....	193
APÊNDICE.....	209

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação do tema

As fraudes não são privilégios somente de nossa época ou de nossa sociedade atual. São tristes fatos que se perpetuam pela história do homem e de suas civilizações. Como muito bem explica Rasmussen (1988, p. 1),

Desde os tempos remotos da história da civilização do homem, nas épocas do classicismo, pré-colombiano, idade média até a época atual, os homens que possuem poderes, em certas circunstâncias, têm abusado destes poderes para se enriquecer e lesar as instituições das quais obtiveram confiança e poder.

É o que infelizmente confirma a KPMG (2002), deduzindo que “a fraude e suas raízes – ganância e arrogância – fazem parte da natureza humana”.

Atualmente, as empresas estão percebendo cada vez mais que as fraudes não são exclusividade de determinadas entidades ou de certos ramos de negócios. Elas atacam qualquer tipo de organização, inclusive cooperativas operadoras de plano de saúde (ORÍÁ FILHO, 2000).

Vive-se num mundo cultural, tecnológica, econômica e/ou mercadologicamente globalizado, onde as organizações enfrentam não mais uma concorrência local, regional ou setorial, mas uma concorrência de âmbito mundial. Nesse contexto, cada esforço despendido eficazmente, cada economicidade realizada nos processos produtivos fará grande diferença, como também cada erro, falha, desvio, perda e/ou desperdício será um fardo cada vez mais pesado e difícil de suportar pelas empresas (ORÍÁ FILHO, 2002).

No Brasil, antigamente as fraudes, erros e desperdícios quase nunca eram percebidos em decorrência da elevada inflação, que mascarava as perdas financeiras decorrentes e, também, não levavam os administradores a observar com

maior atenção o problema. As perdas por erros e irregularidades eram incorporadas aos custos da operação e repassadas ao consumidor ou cliente. Com a estabilização da moeda brasileira, advinda com o Plano Real, este problema tornou-se visível para a maioria das organizações (PS CONTAX, 2001). É o que confirma Maranguape (2001) ao referir que, "no Brasil, a fraude é uma doença, que se alastra cada vez mais como se fosse uma epidemia perante a vulnerabilidade e fragilização dos sistemas que deveriam coibi-la".

As fraudes, por sua vez, provocam altas perdas financeiras, como também muitas outras conseqüências por demais devastadoras. Em relação aos efeitos das fraudes nas organizações, muito bem lembra Silva (2000, p. 13): "o problema de quem não encara a fraude é que, infelizmente, acaba perdendo sempre, até não suportar tantas perdas".

Em relação à questão das perdas, ratifica a publicação "A fraude no Brasil – Relatório da Pesquisa 2000", de autoria da empresa de auditoria independente KPMG, numa pesquisa junto a cerca de mil empresas, tanto do setor público quanto do setor privado:

A fraude exerce sobre as organizações o mesmo efeito de deterioração do concreto exerce numa construção: sob a superfície, ela vai minando a estrutura e os alicerces e, se o proprietário tardar em descobrir a corrosão ou não atuar imediatamente após sua descoberta, o edifício acabará ruir. O impacto da fraude no mundo dos negócios não se limita ao montante envolvido. A fraude de vulto pode colocar em risco toda uma organização, além de prejudicar sua reputação. Pode criar um ambiente de trabalho nocivo [...]. (KPMG, 2000, p. 2).

Na prevenção, identificação e combate às fraudes, erros e desperdícios, as empresas e organizações recorrem e confiam nos sistemas de avaliação de riscos e/ou de controle interno, criando e estruturando-os de modo a garantir a segurança desejada. De forma bastante sucinta, pode-se definir os objetivos de um controle interno de uma organização em quatro tópicos básicos: a salvaguarda dos interesses da empresa; a precisão e a confiabilidade dos informes e relatórios contábeis, financeiros e operacionais; o estímulo à eficiência operacional; e a aderência às políticas.

Segundo Florentino (1977), vale destacar que um bom sistema de controle interno em uma organização poderá estimular dois importantes fatores:

a) o desestímulo às tentativas de fraude, pois os controles estabelecidos exercerão vigilância e controle constantes, que não compensariam o risco de se cometer a fraude; e

b) no caso da concretização da fraude, a possibilidade de a entidade apurar com rapidez esta ocorrência, identificando o(s) autor(es) e atribuindo a este(s) responsabilidade(s) sobre o fato.

É importante estar consciente de que fraude existe e que ela pode atingir as organizações. Nesse caso, se faz necessária a adoção de medidas preventivas, para que se possam diminuir os riscos de sua ocorrência.

A linha de pesquisa dessa dissertação está compreendida na área da gestão econômica e competitividade (UFC, 2007), por explorar questões relacionadas à gestão econômica da organização estudada, bem como relacionadas a sua competitividade (as fraudes impactam negativamente na competitividade de qualquer organização).

1.2 Justificativa da pesquisa

No exercício da profissão de pesquisador, como auditor interno de uma grande organização e professor acadêmico desta área, o autor percebeu como nefastas são as conseqüências dos erros, das falhas e/ou das fraudes contra as organizações, particularmente contra as operadoras de plano de saúde médico, e como se faz necessário identificar e mapear os riscos operacionais destes tipos de ocorrência, para atuar mais eficazmente na sua prevenção e tempestivo combate.

Como diz Balkins (2003), infelizmente, a maioria das empresas desconhece os riscos relativos aos seus objetivos de negócios aos quais estão expostas, conforme indicam os crescentes números de fraudes, delitos e perdas decorrentes da falta de uma política de controle sobre os diversos aspectos que

cercam as operações empresariais em todos os setores de atividades. Em um ambiente globalizado, que não permite erros, desconhecer os riscos que podem impedir a obtenção de seus objetivos é o caminho mais curto para a extinção de qualquer negócio.

Na área de saúde suplementar, para se ter uma idéia, segundo pesquisa promovida pela Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e Capitalização, em 2004, num universo de dois mil entrevistados por telefone, em âmbito nacional, constatou-se que 34% têm propensão a fraudar o seguro saúde (FENASEG, 2007). Conforme a Associação Brasileira de Medicina de Grupo, entidade que congrega operadoras de plano de saúde, as fraudes atingem 20% dos procedimentos cobertos pelos planos, tanto no aspecto das irregularidades por parte dos clientes como do lado dos prestadores de serviços (médicos, laboratórios e hospitais) (ABRAMGE, 2007).

O tema das fraudes, que acometem as operadoras de plano de saúde médico, é também um assunto bem atual e inquietante, como comprovam as inúmeras notícias, reportagens, textos e/ou artigos vinculados recentemente nos jornais e *sites* especializados brasileiros, em 2006, como por exemplo: a) “Fraude faz operadora de saúde adotar leitura digital”, publicada no Jornal Estadão (WESTIN, 2006); b) “Plano de saúde – investimentos contra fraudes”, publicada no Jornal O Povo (PLANO, 2006); c) “Unimed usa TIC no combate a fraudes”, publicada no *site* da Decision Report (CORRÊA, 2006); d) “Fraudes nos planos de saúde” e “Introdução às fraudes e aos danos de seguradoras e planos de saúde”, publicadas no *site* denominado Monitor das Fraudes (MONITOR DAS FRAUDES, 2006a, 2006b).

Além disso, vale ressaltar que atualmente o cooperativismo médico Unimed está presente em mais de 75% do Território nacional brasileiro, com 378 (trezentos e setenta e oito) cooperativas singulares, 20 (vinte) federações regionais e 1 (uma) confederação, prestando assistência médica a treze milhões de usuários por meio de seu corpo associativo formado por oitenta e dois mil médicos, que são donos do seu próprio empreendimento cooperativo, além de gerar vinte e um mil empregos diretos (UNIMED DO BRASIL, 2006).

No Brasil, a medicina supletiva é responsável pelo atendimento de mais de 30% da população (CORDEIRO, 2006). O sistema privado de saúde brasileiro atende a 41 (quarenta e um) milhões de pessoas, com 370 (trezentos e setenta) mil leitos, em 4.300 (quatro mil e trezentos) hospitais e 120 (cento e vinte) mil médicos. O setor público atende 75% da população, com 565 (quinhentos e sessenta e cinco) mil leitos em 7 (sete) mil hospitais e 70 (setenta) mil médicos. O mercado brasileiro de atendimento à saúde privada movimenta em torno de quinze bilhões de reais por ano, abrangendo empresas de medicina de grupo, cooperativas, autogestão e seguradora de saúde (SILVA, 1998).

A escolha de uma cooperativa de trabalho - operadora de plano de saúde médico, para o estudo de caso, se deu pelos seguintes motivos (UNIMED DE FORTALEZA, 2006, 2007; UNIMED DO BRASIL, 2006):

a) por ser uma operadora líder no mercado de plano de saúde médico em Fortaleza-CE e no Estado do Ceará, contando mais de 29 (vinte e nove) anos de existência;

b) por ser uma grande empresa, de mais de 300 (trezentos) mil clientes, mais de 3.400 (três mil e quatrocentos) médicos cooperados, quase 1.500 (mil e quinhentos) empregados e um faturamento anual de US\$ 141,6 milhões, em 2005;

c) por estar situada, conforme revista *Exame*, edição “Melhores e Maiores de 2006”, entre as mil maiores empresas do Brasil (observando o *ranking* das maiores por vendas), ocupando a 723ª posição, sendo a 101ª maior empresa da região Norte-Nordeste;

d) por ocupar, conforme revista *Balanço Anual* de 2006 da *Gazeta Mercantil*, a 47ª entre as cem maiores empresas do Nordeste e a 8ª posição entre as maiores empresas de plano de saúde do País, considerando o valor da receita líquida anual;

e) por ser uma empresa conceituada e reconhecida tanto no contexto estadual como nacional, como comprovam os diversos prêmios, selos e certificações recebidas, como por exemplo -

- *Empresa cidadã*, prêmio oferecido pelo Governo do Estado do Ceará às empresas que contratam pessoas com dificuldade para entrar no mercado de trabalho;

- *Selo de Responsabilidade Social da Unimed do Brasil 2006*, concedido pelos relevantes serviços de assistência social aos fortalezenses;

- *Selo Empresa Amiga da Criança*, em 2006, concedido da Fundação Abrinq, por ser uma empresa que tem compromisso social com a criança e o adolescente;

- *Prêmio Euvaldo Lodi 2006*, concedido pelo Instituto Euvaldo Lodi, pelas melhores práticas de estágio, contribuindo efetivamente para a formação de novos talentos para o Estado do Ceará;

- *Troféu Visão Social 2006*, concedido pelo Consórcio Social da Juventude do Ceará e Governo Federal (Ministério do Trabalho e Emprego), reconhecendo publicamente as organizações e seus gestores pela participação no Programa Nacional de Estímulo ao Primeiro Emprego;

- *Destaque empresarial – serviços planos de saúde 2006*, referente às organizações que se destacaram empresarialmente no cenário do Estado do Ceará;

- *Marcas de Confiança*, concedido do Instituto Marplan e pela revista *Seleções*, às marcas brasileiras de maior confiabilidade;

- *“Top of Mind” – “As marcas campeãs”*, concedido à Unimed, como resultado de uma pesquisa, realizada pelo Instituto Datafolha/Anuário do Ceará, que a posicionou como o plano de saúde mais lembrado pelos cearenses em 2005;

f) por ser uma das 10 (dez) maiores cooperativas de trabalho médico - operadoras de plano de saúde do País do sistema Unimed, entre as 378 (trezentos e setenta e oito) cooperativas médicas existentes, entre singulares, federações e a própria confederação nacional. Conforme dados da Unimed do Brasil, em 2005, ela ocupou o 8º lugar em número de usuários e o 5º lugar em número de médicos cooperados; e

g) por pertencer ao Sistema Empresarial Unimed do Brasil, o que propicia maior facilidade de extrapolar posteriormente as conclusões da pesquisa para outras Unimed do País.

Em síntese, justifica-se, este trabalho de pesquisa aplicado, além do que já foi relatado, pela oportunidade de se contribuir na melhoria dos sistemas de controles internos das cooperativas operadoras de planos de saúde médicos; por ser um assunto diretamente ligado à profissão do pesquisador; pela possibilidade de enriquecimento do conhecimento, no nível acadêmico, já que existem poucos estudos científicos específicos sobre o assunto em foco e, mais ainda, em cooperativas operadoras de plano de saúde médico, como também na área empresarial, por ser um alerta aos empresários e administradores de planos de saúde, no aspecto da necessidade de se conhecer os riscos deste tipo de ocorrência (erros e fraudes) e da possibilidade de se adotar medidas tempestivas e preventivas de combate às mesmas.

1.3 Problemática

O problema, ou também conhecido na academia como a pergunta de partida, é o norteador de todo o trabalho acadêmico, pois funciona como a luz referencial para toda a pesquisa (PESSOA, 2005). Um problema “é uma questão que mostra uma situação necessitada de discussão, investigação, decisão ou solução”. (KERLINGER, 1980, p. 35).

Há diversos fatores que podem determinar os interesses pela escolha de problemas de pesquisa. Conforme Gil (1991), os mais significativos são: os valores sociais do pesquisador, suas inclinações pessoais e os incentivos sociais. Bailey

(1982 apud CASTRO, 2003) sugere os seguintes: o paradigma sociológico seguido pelo pesquisador, o grau de relação entre o método apropriado para a coleta de dados e o problema de pesquisa, a unidade de análise escolhida e o fator tempo.

Triviños (1987) aconselha que o foco da pesquisa esteja relacionado ao âmbito cultural do pesquisador e/ou à prática cotidiana que ele realiza como profissional. Nesse trabalho, essa recomendação se efetiva plenamente em razão da experiência profissional do pesquisador (auditor interno de uma operadora de plano de saúde médico) e do seu âmbito cultural (professor universitário dessa área).

Considerando o que foi exposto, este estudo investigou o seguinte problema de pesquisa: De que forma a análise de riscos e dos controles internos pode ajudar no combate às fraudes contra cooperativa operadora de plano de saúde médico?

1.4 Objetivos

Os objetivos do trabalho dividem-se em geral e específicos, a seguir descritos.

1.4.1 Objetivo geral

Nesse contexto exposto, e em resposta ao questionamento citado, é que se objetiva principalmente, no presente trabalho acadêmico: analisar os riscos operacionais e os controles internos, relacionados à prevenção e identificação de fraudes, cometidas por clientes e/ou terceiros, contra cooperativa operadora de plano de saúde médico.

1.4.2 Objetivos específicos

Nesta pesquisa acadêmica, com base no objetivo geral, buscou-se atingir os seguintes objetivos específicos:

- verificar quais os principais riscos operacionais prováveis desses processos envolvendo clientes;
- pesquisar quais seriam as principais ações preventivas e os controles internos existentes na operadora, para prevenir e identificar erros e fraudes;
- relacionar os riscos operacionais identificados dos processos analisados com os respectivos controles internos; e
- apresentar uma matriz de análise de riscos operacionais aplicada especificamente a uma cooperativa operadora de plano de saúde médico, com a interpretação dos resultados apurados.

1.5 Pressupostos

Já a hipótese, diretriz ou pressuposto, é vista como uma solução provisória para um problema, além de ter necessariamente uma consistência lógica para que possa ser posteriormente submetida à verificação, a fim de ser comprovada ou não (LAKATOS; MARCONI, 1992). Para Thiollent (2000, p. 56), a hipótese pode ser simplesmente definida “como suposição formulada pelo pesquisador a respeito de possíveis soluções a um problema colocado na pesquisa, principalmente a nível observacional”.

No trabalho em foco, o pesquisador procurou utilizar a observação dos fatos, como também suas intuições, com base em sua experiência profissional na área de estudo, para definir os pressupostos da pesquisa. Além disso, a formulação dos pressupostos observou as seguintes condições essenciais, recomendada por Triviños (1987): expressas em linguagem clara e simples; empiricamente verificáveis; de forma específica; com suporte técnico (surgir do campo teórico) e não se referindo a um só fato (dimensão geral).

Com base nos argumentos introdutórios, bem como da problemática e objetivos apresentados (geral e específicos), o autor estipulou os seguintes pressupostos:

a) a análise de risco operacional tem papel importante na prevenção e identificação das fraudes contra as cooperativas operadoras de plano de saúde médico, bem como na estruturação de um sistema eficaz de controle interno;

b) a falta de integração e estruturação formal de um sistema de controle interno da operadora, voltado para a identificação e prevenção de fraudes e de erros, pode favorecer a existência de um risco maior na ocorrência dessas irregularidades; e

c) o processo de utilização do plano de saúde pelo cliente possui o maior risco na operadora de plano de saúde médico analisada.

1.6 Limitações da pesquisa

Para realizar esta dissertação, houve algumas restrições e/ou limitações, previamente estipuladas pelo autor, em concordância com o professor orientador, e/ou impostas pela instituição de ensino superior, a que está vinculada esta pesquisa acadêmica, para que se pudesse viabilizá-la no tempo acordado e na qualidade desejada. Entre estas limitações e restrições deste trabalho, destacam-se:

- a necessidade de delimitar o objeto de estudo a um segmento particular dos planos de saúde (no caso em questão, médico), já que existem também os planos de saúde odontológicos e até veterinários;

- dentro dos grandes grupos que atuam no sistema suplementar de saúde no Brasil, como operadoras de plano de saúde médico, optou-se pelas cooperativas de trabalho médico, entre os outros existentes (medicina de grupo, seguradora seguro saúde e autogestão). Em vista disso, também não foi contemplado nesta análise o Sistema Único de Saúde (SUS), no âmbito público;

- entre as cooperativas de trabalho médico no Brasil, as quais se destacam praticamente isoladas às do Sistema Unimed, fez-se a escolha por uma, que fosse representativa, dentro da metodologia de estudo de caso único;

- a empresa escolhida para exame está situada no Município de Fortaleza, do Estado do Ceará, tendo sua atuação basicamente restrita a esta área geográfica, apesar de ter relacionamentos operacionais e comerciais com outras Unimed's dentro e fora do Estado. Automaticamente, a pesquisa também ficou restrita a esta área geográfica de atuação da citada empresa estudada;

- o objeto desta pesquisa limita-se a estudar somente os possíveis erros e/ou fraudes causadas direta ou indiretamente por clientes (pessoa física) de cooperativa de trabalho médico - operadoras de plano de saúde médico, com ou sem a colaboração de terceiros (empregados, médicos, prestadores de serviços etc.). Por isso, não foram objeto de análise fraudes contábeis, fiscal-tributárias, trabalhistas e/ou previdenciárias, bem como fraudes internas cometidas por empregados da cooperativa sem a participação de clientes;

- não foram também objeto de estudo as fraudes cometidas por clientes contra operadoras de plano de saúde odontológico, veterinário e/ou de outros grupos de atuação (empresas de medicina de grupo, autogestão, seguro saúde etc.), bem como por clientes pessoa jurídica (contratos coletivos ou empresariais);

- não foram abordadas, dentro da pesquisa, questões relacionadas aos possíveis fatores motivadores de alguns clientes e/ou de terceiros em tentar fraudar a operadora de plano de saúde médico;

- não foram analisados ainda nessa pesquisa eventuais falhas, erros e/ou fraudes cometidas por operadoras de plano de saúde contra seus clientes, fornecedores e/ou prestadores de serviços, ou seja, o inverso da pesquisa proposta;

- dentro da análise deste trabalho acadêmico, não há como segregar especificamente as prováveis fraudes dos possíveis erros, já que, a princípio, a fraude é um erro intencional. Sendo assim, é inviável se conseguir avaliar se este suposto erro foi cometido propositadamente ou não pelo seu autor, já que este fato está no âmbito da motivação interna. Por isso, foram considerados ambos, erros e fraudes, mas sempre com o foco na última;

- a análise dos riscos proposta ficou restrita principalmente aos aspectos dos riscos operacionais, não adentrando questões relacionadas a riscos financeiros, estratégicos, de conformidade etc.; e

- a falta da possibilidade de aplicação prática da matriz de risco operacional pelos gestores e/ou das sugestões propostas, uma vez que o tempo disponível para que se pudesse fazer esse acompanhamento ultrapassa os limites de prazo propício para a realização de um relatório de mestrado profissional.

A existência dessas limitações abre várias oportunidades, para que posteriormente haja um aprofundamento dos estudos relativos às outras cooperativas de trabalho, como, por exemplo, as odontológicas, ou ainda, as outras empresas operadoras de plano de saúde (medicina de grupo, seguradora seguro saúde e autogestão) no aspecto das fraudes, análise de riscos operacionais e/ou dos controles internos.

1.7 Estrutura do trabalho

No capítulo segundo, que se refere à revisão bibliográfica de literatura, após a Introdução, apresenta-se a estrutura teórica do trabalho, dividida em quatro partes.

- Inicialmente, abordam-se os aspectos gerais do risco, seus conceitos, classificações, particularizando especificamente o risco operacional, além de abordar os ambientes e fatores que influenciam o risco; os principais sistemas aplicáveis na sua identificação; e um modelo de matriz de avaliação de risco.

- Em seguida, explanam-se as questões relacionadas ao controle, ao controle interno e/ou ao sistema de controle interno: definições, natureza, classificações, objetivos, elementos de composição, requisitos, princípios e fundamentos básicos, fatores que os comprometem e sua importância para as organizações.

- Posteriormente, num item específico, detalha-se um elemento primordial do controle, a auditoria (interna e/ou externa), nos seus aspectos conceituais e sua relação/atuação com as fraudes.

- Por fim, relatam-se os aspectos gerais da fraude, com o enfoque principal nos tópicos conceituais e nos fatores motivacionais dos seus agentes (os fraudadores). Tudo isso, voltado a dar uma base teórica adequada para a pesquisa prática.

No capítulo terceiro, apresenta-se com detalhes a organização, objeto do estudo de caso. Ou seja, seu histórico, características, particularidades, estrutura organizacional e contextualização em relação aos outros tipos de cooperativas e de operadoras de plano de saúde no Brasil. Além disso, realça-se sua posição como Unimed singular dentro do sistema empresarial Unimed.

Posteriormente, no quarto capítulo, descreve-se com detalhes a metodologia empregada para o desenvolvimento do presente estudo. Optou-se por um estudo de caso único, em uma cooperativa de trabalho médico, operadora de plano de saúde, situada no Município de Fortaleza-CE. Quanto ao método de abordagem, utilizou-se o método racional indutivo; quanto à abordagem do problema, principalmente uma pesquisa qualitativa; quanto aos fins da pesquisa, uma pesquisa aplicada; quanto aos tipos de estudos, os estudos descritivos; quanto aos métodos de pesquisa, uma investigação nas fontes bibliográficas e em pesquisa documental; e quanto à obtenção de dados, uma amostra não probabilística intencional, com aplicação de questionário e uma observação direta intensiva.

No capítulo quinto, relatam-se inicialmente os passos ou etapas dos processos relacionados com clientes (venda e registro do plano de novos clientes, utilização do plano pelo cliente e alterações cadastrais no banco de dados da Operadora). Em seguida, descrevem-se os prováveis riscos operacionais principais envolvendo tais processos e os possíveis efeitos e conseqüências quando de sua concretização. Na continuidade, listam-se quais os elementos do controle interno e/ou as ações preventivas para minimizar ou eliminar os riscos reportados. Posteriormente, faz-se um relacionamento dos riscos listados com os seus

respectivos controles internos. No final, sugere-se uma matriz ou mapa de análise de riscos operacionais dos processos estudados.

Por fim, se expõem as conclusões gerais e sintéticas da pesquisa proposta, esclarecendo se as proposições elaboradas no início dos trabalhos foram ou não evidenciadas, bem como se atingiu os objetivos traçados. Apresentam-se também recomendações para trabalhos futuros, que possam complementar a atual pesquisa.

2 ASPECTOS GERAIS DO RISCO, DO CONTROLE, DA AUDITORIA E DA FRAUDE

Neste capítulo, abordam-se os diversos aspectos conceituais relacionados ao risco, ao controle, à auditoria e à fraude. Dentro de uma organização, fazem freqüentemente necessários um mapeamento e uma avaliação dos riscos envolvidos, nos seus diversos níveis, para que se possa posteriormente adotar as medidas adequadas para eliminá-los ou, pelo menos, mitigá-los. Em seguida, a esta avaliação, conveniente se faz verificar se os controles internos desta organização apresentam-se capazes de cobrir estes principais riscos. Não se pode falar de risco e de controle, sem envolver um dos mais importantes instrumentos de controle, que é a auditoria. Por fim, quando os três elementos falham ou não atuam como deveriam ou se esperava, ocorre a incidência de erros e/ou de fraudes.

2.1 Risco

Neste item, abordam-se os aspectos conceituais do risco, particularmente dos riscos corporativos, ou seja, aquelas situações em que se pode afetar a capacidade da empresa de alcançar os objetivos desejados.

Inicialmente, vale lembrar que a palavra risco advém do termo da língua italiana antiga "risicare", que significa "ousar" (FREITAS, 2003, p. 216). Assaf Neto (2003) alerta para o fato de que o conceito de risco pode ser compreendido de várias maneiras, dependendo do contexto em que está sendo avaliado.

Conforme Cocurullo (2004), risco é a possibilidade de algo não dar certo ou de acontecer algum imprevisto capaz de mudar o rumo dos acontecimentos. O risco é inerente à vida das pessoas como das organizações. Assim, todos estão convivendo, permanente e ininterruptamente, com riscos de todo tipo, dimensão e natureza. Seus efeitos tanto podem ser positivos como negativos; ou seja, o risco representa uma possibilidade ou probabilidade de ocorrência e/ou trata-se de algo

que existe e que pode ocorrer. Não quer dizer automaticamente que sua ocorrência, entretanto, seja líquida e certa (DIAS, 2006).

Dentro do conceito geral de risco, Padoveze (2003, p. 128) define-o como sendo "eventos futuros incertos, que podem influenciar o alcance dos objetivos estratégicos, operacionais e financeiros da organização". No mercado financeiro e de capitais, o risco "é uma opção e não um destino. É uma opção, porque representa uma ação dependente do nosso grau de liberdade". (FREITAS, 2003, p. 216). Já para os administradores, que buscam maximizar os resultados financeiros das organizações, o risco é a possibilidade de que os resultados realizados possam diferir daqueles esperados (ASSAF NETO, 2003).

No âmbito das diversas definições e conceitos acerca do termo risco, pode-se classificá-los basicamente em três grandes vertentes:

I) a relacionada à incerteza de um acontecimento ou evento, como anotam Solomon e Pringle (1981, p. 30): "É o grau de incerteza a respeito de um evento";

II) a relacionada geralmente a um prejuízo, perigo ou perda financeira, como dizem Gitman (2002, p. 202): "Em seu sentido fundamental, é definido como a possibilidade de um prejuízo financeiro"; e Ferreira (1999, p. 1772): "Perigo ou possibilidade de perigo. Situação em que há probabilidade mais ou menos previsíveis de perda ou ganho";

III) a relacionada à incerteza no alcance de um ou de vários objetivos ou metas, como relatam Ferreira, Valente e Asato (2002): "É a probabilidade de perda ou incerteza associada ao cumprimento de um objetivo" e Paula (1999, p. 64): "Condições ou fatos significativos que podem criar uma situação de impossibilidade para a consecução dos objetivos estabelecidos".

Tal classificação anterior é ratificada por Padoveze (2003), ao acentuar que o conceito de risco pode ser utilizado em diversas perspectivas e, exemplificando, cita três delas.

- *Risco como oportunidade*: está implícito no conceito de risco e retorno. Quanto maior o risco, maior o potencial de retorno e, conseqüentemente, de perda.

- *Risco como perigo ou ameaça*: refere-se a eventos potencialmente negativos, tais como perdas financeiras, fraudes, danos à reputação, roubo ou furto, morte ou injúria, falha de sistemas, ou demandas judiciais.

- *Risco como incerteza*: trata-se da distribuição de todos os resultados possíveis, sejam positivos ou negativos.

Importante é se fazer uma diferenciação mais precisa entre risco e incerteza. Freitas (2003, p. 218), nesse aspecto, esclarece o seguinte:

O risco e a incerteza estão associados a um conhecimento imperfeito em relação ao futuro.

Uma situação é de risco, quando se conhece a exata distribuição de probabilidades de cada um dos eventos possíveis no futuro (probabilidades objetivas; ex.: um jogo de dados).

Uma situação é de incerteza, quando não temos conhecimento objetivo da distribuição de probabilidades associadas aos eventos que poderão resultar (probabilidades subjetivas). (Grifo nosso).

Há, além das definições anteriormente relatadas, abordagens que dividem o conceito de risco em duas partes. No âmbito da área de Finanças em geral, conforme Ross, Weesterfield e Jaffe (1995), o conceito de risco é dividido em: 1) *Risco sistemático*, que é qualquer risco que afete elevado número de ativos, cada um com maior ou menor intensidade; e, 2) *Risco não-sistemático*, que é qualquer risco que afete especificamente único ativo ou um pequeno conjunto de ativos.

No âmbito contábil-financeiro, Cocurullo (2004) lembra que, na prática, todos os fatos correspondentes às contas de qualquer demonstração financeira estão sujeitas a condições adversas, decorrentes de situações e ações externas e/ou internas relacionadas. As demonstrações financeiras de qualquer empresa podem apresentar certos tipos de riscos de ocorrência de problemas, que devem ser identificados, quantificados, monitorados e gerenciados.

Não é possível para uma empresa, mesmo a mais bem preparada, eliminar totalmente os riscos. Pode, entretanto, reduzir ou minimizar seu nível de exposição aos riscos, seja quanto ao seu impacto, caso se materialize, seja pela probabilidade de ele ocorrer e, conseqüentemente, o seu potencial destruidor. Atualmente, inúmeras organizações de todos os tamanhos, no mundo inteiro, já utilizam serviços profissionais de consultoria para identificar e reduzir possíveis problemas relacionados com riscos operacionais (de negócios, fraudes, desvios de recursos, sabotagem de funcionários, perda de informações sigilosas e estratégicas etc.) (BALKINS, 2003).

Segundo Padoveze (2003), a identificação dos riscos de uma organização passa sempre por uma análise dos ambientes interno e externo, considerando as variáveis e condições que afetam ou possam afetar o sistema empresa.

A identificação do risco consiste no processo pelo qual uma empresa identifica riscos, sistemática e permanentemente. Os procedimentos complementares para a identificação e análise dos riscos, não identificados primariamente, podem ser: entrevistas e *workshops*; *brainstorming*; questionários; mapeamentos dos processos; comparações com outras organizações e discussão com coligadas (PADOVEZE, 2003).

Neste caso, faz-se necessário também buscar quais os fatores de riscos de operações da empresa. Para Paula (1999, p. 67), os seis principais fatores de risco de operações, que não deixa de ser uma forma de classificação, podem ser assim definidos:

- **Risco operacional:** medida que avalia a possibilidade de a entidade não alcançar seus objetivos por não poder identificar e manejar os riscos de modo a dotar de integridade, eficácia e eficiência as suas operações e preservar os seus ativos;
- **Risco financeiro:** fato que pode gerar perda financeira para a entidade;
- **Risco de tecnologia da informação:** possibilidade de a tecnologia da informação com que se conta não funcionar segundo o previsto e vir a comprometer a disponibilidade, integridade e segurança da informação;
- **Risco de informação para a tomada de decisões:** possibilidade de a informação, destinada a respaldar as decisões institucionais, ser incompleta, antiquada, inexata, tardia, não guardar relação com o processo de tomada de decisão e não comunicar adequadamente, interna ou externamente;

- **Risco de recursos humanos:** possibilidade de existir falta de valores éticos, de uma adequada estrutura organizacional, de competência profissional e de responsabilidade formal por parte da administração ou dos servidores de uma entidade;
- **Risco contextual:** possibilidade de existirem fatores externos que possam impactar a entidade ou modificar significativamente as diretrizes básicas que orientam os seus objetivos e estratégias globais e repercutir sobre sua capacidade de alcançar seus objetivos.

Cocurullo (2004), em consistência com o sistema COSO Report e do entendimento da empresa de auditoria internacional *Price Waterhouse Coopers*, relaciona quatro grandes famílias de risco. Em síntese, são as seguintes:

- *riscos estratégicos* - associados ao modo como a organização é gerenciada. Estão relacionados a fatores internos (falhas de comunicação, falta de transparência social etc.), externos (pressões de concorrentes, inaptações a mudanças, indisponibilidade de capital, catástrofes, situação política adversa, mercado financeiro instável etc.) e de avaliação de informações para tomada de decisão (ambiente externo não monitorado, atitude empresarial não integrada, avaliação de negócios inadequada, medidas de desempenho inadequadas, estrutura organizacional inflexível, alocação inadequada de recursos, planejamento falho, definição inadequada de preços etc.);

- *riscos de conformidade* - associados à habilidade da organização de cumprir normas reguladoras, legais e exigências fiduciárias. Estão relacionados a fatores externos (legais, de regulamentação etc.), internos (não-aderência a normas e procedimentos) e de autoridade (liderança não clara, limites de autoridade inadequados, terceirizações mal administradas, incentivos de desempenho incoerentes, falta de prontidão para mudanças etc.);

- *riscos financeiros* - associados à exposição financeira de uma organização. Estão relacionados a fatores de precificação (elevados encargos financeiros, volatilidade cambial etc.), de liquidez (fluxo de caixa inadequado, elevado custo de oportunidade, concentração elevada etc.), de créditos (realização difícil, concentração, garantias insuficientes etc.) e de avaliação de informações para a tomada de decisão (planejamento e orçamento inadequados, informações

contábeis não confiáveis, relatórios financeiros ineficientes, investimentos não controlados, relatórios regulamentados inadequados etc.);

- *riscos operacionais* - associados às condições operacionais dos processos, controles, sistemas e informações. Estão relacionados a fatores de processo (ineficiência, inadequação da capacidade de produção, defasagem de desempenho, ciclo operacional inadequado, falta de insumos, obsolescência de estoque, obsolescência tecnológica, dependência de terceiros, falta de produtos e serviços, atitude ambiental inadequada, má qualidade dos produtos/serviços, descumprimentos de contratos, comunicação interna inadequada, falta de estoque de produtos, limitação dos recursos financeiros, falta de foco operacional etc.), de tecnologia da informação (falta de relevância da informação, falta de integridade da informação, acesso indevido, indisponibilidade e infra-estrutura inadequada), de retidão ou ética (ilicitudes, fraudes, uso não autorizado, gestão não ética etc.), de avaliação de informações para tomada de decisão (compromissos contratuais não cumpridos, medidas de desempenho inadequadas, falta de alinhamento, informações regulamentadas inadequadas etc.) e de recursos humanos (pressões de sindicatos, desmotivação, ineficiência, remuneração inadequada, resistência a mudanças, falta de mão-de-obra, treinamento inadequado, alta rotatividade, segurança e condições de trabalho inadequadas etc.).

Para Cocurullo (2004), como citado, o risco operacional é composto dos seguintes aspectos: processos, tecnologia e processamento de informação, retidão ou ética, avaliação de informações para tomada de decisão e recursos humanos. Estes elementos estão assim ligados diretamente ao ambiente operacional de uma organização.

Vale definir melhor o que é risco operacional. Para o Comitê de Basiléia (1998 apud FIGUEIREDO, 2001, p. 20), risco operacional é “o risco de perdas diretas ou indiretas resultantes de falhas ou inequação nos processos internos, pessoas, sistemas ou de eventos externos”. Cocurullo (2004, p. 57), por sua vez, refere-se a “um risco inerente aos negócios”.

Para Figueiredo (2001, p. 22-24), explicitando melhor esta passagem, apresenta quais são as três principais fontes de riscos operacionais internos de uma organização:

Risco humano ou risco de pessoas: possibilidade de perdas em função de falhas humanas por situações diversas, inclusive, falta de valores éticos, como por exemplo:

- **Erro não-intencional:** prejuízos por erros na execução de tarefas em função da não-definição de procedimentos, de processos distorcidos, falta de segregação de tarefas, volume de serviço, ou, ainda, falta de qualificação das pessoas.
- **Qualificação:** risco de perda em função do desempenho de tarefas ou funções por empregados ou prestadores de serviços sem a devida qualificação, incluindo capacidade, habilidade, perfil.
- **Fraude:** risco de perdas em decorrência de comportamentos fraudulentos, como adulteração de controles, desvio/subtração de valores, aceitação de “incentivos” para realização de negócios etc.

Risco do processo: riscos advindos da ocorrência de fragilidades nos processos, que podem ser gerados por falta de regulamentação interna e/ou documentação sobre políticas e procedimentos; deficiência no desenho dos processos, falta de controle, fatores que podem se materializar por riscos do tipo:

- **Risco de modelagem:** perdas oriundas de uso de modelos inadequados e/ou inconsistentes no cenário real. A presença deste risco é mais comum em serviços como: cálculo de risco, análise de projetos de investimentos, apuração de rentabilidade etc. [...]
- **Risco da transação:** é o risco de perdas em função de uma transação ser executada com erros, em qualquer uma de suas fases, em função da complexidade da operação ou do produto. Exemplos disso seriam: falta e/ou registro incorreto de uma operação de financiamento, liquidação de operação com divergência de saldos, documentação incorreta ou incompleta etc.
- **Risco de conformidade:** possibilidade de sanções de órgãos reguladores, em decorrência da inobservância de leis e regulamentos exigidos, bem como de normas operacionais e limites definidos pelo BACEN.
- **Risco de controle:** é o risco de perdas originadas por fragilidade no controle do processo, por deficiência de segurança ou volume das operações. Exemplos disso podem ser: falta de trava automática nos sistemas de gestão de crédito, possibilitando que operadores extrapolem os limites, e aumento abrupto no volume de serviços/produtos a serem controlados.

Risco tecnológico: é o risco originado de situações como: a) a incapacidade dos sistemas de proverem informações aos tomadores de decisão, em tempo real e com alta confiabilidade; b) a possibilidade de descontinuidade de atividades que utilizam recursos tecnológicos, por sobrecarga de sistemas de processamentos de dados, de comunicação e elétricos, entre outros.

- **Risco de software:** erros de programação, utilização inadequada de software, sistemas inadequados ou não padronizados para a instituição, impossibilidade de integração entre os diversos sistemas, fragilidade no acesso, obsolescência. [...]

- **Risco de equipamentos:** perdas por falhas em equipamento de processamento e transmissão de dados, comunicação e segurança, como dano em discos rígidos, devido à presença de vírus, falhas nas redes de computadores e servidores, perdas de informações gerenciais e de banco de dados pela inexistência de um sistema de *backup* confiável, obsolescência.
- **Risco de falhas nos sistemas:** perdas ocasionadas por paralisação ou falhas nos sistemas de processamento ou comunicação, impossibilitando processamento, transmissão, liquidação ou controle das operações. Por exemplo: falhas nos sistema de automação bancária, de contabilidade, de gestão de risco, de gestão de crédito etc.
- **Risco de prestação e confiabilidade da informação:** risco de perdas pelo fato de informações não poderem ser recebidas, processadas, armazenadas e transmitidas em tempo hábil e com segurança.

As duas classificações há pouco apresentadas são complementares entre si. Cocurullo (2004) fala de riscos estratégicos, de conformidade, financeiros e operacionais. Já Figueiredo (2001) têm uma abordagem mais específica, relatando o caso dos riscos de pessoas, do processo e tecnológico, sendo que todos esses elementos estão compreendidos dentro dos riscos operacionais de Cocurullo (2004).

Como se observa, as classificações dos tipos ou natureza de riscos não variam muito. Para exemplificar outro modelo de classificação, vale citar AUDIBRA (1992), ao assinalar que a segurança empresarial está ligada aos riscos de natureza:

- *operacional* - associada à eficiência operacional, à segregação de funções, ao nível de garantias, aspectos formais de transação e gestão de créditos;

- *patrimonial (não operacional)* - referente à conservação, manutenção, substituição, aquisição e construção de instalações, equipamentos e móveis, bem como à segurança física e ambiental desses aparelhos e instalações;

- *funcional* - associada a maior ou menor adequação do quadro funcional, ao nível de remuneração, à seguridade, à estabilidade, ao ambiente e ao desenvolvimento de recursos humanos; e

- *estratégica* - envolvida com o poder de influenciar o ambiente, o conhecimento da concorrência, o conhecimento das fraquezas e forças da empresa e da capacidade de se adaptar ao ambiente.

Para Dias (2006), é necessário ainda estabelecer alguns critérios para definição da classificação dos riscos, no aspecto quantitativo, considerando uma abrangência em relação aos macroprocessos desenvolvidos pela empresa. Para esse autor, os riscos identificados podem ser classificados em:

- *alto* - em razão dos seguintes tipos de consequência, como, por exemplo, diminuição ou extinção de qualidade nos produtos ou serviços prestados; prejuízo à imagem que a empresa tenha perante seus clientes e/ou o mercado em geral; interferência financeira nas operações da empresa, ocasionando perdas correspondentes a mais de 10% de seu resultado;

- *médio* - advindo dos seguintes tipos de efeitos, entre outros - diminuição parcial da quantidade dos produtos ou serviços prestados, porém sem sua total extinção; interferência financeira nas operações da empresa, originando perdas correspondentes à faixa de 1 a 10% de seu resultado; e

- *baixo* - relacionado aos seguintes tipos de impactos, como, por exemplo, interferências contingenciais no processo, que podem vir a afetar a qualidade dos produtos ou serviços prestados; interferência financeira nas operações da empresa, produzindo perdas inferiores a 1% de seu resultado.

Os critérios percentuais adotados por Dias (2006) são aleatórios, provavelmente indicados pela experiência do autor nesta área. É claro que cada profissional poderá adotar a variação percentual que considerar mais adequada a sua organização.

Semelhante classificação também adota Padoveze (2003), ratificando a idéia de que a avaliação do impacto e da probabilidade de cada risco geralmente é apresentada da seguinte forma: impacto (alto, moderado ou baixo) e probabilidade de ocorrência (alto, moderado ou baixo). Figueiredo (2001), por sua vez, opta por cinco itens na sua classificação: irrelevante, baixa, média, alta e extrema. Tais classificações, entretanto, são apenas exemplificativas, já que existem muitas outras variações.

Há ainda os seguintes sistemas aplicáveis para a identificação de riscos, conforme Cocurullo (2004), em resumo:

a) COSO Report

O Comitê das Organizações Patrocinadoras da Comissão Nacional para Relatórios Financeiros Fraudulentos (*Treadway Commission*) emitiu um relatório (*COSO Report – Committee of Sponsoring Organizations*), onde prevê uma matriz com a qual as organizações podem revisar e melhorar seus sistemas de controles internos. Para esse Comitê, o controle interno é definido como um método para atingir garantia racional e lógica de que objetivos em áreas relacionadas a efetividade e eficiência de operações, confiança de relatórios financeiros e complacência com leis, normas e regulamentos sejam alcançados. Em vista disso, mencionado relatório identifica também os cinco componentes inter-relacionados de controles internos:

- o ambiente de controle - define o tom de uma organização e o modo como opera;
- avaliação de risco - processo pelo qual cada gerência da organização decide como se tratará dos riscos que representam ameaça aos seus objetivos;
- atividades de controle - políticas e procedimentos praticados para assegurar que as diretrizes da gerência estão sendo levadas à risca;
- informação e comunicação - sistemas para capturar e comunicar informações relevantes no momento certo; e
- monitoramento - avaliação de todos os sistemas - particularmente os controles internos - para assegurar que estão funcionando como planejado.

Estes componentes citados são unidos de maneira que cada gerência da organização opera seu negócio e é integrante do gerenciamento. Cada um é ligado e inter-relacionado aos demais, não de modo linear ou em série, mas como um processo multidirecional e interativo. Como as necessidades internas de controle de organizações são diferentes – dependem do tamanho, filosofia da gerência, cultura etc. – dois empreendimentos jamais terão sistemas de controle idênticos. Além

disso, sistemas de controle internos operam em níveis diferentes de efetividade, de acordo com a entidade e com tempos diversificados.

b) COCO – *Criteria of Control Committee*

Criado pelo CICA – *Canadian Institute of Chartered Accountants* (Instituto Canadense dos Contadores Certificados), o COCO (*Criteria of Control Committee* – Comitê para desenvolvimento de critérios de controle) visa a auxiliar a alta administração das organizações do setor privado a implementar e avaliar um ambiente de controle, de modo a atingir seus objetivos operacionais e estratégicos. O conceito básico por trás desse sistema é o de que, para realizar qualquer tarefa, uma pessoa deve compreender seu propósito (o objetivo a ser atingido) e possuir capacidade necessária (informação, recursos e habilidade). Além disso, a pessoa necessitará de um senso de comprometimento para realizar bem a tarefa ao longo do tempo, devendo monitorar seu desempenho e o ambiente externo para que possa aprender como melhor realizá-la e que mudanças devem ser feitas. A estrutura dos critérios de controle, conforme esse sistema, é formada pelos seguintes grupos:

- propósitos - indicam a direção seguida pela organização (objetivos, visão, missão e estratégia; riscos e oportunidades; políticas; planejamento; metas e indicadores de desempenho);

- comprometimento - fornece a identidade e os valores da organização (valores éticos, incluindo integridade; política de recursos humanos; autoridade e responsabilidade; confiança mútua);

- capacidade - diz respeito à competência da organização (conhecimento, habilidade e ferramentas da gestão; processos de comunicação; informação; coordenação; atividades de controle); e

- monitoramento e aprendizado - fornecem um quadro evolutivo da organização (acompanhamento dos ambientes interno e externo; monitoramento de desempenho; questões desafiadoras; reavaliação das necessidades e dos sistemas de informação; procedimentos de *follow-up*; avaliação de efetividade do controle).

c) COBIT – *Control Objectives for Information and Related Technology*

Desenvolvido pelo ISACF – *The Information Systems Audit and Control Foundation* (Fundação para prover informações sobre sistemas de auditoria e controle), o sistema COBIT - *Control Objectives for Information and Related Technology* (Objetivos de controles relacionados à tecnologia da informação) tem como característica a incorporação do conceito de controle interno desenvolvido a partir do sistema COSO *Report*, aplicando-o na área de sistemas e tecnologia da informação. Este sistema COBIT permite o acompanhamento e *benchmarking* das práticas de controle e segurança nos ambientes de TI e assegura aos usuários destes ambientes a existência de controles, inclusive tornando-os responsáveis por parte destes controles, além de auxiliar o trabalho dos auditores de sistemas. Permite ainda, a partir das informações obtidas por meio de entrevistas, e considerando o conhecimento acumulado em estudos e análises anteriores, o levantamento de um diagnóstico preliminar dos processos de informática agrupados nos quatro domínios (planejamento e organização; aquisição e implementação; entrega e operação e monitoramento), a fim de identificar o grau de importância dos riscos.

d) SAC – *Systems Auditability and Control*

Desenvolvido em 1991 pela *Internal Auditors Research Foundation* (Fundação de Pesquisa dos Auditores Internos)(revisado em 1994), o SAC – Sistema de Auditoria e Controles tem o objetivo de criar um sistema de controles internos voltados para a Tecnologia da Informação capaz de auxiliar os auditores internos na realização de suas atribuições. Para este sistema, o sistema de controles internos é definido como processos, funções, atividades e pessoas que, em conjunto, devem assegurar o alcance dos objetivos e metas fixados. São descritos como riscos os erros, as fraudes, as interrupções nos negócios e o uso ineficiente ou ineficaz dos recursos. Para reduzir estes riscos e assegurar a integridade, segurança e situação de *compliance* (cumprimento) das informações, existem os objetivos de controle, como segue:

- integridade da informação - assegurada mediante controles na entrada, processamento, saída e avaliação de qualidade dos *software's*;
- segurança - referente a controle de dados, físico e controles para a segurança dos programas; e
- *compliance* - assegurada por meio de controles que propiciem a concordância com regulamentos, normas e legislações, padrões de contabilidade e de auditoria, procedimentos e políticas internas.

e) SAS 55/78 – *Statements on Auditing Standards*

A SAS 55/78 – *Statements on Auditing Standards* (Enunciado sobre padrões de auditoria) é a designação de dois documentos desenvolvidos pelo *American Institute of Certified Public Accountants* - AICPA (Instituto Americano dos Contadores Públicos Certificados). O primeiro (SAS 55) refere-se à estrutura de controle interno para uma auditoria de demonstrações financeiras e o segundo (SAS 78) concerne também a este tema, entretanto, substituindo a definição de controles internos do primeiro relatório pelas definições do sistema *COSO Report*. Seu público-alvo são os auditores externos ou independentes.

Em síntese, podem-se dividir estes citados modelos de controle em três classes:

- a) voltada para os negócios (*COSO Report* e *COCO*);
- b) direcionada para TI (*SAC* e *COBIT*); e
- c) focada nas demonstrações contábeis (SAS 55/78).

É sempre recomendável que para cada risco identificado haja uma avaliação do seu potencial impacto e correspondente probabilidade de ocorrência, usando parâmetros consistentes que deverão possibilitar a elaboração de um mapa de risco priorizado (PADOVEZE, 2003). Pode-se dizer que a identificação e o gerenciamento dos riscos constituem ação proativa, que permite evitar surpresas desagradáveis.

A atividade de avaliação e mensuração dos riscos pode ser viabilizada com a utilização de ferramentas como a matriz ou mapa de risco, que "é considerado um dos melhores instrumentos para uma visão geral do risco e o seu gerenciamento. Ele incorpora os riscos identificados e sua avaliação". (PADOVEZE, 2003, p. 130). É o que ratificam Paulo et al (2006, p. 2): "É uma ferramenta que pode ser empregada na análise de riscos de processos de várias naturezas".

O AUDIBRA (1992) recomenda a utilização de matriz de risco, por ser esta um mecanismo que permite selecionar as prioridades de acordo com a criticidade de seus riscos.

Figueiredo (2001), com base em dados da empresa KPMG, apresenta o seguinte modelo ou proposta de matriz de risco:

Conseqüência	Irrelevante	Baixa	Média	Alta	Extrema
Probabilidade					
Quase certa	Considerável	Significativo	Muito alto	Extremo	Extremo
Provável	Moderado	Considerável	Significativo	Muito alto	Extremo
Moderada	Baixo	Moderado	Considerável	Significativo	Muito alto
Improvável	Trivial	Baixo	Moderado	Considerável	Significativo
Rara	Trivial	Trivial	Baixo	Moderado	Considerável

Quadro 1 – Modelo de matriz de risco

Fonte: Figueiredo (2001, p. 34).

A utilização da matriz, citada anteriormente, é feita cruzando as colunas e linhas. Na intersecção das variáveis probabilidade e conseqüência, encontra-se o nível de risco. O escalonamento das probabilidades e conseqüências deve ser assim entendido (FIGUEIREDO, 2001, p. 35):

a) Probabilidade:

- Quase certa: o evento ocorrerá na maioria dos casos;
- Provável: o evento ocorrerá com freqüência;
- Moderada: o evento deverá ocorrer em algum momento;
- Improvável: o evento poderá ocorrer em algum momento;
- Rara: o evento poderá ocorrer em circunstâncias excepcionais.

b) Conseqüência:

- Extrema: se ocorrer, inviabiliza o alcance dos objetivos da linha de negócio ou processo avaliado;
- Alta: se ocorrer, impacta profundamente o alcance dos objetivos da linha de negócio ou processo avaliado;
- Média: se ocorrer, dificulta o alcance dos objetivos da linha de negócio ou processo avaliado;
- Baixa, se ocorrer, tem leve efeito sobre o alcance do objetivo da linha de negócios ou processo avaliado;
- Irrelevante: se ocorrer, não afeta os objetivos da linha de negócios ou processo.

Vale ressaltar ainda, dentro das relações existentes entre risco, sistemas de controles e fraude, a necessidade de se analisar e estudar constantemente os seguintes elementos, conforme Gil (1999, p. 48):

1. Situações de risco - em que momentos, nas áreas e linhas de negócios organizacionais, a fraude tem maior possibilidade de ocorrência e seus efeitos são mais nefastos.
2. Lógica do sistema de controle - quais os controles lógicos vigentes para prevenir e detectar as ameaças a essas situações de risco.
3. Falhas prováveis no sistema de controle - que controles lógicos têm maior risco de não funcionar.
4. Controles alternativos - quais controles são alternativos e vigentes em situações de duplicidade para prevenir falhas na lógica do sistema de controle.
5. Motivação potencial do fraudador / conivente - que fatores movem uma pessoa ou organização a cometer fraude ou a ser conivente contra nossa organização.
6. Lógica da agressão - de que forma ou como agressores e coniventes atuam para perpetrar um ato agressivo/doloso contra ativos intangíveis críticos das áreas empresariais referenciadas.

O processo de avaliação e mensuração do risco operacional pode ser ainda enriquecido com informações de relatórios de auditoria interna e externa; relatórios de órgãos ou instituições gerenciadoras; relatórios gerenciais internos; planos de negócios e orçamentos; entrevistas com administradores e técnicos; e relatórios de perdas (FIGUEIREDO, 2001).

Na avaliação de risco, busca-se identificar os pontos que podem representar possibilidades de perdas para a empresa, quer seja em função de ocorrências internas ou externas, com avaliação de possível impacto e probabilidade de ocorrência (BORGERTH, 2007).

Há sempre de se destacar as vantagens da gestão do risco para as organizações, como por exemplo:

- Aumenta valor para o acionista pelo incremento da vantagem competitiva e a redução do nível de perdas, o que proporciona um ganho de escala;
- Reduz as perdas reais e as provisões para perdas esperadas;
- Gera informações que possibilitem avaliação qualitativa e quantitativa do risco operacional;
- Identifica as exposições a riscos inaceitáveis para a instituição;
- Apóia a tomada de decisões de reengenharia e melhoria de processos com base nos aspectos de risco;
- Integra o risco operacional com os riscos de mercado e crédito e possibilita
- Alocação de capital mais real, eventualmente reduzindo o custo do capital a ser aportado; e.
- Garante a transparência exigida pelos órgãos reguladores. (FIGUEIREDO, 2001, p. 29-30).

Por fim, como esclarece Freitas (2003, p. 217), tem-se "três alternativas para lidar com o risco: 1º) eliminar o risco; 2º) manter o risco; 3º) proteger-se contra o risco". Para concretizar uma das opções citadas, as organizações precisam utilizar-se de todos os possíveis instrumentos e meios dos controles disponíveis.

2.2 Controle

Nesta seção, importante é perpassar os principais conceitos envolvendo o controle. Não se pode deixar de realçar as questões diretamente ligadas ao controle, como os controles internos, vistos de um modo particular, e os sistemas de controle interno das organizações, que são a integração dos diversos tipos de controles internos.

Inicialmente, começa-se por destacar o sentido etimológico da palavra "controle". Ela advém etimologicamente do termo "contrôle", originário da língua francesa, que significa o conjunto de medidas exercidas sobre determinadas ações e processos de um sistema, para que esses não se desviem das normas preestabelecidas (MICHAELIS, 1998). Na acepção popular da palavra, conforme Peter e Machado (2003, p. 21), controle significa "domínio de si mesmo, domínio dos nervos, comedimento, moderação".

Segundo Ferreira (1999), controle é o ato de dirigir qualquer serviço, fiscalizando-o e orientando-o do modo mais conveniente. Ou ainda, ato de controlar, monitorar, fiscalizar e examinar minuciosamente, obedecendo a determinadas expectativas, normas e convenções (HOUAISS; VILLAR, 2001). Pode-se também conceituá-lo como “o conjunto de medidas necessárias ao perfeito funcionamento de um sistema, seja ele simples ou complexo, de modo que sejam alcançados seus fins e objetivos”. (ARAÚJO; ARRUDA, 2006, p. 11).

Pode-se sinteticamente assegurar ainda que a palavra controle indica um processo administrativo composto basicamente de três etapas: 1) obter informações sobre os resultados de uma determinada atividade ou processo; 2) compará-la com a informação sobre os objetivos traçados; e 3) implementar alguma ação para assegurar a realização dos objetivos estipulados.

Há de destacar o conceito de controle contábil, já que a Contabilidade se caracteriza essencialmente por ser a ciência do controle. Nesse aspecto, o controle busca aferir os resultados alcançados diante de metas preestabelecidas, fazendo com que, concomitantemente, se possa avaliar o desempenho dos gestores responsáveis pelas atividades. Assim, o processo de controle busca avaliar o resultado de eventos econômicos, atividades, divisões, departamentos, produtos e serviços, permitindo, conjuntamente, avaliar os responsáveis pela condução do processo operacional da empresa (PADOVEZE, 2003).

Besta (1970 apud MOSIMANN; FISCH, 1999, p. 70) destaca e ressalta a importância do controle, por meio de uma série de afirmações condicionais:

Se todo aquele que tem ação direta ou indireta na administração de uma azienda tivesse honestidade plena, memória perfeita e inteligência suficiente para saber, em qualquer momento, que coisa lhe competia fazer em benefício daquela, e se não houvesse necessidade de estímulos para a ação, ou de freios para nada fazer em excesso, a administração poderia desenvolver-se sem o controle.

Já para Attie (2000, p. 127), a importância do sistema de controle interno está no fato de ele ajudar na identificação de fraude e/ou inconformidade:

Em geral, o sistema de controle interno deve permitir detectar todas as irregularidades. Um bom sistema de controle interno oferece maiores possibilidades de pronta identificação de fraudes em qualquer que seja a sua modalidade à identificação. Entretanto, o acordo entre dois ou mais integrantes da organização pode fazer deteriorar e cair por terra o melhor sistema de controle interno.

Pode-se perguntar, então: o que significa controle interno?. Este pode ser entendido como

Um processo operado pelo conselho de administração, pela administração e outras pessoas, desenhado para fornecer segurança razoável quanto à consecução de objetivos nas seguintes categorias: confiabilidade de informações financeiras; obediência (*compliance*) às leis e regulamentos aplicáveis; eficácia e eficiência de operações. (BOYNTON; JOHNSON; KELL, 2002, p. 320).

Para Sá e Sá (1994, p. 113), controle interno significa o “controle que a empresa exerce sob determinado fato ou série de fatos, de acordo com as suas rotinas próprias. O mesmo que controle aziendal”.

O Instituto dos Auditores Internos do Brasil - AUDIBRA (1992, p. 48), por sua vez, define controle interno como

Qualquer ação tomada pela administração para aumentar a probabilidade de que os objetivos e metas estabelecidos sejam atingidos. A alta administração e a gerência planejam, organizam, dirigem e controlam o desempenho de maneira a possibilitar uma razoável certeza de realização.

Outra explicação de controle interno é dada por Attie (2000, p. 111), ao expressar que ele “compreende todos os meios planejados numa empresa para dirigir, restringir, governar suas várias atividades com o propósito de fazer cumprir os seus objetivos”. É o que confirma Silva (2003), ao dizer que o controle interno abrange realmente todas as ações planejadas numa organização para melhor dirigir, restringir e administrar operações e processos, com o intuito de cumprir seus objetivos.

Diante desses conceitos e definições, pode-se assimilar de forma bastante genérica que o controle interno envolve todos os processos, métodos e rotinas, de natureza contábil e administrativa, com o fito de organizar a empresa de tal forma que seus colaboradores compreendam, respeitem e façam cumprir as

políticas traçadas pela administração; os ativos tenham sua integridade protegida; e, por fim, que todas as operações da empresa sejam adequadamente registradas nos registros contábeis e fidedignamente retratadas pelas demonstrações financeiras.

Ainda com respeito à definição de controle interno, deve-se observar que seu significado toma tamanha amplitude que desencadeia uma série de procedimentos e métodos bem definidos que, coordenados de forma adequada, asseguram a correta organização necessária para a obtenção dos objetivos delimitados pela administração da entidade.

Attie (2000, p.117) explica que "o conceito, a interpretação e a importância do controle interno envolvem imensa gama de procedimentos e práticas que, em conjunto, possibilitam a consecução de determinado fim, ou seja, controlar".

Além disso, o mesmo autor lembra ainda que

Uma empresa necessita constituir, para si, sistemas que lhe garantam conhecer os atos e eventos ocorridos em cada um dos seus segmentos. Os efeitos ocorridos através da realização de cada ato devem ser escriturados e levados, em tempo hábil, ao conhecimento dos administradores. (ATTIE, 2000, p. 119).

Peter e Machado (2003), ratificando a afirmação anterior, explicam que os sistemas de controle de uma organização devem conter procedimentos, mecanismos e diretrizes que prevejam e/ou minimizem o percentual de falhas e irregularidades. Um bom sistema de controle reduz a probabilidade de ocorrerem impropriedades, ainda que não possa evitá-las plenamente.

Toda a responsabilidade do exercício de controle (criação, implantação, manutenção e atualização) é da administração. Se esta confia e crê na importância do controle, as demais pessoas envolvidas serão sensíveis a essa atitude, respeitando e acatando as políticas e procedimentos estabelecidos. Nesse caso, cabe principalmente à administração a responsabilidade pela criação e manutenção de controles internos. Todos, contudo, são responsáveis pelo correto funcionamento do controle interno.

No caso das instituições financeiras, os controles internos já são uma obrigação e também responsabilidade estipulada normativamente. O Conselho Monetário Nacional (CMN), pela Resolução n° 2.554/98, obriga as instituições financeiras a implantar sistema de controles internos destinado a resguardar não somente a conformidade com as leis e as normas aplicáveis em vigor, mas também a prover toda uma estrutura para divulgação de informações, controle de riscos, definição de responsabilidades, políticas e procedimentos, de forma a capacitar os vários níveis da administração para o adequado desempenho de suas atividades e tarefas (FREITAS, 2003).

Na abordagem do tema controles, é salutar fazer-se uma diferenciação entre os controles internos e os controles externos. Esta diferença é muito bem explicada pelo AUDIBRA (1992), ao acentuar que a expressão "controle interno" passou a ser usada como um meio para distinguir os controles oriundos da própria organização daqueles de origem externa, como é o caso geralmente dos controles impostos pela legislação.

O sistema de controle interno de uma empresa é a combinação de políticas, procedimentos, sistemas operacionais, de informação e outros instrumentos mantidos pela administração. Para Attie (2000, p. 114),

Um sistema de controle interno bem desenvolvido pode incluir o controle orçamentário, custos-padrão, relatórios operacionais periódicos, análises estatísticas, programas de treinamento de pessoal e, inclusive, Auditoria Interna. Pode também, por conveniência, abranger atividades em outros campos, como, por exemplo, estudo de tempos e movimentos, e controle de qualidade.

Attie (2000) lembra que a natureza do sistema de controle interno empresarial deve se fundamentar nos conhecimentos dos diversos ramos da Administração, Contabilidade e sistemas, entre outros. A implantação destes controles precisa considerar a relação custo/benefício, ou seja, os gastos com a implementação do controle em relação aos benefícios por este gerados.

Em relação a esta natureza dos controles internos, observando o aspecto de tempo de atuação (antes, durante ou depois da ocorrência), Andrade (1999) os classifica da seguinte forma:

- *controles preventivos (pré-controle ou controle antecedente)* - projetados com a finalidade de evitar a ocorrência de erros, desperdícios, fraudes e/ou irregularidades, ou que o patrimônio seja colocado em risco. Visam também a garantir a tempestividade dos registros, operações e informações pertinentes e medidas a serem tomadas, como, por exemplo, contagem periódica do Caixa, dos bens patrimoniais e dos estoques; autorização prévia ao lançamento de qualquer documento nos sistemas oficiais de registro da empresa; segregação de funções entre quem registra, quem autoriza e quem custodia; rodízio de funcionários e a obrigatoriedade de férias aos titulares das funções; treinamento dos funcionários;

- *controles detectivos (controle concomitante ou controle em tempo real)* - projetados para detectar erros, desperdícios ou irregularidades, no momento em que eles ocorrem, permitindo a adoção de medidas tempestivas de correção, como, por exemplo, processo automático de conferência dos dados digitados, dentro do sistema informatizado; e

- *controles corretivos (pós-controle ou controle subsequente)* - projetados para detectar erros, desperdícios ou irregularidades depois que já tenham acontecidos, permitindo a adoção posterior de ações corretivas. Por exemplo: conciliação mensal do saldo do Contas a Pagar e a Receber.

No aspecto dos objetivos do controle interno, o Instituto Americano dos Contadores Públicos Certificados ([1946?] apud CONSELHO REGIONAL DE CONTABILIDADE DO ESTADO DE SÃO PAULO, 1988) os divide basicamente em:

- *proteção de ativos* - salvaguardar os ativos de prejuízos decorrentes de fraudes ou de erros não intencionais. Os princípios básicos de controle interno para alcançar este objetivo são: segregação de função; sistema de autorização e aprovação; determinação de funções e responsabilidades; rotação de funcionários; contagens físicas independentes; limites de alçadas e pessoal qualificado etc.;

- *obtenção de informação adequada e exata* - assegurar a validade e integridade dos dados contábeis que serão utilizados pela gerência para a tomada de decisões. Os princípios básicos de controle interno para alcançar este objetivo são, entre outros, documentação hábil e fidedigna, elaboração de conciliações e análises e utilização de equipamentos de processamento eletrônico de dados;

- *promoção da eficiência operacional* - diretamente relacionado com os dois anteriores, pois ativos salvaguardados e corretamente utilizados e a produção de informações tempestivas e adequadas contribuem para a promoção da eficiência operacional. Os princípios básicos de controle interno para alcançar este objetivo são, entre outros, seleção e treinamento de pessoal, implantação de um plano de carreira, sistema de avaliação de desempenho, programas de controle de qualidade, manuais de normas e procedimentos, adoção de custo-padrão etc.; e

- *estimulação da obediência e do respeito às políticas da administração* - a empresa deve possuir uma administração e um corpo funcional comprometidos com as finalidades sociais da organização. Os princípios básicos de controle interno para alcançar este objetivo são, entre outros, supervisão adequada, sistema de aprovação e revisão e auditoria interna.

Estes objetivos citados pelo órgão dos EEUU, em relação aos controles internos, são clássicos e, mesmo elaborados nas décadas de 1940 e 1950, serviram de base para a estruturação de vários sistemas de controle interno empresariais em todo o mundo.

A FEBRABAN (2003) alerta para o fato de que uma estrutura de controles internos deficiente tende a reduzir o valor das empresas, ao limitar possivelmente a sua capacidade de atingir seus objetivos de negócio.

O fator fundamental para garantir a eficácia do controle interno é formado pelo enfoque dado ao controle pela administração, bem assim a forma como este está organizado e estruturado na empresa. Em relação aos dois fatores citados anteriormente, é válido mencionar alguns elementos que os compõem, segundo Franco e Marra (1995):

a) Enfoque dado ao controle pela administração

- *Filosofia de administração e estilo operacional* – a ética e a honestidade são estimulantes e, quando a administração age dessa forma, instiga seus colaboradores a esse comportamento. A administração demonstra apreço ou desprezo pelo controle na medida em que assume riscos elevados ou tem aversão a estes;

- *formas de delegação de autoridade* – a delegação de autoridade deve ser formalmente estabelecida e consideradas as relações de hierarquia, a especialização e a cultura da empresa. Para evitar conflitos internos, é fundamental que esta delegação esteja formalmente apresentada em manuais ou documentos específicos para este fim. Nas empresas menores, a proximidade do proprietário com as transações contribui para dirimir conflitos dessa natureza;

- *formas de controle da gestão* – é a forma pela qual a administração avalia se as ações e procedimentos ocorreram de acordo com o estabelecido. Essas formas reforçam a eficácia do controle interno de duas maneiras: reafirmando a importância do controle e o apontamento de erros que porventura ocorram; e

- *utilização de auditoria interna e/ou externa* – a instalação de auditoria para a investigação do ciclo de execução das transações, seus registros, avaliação dos métodos, processos, sistemas e emissão de um parecer sobre suas demonstrações financeiras, fortalecem as operações da empresa, monitorando a eficiência das políticas e dos procedimentos estabelecidos. A auditoria interna é de grande valia para as organizações, pois, se for bem treinada, contribui para a redução dos custos com auditoria externa, ao executar alguns dos trabalhos que esta executa.

b) Organização e estrutura da empresa

- *Estrutura organizacional* – aqui se define a autoridade a ser delegada às pessoas responsáveis pela gestão da empresa, que deve ser adequada ao

planejamento, à execução e ao controle das transações. A delegação de autoridade deve ser clara e conhecida pelos envolvidos;

- *metodologia de desenvolvimento e aquisição de sistemas* – há duas possibilidades de se operacionalizar políticas e procedimentos por meio de sistemas operacionais e de informação. As organizações podem optar por adquirir “pacotes” no mercado ou desenvolver os próprios instrumentos. Qualquer que seja a opção selecionada, a empresa deve considerar suas reais necessidades, a adequação ao seu porte, volume de operações, perspectiva de crescimento de suas atividades e avaliar a relação custo-benefício, além dos aspectos de segurança inerentes ao uso de recursos de informática; e

- *políticas e práticas de relações de pessoal* – as políticas e práticas de recursos humanos adotadas pela empresa influenciam a eficácia do sistema de controle interno. A formalização de um sistema deve ser estabelecida independentemente da qualificação da força de trabalho. Colaboradores competentes, treinados e de reconhecida experiência profissional tendem a desenvolver seu trabalho em alto nível, mesmo em ambientes com poucos instrumentos de controle formalmente estabelecidos. Pessoas pouco competentes, todavia, destreinadas e com limitada experiência profissional, propendem a realizar um trabalho de baixa qualidade, mesmo estando inseridos em ambientes com diversidade de instrumentos de controle.

Conforme Mosimann e Fisch (1999, p. 73-74), os elementos necessários ao controle são os seguintes:

- *O Gestor*: indivíduo que pode tomar decisões com a finalidade de alcançar os objetivos planejados numa atividade da qual é responsável. [...].
- *A Controladoria*: órgão responsável pelo projeto e administração do sistema por meio do qual se coleta e relata a informação econômica da empresa. [...].
- *O sistema de informações*: como suporte ao sistema de gestão, fornece os dados necessários ao processo de tomada de decisões com vistas às ações corretivas. [...].
- *O Manual de Organização*: instrumento empresarial que contém organograma e informações complementares necessárias a sua compreensão e interpretação, por exemplo, a missão, os objetivos e as metas da empresa e de cada área, descrição das funções desempenhadas em cada área e denominação dos respectivos cargos.

- *Os critérios de Avaliação dos Gestores:* O desempenho de cada gestor pode ser avaliado com base em critérios financeiros e/ou não financeiros estabelecidos pelos seus superiores hierárquicos. [...].
- *Accountability:* Obrigação de se reportar os resultados obtidos.

Como se observa, para a melhor compreensão do controle interno empresarial, necessário se faz conhecer quais são os seus objetivos, que enfoques lhe podem ser dados e de que elementos ele é composto.

Os requisitos do controle são os elementos que o executivo de uma organização sempre deve ter presentes, seja qual for sua atividade, para melhor conduzir um sistema de controle interno, permitindo assim de maneira racional tomar certas decisões, que certamente conduzem ao atendimento de uma técnica. Os principais requisitos são os seguintes:

- *Os controles devem ser adequados quanto à atividade e quanto à natureza.*
- *O controle deve mostrar rapidamente as irregularidades* e, quando ocorrem desvios, isto possibilitará ao dirigente tomar decisões rápidas antes que conduzam a prejuízos, corrigindo assim os erros e mesmo modificando os planos caso seja necessário para obter os resultados.
- *Os controles devem também ser flexíveis* porque através das constantes mudanças internas e externas é possível que os planos sofram modificações e isto ocorrendo, talvez o método de controle não conduza com objetividade aos propósitos. Desta forma, se, no plano, há uma válvula de escape, que é o princípio da flexibilidade, concomitantemente também há os controles.
- *Os controles devem ser objetivos.* Devem ser definidos e determinados de maneira clara e objetiva. Os padrões objetivos podem expressar quantidade, tais como custos ou homens-hora por unidade ou tempo da tarefa. Podem também ser qualitativos, tais como um melhor programa ou uma melhor qualificação pessoal.
- *Os controles precisam ser compreensíveis.* Os sistemas de controles devem enquadrar-se na compreensão dos administradores que vão usá-los, proporcionando através da aplicação dos mesmos uma visão clara como se fosse um diagnóstico.
- *O controle deve ser econômico.* Qualquer meio de controle deve enquadrar-se no padrão da economia; em outras palavras, deve valer o seu custo.
- *O controle deve prever o futuro.* Além de serem estabelecidos com o fim de averiguar a seqüência planejada, os controles também devem voltar-se de maneira que prevejam os desvios com tempo para que eles façam correções antes que o problema ocorra.
- *O controle deve dar como resultado uma ação corretiva.* Um sistema de controle que revela as falhas ou desvios dos planos será apenas uma parte interessante, caso em que não mostrar a maneira de chegar-se a uma ação corretiva. Por conseguinte, o controle não deve, apenas revelar as falhas, mas também descobrir onde ocorrem, quem é responsável e o que deve ser feito para corrigi-las. (O PROCESSO, 2001).

Adotar e implantar os principais requisitos do controle nas operações e processos da organização representam providências muito importantes, porém mais ainda a de avaliá-los constantemente.

Nos aspectos na avaliação do controle interno - princípios e fundamentos - em síntese, Andrade (1999) indica quais são:

a) *justo (ou adequado, pertinente, apropriado)* - se é pertinente com o planejamento para aquela unidade administrativa e com os objetivos da entidade. Tem como princípio e/ou fundamento - justiça (ou pertinência, adequação, propriedade) - voltado à constante busca da comprovação de que os acontecimentos, objetos da atenção do controle interno, são justos;

b) *completo (ou integral)* - se todos os dados foram considerados. Tem como princípio e/ou fundamento - "completabilidade" - busca assegurar que os fatos, acontecimentos, registros etc., envolvendo atividades da empresa, não foram omitidos, no todo ou em parte (integralidade);

c) *pontual (ou tempestivo, oportuno)* - caso se encontra cumprindo prazos esperados ou em data oportuna (qualquer informação pode perder a sua utilidade se não for transmitida oportunamente). Tem como princípio e/ou fundamento - tempestividade - procura garantir que os fatos, decisões, registros e demais eventos envolvendo a empresa e sua atividade ocorram no exato momento;

d) *exato* - se os dados obtidos são verdadeiros. Tem como princípio e/ou fundamento - exatidão - preocupa-se em assegurar que todos os registros, acontecimentos, fatos econômicos etc. envolvendo a empresa são tratados com a devida exatidão intrínseca e extrínseca;

e) *autorizado* - se conduzido ou executado por pessoas detentoras de delegação de autoridade para tal;

f) *segregado* - se distribuído de forma a estabelecer a interdependência para as funções de execução operacional, custódia física e contabilização. Tem

como princípio e/ou fundamento - segregações – voltada à estrutura organizacional, procedimentos e atribuições de responsabilidade estabelecidas, a fim de identificar os segmentos em que a execução, o controle, a coordenação e o gerenciamento devem ser divididos e isolados de maneira formal, no sentido de evitar que permaneçam sob a direção de uma só e mesma pessoa;

g) *eficaz* - atinge-se o objetivo e resultado preestabelecido. Tem como princípio e/ou fundamento - eficácia - voltado à comprovação de que foram adotados os procedimentos previstos e na forma antevista, para atingir os objetivos da empresa; e

h) *eficiente* - se os recursos consumidos nas atividades foram empregados de forma ideal, visando à otimização dos resultados. Tem como princípio e/ou fundamento - eficiência - voltado a verificar e comprovar que os procedimentos adotados pela empresa, ainda que eficazes, no sentido de cumprir seus objetivos, são executados com a melhor qualidade (=qualidade), nos tempos mais curtos possíveis (=velocidade) e com otimização dos recursos empregados (=custos).

Geralmente, na prática, é difícil encontrar nas organizações controles internos com todos estes princípios citados por Andrade (1999) de forma plena. Tais princípios, entretanto, devem ser perseguidos pelas organizações, a fim de se criar e manter sistemas de controles internos atualizados e dentro da finalidade para que foram concebidos.

Segundo Andrade (1999), os controles internos, detalhados sobre os procedimentos operacionais e administrativos, são um conjunto de atos praticados simultaneamente, prévia ou posteriormente às operações, nos diversos níveis executivos, visando a garantir seu bom andamento e sua segurança. Essas técnicas, agindo de forma integrada aos procedimentos das operações ou isoladamente destas, monitorizam, asseguram e comprovam sua exatidão, “completabilidade”, justeza, pontualidade, autorização, eficácia, eficiência e economicidade. São elas, em resumo:

a) *consistência e exatidão* - concordância entre fatos, textos, cifras e sua coerência no contexto em que aplicados. É um controle utilizado para verificar o grau de igualdade e coerência encontrado nos procedimentos, atos praticados e na concordância de fatos e números com as fórmulas, parâmetros e regras aplicáveis;

b) *inter-relações* - trata-se de um controle interno que busca comprovar a relação mútua entre elementos da mesma natureza, por meio de uma ação simultânea, aplicada sobre uma operação específica ou a soma de um número de operações (lote). Exemplo: Os registros gerenciais de estoques e da conta de impostos pagos antecipadamente, se for o caso, indicarão um valor de entrada nessas contas que deverá corresponder rigorosamente ao valor incluído em Contas a Pagar;

c) *“completabilidade”* (completação) - procura verificar, avaliar e comprovar o estado da integralidade dos dados utilizados no processo operacional e administrativo da empresa, respectivamente nos registros gerenciais e financeiros efetuados. Inclui o processo decisório (exemplo: há garantia de que não há omissão de dados necessários de serem utilizados no processo decisório?); a documentação (exemplo: todos os documentos requeridos existem e estão disponíveis? Todos os campos dos documentos estão preenchidos?); a codificação (exemplo: o código utilizado contém todos os dígitos, letras ou símbolos outros requeridos?); os textos (exemplo: os textos contêm todos os dados necessários? Há omissões de partes?); as cifras (exemplo: as séries numéricas estão completas?); as condições (exemplo: as condições comerciais ou quaisquer outras, estipuladas pela direção, estão fielmente reproduzidas na documentação e manuais?);

d) *análises* - é o processo administrativo de verificação e comprovação do nível de regularidade, exatidão, “completabilidade”, autorização e pontualidade da aplicação dos procedimentos e dos registros efetuados sobre a atividade da empresa. A análise envolve a decomposição dos dados, examinando cada parte; a comparação dos dados contra padrões ou referenciais etc.;

e) *confirmações* - técnica de controle que visa a obter confirmação sobre a existência, legitimidade ou exatidão de bens, direitos ou obrigações da empresa.

Pode ser solicitada por escrito ou verbalmente. Pode ser pedida a terceiros, fora da empresa ou diretamente a funcionários;

f) *conciliações* - controle dedicado a comparar elementos componentes do conjunto quantitativo ou financeiro da empresa, contra-informações, parâmetros e critérios de outras fontes internas ou externas, visando a comprovar sua exatidão, “completabilidade”, tempestividade etc.;

g) *controle de material e levantamentos físicos* - são os controles de natureza física, voltados à verificação da presença e existência de bens, pessoas, valores, obrigações da empresa, executados como parte integrante do processo administrativo de controle, ou em ocasiões especiais. Exemplo: inventários de estoques, de equipamentos; contagem de caixa;

h) *comparações* - são os controles visando a confirmar, mediante comparação entre documentos, padrões, processos, sistemas, assinaturas etc. a qualidade, adequação, autenticidade e validade da operação ou registro realizado;

i) *autorização ou aprovação* - controles voltados a garantir a exatidão do nível de autorização ou aprovação das operações e transações realizadas pela empresa, e do seu processo administrativo e gerencial;

j) *escrituração e registro* - controle dedicado a garantir a segurança de que todas as transações, operações e todos os movimentos na esfera gerencial e decisória foram adequadamente registrados ou contabilizados;

k) *regularidade e autenticidade* - controle destinado a obter a certeza de que a operação, transação, decisão etc., registrada ocorreu de fato (é autêntica) e se trata de uma situação que obedece aos princípios da regularidade administrativa (trata-se de uma operação/transação dentro do escopo da empresa – pertinência e justiça);

l) *legalidade e validade* - técnica de controle, visando a obter segurança quanto à adequação documental ou processual. Exemplos: adequação do

documento para a finalidade a que se destina; adequação do processo e procedimento, em relação às necessidades da operação ou transação; adequação do registro em relação aos documentos que lhe deram origem;

m) *tempestividade* - exigência de controles rigorosos de tempestividade em relação aos seus atos, entre os quais o momento de decidir e formalizar a decisão; a ocasião de registrar e publicar seus dados financeiros; admitir ou demitir pessoa; licitar ou contratar; e

n) *avaliação, mensuração e quantificação* - a atividade da empresa exige uma precisa informação quanto aos valores processados, tendo em vista, entre outras situações, a necessidade de atender ao princípio da equivalência de valores que norteia as operações da empresa; o princípio do custo como a base para a contabilização; a necessidade de reconhecimento de receitas, despesas ou riscos contingenciais, no devido momento, pelo seu valor exato; a necessidade de quantificar riscos de atividade, de maneira a calcular provisões e reservas (ANDRADE, 1999).

As técnicas citadas por Andrade (1999) devem ser utilizadas de acordo com as necessidades e características das organizações. Algumas técnicas serão empregadas mais em detrimento de outras, entretanto o importante é que sejam aplicadas de forma integrada, eficiente e eficaz, numa boa relação custo/benefício, visando assim a atingir os objetivos traçados.

Os fatores que comprometem a eficácia dos controles são os seguintes, em síntese:

a) *a falta de complemento do sistema* - o sistema de controle é desenvolvido parcialmente, isto é, falta o desenvolvimento de alguns elementos. Exemplo: relatório de desempenho que aponta variações significativas em relação ao plano orçamento, sem, contudo, detalhar suas causas;

b) *discrepâncias de tempo* - a realimentação da informação leva tanto tempo que se torna impossível corrigir o desempenho;

c) *distorções em comunicação* - a realimentação do processo de controle por meio de utilização de terceiros como canal de comunicações pode não ser eficaz se o indivíduo que representa o canal constituir o problema; e

d) *detalhamento do sistema* - o dimensionamento do sistema de controle deve levar em conta sua probabilidade de sucesso. A extensão desnecessária de qualquer sistema, com a introdução de mais detalhes ou passos, pode aumentar a possibilidade de o sistema desenvolver problemas e funcionar impropriamente (LITTERER, 1970 apud MOSIMANN; FISCH, 1999).

No âmbito das operadoras de plano de saúde, há de se destacar um grande e importante instrumento atual de controle, a biometria, palavra advinda da combinação dos termos *bio* (vida) e *metria* (medida). É o estudo estatístico das características físicas ou comportamentais dos seres vivos. Recentemente este termo também foi associado à medida de características físicas ou comportamentais das pessoas como forma de identificá-las unicamente. Atualmente, a biometria é usada na identificação criminal, controle de ponto, controle de acesso etc. Os sistemas chamados biométricos podem basear seu funcionamento em características de várias partes do corpo humano, por exemplo: os olhos, a palma da mão, as digitais, a retina ou íris. A premissa em que se fundamentam é a de que cada indivíduo é único e possui características físicas e de comportamento (a voz, a maneira de andar etc.) distintas (WIKIPÉDIA, 2006).

A biometria digital é um controle individual de utilização do plano de saúde, por meio da tecnologia de identificação via digital humana. Com a biometria, a Unimed identifica de forma confiável se a pessoa que está realizando a consulta ou procedimento é realmente um cliente da Unimed. O cliente, por sua vez, tem a segurança de que ninguém estará utilizando o seu plano de saúde, evitando assim fraudes e futuros transtornos (UNIMED DE FLORIANÓPOLIS, 2006).

Para se ter uma idéia do impacto econômico-financeiro deste tipo de controle (autorização pela biometria digital) nas Unimed e em outras operadoras de plano de saúde, apresentam-se alguns dados disponibilizados em notícias e matérias especializadas nesta área:

- Segundo Corrêa (2006), “a experiência de algumas Unimes regionais aponta que a biometria reduz em 1% os custos de consultas e exames”;

- a Unimed Paulistana estima que, em um ano, os custos assistenciais diminuirão em trinta milhões de reais (3% do total), quando os custos totais são de novecentos milhões de reais anuais (WESTIN, 2006); e

- a economia média anual, em um plano de saúde, com pelo menos trinta mil clientes, com a utilização de um sistema de cartões magnéticos com autorizações por impressões digitais dos beneficiários, pode chegar a um milhão e meio de reais (SOLUÇÃO, 2006).

Outro instrumento importante de controle na área de planos de saúde, já adotado por praticamente todas as operadoras de plano de saúde, é a utilização do cartão magnético, pois este comprovadamente proporciona os seguintes benefícios: “facilidade na liberação e solicitação de procedimentos, adiantamento no pagamento dos cooperados, redução dos custos operacionais, diminuição das fraudes, maior agilidade no atendimento e mais conforto e segurança [...]”. (OTTA, 2003, p.108). Na identificação de fraudes, há ainda os relatórios automáticos de exceções, gerados através de informações armazenadas nos bancos de dados (HOFFMEISTER, 2003).

Um sistema de controle interno inadequado nas empresas resulta, obviamente, na probabilidade de várias fragilidades e riscos, que favorecem a ocorrência de inúmeras e possíveis anomalias, irregularidades, erros e/ou fraudes; ou seja, os controles ligam-se diretamente às potencialidades de riscos. Esta deve ser uma preocupação constante da alta administração de uma empresa, como também dos auditores, sejam eles internos ou externos à organização.

2.3 Auditoria

Nesta seção, após se detalhar o risco e os controles de uma organização, importante se faz também destacar a auditoria de um modo geral, a auditoria externa e principalmente a interna, nos seus aspectos conceituais, suas importâncias e seus

papéis na prevenção e identificação de fraudes e de erros, inclusive como um elemento primordial de controle interno dentro de uma empresa.

No aspecto etimológico, auditoria é uma palavra advinda do termo latino “audire”, que significa “ouvir” (ARAÚJO, 2001, p. 13). Para Gil (2000, p. 13), auditoria é “função organizacional de revisão, avaliação e emissão de opinião quanto ao ciclo administrativo (planejamento/execução/controle) em todos os momentos / ambientes das entidades”. Para Ferreira (1999, p. 231), significa “exame analítico e pericial que segue o desenvolvimento das operações contábeis, desde o início até o balanço”. Motta (1988, p. 15) complementa a definição anterior, assinalando tratar-se de um

Exame científico e sistemático dos livros, contas, comprovantes e outros registros financeiros de uma companhia, com o propósito de determinar a integridade do sistema de controle interno contábil, das demonstrações financeiras, bem como o resultado das operações e assessorar a companhia no aprimoramento dos controles internos, contábeis e administrativos.

A atuação da auditoria pode ser interna ou externa. A interna é realizada por empregado da própria empresa e está direcionada principalmente aos aspectos operacionais. A externa ou independente, em geral, examina a entidade como um todo, particularmente nos aspectos contábeis, para emitir um parecer dos auditores independentes em relação às suas demonstrações contábeis. Os auditores externos não possuem vínculo empregatício com a entidade.

Conveniente se faz explicitar também a diferença entre auditoria e consultoria. Citadini (1999) esclarece que “auditar é verificar, fiscalizar, enquanto a consultoria aponta caminhos, indica atos de boa gestão para melhor resultado ou lucro, e quase sempre precede o ato do gestor”.

Já em relação à distinção entre perícia e auditoria, Sá (2000) explica que a perícia serve a uma época, a um questionamento, a uma necessidade; a auditoria tende a ser a necessidade constante, atingindo um número muito maior de interessados, sem necessidade de rigores metodológicos tão severos; basta dizer que a auditoria consagra a amostragem e a perícia a repele, como critério habitual. Além disso, a auditoria tem como objetivos normais a maior abrangência, a gestão

como algo em continuidade, enquanto a perícia se prende à especificidade, tem caráter de eventualidade, só aceita o universo completo para produzir opinião como prova e não como conceito.

No âmbito da auditoria interna, Gonçalves (2001) realça sua necessidade e importância:

A auditoria interna é fundamental para os administradores de empresas, executando assim seu papel com muita responsabilidade dentro da mesma, passando aos administradores as análises, avaliações, recomendações, assessoria e informações sobre todos os aspectos examinados, fazendo com que estes procurem uma providência imediata sobre o assunto mencionado em seu relatório. (Grifo nosso)

[...] A auditoria hoje é fundamental para todos nós, pois é com ela que podemos tomar decisões, medidas, prevenções e atitudes a respeito do que encontramos nos relatórios e nossos auditores internos, aos quais trabalham para uma empresa a fim de melhorar sua condição de trabalho, tanto para os próprios funcionários como para os seus administradores e sociedade em geral. Sem sombra de dúvida, a auditoria interna é a profissão do futuro. (Grifo nosso)

Conforme os dados obtidos entre as empresas pesquisadas e em publicações especializadas, a auditoria interna é necessária à entidade

- Para garantir que os procedimentos internos e as rotinas de trabalho sejam executados de forma a atender aos objetivos da entidade e às diretrizes da alta administração;
- Porque atesta a integridade e fidedignidade dos dados contábeis e das informações gerenciais, que irão subsidiar as tomadas de decisão dos dirigentes;
- Por salvaguardar os valores da entidade;
- Porque, mesmo com todos os controles perfeitos, ainda existiriam pessoas em seus quadros funcionais sujeitas às naturais fraquezas humanas, para as quais não existem controles;
- Por permitir a análise dos dados com isenção e independência;
- Porque assessora a administração no desempenho de suas funções e responsabilidades, fortalecendo o controle interno;
- Por sua importância como órgão de assessoramento, servindo como *olhos e ouvidos* de seus dirigentes;
- Porque colabora com o fortalecimento dos controles internos e ajuda a agregar valor aos produtos;
- Porque assegura à alta administração que as diretrizes administrativas e de ordem legal estão cumpridas adequadamente;
- Para fins de acompanhamento de fatores críticos de sucesso;
- Por avaliar os controles internos da empresa. A sua inexistência, a médio e longo prazos, poderia ocasionar a deterioração dos controles internos de uma maneira geral;
- Porque a auditoria interna traduz-se num dos braços da alta administração;
- Por ser obrigatória sob os aspectos legal e estatutário. (PAULA, 1999, p. 42-43).

Segundo Paula (1999, p. 40), com base numa pesquisa em várias empresas, a auditoria interna é importante ainda para a entidade, porque

- É parte essencial do sistema global de controle interno;
- Leva ao conhecimento da alta administração o retrato fiel do desempenho da empresa, seus problemas, pontos críticos e necessidade de providências, sugerindo soluções;
- Mostra os desvios organizacionais existentes no processo decisório e no planejamento;
- É uma atividade abrangente, cobrindo todas as áreas da empresa;
- É medida pelos resultados alcançados na assessoria à alta administração e à estrutura organizacional, quanto ao cumprimento das políticas traçadas, da legislação aplicável e dos normativos internos;
- Apresenta sugestões para a melhoria dos controles implantados ou em estudos de viabilização;
- Recomenda redução de custos, eliminação de desperdícios, melhoria da qualidade e aumento da produtividade;
- Assegura que os controles e as rotinas estejam sendo corretamente executados, que os dados contábeis merecem confiança e refletem a realidade da organização e que as diretrizes traçadas estão sendo observadas;
- Estimula o funcionamento regular do sistema de custos, controle interno e o cumprimento da legislação;
- Coordena o relacionamento com os órgãos de controle governamental;
- Avalia, de forma independente, as atividades desenvolvidas pelos diversos órgãos da companhia e por empresas controladas e coligadas;
- Ajuda a administração na busca de eficiência e do melhor desempenho, nas funções operacionais e na gestão dos negócios da companhia.

Igualmente, é o que confirma ANCEPP (1999), ao acentuar o fato de que a importância da auditoria interna está em ter suas atividades associadas, entre outras coisas, à verificação do cumprimento dos procedimentos e políticas internas da organização; à observância dos sistemas contábeis e de controle interno; à regularidade dos fatos realizados e seu reflexo adequado na Contabilidade.

Todos estes testemunhos, sobre a importância e a necessidade atual da auditoria interna nas organizações, vêm reforçar a necessidade de os administradores e gestores darem mais condições e meios, para que estes profissionais possam atuar de modo eficaz e eficiente na prevenção, identificação e combate de fraudes, erros, falhas, irregularidades e/ou desperdícios.

No caso das auditorias externas contábeis ou independentes, contratadas geralmente para a emissão de parecer sobre as Demonstrações Contábeis Financeiras de uma entidade, particularmente em relação à sua relevância de atuação nas empresas, testemunha Silva (2001):

Nos Estados Unidos, essa questão de auditoria é norma geral na maioria das empresas, não se restringindo apenas à obrigatoriedade legal. Aqui, esses trabalhos só ocorrem, na maioria dos casos, porque existe obrigação legal para determinadas organizações. Não quero aqui fazer apologia dessa profissão, não é esse o caso; apenas quero ressaltar que, em qualquer processo democrático, um dos requisitos essenciais é a transparência dos fatos, aliada à ética e à moral, e nada melhor do que deixar que isso seja exposto à sociedade de forma séria, natural e independente através de profissionais competentes e especializados. É preciso que a sociedade não tenha medo de auditorias, e sim prazer em mostrar ao mundo que a democracia é respaldada na verdade e na justiça, e onde ambas existirem haverá paz e desenvolvimento.

Por sua vez, Sá (1998, p. 30-31), além dos aspectos de importância e necessidade, apresenta os fins da auditoria (aspectos sob os quais seu objeto é considerado ou "para que serve"), que para ele são os seguintes:

1. Indagações e determinações sobre o estado patrimonial e a gestão pública ou privada;
2. Indagações e determinações sobre o estado financeiro;
3. Indagações e determinações sobre o estado reditual e de economicidade;
4. Descoberta de erros e fraudes;
5. Preservação contra erros e fraudes ou opinião sobre tais aspectos;
6. Estudos gerais sobre casos especiais, tais como:
 - a) exames de aspectos fiscais e legais;
 - b) exames para a compra de uma empresa (cessão patrimonial);
 - c) exames para determinação de bases de critérios de rateios;
 - d) exames para determinação de *standards* de custos;
 - e) exames para medida da eficiência do equipamento;
 - f) exames para levantamento de danos decorrentes de incêndios, inundações, roubos etc.;
 - g) exames para reorganização da empresa;
 - h) exames para financiamento;
 - i) exames para levantamento de situações de crise ou falências;
 - j) exames para verificação da capacidade administrativa;
 - k) exames para determinação de limites de seguros;
 - l) exames para observação da política de vendas;
 - m) exames para verificação da política de compras;
 - n) exames para verificação da política de produção;
 - o) exames para determinação de direitos em caso de indenizações, desapropriações e casos jurídicos diversos;
 - p) exames para estudos de fusão, cessão, cisão e incorporação de empresas;
 - q) exames para estudos de liquidação;
 - r) exames para análise de custos;
 - s) exames para levantamentos de rotação de valor do capital circulante;
 - t) exames isolados de contas para verificação das relações da empresa com empreiteiros, comitentes, consignatários, distribuidores, sócios, fornecedores, investidores, financiadores etc.;
 - u) exames para registros oficiais da empresa em entidades públicas e administração indireta do poder público;
 - v) exames para subsidiarem pareceres;
 - w) exames da eficácia e da eficiência.

Nesta listagem, ora citada, Sá (1998) procura explicitar os fins da auditoria, demonstrando as suas diversas técnicas e procedimentos de exames, nas diversas áreas e dimensões de uma organização.

Mautone (2000), a este respeito, adverte os administradores, constatando que atualmente as empresas estão pagando caro pelas reestruturações sugeridas pelos gurus da década de oitenta, que prometiam revolucionar o mundo corporativo, mediante reengenharias e *downsizing*, proporcionando grandes reduções de custos, mas também eliminando departamentos essenciais à segurança empresarial, como, por exemplo, a auditoria interna. Hoje, por conta destas ações, as empresas estão muito mais vulneráveis a irregularidades e fraudes.

Como alerta Silva (2000, p. 12), "estamos diante de um grande desafio, e para vencê-lo é preciso, acima de tudo, o preparo adequado. Somente pessoas bem-treinadas e atentas, dotadas de habilidade e de percepção, podem coibir a ação de fraudadores". Pode-se, então, formular o seguinte questionamento: qual o profissional mais bem preparado nesta área? A resposta, com certeza, é o auditor, cuja formação acadêmica e a experiência profissional estão voltadas para a prevenção de irregularidades, pela melhoria nos controles internos e no exame periódico e permanente dos principais processos da organização.

Diversos autores de renome apresentam nas definições, atribuições, objetivos, características e/ou finalidades inerentes da auditoria à identificação, proteção e/ou prevenção de fraudes. Eis algumas inter-relações entre a auditoria e as fraudes, segundo estes autores:

- "Proteção contra fraudes". (SÁ, 1998, p. 27);
- "Evitar fraudes internas". (MONTEIRO, 1976, p. 11);
- "Evitar a ocorrência de fraudes e prejuízos". (CASSARRO, 1997, p. 77);
- "Demonstração dos erros e fraudes encontrados". (CONSULMATTOS, 2001);

- “Identificação de falhas e irregularidades no ciclo operacional”. (AUDIBRA, 1992, p. 61);
- “Resguarda créditos de terceiros contra possíveis fraudes e dilapidação do patrimônio”. (ANDRADE, 2002b);
- “Interessa-se incidentalmente pela prevenção e/ou percepção de fraude e perdas dos ativos do cliente”. (MOTTA, 1988, p. 16);
- “Descoberta de erros e fraudes; preservação contra erros e fraudes ou opinião sobre tais aspectos”. (SÁ, 1998, p. 30);
- “Acompanhamento dos atos e registros da gestão, previsão de erros e/ou de fraudes, sugestões de políticas administrativas e estratégicas para a organização”. (MAGALHÃES; LUNKES E MÜLLER, 2001, p. 20);
- “Avaliar as normas, procedimentos (contábeis, operacionais, administrativos e informatizados), controles internos e estruturas organizacionais [...], inclusive prevenindo ou revelando erros e fraudes”. (AUDIBRA, 1992, p. 35).

Como observado nas citações anteriores sobre a relação da auditoria com as fraudes, o que mais se destaca são os seguintes verbos ou expressões: proteger, evitar, resguardar, prevenir, preservar, demonstrar, identificar, descobrir, averiguar, impedir erros, irregularidades, falhas, prejuízos, perdas e/ou fraudes.

Em palavras definidoras, diz-se que a auditoria é controle, e controle em contabilidade é exatidão, é segurança, é abstenção de erro. E quanto à sua repercussão no mundo dos negócios, é tão poderosa e imensa, que bastaria se mencionar que, em seu campo, anulam-se fraudes, evidenciando-as e corrigindo-as. Além disso, quanto à sua importância, ainda mister é dizer que os verdadeiros administradores fazem questão de que a sua contabilidade seja auditada e que as suas demonstrações contábeis sejam sempre revisadas e/ou certificadas (PFALTZGRAFF, 1956).

Um questionamento pode surgir: “É função da auditoria revelar a ocorrência de fraudes ou de prejuízos?” Cassarro (1997, p. 75) assim responde a esta pergunta:

Este ponto, ao mesmo tempo importante e polêmico, é levantado por muitas pessoas, sempre bem intencionadas e que afirmam que se não for detectada a ocorrência de fraudes ou de prejuízos, durante os trabalhos realizados pela equipe de auditoria, esses trabalhos não terão sido realizados a contento. Longe de se questionar quem tenha tal opinião, [...] pois isso é uma questão de ponto de vista. [...] Vemos o tema de modo radicalmente diferente.

A auditoria interna é um órgão de assessoria e, principalmente, um instrumento auxiliar à alta administração no cumprimento das funções de controle das operações da organização. Por outro lado, nunca se deve esquecer de que auditoria não é inspetoria, não é polícia. Ela deve trabalhar segundo regras estatísticas. Não pode, nem tem condições, de examinar todas as transações ocorridas num dado sistema, num período qualquer. Então, como normalmente procede a auditoria? Trabalha pelos princípios de amostragem estatística e procura detectar ocorrências de procedimentos que, pela natureza do tema auditado, não poderiam ocorrer (CASSARRO, 1997).

Retornando a questão com a qual se propôs a responder, continua o referido autor: “É ou não função da auditoria revelar a ocorrência de fraudes e prejuízos?” Ainda é da opinião de que não seja. Sua função deveria ser bastante superior a essa. Deveria ser “evitar a ocorrência de fraudes e prejuízos”. Nesse caso, ela estaria agindo pró-ativamente, evitando que o mal aconteça, enquanto, naquele caso, ela agiria reativamente, comunicando, “x” tempo após a ocorrência, que se fraudou, lesou e prejudicou a organização (CASSARRO, 1997).

Cassarro (1997, p. 77-78) pergunta ainda de que modo ela poderia agir pro-ativamente, revendo e avaliando, continuamente, o sistema de controle interno da empresa, em cada trabalho que executa, e apresentando sugestões de providências a tomar para o seu contínuo aprimoramento, como é feito em muitas empresas. Deve-se deixar bem claro, de uma vez para sempre, o seguinte:

- Os trabalhos de auditoria podem revelar a ocorrência de erros, fraudes, prejuízos, desde que estes estejam contemplados dentro de sua amostragem de testes;
- Empregamos, na realização dos trabalhos de auditoria, os princípios de materialidade e risco relativo para a composição da “massa” de testes (conjunto de transações a serem examinadas).

O 1º Relatório sobre fraudes e abusos ocupacionais nas empresas no Brasil, elaborado pela GBE Peritos & Investigadores Criminais, em 1997, com orientação da Universidade de São Paulo (USP), indicava que apenas 27% das empresas tinham auditorias internas. Do restante das empresas, 53,7% das auditorias internas eram realizadas por auditores externos. É um dado preocupante, principalmente se considerar que muitos empresários consultados pela referida empresa de auditoria entendiam estar protegidos contra fraudes, somente por meio da realização de exames de auditorias externas. Alguns empresários diziam não conhecer a diferença entre as auditorias internas e externas (GBE, 1997).

Um dado alarmante é o fato de que, nas empresas que reportaram a existência de um departamento de auditoria interna, segundo este relatório (GBE, 1997), os auditores internos, em relação aos seus quadros, representam apenas 0,14% do total de funcionários. Portanto, encontravam-se as empresas com um quadro “enxuto”, despreparado e desprovido de recursos para detectar e investigar fraudes.

Em 2002, no 2º Relatório sobre fraudes e abusos ocupacionais nas empresas no Brasil, a citada empresa GBE constatou significativa mudança. Nesse novo relatório, 60,47% das empresas relataram que possuíam departamento próprio de auditoria interna. Como explicar este aumento considerável de empresas que contrataram auditores internos, senão pela descoberta de sua importância ou pela sua necessidade premente? No restante das organizações, 40,47% da auditoria interna era feita por auditores independentes (GBE, 2002).

Mercosul Magazine (2001), confirmando os dados da pesquisa da GBE, reforça a importância da prevenção das fraudes pela utilização de auditoria interna num mundo globalizado, em vez de emprego de elevada tecnologia, ao relatar as conclusões de outra pesquisa sobre este assunto:

As empresas brasileiras adotam cada vez mais uma postura preventiva para evitar fraudes – ou, no mínimo, detectá-las no início. Essa é uma das conclusões de pesquisa da Consultoria Deloitte Touche Tohmatsu. Das 1.642 companhias ouvidas, 80% realizam auditoria interna. Em levantamento parecido, realizado no ano passado, esse número ficava abaixo de 60%. Seria uma resposta das empresas ao aumento das fraudes? Nada disso. “Não temos nada que indique aumento de fraudes. Isso é consequência da globalização. Nos países desenvolvidos, há muito tempo as empresas realizam auditoria interna e preferem se prevenir”, acredita Eduardo Cipullo, diretor da Deloitte. Cipullo sustenta que, ao contrário do que muita gente pensa, a utilização de tecnologia de ponta, documentos digitais e softwares de gestão pode facilitar a ação dos fraudadores – na maioria das vezes, funcionários das próprias empresas.

Os Relatórios das pesquisas sobre a fraude no Brasil, elaborados pela empresa KPMG, apresentam os seguintes dados acerca de como a fraude foi descoberta, em percentagem, por ordem decrescente:

Tabela 1 – Formas de se descobrir ou constatar a fraude

Descrição	2000	2002	2004
Controles internos	32%	51%	52%
Auditoria interna / revisão interna	20%	34%	39%
Informação de funcionários	12%	22%	29%
Informação de terceiros	12%	29%	27%
Investigação especial	11%	22%	18%
Denúncia ou informações anônimas	7%	13%	12%
Coincidência	3%	8%	9%
Auditoria externa	1%	2%	2%
Outros	2%	3%	1%

Fonte: KPMG (2000, p. 11), KPMG (2003, p. 11) e KPMG (2005, p. 15).

Como se observa, por estes dados, mais da metade das fraudes contra as organizações foi descoberta pelos controles internos. Em segundo lugar, pela auditoria interna, que apresenta ano a ano um resultado crescente. A auditoria externa ou independente teve pouca representatividade. Vale ressaltar que cabe à auditoria interna a avaliação permanente e melhoria contínua dos controles internos. Pode-se dizer que a auditoria interna e os controles internos caminham juntos. Isto demonstra mais ainda como grande é a importância dos auditores internos na prevenção e identificação de fraudes e na segurança dos ativos da organização.

A adoção de controles que previnam quanto à ocorrência de fraudes contra o patrimônio, ou permitam detectá-las quando ocorrerem, é uma responsabilidade tanto gerencial quanto diretiva. Cabe aos auditores verificar e comprovar a adequação das medidas tomadas pela administração para cumprir suas responsabilidades nesse particular. Para evidenciar mais ainda esta importância, estes relatórios da empresa KPMG apontaram os seguintes dados percentuais:

Tabela 2 – Ações executadas após a descoberta da fraude

Descrição	2000	2002	2004
Demissão voluntária dos envolvidos	77%	65%	60%
Investigação pela auditoria interna	39%	40%	29%
Denúncia ou queixa criminal	34%	38%	29%
Pedido de indenização	13%	11%	11%
Acordo sigiloso	8%	6%	7%
Auditoria independente	6%	9%	4%
Outros	9%	6%	2%
Comunicação à seguradora	4%	5%	2%

Fonte: KPMG (2000, p. 14), KPMG (2003, p. 14) e KPMG (2005, p. 16).

Como demonstrado na tabela citada, a investigação por parte da auditoria interna responde, em segundo lugar, como ação mais indicada para ser adotada após a descoberta da fraude. A auditoria externa ou independente é também citada como ação corretiva, mas sem maior expressividade.

Tabela 3 - Planos para diminuição da possibilidade de fraude

Descrição	2000	2002	2004
Melhoria dos controles internos	93%	84%	84%
Elaboração de um manual de conduta profissional	31%	35%	46%
Treinamento de pessoal	31%	38%	42%
Aumento do orçamento da auditoria interna	24%	27%	34%
Investigações especiais	32%	29%	30%
Sensibilização gerencial	38%	26%	27%
Rodízio de pessoal	23%	14%	14%

Fonte: KPMG (2000, p. 15), KPMG (2003, p.15) e KPMG (2005, p. 17).

Nas ações preventivas para a diminuição da possibilidade ou risco de fraude, citadas nas pesquisas da empresa KPMG, em primeiro lugar, está a melhoria dos controles internos. O aumento do orçamento da auditoria interna ocupa o quarto lugar na última pesquisa e vem com histórico de crescimento.

Em consonância com o resultado das pesquisas feitas pela empresa KPMG, Anderáos (2002) o reforça, afirmando que os passos básicos para proteger as empresas de fraudes são os seguintes, entre outros: “Elabore um programa ou crie um setor específico de prevenção a fraudes e faça auditoria interna periodicamente” e ratifica AUDITSERVICE (2001), lembrando que as medidas recomendadas contra a corrupção e a fraude são, entre tantas: “Aperfeiçoar os procedimentos de auditoria e os sistemas de controle interno das entidades e fazer inspeções ou auditorias rápidas e inesperadas”.

Testemunha também Siqueira (2002), o fato de que

Os sistemas contábeis e de auditoria poderão fornecer informações que podem ser muito úteis na descoberta de provas de ocorrência de fraude ou corrupção. Através dos exames dos livros ou arquivos contábeis, poderemos rastrear operações criando, assim, pistas de auditoria que servirão de bases para o prosseguimento de novas investigações.

O Departamento de Auditoria Interna, por meio de seus profissionais, é responsável pelo assessoramento à alta administração para a prevenção de fraudes, mediante o exame periódico, e com a necessária profundidade, da adequação e efetividade dos controles, particularmente quanto às recomendações necessárias no sentido de estabelecer ou reforçar os controles, a custos adequados, voltados à prevenção da fraude (ANDRADE, 1999).

Um fato concreto, que bem comprova a importância da auditoria interna nas organizações, foi o caso da falência do Banco Inglês Barings. Se a alta administração tivesse escutado as advertências de sua auditoria interna, não teria havido operações irregulares e, com isso, não teria tido a grande perda financeira, que levou à falência um banco centenário. Assim testemunhou a diretora assistente Sue Thornhill, no sumário de administração preparado pelo BBA:

A falência do Banco Barings resalta a importância do papel do Departamento de Auditoria Interna no apoio efetivo a administração, provendo-a de críticas ao sistema inteiro de controle interno. [...] (Grifo nosso)

A importância do papel da auditoria interna é reconhecida e a necessidade de linhas de comunicação niveladas com a mais alta administração. A auditoria interna deveria: ser a parte central dos sistemas de controle de uma instituição, outorgado freqüentemente um *status* e estar em comunicação com auditores externos. [...] (Grifo nosso)

O fracasso da administração em implementar as recomendações da auditoria interna, que já tinham sido acordadas através de respostas formais da administração, incluídas no relatório é criticado pesadamente. O fracasso de um funcionário *sênior* para efetivar, a resposta da administração, relativa à recomendação para segregação de deveres é descrito como repreensível. Devido à importância das recomendações feitas pela auditoria interna, conclui que administração em Londres não estava e não se empenhou para que estas recomendações fossem implementadas. (THORNHILL, 2000).

Esta opinião é confirmada e ampliada por Martins e Morais (1999), quando lembram que

Os auditores internos podem estar numa situação única para ajudar as suas empresas a eliminar desperdícios, simplificar tarefas e reduzir custos. [...] Atualmente, a Auditoria Interna constitui uma função de apoio à gestão. A Auditoria Interna, além de importante, tornou-se imprescindível no mundo empresarial atual. (Grifo nosso)

A Auditoria Interna fornece análises, apreciações, recomendações, sugestões e informações, relativas às atividades examinadas, incluindo a promoção do controle eficaz a custo razoável. O auditor interno deve revelar as fraquezas, determinar as causas, avaliar as conseqüências e encontrar uma solução de modo a convencer os responsáveis a agir. Em suma, [...], o auditor interno não é uma “polícia”, mas um profissional que pretende responder às expectativas da administração sobre os maiores riscos da empresa: observando, aconselhando e esclarecendo os responsáveis envolvidos, persuadindo-os a implantar as ações corretivas necessárias. (Grifo nosso)

A afirmação de Ratliff e Beckstead (1996, p. 14) expressa muito bem o grave problema das fraudes e o papel crucial da auditoria interna em seu combate:

Desfalques e outras formas de fraude e irregularidades têm sido comuns a maioria das organizações. Embora muitos motivos possam ser atribuídos a essa situação, todas essas ocorrências parecerem ter um ponto em comum. A pessoa ou pessoas responsáveis pela irregularidade considera seus interesses como fator isolado dos interesses da organização, e a eles confere maior prioridade. As auditorias internas oferecem meios de expor tais irregularidades. O desempenho regular das auditorias é até mesmo considerado como um dispositivo de prevenção em virtude dos riscos de exposição. (Grifo nosso)

Das afirmações de Thornhill (2000), Martins e Morais (1999) e Ratliff e Beckstead (1996) percebe-se principalmente que a auditoria deve ser a parte central do sistema de controle interno e que esta oferece os meios adequados para identificar as fraquezas da organização e ser um instrumento de prevenção.

Rasmussen (2000), citando as estatísticas de uma associação de prevenção de fraudes dos Estados Unidos, confirma que a auditoria interna é uma eficiente ferramenta de prevenção de irregularidades. Segundo esse autor,

[...] Uma ação preventiva pode impedir as fraudes. Vamos aos números da *Association of Certified Fraud Examiners*, dos EUA, que mostram a eficácia das medidas de prevenção às fraudes. Em 87% dos casos, a detecção precoce e a inibição psicológica funcionam bem. Em 56% dos casos, dá bom resultado a diminuição dos poderes excessivos de alguns executivos. Uma das ferramentas mais importantes de prevenção é o disque-fraude, com 38% de eficácia. Outra ferramenta de prevenção às fraudes recomendada pela Associação e a auditoria interna (eficiência de 28%), formada por uma equipe que analisa os relatórios do disque-fraude [...]. (Grifo nosso)

No aspecto da corrupção e da fraude, particularmente no Brasil, fazendo um relacionamento de tais irregularidades com o número de auditores, Kanitz (1999, p. 21) assim explica:

O Brasil não é um País intrinsecamente corrupto. Não existe nos genes brasileiros nada que nos predisponha à corrupção, de desterrados portugueses. A Austrália, que foi colônia penal do império britânico, não possui índices de corrupção superiores a de outras nações. Nós brasileiros não somos nem mais nem menos corruptos que os japoneses, que a cada par de anos têm um ministro que renuncia diante de denúncias de corrupção. (Grifo nosso)

Somos, sim, um País onde a corrupção, pública e privada, é detectada somente quando chega a milhões de dólares e porque um irmão, um genro, um jornalista ou alguém botou a boca no trombone, não por um processo sistemático de auditoria. As nações, com menor índice de corrupção, são as que têm o maior número de auditores e fiscais formados e treinados. A Dinamarca e a Holanda possuem 100 auditores por 100.000 habitantes. Nos países efetivamente auditados, a corrupção é detectada no nascedouro ou quando ainda é pequena. O Brasil, País com um dos mais elevados índices de corrupção, segundo o *World Economic Forum*, tem somente oito auditores por 100.000 habitantes, 12.800 auditores no total. Se quisermos os mesmos níveis de lisura da Dinamarca e da Holanda, precisaremos formar e treinar 160.000 auditores. (Grifo nosso)

Faz-se necessário, com base nas afirmações imediatamente anteriores, tanto no âmbito público como privado, investir e capacitar mais profissionais para a área de auditoria, a fim de que o País possa conviver com uma quantidade menor de fraudes, corrupções e irregularidades. É claro que, nesta área, não é suficiente somente este tipo de ação, mas também são necessárias ações contra a impunidade, criação de leis mais severas, educação de qualidade e acessível para toda a população e menos injustiça social.

Devem-se observar, entretanto, duas considerações importantes sobre este assunto: primeiro, não se pode esquecer das limitações inerentes as auditorias, sejam elas internas ou externas, em relação às fraudes, como já abordado neste relatório de pesquisa. O auditor é apenas um ser humano normal, não é um paranormal nem um adivinho. Não tem um detetor automático e infalível de identificação de fraudes. A segunda consideração advém da primeira: não se deve esquecer de que não é obrigação do auditor descobrir todas as fraudes da empresa e que também não é esta sua única atribuição dentro da entidade. Na verdade, geralmente isto ocorre no encaminhamento normal de seus trabalhos e tarefas. Outrossim, não se pode esquecer de que o auditor interno é um assessor da alta administração na condução dos negócios e na avaliação da empresa como um todo.

Atualmente, a prática da auditoria interna evoluiu para um modelo proativo com foco em riscos e de consultoria em processos (FEBRABAN, 2003). Neste aspecto, vale destacar ainda o papel da auditoria de processos, na melhoria dos controles internos e na prevenção de erros e de fraudes. Segundo Dias (2006, p. 1), auditoria de processos pode ser definida como

Uma atividade de avaliação independente de assessoramento à alta gestão da empresa, que visa à avaliação dos sistemas de controle envolvidos e verificação dos procedimentos e das normas alocadas no desenvolvimento do negócio exercido, atentando para o desempenho operacional e para a eficácia obtida por suas áreas produtivas, considerando planos de metas, macroobjetivos e políticas definidas pela organização.

É importante destacar a noção de que o principal objetivo do auditor de processos é proporcionar a melhor forma e condição da empresa praticar o seu negócio-fim. Daí a necessidade de se identificar os riscos envolvidos em cada macroprocesso da empresa (DIAS, 2006).

Nesse mesmo enfoque, sintetiza e completa Coelho (2002), detalhando, entre tantos métodos para se prevenir as fraudes, o seguinte:

MANTER BOA CONTROLADORIA E AUDITAR PROCESSOS - Não basta decidir pela melhor forma de trabalho, é preciso garantir que ele seja executado de forma adequada. Essa verificação mostra à empresa o quanto ela está em conformidade com o que as autoridades exigem e com o que ela própria decidiu relativamente aos seus processos de trabalho. As normas de controle devem ser continuamente revisadas e renovadas, segundo os diversos riscos, para evitar que a rotina enfraqueça o sistema. Importante para a verificação e reavaliação de medidas de segurança é o registro sistemático de todo e qualquer incidente, com dados que permitam, com o tempo, detectar negligências, condutas impróprias, inobservância de normas, etc., que sem esse registro tenderiam a passar despercebidas, incorrendo a organização em perdas consideradas normais. (Grifo nosso)

Para maior clareza e interpretação do processo, Dias (2006) recomenda que se analisem os riscos e os seus respectivos controles, dentro da óptica do objetivo do processo. Os processos organizacionais, lembra-se em trabalho anterior, devem ser analisados e reformulados periodicamente (ORÍÁ FILHO, 1996).

Processo pode ser definido como "um conjunto estruturado de atividades seqüenciais que apresentam relação lógica entre si, com a finalidade de atender e, preferencialmente, suplantam as necessidades e as expectativas dos clientes externos e internos da empresa". (OLIVEIRA, 2006, p. 8).

O termo "macroprocesso" geralmente é adotado para sinalizar apenas que se está tratando do nível mais alto de processos, ou seja, as grandes famílias de processos (MARANHÃO; MACIEIRA, 2004).

Já o mapeamento de processos da organização, conforme Maranhão e Macieira (2004, p. 53), é

O conhecimento e a análise dos processos e seu relacionamento com os dados, estruturados em uma visão *top down*, até um nível que permita sua perfeita compreensão e obtenção satisfatória dos produtos e serviços, objetivos e resultados dos processos.

No âmbito mais específico das operadoras de plano de saúde, tem-se a auditoria médica, que é uma atividade imprescindível aos serviços público e privado

de saúde para evitar fraudes, desperdícios e até a exposição do paciente a tratamentos sem evidências científicas.

A auditoria médica pode ser conceituada como

Um conjunto de atividades sistemáticas, independentes, isentas e exercidas por um médico auditor que analisa as conformidades da relação médico / serviços / planos de saúde / pacientes, agiliza processos, detecta distorções ou eventuais desvios, aponta soluções que objetivam otimizar recursos, cuja finalidade principal é o atendimento do paciente, dentro dos padrões de excelência médica, ética e legal. (SEIBEL, 2003b, p. 71).

Há atualmente diversas formas de atuação da auditoria médica, dentro de uma operadora de plano de saúde médico. Seibel (2003b) destaca três tipos ou subdivisões da auditoria médica, que são apresentados a seguir, resumidamente:

a) *auditoria médica prospectiva (ou auditoria preventiva ou avaliação prévia)* – aquela que realiza uma análise prévia dos procedimentos, ou seja, se o médico solicitante é cooperado; se há coberturas contratuais ou carências; se a codificação é adequada e se os procedimentos solicitados estão compatíveis com o diagnóstico. Esta análise pode ser documental (contrato, guia de internação hospitalar, exames subsidiários etc.) e/ou pericial. Nesse último caso, o paciente também é submetido a uma avaliação do médico auditor;

b) *auditoria médica concorrente (hospitalar)* – é aquela realizada concomitantemente ao evento da hospitalização. Com isso, é possível estabelecer a indicação precisa das internações, planos de entrada ou saída em Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) ou de outras unidades. É também possível avaliar e indicar casos de pacientes a serem transferidos para atendimento domiciliar (*home care*); e

c) *auditoria médica retrospectiva (ou revisão de contas ou auditoria de contas)* – avalia retrospectivamente as contas originadas durante a internação. Por ocasião do procedimento, é revisada e conferida a fatura, em todos os seus componentes, como, por exemplo: descrição do procedimento cirúrgico, boletim de

anestesia, exames solicitados e efetivamente realizados, número das diárias hospitalares, prescrição médica, lista de materiais solicitados etc.

Em síntese, a auditoria, nas suas diversas formas, e principalmente a auditoria interna (operacional, médica ou de processos), tem um papel relevante na prevenção, identificação e/ou apuração de erros e de fraudes, bem como na coleta e seleção de provas e indícios, que possam ser apresentados contra os fraudadores, tanto na esfera civil (reparação de danos) como no âmbito criminal.

2.4 Fraude

Para melhor compreender as fraudes nas organizações, necessário se faz abordar este assunto em dois tópicos: um explicitando os diversos aspectos conceituais e terminológicos da fraude, bem como suas diferenciações com o erro e as suas principais classificações e tipos; e, em outro, detalhando quais são os possíveis aspectos motivacionais daquele que comete uma fraude.

2.4.1 Dos aspectos conceituais

Na busca do significado da palavra fraude, comumente se depara com o sentido de burlar, enganar, espoliar, roubar, falsificar, adulterar, sonegar e lesar. Segundo os principais dicionários da língua portuguesa, a palavra fraude pode significar: "engano, logração, burla e dolo". (MICHAELIS, 1998, p. 990). Também: "abuso de confiança; ação praticada de má fé; contrabando; clandestinidade; falsificação e adulteração". (FERREIRA, 1999, p. 940). Ou ainda: "qualquer ato ardiloso, enganoso, de má fé, com intuito de lesar ou ludibriar outrem, ou de não cumprir determinado dever; logro, falsificação de marcas ou produtos industriais, de documentos etc. Introdução clandestina de mercadorias estrangeiras sem o pagamento dos devidos tributos à alfândega; iludir, falta, crime, delito". (HOUAISS; VILLAR, 2001, p. 1.388).

Nas enciclopédias, encontram-se ainda as seguintes definições: "Ato de má fé que visa a enganar. Em geral, malícia ou ardil empregado para obter vantagem indevida ou lesar outrem". (GRANDE, 1977, p. 2.917) e "burla, má-fé,

engano, logro, dolo; falsificação de produtos ou marcas industriais; contrabando. É o engano feito com astúcia, em prejuízo de terceiros". (ENCICLOPÉDIA, 1959, p. 359).

No ponto de vista que se poderia dizer filosófico, fraude é a antítese da violência na objetivação do ilícito, é o emprego dos "motivos ilusórios". (MOTTOLA, 2004).

Na linguagem jurídica, o termo fraude se presta a vários sentidos. Na acepção genérica, haurida das fontes romanas, é a falta consciente de respeito à lei ou a qualquer subterfúgio para iludir ou enganar o preceito legal. Nesta acepção, pode-se citar como exemplo, a fraude contra o fisco e a fraude eleitoral. Em sentido especial, fraude é a insolvência dolosa ou qualquer colusão em prejuízo de terceiros. Temos aqui, a simulação fraudulenta e a fraude pauliana, de que cogitam os artigos n° 158 a 165 do novo Código Civil Brasileiro, a Lei das Sociedades por Ações e os artigos n° 336 e 337 do Código Penal Brasileiro (MOTTOLA, 2004).

Em sentido menos restrito, esclarece ainda Mottola (2004), fraude é

O engano doloso, ou malicioso induzindo em erro, tendente à consecução ou facilitação de um fim ilícito. Nesta acepção, ora identifica-se com o dolo contratual, ora é uma agravante genérica, ou elemento integrante de certos crimes. No tocante aos crimes contra o patrimônio, constitui o elemento típico do estelionato e é, até então, a mesma fraude contratual sob um aspecto de especial evidência e alarmante gravidade.

Quando foi da elaboração do nosso Código Civil, Beviláqua, replicando a Andrade Figueira (que afirmava ser a fraude um vício de igual natureza do dolo e da simulação, podendo inquirar todos os atos jurídicos possíveis), assim discorria: "A fraude é um vício da vontade que, por um lado, se aproxima do dolo e da simulação, e por outro, se afasta desses outros vícios. Aproxima-se do dolo, porque, como este, é um artifício para proporcionar um engano; mas difere do dolo em que, neste, um dos agentes procura iludir o outro na fraude, isso não se dá. Na fraude, as partes estão ou se supõe de acordo entre elas, o engano não tem por fito prejudicar uma delas. Difere da simulação, a fraude, em que naquela o engano existe, por assim dizer, na parte formal dos atos. Na fraude, o ato se apresenta como verdadeiro, como obedecendo a todas as normas legais, e vai prejudicar terceiros, alguém que nele não tomou absolutamente parte".

No âmbito da legislação, tem-se o seguinte conceito, conforme o artigo 72 da Lei n° 4.502, de 30.11.1964, ou artigo 454 do Regulamento do IPI de 1998:

É toda ação ou omissão dolosa tendente a impedir ou retardar, total ou parcialmente, a ocorrência do fato gerador da obrigação tributária principal, ou a excluir ou modificar as suas características essenciais, de modo a reduzir o montante do imposto devido, ou a evitar, ou diferir o seu pagamento. (BRASIL, 2005).

Como quer que seja, no entanto, como explica Mottola (2004), o certo é que, entre as várias significações e inúmeras definições do vocábulo fraude, na linguagem corrente, na doutrina contábil, nos renomeados autores, na técnica jurídica, já se inveterou a idéia de lesão patrimonial por meio do engano.

Já os autores que trabalham ou estão familiarizados com a área de auditoria apresentam conceitos sobre fraude mais voltados à realidade das organizações. Para Cassarro (1997, p. 79), a fraude “se refere a uma ação dolosa, a uma burla, a um engano, podendo ser financeira, moral ou de várias outras espécies”. Já no entendimento de Gil (1999, p. 22) “compreende ação intencional e prejudicial a ativo intangível de posse de pessoa física ou jurídica”. Para Gomes (2000, p. 25), “fraude contra as empresas são atos ilícitos voluntários, provocados por um ou mais indivíduos, em conluio ou não com terceiras partes, pela falsa representação da realidade das transações econômicas–financeiras contabilizadas”.

Para o Instituto dos Auditores Internos do Brasil - AUDIBRA (1992, p. 228-229), no âmbito dos profissionais de auditoria interna, fraude é

Uma forma de irregularidade envolvendo práticas criminosas para obter uma injustiça ou vantagem ilegal. Refere-se a atos cometidos com a intenção de enganar, envolvendo mau uso dos ativos ou irregularidades intencionais de informação financeira, ou para ocultar mau uso dos ativos ou para outros propósitos por meio de: manipulações, falsificações ou alterações de registros e documentos, supressão de informações dos registros ou documentos; registro de transações sem substância; e mau uso de normas contábeis.

A fraude pode ser ainda conceituada como: “o emprego de meios ardilosos ou insidiosos, tendentes a levar alguém ao erro”. (SALLES JR., 1995, p. 95) ou ainda “é normalmente compreendida como o engano malicioso, o procedimento astucioso, intentado de má-fé, destinando a encobrir a verdade ou a contornar um dever”. (GARCIA, 2006).

Como se observa em praticamente todos esses conceitos citados, o elemento ou expressão que se repete e é comum, é que a fraude é realizada, concretizada e/ou empregada visando sempre a prejudicar a terceiros ou levar alguém ao erro.

Para Jesus (2000, p. 69), sob a perspectiva da vítima, a fraude “é um delito bem diferente, porque normalmente o autor deste delito é alguém que a vítima conhece muito e em quem confia”. E para Gonçalves (1968, p. 37), “a fraude é filha da falsidade”.

Conforme o Conselho Federal de Contabilidade - CFC (1999, p. 207), na Interpretação Técnica NBC T11 – IT – 03 (Fraude e erro), aprovada pela Resolução CFC n° 836, no âmbito contábil, a fraude pode ser caracterizada ainda por:

- a) Manipulação, falsificação ou alteração de registros ou documentos, de modo a modificar os registros de ativos, de passivos e de resultados;
- b) Apropriação indébita de ativos;
- c) Supressão ou omissão de transações nos registros contábeis;
- d) Registro de transações sem comprovação; e
- e) Aplicação de práticas contábeis indevidas.

Já segundo as normas para o exercício profissional do auditor interno,

A fraude pode ser caracterizada como o resultado de irregularidades ou atos ilegais praticados com manifesta intenção do seu autor. Pode ser perpetrada em benefício do próprio fraudador, em benefício da organização ou contra ela, e praticada por pessoas da própria organização ou de fora dela. (AUDIBRA, 1991, p. 30).

No campo do Direito, para a configuração da fraude, não se fazem presentes dois elementos: objetivo (*eventus damni*) - o ato de prejudicar outrem - e subjetivo (*consilium fraudis*) - a má-fé, a intenção maliciosa de prejudicar outrem. A fraude constitui “elemento comum a várias figuras ilícitas, quer no terreno civil, como a fraude contra credores, quer no penal, como o estelionato, quer no processual, como a fraude à execução”. (GRANDE, 1977, p. 2.917).

Na área jurídica, a fraude se distingue do dolo, já que este é o engano praticado para prejudicar aquele com quem se contrata; ou seja, o dolo é empregado para obter o consentimento da vítima na consumação do negócio. A vítima consente

no negócio, porque sua vontade já está viciada pelo dolo, e não fosse ele não haveria o ato do qual ela participa. Não há dolo posterior ao negócio. É sempre anterior. Já na fraude, os artifícios maliciosos são empregados para frustrar ou não cumprir uma obrigação preexistente; os atos são praticados sob forma lícita, mas com finalidade distorcida, ilícita e de prejudicar terceiros. No dolo, os artifícios são dirigidos contra a vítima; na fraude, contra terceiros. O dolo pode ocorrer por omissão do dever de falar a verdade num contrato, enquanto a fraude não admite forma que não seja ação (SOIBELMAN, 1974).

Também não se deve confundir fraude com simulação fraudulenta, pois nesta as partes envolvidas simulam um contrato que não pretendem cumprir a fim de prejudicar terceiros, enquanto na fraude o contrato é verdadeiro, mas feito em prejuízo de terceiro. A fraude pode existir em um só dos contratantes, contudo a simulação fraudulenta implica necessariamente o conluio, a conivência das partes na fraude. Pode-se dizer que a má-fé é o gênero, de que o dolo, a fraude e a simulação fraudulenta são espécies (ENCICLOPÉDIA, 1959).

Sá (1998, p. 52) explica que os erros por fraude ou erros intencionais podem ser cometidos, por exemplo, para:

1. Subtrair mercadorias, matérias-primas, produtos e resíduos;
2. Subtrair dinheiro;
3. Subtrair títulos;
4. Iludir o fisco, evitando o pagamento de impostos;
5. Dissimular atos sujeitos a penalidades;
6. Encobrir faltas de terceiros;
7. Alterar resultados para usufruir maiores percentagens em lucros;
8. Simular ocorrências;
9. Iludir a opinião de acionistas e autoridades monetárias etc.

Além da terminologia, conceitos e/ou caracterização do termo “fraude”, faz-se necessária a sua diferenciação em relação à palavra “erro”. Para isso, faz-se mister também a exposição das definições, tipos, classificações e/ou características dos erros e/ou enganos.

Erro, do latim "error", enganar-se, desviar-se. Conforme os dicionários da língua portuguesa, a palavra erro pode ter os seguintes significados: "equivoco, uso impróprio ou indevido, doutrina falsa". (MICHAELIS, 1998, p. 842); e "juízo falso,

desacerto, engano, incorreção, inexatidão, falta, desregramento, dentre outros” e pode ter ainda as seguintes caracterizações: “erro accidental, erro de aproximação, erro de arredondamento, erro de tipográfico (ou de imprensa ou de revisão), erro sistemático [...]”. (FERREIRA, 1999, p. 787).

Para o AUDIBRA (1992, p. 228), erro é a “idéia falsa sobre uma pessoa, ou coisa, ou direito. Conhecimento imperfeito ou ignorância da verdade do fato ou do direito, por parte de quem se engana, supondo acertar. Fazer diferentemente do que deveria ter sido feito”. Já DIREITOVIRTUAL (2002), completando a definição anterior, assinala que o erro é

Percepção falsa de realidade. No erro, o conhecimento existe, mas não corresponde à realidade, sendo o falso tomado por verdadeiro ou este por falso. Não se confunde com a ignorância, pois esta implica a ausência de conhecimento. Em Direito o erro é vício de consentimento. O erro pode ser de fato ou de direito. O erro de fato é o engano a respeito de uma circunstância material, e pode ser accidental ou essencial. Accidental é o erro quando incide sobre peculiaridades secundárias do objeto, não sendo, pois o motivo determinante do contrato. O erro essencial, também chamado substancial, enseja a nulidade do ato, pois ataca a substância ou essência deste, tendo sido seu próprio causador. O erro de direito é o engano quanto à existência ou interpretação da norma jurídica.

Jesus (2000, p. 60), por sua vez, define erro, apontando suas causas e sugerindo medidas preventivas. Bem assim estabelece uma diferenciação acerca da ignorância. Eis a explicação desse autor:

Erro é a não-conformidade lógica com o raciocínio sobre os objetos. Não deve ser confundido com a ignorância, que consiste em nada saber nem afirmar; ao passo que o erro está em alguém não ter conhecimento e afirmar, julgando que possui o conhecimento ou a verdade.

Muitas são as causas do erro, seja pela insuficiência de processamento de informação, seja pelo déficit de atenção, sendo estas últimas as mais comuns. Para diminuir nossos erros, devemos desenvolver a inteligência pela aplicação de regras lógicas e refletir sobre os assuntos que devam ser examinados.

Para Gonçalves (1968, p. 36), as causas e as medidas para correção dos erros são as seguintes:

CAUSAS

PESSOAIS:

- Ignorância;

- Negligência;
- Má-fé (ocasional, organizada ou sistemática).

ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO:

- Falta de controle interno ou deficiência do mesmo;
- Falta de revisão externa.

CORREÇÃO DOS ERROS:

- Estornos;
- Retificações.

Batalha (1985), abordando melhor a diferenciação entre erro, ignorância e dolo, acentua que o erro é espontâneo e trata-se de falso conhecimento, desconformidade entre os pressupostos da vontade declarada e as circunstâncias (reais) de fato e/ou de direito, independentemente da interferência da outra parte, ou de terceiro; a ignorância, ao contrário, constitui ausência de conhecimento; e o dolo, por sua vez, é a provocação do erro.

Na perspectiva de Sá (1998, p. 52), os erros ou enganos possíveis, encontrados pela auditoria, são de naturezas diversas, podendo-se destacar deles os seguintes:

- Enganos de cálculo: motivados por falhas de natureza aritmética de soma, transporte, subtração etc., em documentos, fichas contábeis, livros etc.
- Enganos por omissões: motivados pela omissão de fatos ou registros de natureza contábil.
- Enganos técnico-contábeis: motivados por registros inadequados, derivados de má classificação, intitulação defeituosa, inversões etc.
- Enganos por duplicidade: duplo lançamento, inclusão dupla de somas etc.
- Enganos fiscais: motivados por transgressão às leis fiscais, ou seja, os que contrariam dispositivos da legislação federal, estadual, municipal, previdenciária etc.
- Enganos por equivalência: motivados por contrabalanceamento de diversos erros, ou seja, um encobrindo outro.
- Enganos de avaliação: motivados por super ou subavaliação de componentes patrimoniais (estoques, títulos, imobilizações etc.).
- Enganos de autenticidade: motivados por registros de documentos inidôneos e não autorizados.
- Outros enganos.

Os erros, quanto ao objeto, classificam-se em erros involuntários e por fraudes, desfalques ou intencionais, sendo que os erros involuntários podem ser cometidos por incompetência; descuido; deficiências físicas dos executores; falta de orientação e outros motivos (SÁ, 1998). Quanto às informações contábeis, os tipos de erros podem ser descritos como: evidentes e não evidentes; propositais e não

propositais; ocultos e não ocultos e os que afetam e os que não afetam os saldos do Razão (MAUTZ, 1987).

Já para Gonçalves (1968, p. 35-36), em relação aos autores citados há pouco, a classificação dos erros é mais detalhada, como a seguir relatada:

NA OPERAÇÃO:

- Técnicos.
- Formais ou Legais.

NA DOCUMENTAÇÃO:

Quanto aos elementos do documento:

- erro quanto ao instrumento material (papel inadequado, erro de fórmula ou de impresso);
- erro de cálculo (soma, multiplicação etc.);
- erro de data e lugar;
- erro de descrição ou histórico;
- erro de quantidades;
- erro de quantia ou valor;
- erro de pessoa (devedor, credor, avalista etc.);
- erro de selagem;
- erro de numeração.

Quanto à autenticidade:

- erro quanto à pessoa que deu origem ou assinou originariamente o documento;
- erro quanto à pessoa que o visou.

NA CONTABILIDADE:

Erros na organização contábil:

- nos registros (quanto à lei; quanto à técnica);
- nos planos de contas.

Erros na escrituração:

- nas formalidades legais;
- nos lançamentos (de data e lugar, de histórico, de estimativa, de conta e de débito ou crédito);
- no cálculo (somadas, multiplicações etc.).

Erros na Síntese ou Exposição Contábil:

- na demonstração de resultados;
- no balanço geral.

Fazendo uma distinção mais ampla entre fraude e erro, Gonçalves (1968, p. 37) explica que

A fraude não deve ser confundida com o erro. Erro é o que não é exato ou verdadeiro. No erro há um conceito de inexatidão, de oposição à verdade, ou do afastamento desta. Na fraude há sempre um conceito de má-fé, de intencionalidade imoral. O erro é fenômeno geral, sem causação compulsória de ordem moral. A fraude é sempre fenômeno do plano moral, com repercussões na ordem criminal.

Pelo que já foi reportado, pode-se garantir então, que a diferença básica entre o erro e a fraude está no fato de que o primeiro é involuntário, espontâneo e/ou não intencional e o segundo é intencional, realizado com má-fé, visando como fim o benefício próprio e/ou de terceiros.

Como muito bem testemunha Gonçalves (1968, p. 37 e 44),

A verdade é uma só, mas as falsidades dela são numerosas. Variam com as vantagens ilícitas pretendidas, com as resistências ou vigilâncias, com os recursos intelectuais do fraudador. Daí as formas de fraude serem ilimitadas, variando também com as sociedades e as épocas.

A variedade de fraudes é ilimitada. Varia com a posição do empregado, suas atribuições, o setor de atividades na empresa, sua imaginação, audácia e habilidade.

Maranguape (2001) lembra que, no cotidiano da sociedade brasileira, tantas e de tão variadas formas e tipos são as fraudes praticadas diariamente por todas as camadas sociais, que já viraram rotina e não assustam mais ninguém, quando aparecem nos meios de comunicação. Como exemplo, o referido autor, cita:

- Suborno ao guarda de trânsito para não ser multado ou ter o veículo apreendido;
- A não emissão de notas fiscais pelo comércio em geral;
- A inclusão do valor do ISS após o total da nota fiscal de serviço (com a cumplicidade dos órgãos fiscalizadores);
- Recebimento de vantagens pelos políticos em geral, mesmo sem comparecer às sessões em plenário;
- A não devolução dos empréstimos compulsórios pelo governo federal;
- Expurgo das correções monetárias das contas de poupança e FGTS, relativo aos diversos planos econômicos;
- A cobrança pelos cartórios de preços acima da tabela da justiça, por informatização (com a complacência da Corregedoria dos Tribunais de Justiça).

Andrade (1999, p. 132) divide as fraudes organizacionais em dois tipos:

Fraude em benefício da própria empresa - Dentre os vários tipos de fraude em benefício da empresa situam-se:

- Vendas fictícias ou registros de ativos inexistentes, a fim de demonstrar resultado ou uma posição patrimonial melhorada, ou ainda, esconder prejuízos ou má performance da empresa.
- Pagamento de suborno, comissões ou outros benefícios a terceiros, no sentido de facilitar os negócios da empresa, ou fazê-la obter vantagens em relação a políticas ou normas comerciais vigentes.
- O registro incorreto ou omissão de valores ou transações, direitos e obrigações, receitas, bases de avaliação de bens e propriedades da

empresa, no sentido de mascarar situações e, assim, levar terceiros a uma idéia incorreta e mais positiva, sobre a empresa.

- Fraudes fiscais, cambiais ou comerciais, cometidas pela empresa, falsificando ou manuseando maliciosamente documentação, para fins de contabilização das operações.
- Aceitação de suborno e favores especiais para atender situações e procedimentos contrários à legislação, normas, políticas internas ou externas ou à ética.

Fraudes contra a organização - São aquelas fraudes caracterizadas por:

- Desvio de negócios para ex-empregados ou concorrentes, privando a empresa de lucros ou vantagens a que teria direito.
- Apropriação indébita de dinheiro, bens, direitos ou valores da empresa, através de manuseio malicioso de registros, informações e documentos.
- Transações não autorizadas em nível adequado, possibilitando saques, transferências de propriedade, de bens, concessão de descontos e vantagens a terceiros, em prejuízo do patrimônio da empresa.
- Exceções na política de preços, pagamentos, concorrências, compras etc. em benefício de uma pessoa ou um grupo de pessoas, da organização ou de fora dela. (Grifo nosso)

Já no âmbito das fraudes contra as organizações, para Attie (1992, p. 215-216), a fraude assume múltiplas modalidades. Das diversas classificações históricas de fraudes, já efetuadas, reveste-se de interesse a que as dividem em

- *Não encobertas*: são aquelas que o autor não considera necessário mascarar, porque o controle interno é muito fraco. Um exemplo seria a retirada de dinheiro do caixa, sem se efetuar nenhuma contabilização.
- *Encobertas temporariamente*: são feitas sem afetar os registros contábeis; por exemplo, retirar dinheiro proveniente das cobranças, omitindo o registro delas de modo que seu montante possa ser coberto com o registro de cobranças posteriores, e assim sucessivamente.
- *Encobertas permanentemente*: nesses casos, os autores da irregularidade preocupam-se em alterar a informação contida nos registros e outros arquivos, para assim ocultar a irregularidade. Por exemplo, a retirada indevida de dinheiro recebido de clientes poderia ser encoberta, falsificando-se as somas dos registros de cobranças; porém, isto não bastaria, pois, como o valor a creditar aos clientes não poderia ser alterado sem o risco de futuras reclamações, deve-se procurar outro artifício. Este poderia consistir em manter as somas corretas no registro de cobranças; porém, alterando as somas da conta correspondente no razão geral, modifica-se, também, outra soma, de preferência alguma conta de despesas para, assim, manter a igualdade entre saldos devedores e credores. Naturalmente, isto supõe o livre acesso do interessado aos registros contábeis, o que contraria os bons princípios de controle interno.

Esta classificação de Almeida (1996) é basicamente parecida com a de Attie (1992), citada anteriormente. Para esse autor, os desfalques ou irregularidades podem ser classificados somente como temporários e permanentes.

Segundo Jesus (2000), os métodos de fraudes podem ainda ter esta seguinte classificação: fraude contra indivíduos; fraude contra o comércio; e fraude contra o governo. Semelhante classificação dos tipos e modalidades de fraudes é dada por Sarmiento (2000): fraude contra a pessoa jurídica; fraude contra a pessoa física; fraude em sociedade por ações; fraude contra a administração pública; e fraude contra a fazenda pública.

Já para Sá (1962), os tipos ou classificações de fraudes são os seguintes, em resumo:

a) *fraude contábil* - resulta de representação inverídica de fenómeno patrimonial. Limita-se exclusivamente ao campo patrimonial;

b) *fraude em geral* - é todo o processo que vise a faltar a verdade para atingir diversos fins;

c) *fraude involuntária face à empresa* - são diversas e de natureza involuntária. Dentre elas, destacam-se como principais aquelas cometidas por empregados e as originadas pela pressão de fatos externos de ordem econômica e social, fora do alcance da direção azidental;

d) *fraude voluntária cometida pela empresa* - realizada por desejo e determinação das empresas, ou seja, voluntariamente, visando a ocultar situações financeiras, patrimoniais e de lucro;

e) *fraude contra o crédito* - origina-se da apresentação de uma falsa situação financeira, visando a obter empréstimos ou operações de natureza creditícia com bancos e particulares;

f) *fraude contra acionistas e sócios* - a que uma empresa pode cometer contra os seus acionistas e sócios, sendo as mais comuns as que visam a apresentar uma situação falsa de resultados, quer aumentando os lucros, quer sonegando-os, de acordo com as circunstâncias;

g) *fraude contra o Fisco* - cometida com o objetivo de reduzir ou evitar o pagamento de tributos;

h) *fraudes para enriquecimento ilícito*: são, principalmente, as geradoras de falências, concordatas e incorporações ruinosas de sociedades. Há inúmeros casos práticos de homens de empresa que conseguiram fortunas por meio de expedientes escusos; e

i) *fraudes diversas* - além dos casos referidos, diversos outros tipos de fraude podem ser verificados, como: fraudes de agiotagem, transações ilícitas entre organizações etc.

Sá e Sá (1994) apresentam ainda outros tipos de fraude, além das já citadas: fraude em balanço; fraude em contabilidade; fraude em escrita; e fraude fiscal.

Na opinião de Gil (1999, p. 136), podem-se classificar as fraudes somente em três tipos: “1) praticadas por funcionários em caráter individual; 2) cometidas por quadrilha / conjunto de profissionais; 3) concretizadas por executivos ou pela alta administração de uma organização”.

Na área específica do Direito, as fraudes podem ser divididas da seguinte maneira, segundo Soibelman (1974): fraude à lei; fraude contra credores; fraude fiscal; e fraude em arrematação judicial.

Pode-se sintetizar as diversas classificações anteriormente reportadas da seguinte forma:

- as que estão ligadas aos fatos corriqueiros da vida do cidadão comum e que muitas vezes passam despercebidas (fraudes cotidianas), segundo Maranguape (2001);

- as que colocam o enfoque em ser a favor ou contra as entidades (fraude em benefício da própria empresa e fraudes contra a organização), conforme Andrade (1999);

- as que podem ou não ser escondidas nos registros da azienda (não encobertas, encobertas temporariamente e encobertas permanentemente ou simplesmente em temporárias e permanentes), como anotam Attie (1992) e Almeida (1996);

- as que realçam o ente agredido (fraude contra indivíduos, comércio e governo ou contra pessoa jurídica, pessoa física, sociedade por ações, administração pública e fazenda pública), nas opiniões de Jesus (2000) e de Sarmiento (2000);

- as que destacam tanto o tipo como o ente atingido e o motivo desta (fraude contábil, geral, involuntária cometida por empregados, involuntária cometida pela empresa, contra o crédito, contra acionistas e sócios, contra o Fisco, para enriquecimento ilícito e diversas), conforme mencionado por Sá (1962); e

- as que identificam o local onde foi atingida (fraude em balanço, em contabilidade, em escrita e fiscal ou fraude à lei, em arrematação judicial, fiscal e contra credores), no entendimento de Sá e Sá (1994) e na compreensão de Soibelman (1974).

No aspecto de fraudes em registro, relata Sá (2000, p. 227-228) que o documento pode ser autêntico, mas o registro pode ser viciado. Existem várias formas de cometer fraudes por meio de registros, mas as principais são:

- *Registro duplo*: consiste em lançar-se duas vezes o mesmo documento em datas diferentes;
- *Omissão de registro*: consiste em excluir de um documento um de seus elementos;
- *Classificação errônea*: consiste em utilizar contas indevidas para o fato. Por exemplo, registrar-se despesa como imobilizações ou imobilizações como despesa;
- *Adulteração*: consiste em registrar coisa diferente que a constante do documento;

- *Raspagem*: consiste em utilizar-se de instrumentos para modificar lançamentos já feitos;
- *Entrelinhas*: consiste em utilizar-se de espaço indevido nos livros, inserindo registro entre as linhas;
- *Exclusão*: consiste em eliminar dados de registros já feitos;
- *Transporte*: consiste em realizar o transporte de importâncias com inversão de números, aumento de zeros, adulteração de números etc.

Gomide e Gomide (1995, p. 48) ressaltam que há ainda as chamadas fraudes documentais, que "são os procedimentos indevidos praticados durante ou após os lançamentos escritos" ou, segundo Bresciani (2002), em outras palavras, "expediente ou processo utilizado na produção de documento falso, total ou parcialmente".

Pela "documentoscopia", as fraudes documentais classificam-se em várias categorias distintas, dependendo do tipo de procedimento utilizado pelo agente. Segundo os autores Basílio (2001), Bresciani (2002) e Gomide e Gomide (1995), os tipos de fraudes em documentos são os seguintes, em síntese:

1. *contrafações* – são as reproduções imitativas de documentos impressos. São os casos das gráficas clandestinas que contrafazem e reproduzem diversos documentos impressos, tais como: cédulas de papel-moeda (real, dólar etc.), documentos de identificação, ingressos, vales-transportes etc., que apresentam suportes e registros especiais.

2. *Alterações*: são as modificações do conteúdo original em qualquer documento, por processos físicos ou químicos, e podem ser diminutivas, aditivas ou cronológicas. Vale lembrar que as alterações nem sempre possuem finalidade fraudulenta, pois, muitas vezes, esses processos são utilizados nas correções de erros e adendos. Esses processos podem se apresentar das seguintes modalidades:

a) *lavagem química* – é a fraude realizada com a aplicação de reagente químico em áreas localizadas do documento, para suprimir parte dos registros gráficos originais. A lavagem química normalmente é seguida de um processo de acréscimo ou reimpressão. Como exemplo, temos a lavagem de cédulas de real a fim de se produzir uma falsificada de maior valor;

b) acréscimo – é a introdução de registros gráficos adicionais àqueles originais do documento, ou seja, é a operação aditiva, que constitui na aposição de traços, sílabas, palavras ou textos em documentos já elaborados. São tipos de acréscimos o retoque, emenda, sobrecarga, marginais, interlineação, interpolação, intervocabulação e finais;

c) rasura – é a alteração do estado superficial do papel, produzida pelo simples atrito de um produto abrasivo (lixas, borrações etc.), não deixando, às vezes, nenhum vestígio perceptível a olho nu, tornando-se mais fácil detectá-la através dos efeitos da luz rasante. A rasura é menos intensa do que a raspagem, ou seja, a operação subtrativa é menos profunda; e

d) recorte – é a retirada de parte do documento por meio de rasgadura ou corte de suporte, seguido de acréscimo. São os casos de delaminação de cheques e substituição de fotos de documentos de identidade por meio de recorte.

3. Falsificações gráficas – apresentam os seguintes tipos:

a) falsificação sem imitação – é o lançamento de firma ou rubrica aleatória em nome de terceiro, cujo modelo é desconhecimento do falsário. É o processo de falsificação usado por falsários eventuais ou primários;

b) falsificação de memória – é a imitação de assinatura ou rubrica memorizados pelo falsário. Nesse tipo, o falsário guarda de memória os gestos mais aparentes da assinatura que vai reproduzir, como as letras iniciais, maiúsculas, as cetras – traços ornamentais que arrematam as assinaturas -, mas não memorizam o conjunto todo;

c) falsificação por imitação servil – é a cópia do modelo original. É o mais pobre dos processos - o falsário, fiel a um modelo, o reproduz no documento que está forjando. A tarefa de copiar um lançamento não é fácil. Depois de cada gesto produzido, o falsário é obrigado a parar e olhar o modelo, voltando a fazer outro trecho do lançamento. Como conseqüência desse fato, além do lançamento ficar moroso, arrastado, apresenta parada do instrumento escrevente em sítios que no

modelo não ocorrem. Para realizar alguns movimentos, o falsário vacila, resultando um traço hesitante e trêmulo;

d) falsificação por decalque – é o processo de falsificação, constituindo na transposição de uma escrita ou firma autêntica de um documento para o outro. O decalque pode ser direto, quando é feito pela reflexão, recobrimento de sua sombra ou por transiluminação. Indireto, quando é feito por meio de recorte, debuxo etc.;

e) falsificação exercitada – é a conseqüência de sucessivos treinamentos da firma original. Este é o tipo mais perigoso e difícil de falsificação. O falsário se apossa de um modelo autêntico e, depois de cuidadoso treino, o reproduz. Dependendo da habilidade do falsário, ele consegue um lançamento mais ou menos veloz. O confronto de uma falsificação exercitada com o modelo mostra relativa coincidência na qualidade do traço, mas discrepâncias nos elementos genéticos. Quanto aos elementos formais, pode haver certas semelhanças, sobretudo nos gestos mais aparentes.

4. Autofalsificação: consiste na introdução dos disfarces no lançamento da própria assinatura. Escritas ou firmas que parecem falsas, no entanto, provieram, realmente do punho ao qual são atribuídas. É uma falsificação por deformação, e que consiste na modificação proposital da própria escrita ou firma. Ela pode ocorrer por autodisfarce, por meio de decalque ou mediante de imitação servil.

5. Simulação: é a substituição de um elemento constante do documento de segurança por outro similar, com a finalidade de caracterizá-lo como autêntico. Como exemplo, há os casos de rasura total dos nomes, seguida da rasura da numeração dos documentos originais de um cheque, a fim de substituí-los por outro, ou por outros nomes e números de documentos. Costumam usar letras removíveis, objetivando simular uma impressão eletrônica. É por isso que se chama simulação. Há também a chamada simulação de falso, que consiste na introdução de vícios numa assinatura com o fim de lhe dar aparência de falsidade.

6. Duplicação: é a cópia de todo ou de parte de um documento, efetuada sem a autorização do órgão emissor e para fins ilícitos, utilizando-se para tanto de

equipamentos próprios de reprodução. São os casos de uso fraudulento de máquinas xerográficas e *scanner* na reprodução de documentos.

7. *Anonimografia* – é a elaboração de documento com a ocultação da autoria. Tais documentos costumam visar à intimidação ou a desmoralização de uma ou mais pessoas, por intermédio de textos agressivos, sem identificação expressa ou atribuída a terceiros inocentes, envolvidos na trama ardilosa. Os documentos anônimos podem ser dos seguintes tipos:

- a) *colagens* – o agente elabora o texto com palavras recortadas de revistas ou jornais, coladas ordenadamente sobre a folha de papel;
- b) *pictográficos* – o texto é feito com desenhos ou pinturas;
- c) *impressos* – normalmente são elaborados em máquinas datilográficas ou impressoras; e
- d) *manuscritos* – contêm escritas disfarçadas.

8. *Falsidade ideológica*: consiste no ato de se produzir documento falso, por meio de expediente que não prejudique a sua legitimidade material. A fraude consiste na obtenção de elementos materiais legítimos (registros e suportes), porém com finalidade diversa daquela originalmente prevista. É a fraude no campo das idéias, e por isso nem sempre é possível prová-la por “grafoscopia”.

9. *Plágio gráfico*: é a imitação de arte gráfica sem a anuência de seu criador. A fraude consiste na imitação de logotipos, fontes e outras criações gráficas, muitas vezes com pequenas modificações nas formas ou cores das artes gráficas originais, na tentativa de ocultar a ação delituosa.

Rebello Filho e Falat (2003) recomendam muita atenção com as fraudes documentais, particularmente as relacionadas com cheques, documento de identidade, numerário (cédulas e moedas de real) e comprovantes de endereço. Para isso, deve-se estar atento aos itens específicos de segurança destes documentos, bem como observar se não há rasuras, borrões, descolorações, recoberturas, desalinhamentos, uso de emendas, recortes etc.

Não se deve esquecer de que há também a grilagem. Esta modalidade de fraude ocorre a partir de falsificações documentais, muitas vezes com a conivência de órgãos responsáveis pela gestão do patrimônio público. Diz a história que a expressão grilo, empregada para definir as terras apropriadas e registradas ilegalmente, vem de um antigo artifício utilizado para dar a documentos novos a aparência de velhos. Para tanto, os fraudadores de títulos imobiliários colocavam os falsos documentos recém-elaborados em uma caixa metálica ou de madeira juntamente com diversos grilos, fechando-a em seguida. Depois de algumas semanas, os documentos já apresentavam manchas amarelo-fosco-ferruginosas, decorrentes dos dejetos dos insetos, além de ficarem corroídos nas bordas e com pequenos orifícios na superfície, tudo a indicar a suposta ação do tempo. Este exemplo citado, naturalmente, faz parte de uma tradição ingênua há muito superada por artifícios mais sofisticados desenvolvidos (COMO, 2002).

No Brasil, as fraudes contra o Sistema Único de Saúde (SUS) são como uma epidemia conhecida que se alastra de forma descontrolada pelo País. São tantas as irregularidades nesta área que o ex-ministro da Saúde Carlos Albuquerque, antecessor de José Serra, chegou a classificar os ralos da saúde como enormes bueiros. Em apenas uma avaliação feita pela auditoria do Ministério da Saúde no ano de 1997, referente às contas de 1992 a 1996, foram calculados prejuízos no valor total de R\$ 600 milhões. Desde compras superfaturadas de remédios e leite até a cobrança de internações e consultas fantasmas subtraem as verbas da Saúde (O GLOBO, 1999).

No âmbito das operadoras de planos de saúde médico, as irregularidades mais freqüentemente apontadas pelos auditores médicos, segundo Seibel (2003b, p. 73-74), no aspecto da produção médica de uma operadora, são as seguintes:

- Desdobramentos de procedimentos cirúrgicos com codificação específica em vários procedimentos;
- Intervenções para investigação que poderiam ser conduzidas em caráter ambulatorial;
- Cobrança por ato médico não realizado (visitas, auxílios-fantasma);
- Cobrança de acompanhamentos desnecessários por especialista;
- Cobrança de diferentes honorários em cirurgia eletiva agendada em horário de urgência.

Existem outras fraudes relacionadas às operadoras de planos de saúde médico e a mais comum é o empréstimo da carteira do plano de saúde pelo cliente a um terceiro e uso por este, de forma não autorizada ou indevida, de vários serviços de atendimento à saúde (FAGUNDES, 2006). Eis, alguns casos reais selecionados de notícias divulgadas nos meios de comunicação em massa:

- “Uma cabeleireira de 21 anos foi presa em flagrante em Minas Gerais, por tentativa de fraude contra a Unimed. Ela emprestou a carteira do plano de saúde a uma grávida, para fazer ultrassonografia na Clínica Nova Imagem”. (UNIMED, 2004);

- Detectou-se “mais um caso de fraude na utilização do plano de saúde. Uma garota de 8 anos foi internada pela mãe no Hospital Unimed JP com o cartão magnético de uma prima de mesma idade, emprestado pelo pai da menina”. (ESTELIONATO, 2004);

- um dia uma paciente chegou, deu seu nome dizendo-se ser usuária da Unimed. A sala de espera estava cheia com outros clientes aguardando. Solicitou-se o seu cartão da Unimed e a identidade. Ela disse que havia esquecido a identidade. Nisso entrou o marido dela, chamando-a pelo verdadeiro nome. Pelo menos umas vinte pessoas viram tudo e muitas conheciam o casal. Foi um grande vexame, conforme conta uma secretária de uma clínica. Como se vê, a falta de consciência de alguns usuários que tentam "emprestar" seus cartões para outras pessoas que não possuem contrato com a Unimed, tem criado situações de vexame em público. (UNIMED UBERABA, 2005);

- uma senhora esteve em um consultório com uma criança, dizendo ser seu filho. Ela foi surpreendida com o resultado. A criança tinha um sério problema de saúde e foi encaminhada para internação, com possível procedimento cirúrgico. Surpresa e assustada, pouco depois, retornou ao consultório contando a verdade. Teve que pagar a consulta particular e ainda correu o risco de ser processada por falsidade ideológica. Administrativamente, ela perdeu os direitos ao plano de saúde que possuía, por desrespeitar as normas do contrato (UNIVERSO UNIMED, 2005); e

- “Uma pessoa foi flagrada utilizando o cartão do plano de saúde de uma amiga para ser atendida no Hospital Unimed JP. A titular perderá a assistência médica e as duas responderão a todas as punições previstas no Código Penal”. (HOSPITAL, 2006).

O cliente que empresta o seu cartão a terceiro, e for identificado, poderá ser excluído do plano de saúde médico e responderá possivelmente por crime de estelionato. Já quem o utiliza, além de estelionato, poderá ser enquadrado por falsidade ideológica. Estes crimes são punidos até com prisão, segundo o Código Penal Brasileiro (ESTELIONATO, 2004). Estas fraudes, por meio da utilização dos planos de saúde, têm um histórico de ocorrências significativas em diversas empresas (HOFFMEISTER, 2003).

Nestes casos de “empréstimos de carteirinhas”, a ANS orienta a operadora a custear qualquer procedimento médico e abrir uma ocorrência (um procedimento administrativo) na agência, nos termos previstos pela Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. A ANS leva muito tempo para solucionar estes processos, geralmente de 2 a 3 anos para serem concluídos. Neste tempo, o cliente já fez todas as cirurgias e até já saiu do plano de saúde. Tal lentidão da citada agência reguladora incentiva este tipo de fraude (MONITOR DAS FRAUDES, 2006a).

Há outros tipos de fraudes em planos de saúde, como: omissão de informações na declaração de saúde; alteração de procedimentos médicos; conivência na divisão de consultas; declaração de consultas que não ocorreram; superfaturamento de remédios e materiais e falsificação de documentos para conseguir um ressarcimento indevido (FENASEG, 2007).

No caso de omissão de doença preexistente por cliente, vale ressaltar um fato real em uma ação cautelar proposta por uma operadora de plano de saúde. Esta obteve medida liminar em face do associado que propositadamente omitiu doença preexistente na declaração de saúde, firmada em ficha proposta de admissão ao plano. Esta decisão é apenas o primeiro passo da longa jornada a ser percorrida pelas operadoras de planos de saúde para pôr fim às fraudes cometidas por consumidores, que se utilizam da presunção da boa-fé que o diploma

consumerista lhe confere, para obter vantagem além do que o contrato lhe permitiria, caso informasse seu real estado de saúde no momento da contratação (MONITOR DAS FRAUDES, 2006a).

A Revista *Consultor Jurídico* (2006) apresenta um dado preocupante: em cada cem contratos firmados, entre operadores de planos de saúde e seus novos clientes, cinco apresentam sérios indícios de fraudes praticadas pelos contratantes de seus serviços. A fraude se consubstancia no fato de o consumidor omitir propositadamente doenças ou lesões preexistentes, com a finalidade de que o valor de seu contrato não seja superior ao daquele que possui condição normal de saúde.

Segundo Fortes (2001, p. 91), “responsabilidade é a obrigação que a pessoa tem de responder legal ou moralmente por seus próprios atos ou por atos de outrem, caso haja lei ou contrato vinculando o fato”. A NBC T11 – IT 03, denominada “fraude e erro”, aprovada pela Resolução CFC n° 836/99, esclarece que a primeira responsabilidade na prevenção e identificação de fraudes e/ou erros é da administração da organização, mediante a manutenção de adequados sistemas de controles internos, que, entretanto, não eliminam a possibilidade e/ou o risco de sua ocorrência (CFC, 1999).

Não só a alta administração e o auditor (interno e/ou externo), entretanto, devem estar preocupados e atentos às fraudes, como podem vir a ser responsabilizados. Sá (1962) lembra que o contador precisa conhecer a fraude, a fim de que possa se defender dela e proteger também seus clientes.

2.4.2 Dos aspectos motivacionais

As condições propícias e motivacionais para um fraudador agir têm a seguinte explicação (MONITOR DAS FRAUDES, 2001):

O princípio básico da elaboração de uma fraude é desfrutar a gananciosidade das pessoas que sonham em obter muito dinheiro sem esforços e riscos. [...] Em síntese as principais alavancas usadas pelos fraudadores são: ignorância (Tecnológica, Operacional, Legal, Comercial etc.); gananciosidade e vontade de fazer “dinheiro fácil”; gostinho do “ilegal”;

gostinho do “misterioso” e do “exclusivo”; ingenuidade e credulidade e irracionalidade e tendência a negar as evidências para perseguir um sonho.

A motivação do agente fraudador ou conivente está centralizada em três vertentes, segundo Gil (1999, p. 23):

- 1) Natureza da satisfação que terá ao perpetrar a fraude ou conivência;
- 2) Aposta na impossibilidade de ser descoberto ou identificado por dificuldades na apuração de provas;
- 3) Expectativa de não ser punido, na eventualidade de ser provada sua ação dolosa no evento, em face da fragilidade de normas e legislação ou de eventuais dificuldades operacionais da organização.

Gomes (2000) apresenta, com base no resultado de uma pesquisa e de depoimentos colhidos em algumas delegacias da cidade de São Paulo nos últimos cinco anos, diversas alegações mais comuns dos criminosos para justificar a prática dos seus atos ou os motivos que o levaram a isso. Eis algumas, em resumo, que o citado autor relata como padrão de resposta ou comportamento:

- o fraudador acreditava que ninguém perceberia;
- o fraudador acreditava que precisa ou deseja desesperadamente dos recursos (pagamento de dívidas, conquista de poder e reconhecimento, troca de cônjuge);
- o fraudador sente-se insatisfeito sobre algum aspecto profissional (por exemplo, ser preterido por herdeiros ou familiares dos sócios);
- o fraudador sente-se insatisfeito sobre algum aspecto pessoal não relacionado à empresa (pressão psicológica pelo sucesso dos vizinhos, colegas ou de algum familiar);
- o fraudador sente-se abusado pela empresa (a empresa não paga ou retarda o pagamento de suas horas extras);
- o fraudador não considera os riscos de seus atos;
- “Todo mundo rouba, por que não eu?” (a própria empresa sonega, paga propina, administra caixa 2 etc.);
- “Isso aqui é tão grande, porque não posso tirar um pouco?” (a empresa não sentiria a falta dos ativos apropriados indevidamente);
- o fraudador sente prazer ao desenvolver esquemas de fraudes (profissionais ávidos por testar seus conhecimentos);

- “É impossível não roubar!” (os controles internos são tão fracos que seria impossível determinar se houve fraude ou não e quem seriam os responsáveis);
- ninguém vai preso por roubar empresa (existem falhas na condução dos processos e no levantamento de provas e na punição dos culpados); e
- o ser humano é fraco e tende ao pecado (roubam empresas para financiar igrejas ou grupos políticos).

Todos estes argumentos apresentados por Gomes (2000) são realmente muito mais comuns do que parece. Muitas organizações, porém, não atentam para estas falhas e mantêm muitas vezes controles internos ineficientes e desatualizados com as exigências e necessidades de segurança.

Para Prieto (1994, p. 5), em relação específica aos empregados de uma organização, os motivos que os levam à desonestidade são os seguintes:

- Descobrir que a empresa mantém controles ineficientes, propiciando oportunidades e certeza da impunidade.
- Pretender padrão de vida além dos ganhos normais.
- Necessidade de dinheiro por doença, jogos ou recuperação de pesadas perdas.
- Ambicionar salário superior ao real.

Já Dittenhofer (1995) procura fazer uma análise mais detalhada sobre os aspectos motivacionais da fraude. Para esse autor, todas as pessoas que cometem algum tipo de fraude ou irregularidade têm um problema psicológico, uma ligação psicológica, ou são mentirosos patológicos e cleptomaníacos.

Existem três razões básicas, que motivam as pessoas a cometer a fraude. Segundo o referido autor, os elementos que na verdade podem influenciar se a fraude vai ser ou não cometida são os seguintes:

- Pressões de uma situação. Essas pressões podem ser de ordem econômica, incidentes psicossomáticos, condições psicossomáticas, uma aberração atitudinal, ou comportamental.
- A oportunidade para cometer a fraude. Essa é uma situação ambiental que consiste de um ou alguns destes quatro subitens a seguir:
 - Controles internos falhos.

- Apatia gerencial. Uma administração ou gerência que na verdade não está muito interessada em evitar a fraude.
 - Incidentes prévios, que na verdade não tiveram nenhuma punição; a impunidade.
 - Um indivíduo que está ocupando uma posição de confiança.
- A integridade pessoal. Este elemento se relaciona ao código pessoal daquele indivíduo, um código de conduta, incluindo a ética, honestidade, moralidade e outros pontos que geram integridade. Também se leva em consideração a consciência, que é uma mistura de atitudes morais básicas, além de um sentido de apreensão relativo a ser pego, e o medo das sanções e punições que podem ocorrer a essa pessoa se for pega no ato. Então, esse elemento inclui também o ato de racionalização de um ato mal feito. Um indivíduo de baixa integridade facilmente racionaliza os seus atos inadequados, a pessoa com alto nível de integridade tem muito mais dificuldade com relação a isso. (DITTENHOFER, 1995, p. 71-72).

Os estudiosos de comportamento criminal acham que teoricamente todas as pessoas, se forem motivadas suficientemente, e o ambiente for propício a isto, vão cometer uma fraude ou irregularidade. Eis o que as pesquisas demonstram a este respeito:

Tabela 4 – Razões para aumento de atos fraudulentos

Descrição	2000	2002	2004
Perda de valores morais e sociais	69%	63%	62%
Insuficiência no sistema de controles	60%	59%	51%
Impunidade	53%	55%	52%
Problemas econômicos	52%	46%	41%
Alterações na organização da empresa	23%	18%	14%
Crescente internalização da economia (globalização)	7%	3%	6%
Outros	5%	1%	5%

Fonte: KPMG (2000, p. 9), KPMG (2003, p. 9) e KPMG (2005, p. 8).

Tabela 5 – O que possibilitou a ocorrência das fraudes

Descrição	2000	2002	2004
Insuficiência dos sistemas de controles internos	70%	73%	71%
Supressão dos controles pelos dirigentes	21%	17%	26%
Particularidades da atividade da empresa	20%	27%	20%
Má conduta (falta de condução na empresa)	9%	7%	9%
Outros	9%	10%	5%

Fonte: KPMG (2000, p. 10), KPMG (2003, p. 10) e KPMG (2005, p. 15).

Como se observa pelas tabelas 4 e 5, com base em pesquisas efetuadas pela empresa KPMG, no aspecto das motivações (ou razões) para o aumento dos atos fraudulentos, nos primeiros lugares, aparece a perda de valores morais e sociais (em torno de 60%) e, em seguida, a insuficiência dos controles internos (em torno de 50% a 60%). Tal fato confirma a teoria segundo a qual, havendo motivação pessoal para isso e surgindo as oportunidades, ocorrerá uma fraude. No aspecto do que possibilitou a ocorrência das fraudes, surge isoladamente, em primeiro lugar, a insuficiência dos controles internos (em torno de 70%). Este dado ratifica o que foi reportado na tabela anterior.

É fornecida uma série de listas com causas de fraudes, as quais, a partir das análises, estão divididas em dois grupos diferentes. Um consiste de itens que são as causas básicas para o desenvolvimento de uma força motivadora. Como exemplo, apresentam-se os problemas econômicos (perdas por jogos, o custo de uma doença, extravagância), que podem incentivar a necessidade para se cometer a fraude, assim como para adquirir uma liquidez econômica. Por outro lado, iniquidades recebidas do empregador (um pagamento pecuniário inadequado, condições péssimas de trabalho, a não-valorização do trabalhador) podem provocar um desejo da revanche ou um sentimento de busca para se compensar. Todos esses casos citados são forças motivadoras (DITTENHOFER, 1995).

Existem ainda aqueles que alegam serem a corrupção e a fraude advindas principalmente da colonização do Brasil (aspectos culturais) e que se perpetua desde esta época. Esta seria uma das primordiais causas e motivações de tantas fraudes no Brasil de hoje. Em estudo de 1993, todavia, se ressalta que “não se pode, contudo, afirmar que a causa principal da corrupção atual nas diversas estruturas e instituições do País seja uma consequência desta herança colonial, mas esta muito pode ter influenciado na formação do caráter do povo brasileiro”. (ORIÁ FILHO, 1993, p. 69).

Nos aspectos comportamentais da fraude e desvios de fundos, pode-se assinalar que há uma série de forças motivadoras, ao que parece, que constituem o que se pode chamar de síndromes, misturas complexas de causas indesejáveis, reações pessoais, condições ambientais e/ou fundações psicossociais básicas. Para

Dittenhofer (1995), existem algumas forças motivadoras, no contexto da síndrome, que são as seguintes, em resumo:

- *síndrome da injustiça* - o trabalhador é consumido pela crença de que sua remuneração é inadequada. Ele acredita que o que auferir não é suficiente; na combinação dos seus serviços, produtividade e responsabilidade, ele merece mais por isso. Esta crença pode ser o resultado da comparação com o ganho dos seus pares, que, por uma razão ou por outra, é mais alta. A indignação, o senso de razão, a determinação do que é certo e do que é errado, o senso de injustiça com o que é pago a ele é maior do que o senso de justiça. Nesse momento, o indivíduo desenvolve um plano e o argumento é exatamente a sua remuneração. O valor pode não ser excessivo, é apenas para compensar a diferença entre o que ele ganha e o que ele desejaria ganhar. Durante determinado período, os salários são ajustados para isso, talvez aumentados para que possa haver um equilíbrio com aquilo que ele ou ela acredita que lhe é devido, porque as quantidades são geralmente pequenas, pois o roubo é uma transação normal e porque o ajuste normal, usual do roubo, da operação, os desfalques são muito difíceis de detectar por serem pequenos. O ambiente contínuo causa uma falta de controle, para que se pudesse prevenir a natureza disso;

- *síndrome da rejeição do controle* - há uma certa rejeição e não se pode estar seguro de interpretar precisamente o que as pessoas sentem ou acreditam, porque acham que estão acima do controle. Existe um desejo normal de rejeitar o controle, de ser independente, e este sentimento durante certo período pode fazer com que a pessoa rejeite os limites de posições éticas e mesmo de honestidade. Ressentimento resulta em racionalização e julgamento entre certo e errado. Então isso, de certa forma, traz a primeira tentação para cometer algumas pequenas irregularidades. É como um incêndio na floresta que começa pequeno e é alimentado pela racionalização e encorajado a ficar maior e maior; o resultado se torna maior, pior. Mecânicas financeiras começam a tomar lugar, o fraudador deseja parar, freqüentemente a sua tentativa requer uma recuperação ainda mais fraudulenta e o ciclo continua a representar-se até que alguma interferência externa acaba com a ação. Então, esse indivíduo é percebido, confessa de uma forma ou de outra. É intenção do indivíduo cometer um ato que vai fazer com que as pessoas o

descubram, ele mesmo faz isso, ele quer ser pego, porque ele não sabe como parar sozinho;

- *síndrome do desafio* - há alguns indivíduos que vêem em qualquer sistema um desafio. Presumivelmente, o conceito de certo e errado não parece penetrar o processo de decisão para cometer ou não um ato impróprio e isso também acontece quando um sistema é informatizado, inanimado, ou é o Governo. Ele não tem nenhum sentimento de perda, a racionalização se torna um jogo de desafio, pois há pouca exposição. Essas pessoas são dirigidas, levadas pela motivação de Maslow, a desafiar o sistema de controle interno. O gerenciamento tenta projetar algo que detecte isso, mas não consegue. O fraudador pensa que não há nenhum sistema que ele não possa bater. Talvez sua análise seja certa e precisa. Apenas para provar isso, o indivíduo faz as suas transações em seu interesse ou no interesse de um terceiro. Para provar a sua habilidade, eles combatem o sistema e o derrotam. Provavelmente, o processo não pode ser revertido e os ganhos ficam no bolso do indivíduo. Como em qualquer esporte, o sucesso de ontem tende a aumentar a tentação do indivíduo para conseguir maiores ganhos e se expor mais ao desastre. Se tais tentativas são feitas com sucesso, o ladrão continua até que é pego ou descoberto;

- *síndrome de Dume* - diz respeito ao empregado que se considera como parte da organização. Esta pessoa está com a empresa por um período bastante longo e acredita que ele ou ela são um instrumento do seu sucesso, do sucesso da organização. Esses esforços, entretanto, não têm sido, como a pessoa pensa, recompensados devidamente. Conseqüentemente, o indivíduo encontra o seu próprio método para fazer o ajuste para aquilo que ele considera que lhe é devido. Esse roubo pode ser um item pequeno, um símbolo ou uma contribuição involuntária da organização para com ele mesmo. O indivíduo não sente nenhuma sensibilidade com o processo e defenderia as suas ações como uma correção da remuneração que tem sido imprópria para ele;

- *síndrome de Robin Hood* - é baseada no conceito de roubar os ricos para ajudar os pobres. Essa, na verdade, é a necessidade motivacional de Maslow, para pessoas que gostariam de ser amadas, o terceiro item da sua lista dos cinco

motivos. O indivíduo vai chegar a extremos para conseguir o que ele racionalizou como injustiça social e, portanto, para obtê-lo, conquistar o amor e o afeto das organizações e indivíduos que ele ajuda. O indivíduo, normalmente, usa muito pouco dos recursos ganhos fraudulentamente para si próprio; normalmente, é repassado para caridade, igrejas e/ou para as pessoas carentes. O Governo Federal teve uma situação como essa há alguns anos, o único problema era que uma funcionária que fazia isso concedia um desconto substancial dos montantes que ela passava para as pessoas pobres, para ela própria. A pessoa que está tendo uma atitude fraudulenta pode conseguir um montante de satisfação fazendo o bem, mesmo que seja com recursos ou dinheiro roubados. A abordagem de racionalização é que os benefícios das doações e contribuições vão exceder muito o mal causado pelo ato de roubar. Numa escala de justiça, os dois deveriam ser equilibrados; também o fato de o ato não resultou em nenhum ganho pessoal poderia absolver o criminoso de qualquer culpa. O indivíduo está apenas servindo como instrumento para distribuir os bens sociais. Não existe para ele um conceito real de propriedade. A sociedade é percebida como uma massa amorfa, com seus bens distribuídos em áreas de uma maneira como se eles fossem mais bem aproveitados;

- *síndrome de tomar emprestado* - a pessoa reconhece que fez uma coisa errada na hora em que se apropriou dos recursos, entretanto ela possuía uma necessidade a curto prazo, possivelmente no período de um final de semana. Se ela tiver a oportunidade de pegar esses recursos emprestados, vai fazer isso, pode até escrever um bilhete dizendo que deve aquele dinheiro, que retirou aquele dinheiro, de forma que os recursos vão ficar em equilíbrio. No início da história do peculato, as pessoas pagavam esses pequenos débitos, entretanto, na medida em que o tempo vai passando, os montantes se tornam maiores e maiores e fica muito mais difícil pagar de volta. O indivíduo é forçado a tomar medidas mais drásticas para repor todo ou parte desses débitos, desses documentos de débitos, e aí eles começam a fazer retirada de recursos de contas que são bastante grandes e que têm muita atividade, de forma que esses pequenos itens vão apenas desaparecer, sumir dentro da contabilidade. Este desvio de recurso pode se tornar uma atividade constante, ele pode ter dores na consciência, pode até confessar, na verdade ele pode até tomar atitudes para ser pego no ato. O indivíduo não tem a força de vontade para parar, interromper a atitude fraudulenta e espera que alguém vá forçá-

lo de alguma forma, independentemente das conseqüências. Atualmente, essa não é uma racionalização de um malfeito, então a culpa se torna uma companhia constante. Suicídio e fugas são resultados freqüentes;

- *síndrome do isto nunca será percebido* - a pessoa que tem esse tipo de atitude não tem nenhuma compulsão moral contra roubar. As suas associações e experiências de aprendizado não consideraram, rotularam ou colocaram roubo como errado, e ele é essencialmente amoral com relação a isso. Sua única preocupação é não ser pego. O conceito de roubar ou qualquer tipo de ação fraudulenta não constitui um crime, ou, se é um crime, é tão pequeno que é inconseqüente. Essa pessoa pode não ter o mesmo tipo de atitude com relação a outros crimes. Ele pode ter esse tipo de preocupação com outros crimes e ele tem medo de ser pego em crimes como roubo à mão armada, seqüestro, estupro ou assassinato. Apesar disso, esse tipo de indivíduo que tem esse comportamento psicológico anormal atribui a esses crimes um outro tipo de peso, de importância. Esse indivíduo vai tentar viver sempre dentro da lei, mas sempre ultrapassando a linha da lei. Esta atitude é o resultado de não ver, não perceber os limites de ação estabelecidos pela sociedade racional como sendo para o seu benefício. Se ele for pego, o indivíduo quer que a sociedade reconheça seus direitos, de maneira contrária, ele não vê nenhuma obrigação para reconhecer aquelas leis e a moral da sociedade como uma maneira que ajuda a proteger os seus bens e direitos;

- *síndrome da necessidade e tentação* - esta síndrome segue um dos padrões mais freqüentes de fraudes e desvio de recursos. A necessidade econômica pessoal ou para a família pode resultar numa variedade de causas, como doenças do próprio indivíduo ou algum membro da família, jogo, um caso extraconjugal, um orçamento pessoal desorganizado, extravagância de um indivíduo ou de sua família e problemas familiares. O indivíduo que enfrenta requisitos financeiros que não podem ser administrados de maneira normal, entretanto, ele está em uma posição que pode desviar recursos para o seu próprio uso; a necessidade está aí. A tentação causada pelo acesso aos recursos está presente e o indivíduo enfrenta problemas extremos. Ele enfraquece e pega o dinheiro necessário, esperando ter condições de pagar de volta. Os controles internos de uma organização deveriam ser eficazes, o suficiente para que a tentação para roubar não esteja presente. Controles fracos ou

não existentes, além de um nível moral de uma pessoa sem liquidez, podem ser até pior do que a fraude, pois normalmente resultam numa combinação que é desastrosa. Se a necessidade é temporária, o ato fraudulento pode não ser repetido. Se a necessidade continua como um resultado de casos extraconjugais, jogo, ou de uma extravagância, o peculato, provavelmente continuará. Quando isso ocorre, diversas vezes a pessoa pode começar a ignorar, a ter uma atitude de simplesmente passar por cima do fato errado que as ações podem envolver, o indivíduo pode racionalizar até o ponto em que esses roubos repetidos podem se tornar normais;

- *síndrome do ego* - essa situação normalmente está relacionada a ações que modificam relatórios financeiros e operacionais. O indivíduo quer ter o crédito de conduzir operações que são melhores do que aquelas que ele normalmente está experimentando ou vivenciando. Ele pode executar atos fraudulentos ou pode ordenar seus subordinados a fazerem isso. Para ser altamente fraudulento, é necessário ter algum impacto econômico deletério sobre outros, pode resultar em recebimento impróprio, inadequado de um bônus recebido em relatórios incorretos de desempenho. De qualquer forma ele recebe crédito para condições que não existem. A motivação para esse tipo de ato pode ser simplesmente o ego de conseguir o ganho financeiro, apesar de muitos observadores dizerem que o ganho financeiro seria a causa principal. O bônus em si constrói o ego da mesma forma como ele é um pagamento pelo desempenho adicional do que foi o padrão estabelecido. Portanto o bônus é um prêmio pela excelência e constrói, trabalha, dá um reforço no ego. É este tipo de satisfação que Maslow considera como a quarta necessidade. O grande problema nesse tipo de ação é que o período de problemas financeiros pode ocorrer quando existir um ajuste impróprio; a menos que se trabalhe, esse tipo de necessidade continua até que o desastre seja encontrado com a falta de liquidez necessária para continuar a operar;

- *síndrome da (des)satisfação* - é uma síndrome relativamente próxima à síndrome do funcionário raivoso, um daqueles que comete atos fraudulentos, em virtude de uma série de condições. Aqui estão alguns casos. A insatisfação é: rapidez das promoções; condições de trabalho e avaliações de desempenho. A pessoa acredita que recebeu um tratamento injusto; o indivíduo começa a ter uma atitude criminosa, não como uma maneira de se vingar, como numa situação de ter

raiva, mas quase como um ato de rebelião contra o ambiente. O funcionário acredita que ele é uma vítima daquela organização, daquela empresa, e, com o objetivo de sustentar a própria auto-estima, esses atos devem ser cometidos como uma retribuição para o tratamento inadequado que recebeu. É um caso de ferir a organização, a empresa, da mesma forma como esta pessoa foi ferida. O indivíduo pode continuar os atos até que o tratamento que estimulou a fraude seja interrompido. O medo de punições pode também causar um mal-estar e a lembrança dessas condições estimuladoras desaparecem na memória, mas os atos concretos da fraude, ações identificáveis permanecem ainda com possibilidade de serem detectadas. O aconselhamento periódico ou sessões de avaliação, se forem adequadamente manuseados, além de controles internos fortes, podem, normalmente, evitar que essas situações ocorram.

É interessante a abordagem de Dittenhofer (1995), ao associar os fatores motivacionais da fraude a síndromes, como se fossem semelhantes a um conjunto de sintomas que se apresentam numa doença e que a caracterizam (MICHAELIS, 1998). A fraude realmente pode e deve ser considerada como uma patologia social, que deve ser tempestivamente tratada, sob pena de o doente (sociedade, empresas, governo etc.) não resistir e vir a falecer (falir ou encerrar suas atividades).

Como se apercebe, por estas citadas síndromes e outras classificações, a fraude no fundo tem como alicerce atos que causem prejuízos a outrem, de forma que sua prática tem a finalidade do não-cumprimento de deveres legais ou a violação destes, por mais que se atribuam classificações, modalidades e/ou tipos diversos, em relação as suas motivações, formas de execução e pessoas atingidas.

As dez síndromes (da injustiça, da rejeição do controle, do desafio, de Dume, de Robin Hood, de tomar emprestado, do isto nunca será percebido, da necessidade e tentação, do ego e da (des)satisfação), relatadas por Dittenhofer (1995), não diferem muito das outras explicações acerca das motivações, razões e/ou fatores que levam uma pessoa a cometer uma fraude ou irregularidade, mas têm como vantagem de se apresentar em forma de uma classificação lógica, didática e bem estruturada.

Utilizando estas síndromes para tentar entender um pouco os possíveis comportamentos de clientes fraudadores, poder-se-ia dizer que eles poderiam estar motivados: pela síndrome da injustiça, já que poderiam estar consumidos pela crença de que paga muito caro a um plano de saúde e que seu retorno é muito pequeno ou inadequado; pela síndrome da rejeição de controle, já que pode existir um desejo de rejeitar os controles e posteriormente posições éticas e honestas; pela síndrome do desafio, já que podem ver nos sistemas ou regras de controles um desafio a ser burlado ou quebrado; pela síndrome de Dume, já que se podem considerar clientes muito antigos da operadora e que a ajudaram a crescer e não têm sido recompensados da mesma forma; pela síndrome de *Robin Hood*, já que podem ajudar uma pessoa mais pobre (sua empregada, seu colega carente, uma pessoa necessitada etc.) a utilizar indevidamente seu plano de saúde, em benefício destas pessoas desafortunadas; pela síndrome do isto nunca será percebido, já que consideram que nunca serão pegos por cometerem uma fraude contra seu plano de saúde; pela síndrome da necessidade e tentação, já que se vêem forçados pelas suas circunstâncias econômicas desfavoráveis, e pela síndrome da (des)satisfação, já que seu plano de saúde, em algum momento, os tratou mal e se vêem no desejo de retaliar.

Por fim, pode-se perceber que as fraudes, em suas diversas definições e conceituações, classificadas em vários tipos e modalidades, tendo inúmeros fatores motivacionais para desencadeá-las, têm um forte e poderoso poder destrutivo. Se não combatidas tempestivamente e de forma vigorosa, como doenças, espalham-se rapidamente e logo comprometem a saúde das empresas e de todos os que são por elas atingidos.

3 CARACTERIZAÇÃO DA EMPRESA ESTUDADA

Inicialmente, antes de se comentar sobre a organização examinada, necessário se faz contextualizá-la, explicando assim os aspectos conceituais e históricos do cooperativismo; as principais definições sobre o termo “cooperativa” e as variações deste vocábulo; os tipos de cooperativas; o que caracteriza uma cooperativa de trabalho médico; o que é a Unimed do Brasil e como está estruturada empresarialmente; e os produtos e a principal legislação aplicável às operadoras de plano de saúde.

3.1 Cooperativismo e cooperativa

Conforme Pinho (1966, p. 43), etimologicamente os termos cooperação, cooperativismo e cooperativa derivam do verbo cooperar, que tem origem latina do termo “cooperari” (“cum” e “operari”) e significa “operar conjuntamente com alguém”. Portanto, o termo cooperação exprime a idéia de ação conjunta na busca de um objetivo comum. Segundo Irion (1997, p. 179), a palavra cooperação “só apareceu em 1821 no *The Economist*, redigido por discípulos de Owen à frente dos quais estava George Mudie”. Já a palavra “cooperativismo” perpassa a idéia de sistema, doutrina e situação e o vocábulo “cooperativa” o de que coopera (PINHO, 1966).

Becker (2004, p. 45) explica que cooperar “significa agir simultânea ou coletivamente com outros para um mesmo fim, ou seja, trabalhar em comum para o êxito de um mesmo proposto” e cooperado “é o produtor rural, o trabalhador urbano ou outro profissional de qualquer atividade socioeconômica que se associa para participar ativamente de uma sociedade cooperativa, cumprindo com os seus deveres e observando seus direitos”. Silva, Vaz e Borges (2001) citam ainda a dicção cooperante, que é o mesmo que cooperado e/ou associado.

Cooperativismo, segundo Morato e Costa (2001), refere-se à iniciativa que repõe à coletividade a capacidade técnico-operacional, bem como social-

econômica, que seus membros, individualmente, não possuem ou perderam, recuperando para ela sua participação no processo socioeconômico. Pode ainda ser definido com detalhes da seguinte maneira:

Doutrina que tem como objetivo a solução de problemas sociais por meio da criação de comunidades de cooperação, formadas por indivíduos livres que realizariam a gestão da população e participação igualmente dos bens produzidos. Nesse sentido, liga-se ao SOCIALISMO UTÓPICO, principalmente ao pensamento de Robert Owen, para quem a superação do capitalismo estaria na generalização de aldeias de cooperação. Modernamente o cooperativismo constitui uma prática econômica, em que a cooperativa é uma empresa que presta serviços aos associados, em geral indivíduos pertencentes à mesma atividade profissional ou econômica. No Brasil, o cooperativismo iniciou-se no final no século XIX, principalmente na zona rural. Atualmente seu funcionamento é regulamentado por leis especiais e subordinado ao Conselho Nacional de Cooperativismo, órgão do Ministério da Agricultura. (COOPERATIVA DE PORTADORES DE DEFICIÊNCIA, 2006).

Segundo Freitas (2003, p. 68), cooperativas são "sociedades de pessoas, sem fins lucrativos, com natureza jurídica própria, não sujeita a falência, e se destinam a prestar serviços aos seus cooperados". Já a OCB (2007), não diferindo muito do conceito anterior, define cooperativa como uma associação de pessoas, unidas pela ajuda mútua e cooperação, gerida de forma democrática e participativa, com objetivos econômicos e sociais comuns e cujos aspectos legais e doutrinários são distintos de outras sociedades.

Irion (1997, p. 57), por sua vez, conceitua cooperativas como "organizações voluntárias abertas a todas pessoas aptas a usar seus serviços e dispostas a aceitar responsabilidades de sócio, sem discriminação social, racial, política, religiosa e de gênero". Complementando o conceito antecedente, Sandroni (2001) explica ainda que as cooperativas são empresas formadas e dirigidas por uma associação de usuários, que se reúnem em igualdade de direitos com o objetivo de desenvolver uma atividade econômica ou prestar serviços comuns, eliminando os intermediários.

Em síntese, pode-se dizer que a cooperativa objetiva a busca de benefícios socioeconômicos para os participantes (cooperados), observando o princípio da ajuda mútua, democracia e participação (FREITAS, 2003).

No âmbito legal, as cooperativas estão assim definidas e caracterizadas, conforme a Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que instituiu o regime jurídico das sociedades cooperativas no Brasil:

Art. 4º. São sociedades de pessoas, com forma e natureza jurídica própria, de natureza civil, não sujeitas a falência, constituídas para prestar serviços aos associados, distinguindo-se das demais sociedades pelas seguintes características:

- I - adesão voluntária, com número ilimitado de associados, salvo impossibilidade técnica de prestação de serviços;
- II - variabilidade do capital social representado por quotas-partes;
- III - limitação do número de quotas-partes do capital para cada associado, facultado, porém, o estabelecimento de critérios de proporcionalidade, se assim for mais adequado para o cumprimento dos objetivos sociais;
- IV - inaccessibilidade das quotas-partes do capital a terceiros, estranhos à sociedade;
- V - singularidade de voto, podendo as cooperativas centrais, federações e confederações de cooperativas, com exceção das que exerçam atividade de crédito, optar pelo critério da proporcionalidade;
- VI - quorum para o funcionamento e deliberação da Assembléia Geral baseado no número de associados e não no capital;
- VII - retorno das sobras líquidas do exercício, proporcionalmente às operações realizadas pelo associado, salvo deliberação em contrário da Assembléia Geral;
- VIII - indivisibilidade dos fundos de Reserva e de Assistência Técnica Educacional e Social;
- IX - neutralidade política e indiscriminação religiosa, racial e social;
- X - prestação de assistência aos associados, e, quando previsto nos estatutos, aos empregados da cooperativa;
- XI - área de admissão de associados limitada às possibilidades de reunião, controle, operações e prestação de serviços. (BRASIL, 2007).

Os artigos 1.093 a 1.096 do novo Código Civil Brasileiro regem a sociedade cooperativa, ressalvada a legislação específica (BRASIL, 2003).

No aspecto das normas contábeis, o Conselho Federal de Contabilidade, por intermédio da Norma Brasileira de Contabilidade Técnica (NBC T 10.8), assim definiu as sociedades cooperativas:

São aquelas que exercem as atividades de forma de lei específica, por meio de atos cooperativos, que se traduzem na prestação de serviços diretos aos seus associados, sem objetivo de lucro, para obterem em comum melhores resultados para cada um deles em particular. Identificam-se de acordo com o objeto ou pela natureza das atividades desenvolvidas por elas, ou por seus associados. (CFC, 2007).

Historicamente, a cooperativa nasceu em novembro de 1844, na Inglaterra, em Rochdale, distrito de Lancastershire, fundada por 28 tecelões, que ficaram conhecidos como os "Pioneiros de Rochdale", precursores do cooperativismo atual (SEIBEL, 2003a). Baseiam-se em valores de ajuda mútua e responsabilidade, democracia, igualdade, eqüidade e solidariedade. Na tradição dos seus fundadores, os membros das cooperativas acreditam nos valores éticos da honestidade, transparência, responsabilidade social e preocupação pelo seu semelhante.

Em 1995, por ocasião do Congresso da Aliança Cooperativa Internacional, em Manchester, Inglaterra, a redação dos Princípios dos Pioneiros de Rochdale, que são observados até hoje, ficou assim estabelecida (SEBRAE, 2006):

- *Da livre e aberta adesão dos sócios* - As cooperativas são organizações voluntárias, abertas a todas as pessoas interessadas em utilizar seus serviços e dispostas a aceitar as responsabilidades da sociedade, sem discriminação social, racial, política, religiosa e sexual (de gênero).
- *Gestão e controle democrático dos sócios* - As cooperativas são organizações democráticas controladas por seus associados, que participam ativamente na fixação de suas políticas e nas tomadas de decisões. Homens e mulheres, quando assumem como representantes eleitos, respondem pela associação. Nas cooperativas de primeiro grau, os sócios têm direitos iguais de voto (um sócio, um voto). Cooperativas de outros graus são também organizadas de forma democrática.
- *Participação econômica do sócio* - Os associados contribuem eqüitativamente e controlam democraticamente o capital de sua cooperativa. Ao menos parte desse capital é, geralmente, de propriedade comum da cooperativa. Os associados geralmente recebem benefícios limitados pelo capital subscrito, quando houver, como condição de associação. Os sócios destinam as sobras para algumas das seguintes finalidades: desenvolver sua cooperativa, possibilitando a formação de reservas, onde ao menos parte das quais sejam indivisíveis; beneficiar os associados na proporção de suas transações com a cooperativa; e sustentar outras atividades aprovadas pela sociedade (associação).
- *Autonomia e independência* - As cooperativas são autônomas, organizações de auto-ajuda, controladas por seus membros. Nas relações com outras organizações, inclusive governos, ou quando obtêm capital de fontes externas, o fazem de modo que garantam o controle democrático pelos seus associados e mantenham a autonomia da cooperativa.
- *Educação, treinamento e informação* - As cooperativas fornecem educação e treinamento a seus sócios, aos representantes eleitos, aos administradores e empregados, para que eles possam contribuir efetivamente ao desenvolvimento de sua cooperativa. Eles informam ao público em geral - particularmente aos jovens e líderes de opinião - sobre a natureza e os benefícios da cooperação.

- *Cooperação entre as cooperativas* - As cooperativas servem seus associados mais efetivamente e fortalecem o movimento cooperativista, trabalhando juntas através de estruturas locais, regionais, nacionais e internacionais.
- *Interesse pela comunidade* - As cooperativas trabalham para o desenvolvimento sustentável de suas comunidades através de políticas aprovadas por seus associados.

Vale explicar ainda que as sociedades cooperativas classificam-se, quando ao grau, conforme Zanluca (2006), basicamente em:

a) *singulares* (1º grau) - as constituídas por pessoas físicas, sendo excepcionalmente permitida a admissão de pessoas jurídicas que tenham por objeto as mesmas ou correlatas atividades econômicas, ou sem fins lucrativos;

b) *centrais ou federações* (2º grau) - as constituídas de no mínimo três singulares, podendo, excepcionalmente, admitir associados individuais; e

c) *confederações* (3º grau) - as constituídas de, no mínimo, três federações de cooperativas ou cooperativas centrais, da mesma ou de modalidades diferentes.

O cooperativismo no Brasil desempenha suas atividades econômicas de acordo com segmentos específicos de negócio, os quais se relacionam a seguir (GERANEGÓCIO, 2003):

- **AGROPECUÁRIO** - Composto pelas cooperativas de produtores de um ou mais dos seguintes produtos: abacaxi, abelhas e derivados, açúcar e álcool, algodão, alho, arroz, aveia, aves e derivados, banana, batata, bicho-da-seda e derivados, borracha, bovinos e derivados, café, cana-de-açúcar, caprinos e derivados, carnaúba e derivados, cevada, coelhos e derivados, peixes e derivados, feijão, fumo, hortaliças, jacarés e derivados, juta, laranja e derivados, leite e derivados, maçã, madeira, malva, mandioca, mate, milho, ovinos e derivados, rãs e derivados, sementes em geral, sisal, soja, suínos e derivados, trigo, urucum, uva e derivados, e atividades similares além das cooperativas de fornecimento de insumos agropecuários.
- **CONSUMO** - Composto pelas cooperativas de consumo abertas ou fechadas para compra em escala de produtos, insumos e serviços nas diferentes modalidades de derivados de petróleo, eletrodomésticos, planos de saúde e seguros, cestas-básicas, farmácia, lazer, entretenimentos, automóveis, utilidades gerais e outros bens de consumo.

- CRÉDITO - Composto pelas cooperativas de crédito rural e de crédito urbano, facilitando o acesso ao crédito com juros baixos e prestações adequadas para financiamentos de projetos próprios e de compras diversas.
- EDUCACIONAL - Composto pelas cooperativas de alunos de escolas de diversos graus e pelas cooperativas de pais de alunos.
- ESPECIAL - Composto pelas cooperativas de deficientes mentais, escolares, de menores de 18 anos, de índios não aculturados, de deficientes físicos e de outras pessoas relativamente capazes.
- HABITACIONAL - Composto pelas cooperativas de construção, de manutenção e de administração de conjuntos habitacionais e condomínios.
- MINERAÇÃO - Composto pelas cooperativas mineradoras de minerais, metais, pedras preciosas, sal, areias especiais, calcário, e etc.
- PRODUÇÃO - Composto pelas cooperativas de bens de consumo, tais como: eletrodomésticos, tecidos, móveis, produtos de autopeças, produtos mecânicos e metalúrgicos e outros bens de consumo nas quais os meios de produção pertencem à pessoa jurídica e os cooperados formam o seu quadro diretivo, técnico e funcional.
- SERVIÇO - Composto pelas cooperativas de eletrificação rural, mecanização agrícola, limpeza pública, telefonia rural e outros serviços comunitários.
- TRABALHO - Composto pelas cooperativas de arquitetos, artesãos, artistas, auditores e consultores, aviadores, cabeleireiros, carpinteiros, catadores de lixo, contadores, costureiras, dentistas, doceiras, engenheiros, escritores, estivadores, garçons, gráficos, profissionais de informática, inspetores, jornalistas, mecânicos, médicos, enfermeiras, mergulhadores, produção cultural, professores, psicólogos, secretárias, trabalhadores da construção civil, trabalhadores rurais, trabalhadores em transportes de cargas, trabalhadores de transporte de passageiros, vigilantes, projetistas, designers, outras atividades de ofício sejam técnicas e profissionais.

Para fornecer a idéia da dimensão dos vários tipos de cooperativas no Brasil, Freitas (2003) esclarece que, ao final de 2001, havia 7.026 cooperativas atuando em 12 ramos de atividades: agropecuário (1.587), consumo (189), crédito (1.038), educacional (278), especial (7), habitacional (297), infra-estrutura (187), mineral (37), produção (147), saúde (863), trabalho (2.391) e turismo e lazer (5).

No Brasil, informa Santos (2006), em 2005, havia cerca de 7.525 cooperativas registradas à Organização das Cooperativas Brasileiras (OCB), com 6,791 milhões de associados, oferecendo 200 mil empregos e respondendo por 6% de participação no Produto Interno Bruto brasileiro.

A cooperativa e o cooperativismo como um todo são uma proposta para minimizar os desequilíbrios sociais e econômicos, garantindo assim: a organização autogestionada das pessoas em todos os setores da economia; a distribuição mais eqüitativa da renda; a educação das pessoas para a democracia e a solidariedade; e o desenvolvimento de uma sociedade mais solidária e justa, composta de pessoas no exercício pleno da cidadania (SANTOS, 2006).

No âmbito destes diversos ramos citados do cooperativismo no Brasil, um se destaca atualmente, particularmente nas zonas urbanas das grandes cidades: as cooperativas de trabalho.

3.2 Cooperativa de trabalho

Porque a empresa escolhida para o estudo de caso está compreendida no ramo das cooperativas de trabalho, faz-se importante também entender melhor este tipo de cooperativa.

No Brasil, são muito conhecidas as cooperativas criadas para o exercício de atividades agrícolas, comerciais, industriais ou capitalistas, todavia a primeira modalidade de cooperativa regulamentada no Brasil foi a cooperativa de trabalho, por meio do Decreto Legislativo n° 1.637, de 5 de janeiro de 1907 e, a partir de 1932, pelo Decreto-lei n° 22.232, de 19 de dezembro de 1932. Este citado Decreto-lei, no seu artigo 24, assim conceituou as cooperativas de trabalho:

São cooperativas de trabalho aquelas que, constituídas entre operários de uma determinada profissão ou ofício ou de ofícios vários de uma mesma classe, têm como finalidade primordial melhorar os salários e as condições de trabalho pessoal de seus associados e, dispensando a intervenção de um patrão ou um empresário, se propõem contratar obras, tarefas, trabalhos ou serviços públicos ou particulares, coletivamente por todos ou por grupos de alguns.

Pinho e Amaral (1993, p. 39) apresentam a seguinte definição operacional das cooperativas de trabalho, que foi aprovada no 2° Congresso Brasileiro das Cooperativas de Trabalho, realizado de 21 a 24 de novembro de 1983, em São Paulo:

São organizações de pessoas físicas, de uma ou mais categorias de trabalhadores, reunidas para o exercício profissional em comum, em regime de autogestão democrática de livre adesão, tendo como base primordial o retorno ao cooperado do resultado da sua atividade laborativa, deduzidos exclusivamente os custos administrativos, a reserva e os fundos sociais.

Poder-se-ia dizer, em síntese, que a cooperativa de trabalho nada mais é do que uma associação de profissionais, de forma livre e dentro dos princípios cooperativistas, com o objetivo principal de prestar serviços a terceiros. É constituída por pessoas ligadas a uma determinada ocupação profissional ou a um objeto social específico, com a finalidade de melhorar as suas respectivas remunerações e condições de trabalho, de forma autônoma.

Na compreensão de Gonçalves (2003), as principais características das cooperativas de trabalho são:

- organização e disciplina na prestação de serviços de seus cooperados a terceiros, de acordo com seu objetivo social;
- capital variável de acordo com o número de cooperados;
- limitação do número de quotas partes por associado;
- não visam ao lucro. No final de cada exercício social, as possíveis sobras ou perdas são rateadas entre os cooperados proporcionalmente aos seus respectivos serviços prestados;
- prestação de assistência aos cooperados, inclusive em termos de desenvolvimento profissional; e
- remuneração aos cooperados com base nos seus respectivos serviços prestados e não em função dos seus capitais subscritos na cooperativa.

Vale lembrar ainda que o sistema suplementar de saúde no Brasil é composto por basicamente cinco grandes grupos:

1. *cooperativas de trabalho médico* - empresas sem fins lucrativos, tendo como representante maior a Unimed, uma rede de cooperativas de trabalho médico, espalhada por todo Brasil, com preservação da prática liberal, em regime de livre escolha pelo usuário (cliente) dentre os prestadores da rede de prestadores predefinida;

2. *medicina de grupo* - empresas com fins lucrativos, possuindo uma rede de prestadores predefinida;

3. *seguradora (seguro saúde)* - empresas com fins lucrativos, sem uma rede de prestadores predefinida, em regime de livre escolha pelo usuário, mediante um sistema de reembolso das despesas, dentro dos limites contratados;

4. *autogestão* - caixas de assistência médica fechada sem fins lucrativos, com atendimento restrito e exclusivo de funcionários e dependentes dessa respectiva empresa; e

5. *miscelânea* - seguradora com rede de prestadores predefinida, autogestão sem seletividade de usuários etc.

Dentro destes diversos grupos do sistema de saúde suplementar, há de se destacar a atuação cada vez mais forte das cooperativas de trabalho médico (Unimeds).

3.3 Cooperativa de trabalho médico e sistema Unimed

No ramo das cooperativas de trabalho, surgem as cooperativas de trabalho médico, onde se inserem as Unimeds. O histórico de seu surgimento dá-se da seguinte maneira: em meados da década de 1960, os institutos previdenciários foram unificados no INPS – Instituto Nacional de Previdência Social, prometendo a democratização da saúde. As más condições de atendimento oferecidas pelo sistema público, entretanto, abriram espaço para a crescente atuação da medicina

de grupo. Essas empresas, contudo, tinham como principal objetivo o lucro e acabaram desencadeando um processo de mercantilização da Medicina.

Em 1967, visando a combater essa tendência, um grupo de médicos liderados por Edmundo Castilho, então presidente do Sindicato Médico da cidade de Santos, fundou a União dos Médicos – Unimed, com base nos princípios do cooperativismo. Surgiu assim a primeira cooperativa médica do mundo, administrada nos moldes de uma empresa, porém sem fins lucrativos (UNIMED DO BRASIL, 2006). Vale destacar que hoje a Unimed é a maior entre as cooperativas médicas do mundo.

Segundo Seibel (2003b), a missão da Unimed, como uma cooperativa de trabalho médico e como também uma operadora de plano de saúde, é desenvolver, comercializar e negociar planos de saúde, buscando assim satisfazer as necessidades e demandas dos clientes e prestando estes serviços a uma parcela cada vez maior da população brasileira, com qualidade, ética e competitividade.

No âmbito contábil, abordando o tema das cooperativas operadoras de planos de assistência à saúde, através da NBC T 10 – Dos aspectos contábeis específicos em entidades diversas - NBC T 10.21 - Entidades cooperativas operadoras de planos de assistência à saúde, o Conselho Federal de Contabilidade (CFC, 2007) assim as definiu:

10.21.1.2 - Entidades Cooperativas Operadoras de Planos de Assistência à Saúde são aquelas que exercem as atividades na forma da lei específica, por meio de atos cooperativos, que se traduzem na prestação direta de serviços aos seus associados, sem objetivo de lucro, para obterem, em comum, melhores resultados para cada um deles em particular. Identificam-se de acordo com o objeto ou pela natureza das atividades desenvolvidas por elas, ou por seus associados.

Em relação especificamente à Unimed, com detalhes, pode-se mencionar as informações constantes na página da *Internet* da Unimed do Brasil (2006):

A Unimed é a maior experiência cooperativista na área da saúde em todo o mundo e também a maior rede de assistência médica do Brasil, presente em 75% do território nacional. O sistema nasceu com a fundação da Unimed Santos (SP) pelo médico Edmundo Castilho, em 1967, e hoje é

composto por 376 cooperativas médicas, que prestam assistência para 11,9 milhões de clientes e 70 mil empresas em todo País.

Clientes Unimed contam com mais de 98 mil médicos cooperados, 3.596 hospitais credenciados, além de pronto-atendimentos, laboratórios, ambulâncias e hospitais próprios e credenciados para garantir qualidade na assistência médica, hospitalar e de diagnóstico complementar oferecidos.

Além de deter 33% do mercado nacional de planos de saúde, a Unimed possui lembrança cativa na mente dos brasileiros. De acordo com pesquisa nacional do Instituto Datafolha, a Unimed é pelo 11º ano consecutivo a marca *Top of Mind* quando o assunto é plano de saúde. Outro destaque é o prêmio plano de saúde em que os brasileiros mais confiam, recebido pela quarta vez consecutiva, na pesquisa Marcas de Confiança. [...]

A Unimed está presente em 4.125 municípios brasileiros por meio de 376 cooperativas médicas espalhadas de norte a sul do País.

Para Rodrigues (2003), numa visão pouco ortodoxa, a Unimed pode ser classificada como uma organização que trabalha basicamente com dados e informações de clientes, de serviços, de comercialização, de aspectos financeiros da operação do negócio e de suas obrigações tributárias. Poderia ser reconhecida como uma empresa que processa seu negócio mediante dados e informações e que tem como seus maiores ativos operacionais os dados de movimentação entre prestadores, clientes e cooperados, com seus respectivos cadastros básicos. Suas máquinas produtivas são seus sistemas de informação.

O complexo empresarial cooperativo Unimed é constituído por todas as Unimeds do País e diversas empresas criadas para oferecer suporte, por meio de serviços desenvolvidos para conferir agilidade e aperfeiçoar ainda mais o atendimento aos clientes. Irion (1998) explica que o complexo multicooperativo e empresarial Unimed é a reunião, numa instituição de caráter virtual, de três grandes tipos diferentes de cooperativas: as Unimeds (cooperativas de médicos), as Unicreds (cooperativas de crédito) e as Usimeds (cooperativas de usuários). Esta estrutura citada é inédita no cooperativismo brasileiro e rara no cooperativismo mundial.

A estrutura do complexo empresarial cooperativo Unimed no Brasil está sinteticamente dividida da seguinte maneira (UNIMED DO BRASIL, 2006):

I – Serviços

1.1 *Fundação Unimed* - instituição sem fins lucrativos criada em 1995 pela Unimed do Brasil. Ligada ao maior sistema cooperativista de trabalho médico do mundo, a instituição possui atuação nacional, atendendo as demandas das 376 cooperativas Unimeds no aspecto da formação continuada e da educação cooperativista.

1.2 *Portal Unimed* - empresa criada com a finalidade de administrar o canal de comunicação e integração do Sistema Unimed via Internet. No endereço da Internet “<http://www.unimed.com.br>”, clientes, colaboradores, profissionais de saúde e outros públicos podem acessar serviços e informações sobre a Unimed. Para os clientes e a sociedade em geral estão facilidades como busca pela rede credenciada, informações sobre planos, matérias de saúde e a possibilidade de encontrar a Unimed que atende cada Estado brasileiro e o Distrito Federal. Para os públicos internos, o Portal oferece áreas de acesso restrito e conteúdo especializado.

1.3 *Unicreds Cooperativas de Crédito* - sistema de crédito criado para dar suporte às cooperativas e aos médicos cooperados da Unimed, financiando recursos para a compra de equipamentos, construção de hospitais, centros de diagnóstico, laboratórios etc. A Unicred administra e otimiza os recursos econômico-financeiros gerados pelas empresas do complexo, de modo a suprir as suas necessidades e garantir a excelência dos serviços oferecidos pelas Unimeds de todo o País.

1.4 *Unimed Central RS* - constituída em 13 de dezembro de 1997, sede e administração em Canoas, Bairro Niterói. Área de admissão de filiadadas no Estado do Rio Grande do Sul e, excepcionalmente, nos demais estados e Distrito Federal do Território brasileiro, se assim o pedirem as atividades que compõem seu objeto social. A Unimed Central RS atua em nome de 28 singulares e uma federação no Estado do Rio Grande do Sul, representando os interesses de 12 mil médicos cooperados, clínicas e serviços credenciados, beneficiando uma população de mais de 1.500.000 usuários.

1.5 *Usimeds Cooperativas de Usuários* - cooperativas de usuários de serviços de saúde, formadas desde 1993, com o apoio e incentivo da Unimed. Organizados em Usimeds, os usuários da Unimed podem discutir e defender seus interesses, bem como desfrutar das vantagens de uma cooperativa de consumo, adquirindo medicamentos a custos reduzidos, empréstimos de equipamentos médico-hospitalares, serviços de enfermagem domiciliar e, por meio de convênios com empresas de ramos diversos, serviços não previstos contratualmente pelo plano de saúde: Odontologia - Psicologia - Fonoaudiologia - Fisioterapia – Cirurgia Plástica Estética (não previsto pelo plano de saúde) - Cirurgia Oftalmológica (não previsto pelo plano de saúde).

II – Produtos

2.1 *Central Nacional Unimed* - operadora nacional dos planos de saúde Unimed, fundada em 1998, para atender o novo cenário da regulamentação dos planos de saúde (Lei nº 9656/98). Visa a oferecer produtos em total conformidade com a nova lei e garantir a satisfação dos clientes no atendimento pela rede nacional Unimed. Ao optar pela Central Nacional Unimed, a empresa cliente tem à disposição a maior rede de assistência médica do País. A qualidade dos serviços médico-hospitalares é garantida pelos hospitais, prontos atendimentos e centros de diagnose da Unimed, bem como uma rede de 16 mil serviços credenciados. As empresas clientes podem contar com produtos personalizados, especialmente desenvolvidos para atender suas necessidades, além de benefícios exclusivos e todo o suporte oferecido pela Central Nacional Unimed.

2.2 *UNIAIR* - empresa pertencente ao Sistema Unimed do Rio Grande do Sul. Foi fundada em 1º de outubro de 1997 e, ao longo de sete anos de atividades, se consolidou na mais ativa e mais bem estruturada empresa de remoções aeromédicas do Brasil. Sediada em hangar próprio no Aeroporto Salgado Filho, em Porto Alegre, a UNIAIR possui uma completa frota de aeronaves e ambulâncias. As equipes de serviço são especializadas e treinadas de acordo com os padrões preconizados pelo DAC (Departamento de Aviação Civil), do Comando da Aeronáutica.

2.3 *Unimed Corretora* - criada em 1985 com o objetivo de atender aos usuários, cooperados e colaboradores do Sistema Unimed. Em razão dos resultados obtidos e do crescimento de sua atividade, estendeu sua atuação também ao público em geral. A Unimed Corretora garante sempre o bem-estar, a tranquilidade e a segurança no que diz respeito à aquisição de seguros, procurando, também, a melhor solução capaz de viabilizar a vida e os negócios de seu público. Funciona ainda como consultoria especializada em detectar as necessidades do segurado e encontrar a melhor opção, que pode, até, incluir o desenvolvimento de um novo produto em conjunto com seguradoras. Ao longo desses 19 anos, além da matriz em São Paulo-SP, abriu e mantém filiais em Campinas e Americana-SP, em Porto Alegre-RS e nas cidades mineiras de Belo Horizonte e Juiz de Fora. Hoje, inclusive como resultado de parcerias estratégicas, oferece, além de produtos dos segmentos vida, saúde e previdência privada, seguro de bens patrimoniais, como automóvel, residência, empresarial, grandes riscos, entre outros. Fortaleza também possui uma Unimed Corretora, esta ligada, como empresa controlada, à Unimed de Fortaleza.

2.4 *Unimed Participações* - tem como objetivo contribuir para a prosperidade econômica das suas associadas e controladas, em parceria com a comunidade Unimed. Pesquisa e desenvolve projetos para a captação de recursos financeiros, promove campanhas que visam à adesão de associados e participa da elaboração do planejamento estratégico empresarial de controladas e coligadas, prestando assessoria na gestão dos seus negócios.

2.5 *Unimed Seguros* - marca que representa a Unimed Seguradora e sua controlada, a Unimed Seguros Saúde. Iniciou suas operações em 1989 com o objetivo de atender as demandas do Sistema Unimed. Atualmente, a empresa conta com 3,8 milhões de segurados e encontra-se entre as maiores empresas do setor. Com matriz em São Paulo e escritórios regionais em 21 cidades distribuídas pelo Brasil que atuam como verdadeiras unidades de negócio, a Unimed Seguros é uma empresa de seguros de classe mundial, que busca continuamente o aprimoramento de processos e o conhecimento das necessidades de seus clientes. Atuando no ramo de pessoas, oferece 24 produtos segmentados nas linhas vida, previdência e saúde.

2.6 *Unisanta* - Empresa do sistema Unimed em Santa Catarina, desde o ano 2000. É a alternativa na administração de planos de saúde. Atualmente atende 193 mil clientes de planos de saúde básicos e especiais, na modalidade custo operacional. A cobertura e a forma de atendimento variam de acordo com a opção feita pelo cliente ao firmar o contrato. No segmento de transporte terrestre e aeromédico de emergência, disponibiliza serviços que reúnem valor ao Sistema Unimed. Equipes que englobam médicos, enfermeiros, pilotos, coordenadores de voo e motoristas especializados se revezam em plantões durante 24 horas. Um helicóptero, 22 ambulâncias-UTIs equipadas com tecnologia de última geração e 15 ambulâncias básicas integram a frota da Unisanta, que atende 191 mil clientes no Estado. Tem ainda o apoio operacional da Unisystem, serviço especializado em remoções de urgência, formado pela união operacional entre quatro empresas do transporte aeromédico da Unimed, que congrega a Unisanta, a Uniair (RS), a Uniminas (MG) e a Univida Air (PB). A frota atende todo o Território nacional. Conta com uma estrutura de atendimento em Florianópolis, ampliada em 2002, e sua sede própria está em fase final de construção em Joinville, num prédio de 1.900 metros quadrados.

Como se pode perceber, pelo que foi resumidamente exposto, o sistema empresarial Unimed é bem diversificado e congrega diversos serviços (Fundação Unimed, Portal Unimed, Unicreds Cooperativas de Crédito, Unimed Central RS e Usimeds Cooperativas de Usuários) e produtos (Central Nacional Unimed, UNIAIR, Unimed Corretora, Unimed Participações, Unimed Seguros e Unisanta), que dão suporte e apoio às muitas Unimeds singulares, situadas em todo o Brasil. Além disso, a instituição oferece 16 mil empregos diretos e 260 mil indiretos em todo o País e registra, em seus quadros, 50% dos médicos brasileiros em atividade.

Por fim, vale destacar ainda, o fato de que a Unimed atua também internacionalmente, desde a criação da Unimed Alto Paraná, de *Ciudad del Este*, em 1983, no Paraguai (SEIBEL, 2003a).

3.4 Operadoras de plano de saúde: regulamentação e produtos

No aspecto histórico, vale lembrar de início que, possivelmente, a primeira experiência de plano de saúde tenha surgido em 1849, em São Francisco, Califórnia, Estados Unidos da América (EUA). Os proprietários de minas e plantações de abacaxi contrataram *La Société Française de Bienfaisance Mutuelle*, que, recebendo determinada quantia por mês por trabalhador, se propunha a conceder assistência médica aos imigrantes que fossem trabalhar nestas áreas insalubres (FRIEDMAN, 1996 apud SAMPAIO, 1997).

As Unimed, bem como todas as demais operadoras de plano de saúde médico, no Brasil, estão compreendidas no sistema complementar de saúde. A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, explica que:

Art. 4º O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS).

§ 1º Estão incluídas no disposto neste artigo as instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde.

§ 2º A iniciativa privada poderá participar do Sistema Único de Saúde (SUS), em caráter complementar. [...] (Grifo nosso)

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde. (Grifo nosso)

Art. 21. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

Art. 22. Na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento.

Art. 23. É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde, salvo através de doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos. (BRASIL, 2006).

Vale lembrar que somente após dez anos da promulgação da nova Constituição Federal do Brasil de 1988, foi aprovada, em 3 de junho de 1998, a Lei nº 9.656, que estabelecia os princípios e diretrizes para operação dos planos de saúde no Brasil. Esta lei foi posteriormente alterada por diversas e sucessivas medidas provisórias.

No início, foi atribuída à Superintendência de Seguros Privados (SUSEP) e ao Conselho Nacional de Saúde Suplementar (CONSU) a responsabilidade de regulamentar a aplicação dos dispositivos aprovados, o que foi efetivado por meio de uma série de resoluções, que estabeleceram as primeiras normas e critérios para operação no setor, bem como definiram alguns instrumentos para permitir a aplicabilidade da legislação em vigor.

No ano 2000, foi aprovada a Lei nº 9.961, criando a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que passou a assumir especificamente a regulação do setor. A partir de então, por meio de vários instrumentos normativos: resoluções da Diretoria Colegiada, resoluções normativas e resoluções operacionais, a citada Agência normatiza e fiscaliza as operações no setor, tanto no que se refere à constituição das empresas operadoras de plano de saúde quanto aos direitos e obrigações dos beneficiários destes planos de saúde e, também, a atuação de empresas empregadoras, quando a operação ocorre na modalidade de autogestão.

O aumento do emprego formal no País e a regulação do setor de planos de saúde, faz com que cada vez mais brasileiros busquem esse tipo de serviço privado, segundo a ANS. Dados desse órgão mostram que, nos últimos três anos, aumentou em 14,2% - ou 5,2 milhões de pessoas - o total de usuários de planos de saúde. Em 2003, a agência registrava a existência de 36,6 milhões de consumidores. Em 2005, já são 41,8 milhões, com 370 mil leitos, em 4.300 hospitais e 120 mil médicos (BECK; ALMEIDA, 2005). O mercado brasileiro de atendimento à saúde médica privada movimentava vários bilhões de reais por ano, entre empresas de medicina de grupo, cooperativas, autogestão e seguradora de saúde.

Os planos de saúde, independentemente do tipo de operadora, segundo a ANS (2006a), obedecem resumidamente as características a seguir delineadas.

a) Quanto às formas de contratação

- *Individual ou familiar* - o contrato formal é assinado entre um indivíduo (pessoa física) e a operadora de planos de saúde, para prestação de serviços de saúde do titular (nos individuais) e de seus dependentes (nos familiares).

- *Coletivo por adesão* - planos opcionais oferecidos por uma pessoa jurídica a um determinado grupo de pessoas que possuem vínculo empregatício, associativo ou sindical com o contratante. Todos têm livre escolha para aderir ou não. Podem ter ainda as seguintes características: a) com instância decisória - são contratos coletivos em que o grupo de beneficiários nomeia uma pessoa ou mais pessoas (diretoria) para representá-los nas decisões a serem tomadas; b) sem instância decisória - são contratos coletivos em que as decisões a serem tomadas são votadas por membro do grupo de beneficiários. Todo componente de grupo que compõe um plano coletivo sem instância decisória tem direito a voto.

- *Coletivo empresarial* - planos contratados por pessoas jurídicas para atender a uma massa populacional específica que mantém um vínculo empregatício, associativo ou sindical com o contratante. Podem ter ainda as seguintes especificidades: a) com patrocinador - planos contratados por pessoas jurídicas em que as mensalidades são pagas integral ou parcialmente pelo contratante à operadora. Incluem-se ainda contratos mantidos por autogestão, em que o beneficiário paga parte da mensalidade; b) sem patrocinador - planos contratados por pessoa jurídica, com mensalidade integralmente paga pelo beneficiário diretamente à operadora.

b) Quanto ao tipo de cobertura assistencial (denominação dada ao conjunto de direitos [tratamentos, serviços, procedimentos médicos, hospitalares e/ou odontológicos] a que o usuário faz jus pela contratação de um plano de saúde)

- *Plano ambulatorial* - engloba apenas os atendimentos realizados em consultório (consultas) ou ambulatório (procedimentos ambulatoriais), definidos e listados no rol de procedimentos, inclusive exames. O plano com cobertura ambulatorial não cobre internação hospitalar.

- *Plano hospitalar* - compreende os atendimentos realizados durante a internação hospitalar. Este plano não tem cobertura ambulatorial.

- *Plano hospitalar com obstetrícia* - engloba os atendimentos realizados durante internação hospitalar e os procedimentos relativos ao pré-natal e à assistência ao parto.

- *Plano odontológico* - inclui apenas procedimentos odontológicos realizados em consultório, incluindo exame clínico, radiologia, prevenção, dentística, endodontia, periodontia e cirurgia.

- *Plano referência* - constitui o padrão de assistência médico-hospitalar porque conjuga a cobertura ambulatorial, hospitalar e obstétrica. A lei estabelece que a operadora de plano de saúde deve oferecer, obrigatoriamente, aos consumidores, um plano referência, que garante assistência nesses três segmentos. Este plano não faz qualquer limitação para os atendimentos de urgência e emergência, após 24 (vinte e quatro) horas da contratação, mesmo que o usuário esteja cumprindo prazo de carência, salvo nos casos de doenças preexistentes (aquelas que o consumidor tem ciência de ser portador no momento da assinatura do contrato).

c) Quanto à cobertura ou abrangência geográfica

- *Município* (cobertura municipal), um conjunto específico de municípios;

- *um Estado* (cobertura estadual), um conjunto específico de estados;

- *todo o País* (cobertura nacional).

d) Quanto ao tipo de acesso à rede

- *Autorização prévia* - para determinados procedimentos, o usuário é obrigado a solicitar um pedido de autorização prévia à operadora.

- *Co-participação* - é a parcela de pagamento, além da mensalidade, prevista em contrato e destinada a custear parte da realização de um determinado procedimento (consulta, exame e/ou internação). A co-participação não pode corresponder ao pagamento integral do procedimento por parte do consumidor, nem ser tão alta ao ponto de impedir o acesso do usuário ao tratamento necessário. No caso de internação, a co-participação não pode ser cobrada em forma de percentual, exceto nos tratamentos psiquiátricos.

- *Direcionamento ou referenciamento ou hierarquização de acesso* - mecanismos utilizados pelas operadoras que permitem encaminhar o usuário a uma rede credenciada ou referenciada para realização de procedimentos (consultas, exames e/ou internações) previamente determinados.

- *Franquia* – valor-limite, previamente estabelecido em contrato, pelo qual a operadora não tem responsabilidade de cobertura, seja pelo reembolso ou pagamento direto à rede credenciada. A franquia não pode corresponder ao pagamento integral do procedimento por parte do usuário.

- *Livre escolha de prestador de serviços de saúde* - direito do usuário, previsto em determinados contratos, segundo o qual ele pode optar por ser alvo de atendimento de profissionais não credenciados e receber, da operadora, o reembolso do valor pago pelo serviço prestado, ou parte desse valor, de acordo com a tabela também prevista no contrato.

- *Porta de entrada* - procedimento de avaliação prévia do usuário feita por um profissional avaliador da operadora, que fica responsável por encaminhar o consumidor para o tratamento (médico, cirúrgico ou dental) necessário.

Toda esta gama de produtos deve ser disponibilizada pelas operadoras. Os planos de saúde médicos são montagens de vários serviços, visando a atender as demandas específicas dos clientes. Estes produtos devem ser organizados de forma a atender as expectativas de quem deles necessite (SEIBEL, 2003b).

As operadoras podem diferenciar o valor das mensalidades de acordo com a faixa etária do consumidor. Isto ocorre porque a frequência de utilização varia entre grupos etários. Há, entretanto, regras para a aplicação de aumento por mudança de faixa etária. A legislação em vigor (Lei n° 9.656/98, em vigência desde 02.01.1999 e o Estatuto do Idoso, em vigência desde 01.01.2004) determina o seguinte sobre esta questão (ANS, 2006b):

- *contratos assinados antes de 2 de janeiro de 1999* - nos planos assinados antes da entrada em vigor da Lei n° 9.656/98, deve-se cumprir o que consta no contrato. Pela Resolução Normativa n° 56/03, a ANS determina que as operadoras informem a existência e o conteúdo das cláusulas de faixa etária, dentre outras características destes planos, possibilitando a verificação do cumprimento da cláusula;

- *contratos assinados entre 2 de janeiro de 1999 e 1º de janeiro de 2004* - nos contratos assinados entre 2 de janeiro de 1999 e 1º de janeiro de 2004 e contratos adaptados neste período, as faixas etárias e os percentuais de variação têm que estar expressos no contrato. A lei determina, também, que o da última faixa (70 anos ou mais) poderá ser, no máximo, seis vezes maior do que o preço da faixa inicial (0 a 17 anos). A variação deve obedecer às seguintes faixas etárias: a) 0 a 17 anos; b) 18 a 29 anos; c) 30 a 39 anos; d) 40 a 49 anos; e) 50 a 59 anos; f) 60 a 69 anos; g) 70 anos ou mais. Contratos assinados antes de janeiro de 1999 que foram adaptados à nova lei têm que ter as faixas etárias e os percentuais de variação por mudança de faixa etária expressos no novo contrato. Contratos de consumidores com 60 anos ou mais e dez anos ou mais de plano não podem ser objeto da variação por mudança de faixa etária;

- *contratos assinados ou adaptados depois de 1º de janeiro de 2004* - nos contratos assinados ou adaptados depois de 1º de janeiro de 2004, o número de

faixas etárias aumentou de sete para dez, visando a atender a determinação do Estatuto do Idoso, que veda a variação por mudança de faixa etária, aos contratos de consumidores com idade acima de 60 anos. A Resolução Normativa n° 63, publicada pela ANS em dezembro de 2003, determina, ainda, que o valor fixado para a última faixa etária (59 anos ou mais) não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18). A citada Resolução determina também que a variação acumulada, entre a sétima e a décima faixas, não pode ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas. As faixas etárias obrigatórias são as seguintes: 0 a 18 anos; 19 a 23 anos; 24 a 28 anos; 29 a 33 anos; 34 a 38 anos; 39 a 43 anos; 44 a 48 anos; 49 a 53 anos; 54 a 58 anos; 59 anos ou mais.

Vale salientar que os contratos assinados antes de janeiro de 1999, adaptados à nova lei, têm que ter as faixas etárias e os percentuais de variação por mudança de faixa etária expressos no novo contrato.

No caso específico da cooperativa, em nome de todos os cooperados, ela assina contratos com os usuários, comprometendo-se a disponibilizar a esses clientes os serviços médicos e garantindo, aos tomadores de serviços, a excelência do atendimento realizado pelo quadro de associados, com um diferencial no atendimento, pois este é prestado pelo próprio dono do negócio, o cooperado; ou seja, o usuário do plano de saúde paga por um produto que, conseqüentemente, lhe é devido na forma de atendimento médico, nas suas mais variadas formas (SEIBEL, 2003c), tendo como diferencial, no caso da cooperativa médica, de ele ser prestado pelo próprio cooperado.

Vale destacar que as cooperativas médicas têm nos planos de saúde a sua principal fonte de recursos. O desenvolvimento de novos produtos ocorre sempre depois de uma análise das necessidades do mercado, da possibilidade de demanda e da capacidade técnica dos médicos cooperados e prestadores de serviços. Os valores de venda devem ser estipulados com base em cálculos atuariais específicos (SEIBEL, 2003b).

Em síntese, consoante Castro (2003), a população brasileira atualmente tem possibilidade de ter acesso aos serviços de saúde, a partir das seguintes opções:

a) *Sistema Único de Saúde (SUS)* - é livre para todos os cidadãos que residem e/ou trabalham no Brasil, por meio da estrutura de serviços públicos ou da rede privada credenciada;

b) *planos e seguros privados de saúde* - restritos às pessoas e seus respectivos dependentes diretos (filhos), de forma coletiva (empresas, associações, institutos e/ou sindicatos) ou individual, que adquiram planos das operadoras de plano de saúde, sejam elas empresas de medicina de grupo, seguradoras ou cooperativas médicas, com seus serviços médicos próprios e/ou credenciados; e

c) *planos empresariais* - restritos aos empregados e seus respectivos dependentes diretos, vinculados às empresas que oferecem esses serviços como benefícios ou salários indiretos, total ou parcialmente, com administração própria ou terceirizada, com serviços médicos próprios ou credenciadas.

3.5 Caracterização da empresa “estudo de caso”

A empresa examinada faz parte do Sistema Nacional Unimed como singular, sendo uma operadora de plano de saúde médico, com sede no Município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, e com área de ação restrita à região metropolitana de Fortaleza, Aquiraz, Caucaia, Itaitinga, Eusébio, Guaiúba, Maracanaú, Maranguape e Pacatuba.

Foi fundada em 09 de janeiro de 1978, com sede provisória no Edifício Lobrás, no Centro da Cidade, posteriormente na rua Gonçalves Ledo e finalmente na av. Santos Dumont. Na época, seus diferenciais da cooperativa já eram a acessibilidade dos clientes a diversas especialidades médicas agrupadas na cooperativa e o envolvimento efetivo de cada médico cooperado no atendimento aos clientes.

Em 1º de junho de 1997, a cooperativa cearense implantou o cartão eletrônico Unimed para autorizações de realizações de serviços *on-line*. No final do citado ano, foi lançado o serviço para atendimento local de urgência, emergência e remoções aéreas e terrestres, o Unimed Urgente, um produto genuíno desta operadora de plano de saúde médico.

É uma sociedade cooperativa, que tem como objeto a congregação de profissionais médicos, para sua defesa econômica e social, a fim de proporcionar-lhes melhores condições para o exercício de suas atividades no mercado de trabalho e o aprimoramento do serviço de assistência médico-hospitalar. E, como as demais operadoras de plano de saúde médico no Brasil, possui o devido registro na ANS.

Conforme seu estatuto social, esta cooperativa deverá promover a educação cooperativista aos seus associados e participar de campanhas de expansão do cooperativismo e de modernização de suas técnicas. Promoverá também a assistência aos cooperados e empregados, assim como aos seus componentes familiares, de acordo com as disponibilidades e possibilidades técnicas. Além disso, deverá propiciar à maior parcela possível da população, dentro das suas limitações, serviços de assistência médica complementar, ambulatorial e hospitalar de qualidade, por intermédio do sistema de associação cooperativo formado por seus médicos associados e da parceria com instituições credenciadas, garantindo o exercício ético, científico e autônomo da profissão e a satisfação de seus cooperados e usuários.

Os cooperados deverão executar os serviços que lhes forem concedidos pela cooperativa, observando o princípio da livre e igualitária oportunidade para todos os associados, além de obedecer ao Código de Ética Médica e a todas as disposições internas da cooperativa sobre rotinas e operacionalização dos serviços, e aspectos disciplinares.

Atualmente, é uma das maiores operadoras de planos de saúde médico do Norte-Nordeste, possuindo mais de trezentos mil clientes e três mil e quatrocentos médicos cooperados, com média de trinta e três milhões de

faturamento mensal ou quase quatrocentos milhões anuais. Possui um patrimônio líquido superior a sessenta e três milhões (UNIMED DE FORTALEZA, 2006).

Segundo a Revista *Balanço Anual* de 2006 da Gazeta Mercantil, é a 47ª entre as cem maiores empresas do Nordeste e a 8ª posição, entre as maiores empresas de plano de saúde do País (em receita líquida anual). Já a Revista *Exame - Maiores e Melhores* de 2006, destaca esta Cooperativa como a 101ª maior empresa do Norte-Nordeste e a 723ª maior empresa do Brasil (lista das maiores por vendas) (UNIMED DE FORTALEZA, 2006, 2007).

A Unimed em questão possui ainda as seguintes características, estabelecidas em seu Planejamento Estratégico e divulgadas em vários informativos internos e/ou externos (página na *Intranet* e na *Internet*, comunicações internas, relatório da gestão 2005 etc.):

- *missão* - “Fornecer soluções de promoção e assistência à saúde, por meio da associação cooperativista de médicos e em parceria com instituições credenciadas”.

- *visão* - “Ser referência até 2010 na promoção e assistência a saúde no Brasil, com atenção humanizada aos clientes, princípios cooperativistas e excelência da gestão”.

- *Valores*: São os seguintes os valores e crenças desta organização:

Respeito ao contrato - A Unimed se caracteriza como Organização que garante os direitos do cliente estabelecidos no contrato, demonstrando respeito e atenção;

Ética - A conduta ética se caracteriza nas ações e atitudes da Cooperativa, ancorando a tomada de decisões e a prestação de serviços e fortalecimento do relacionamento com o cliente, prestadores, colaboradores, profissionais médicos, órgãos reguladores e sociedade;

Excelência do corpo médico-hospitalar - A Unimed mantém ampla rede qualificada de médicos prestadores de serviços e hospitalar, com capilaridade e gerenciamento das especialidades, favorecendo a resolubilidade no atendimento aos clientes;

Responsabilidade social - A atuação socialmente responsável da Cooperativa é uma relevante contribuição que promove melhorias do tecido

social com a implementação de ações em benefício da sociedade, quer por iniciativas voluntárias, quer por adoção de programas específicos;

Valorização do trabalho médico - A valorização do trabalho médico é uma constante preocupação, evidenciada na implementação continuada de medidas que materializam reconhecimento, recompensa e oportunidades de educação, pela excelência do trabalho médico realizado junto aos nossos clientes;

Educação Cooperativista - O desenvolvimento do espírito cooperativista é uma grande desafio, objeto da razão de ser da Unimed, promovendo-se eventos sistemáticos e programas que internalizam o conceito e práticas de cooperação, requisito estratégico em um mundo cada vez mais competitivo e interconectado;

Foco em resultados - O compromisso de promover resultados sustentáveis, garantindo o equilíbrio econômico-financeiro, é fundamental para a convergência de ações e a competitividade da empresa frente ao mercado, focando a satisfação de clientes e cooperados. (UNIMED DE FORTALEZA, 2006, p. 8).

Para facilitar melhor visualização da sua estrutura organizacional, apresenta-se seu organograma em forma descritiva, ano base 2005:

ASSEMBLÉIA GERAL

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO / TÉCNICO / FISCAL

DIRETORIA EXECUTIVA

DIRETORIA PRESIDÊNCIA

Assessoria de Gestão do Negócio
Assessoria de Desenvolvimento de Recursos Humanos e Processos
Auditoria Interna
Assessoria Jurídica
Assessoria de Imprensa e Comunicação
Universidade Unimed de Fortaleza

DIRETORIA SUPERINTENDÊNCIA

Gerência Administrativa
- Setor de Pessoal
- Setor de Suprimentos
 - Célula de Compras
 - Célula de Estoque
- Setor de Suporte Administrativo
 - Célula de Compras
 - Célula de Estoque
 - Célula de PABX
 - Célula de Segurança
 - Célula de Manutenção
 - Célula de Expedição
 - Célula de Copa/ Limpeza
 - Célula de Arquivo
 - Célula de Transporte
 - Célula de Copiadora

- Gerência de Informática
 - Setor de Administração de Ambiente
 - Setor de Suporte à Microinformática
 - Setor de Suporte a Sistemas

DIRETORIA FINANCEIRA

- Assessoria Financeira
 Gerência Financeira
 - Divisão de Gestão Financeira
 - Setor de Faturamento
 - Setor de Cobrança
 - Setor de Tesouraria
 - Setor de Contas a Pagar
 - Divisão de Controladoria
 - Setor de Contabilidade
 - Setor de Orçamento
 - Divisão de Custos e Atuária

DIRETORIA COMERCIAL

- Assessoria Comercial
 Gerência de Marketing
 Gerência de Relacionamento com Clientes
 - Divisão de Relacionamento Corporativo
 - Divisão de Relacionamento Varejo
 - Setor de Telemarketing
 - Divisão de Cadastro
 Gerência de Vendas
 - Divisão de Vendas Corporativa
 - Divisão de Vendas Varejo
 - Setor de Suporte às Vendas

DIRETORIA DE RECURSOS MÉDICOS E HOSPITALARES

- Assessoria de Recursos Médicos e Hospitalares
 Gerência de Relacionamento
 - Divisão de Relacionamento com Prestadores
 - Divisão de Relacionamento com Cooperados
 - Setor de Inteligência de Auditoria
 - Setor de Compras de Órteses, Próteses e Materiais Especiais
 Gerência de Atendimento a Clientes
 - Divisão Linha Verde
 - Divisão de Atendimento Pessoal
 - Célula de Apoio ao Cliente
 - Célula de Autorização
 - Célula de Cartão
 - Célula de Intercâmbio
 Gerência de Produção
 - Setor de Produção de Intercâmbio
 - Setor de Produção Local
 Gerência de Auditoria Médica
 - Divisão de Auditoria Multidisciplinar
 Ouvidoria

Esta cooperativa é conceituada e reconhecida tanto no contexto estadual como no âmbito nacional, como comprovam os diversos prêmios, selos e certificações recebidos, como por exemplo (UNIMED DE FORTALEZA, 2006):

- *Empresa cidadã*, prêmio oferecido pelo Governo do Estado do Ceará às empresas que contratam pessoas com dificuldade para entrar no mercado de trabalho;

- *Selo de Responsabilidade Social da Unimed do Brasil*, nos anos de 2004, 2005 e agora em 2006, concedido pelos relevantes serviços de assistência social aos fortalezenses;

- *Selo Empresa Amiga da Criança*, em 2006, concedido da Fundação Abrinq, por ser uma empresa que tem compromisso social com a criança e o adolescente;

- *Prêmio Euvaldo Lodi 2006*, concedido pelo Instituto Euvaldo Lodi, pelas melhores práticas de estágio, contribuindo efetivamente para a formação de novos talentos para o Estado do Ceará;

- *Troféu Visão Social 2006*, concedido pelo Consórcio Social da Juventude do Ceará e Governo Federal (Ministério do Trabalho e Emprego), reconhecendo publicamente as organizações e seus gestores pela participação no Programa Nacional de Estímulo ao Primeiro Emprego;

- *Destaque empresarial – serviços planos de saúde*, consecutivamente concedido a Unimed há anos, inclusive em 2006, referente às organizações que se destacaram empresarialmente no cenário do Estado do Ceará;

- *“Top of Mind” – “As marcas campeãs”*, concedido à Unimed, como resultado de uma pesquisa, realizada pelo Instituto Datafolha/Anuário do Ceará, que a posicionou como o plano de saúde mais lembrado pelos cearenses em 2005, bem como em todos os anos anteriores; e

- *Marcas de Confiança*, concedido do Instituto Marplan e pela revista *Seleções*, às marcas brasileiras de maior confiabilidade.

Os tipos de produtos (planos de saúde) oferecidos atualmente, por esta cooperativa, são os seguintes:

- MULTIPLAN, que é o mais completo plano de saúde da operadora, com cobertura nacional e a maior rede de laboratórios, clínicas e hospitais, contando mais de 300 (trezentas) Unimed's disponíveis em todo o Brasil, 100.000 (cem mil) médicos cooperados e 6.596 (seis mil quinhentos e noventa e seis) hospitais credenciados;

- UNIPLANO, que tem cobertura em todo o Estado do Ceará, contando mais de 3.000 (três mil) médicos cooperados, 66 (sessenta e seis) clínicas, 29 (vinte e nove) hospitais e 11 (onze) laboratórios;

- UNIMED NÚCLEOS, que tem a qualidade de atendimento Unimed e preço acessível, tornando-se uma opção vantajosa para quem tenciona ter um plano de saúde. Os clientes do Unimed Núcleos poderão contar com uma rede de especialistas composta por 2.100 (dois mil e cem médicos) médicos, mais de 10 (dez) hospitais credenciados e diversas clínicas especializadas, incluindo também o laboratório próprio e os núcleos de atendimento instalados em locais estratégicos, com facilidade de acesso;

- MULTIMÉDICO PLUS, que é um plano feito especialmente para médicos cooperados. Possui ampla rede credenciada e cobertura completa.

A Cooperativa analisada está estudando a possibilidade de lançar brevemente mais um produto no mercado, específico para a classe econômica de alta renda (classe A). Este produto deverá conter todos os benefícios constantes no atual produto Multiplan e mais uma série de novos benefícios e serviços a serem disponibilizados para estes clientes especiais.

A empresa em foco apresentou o seguinte balanço patrimonial em 2005, que foi publicado em jornal de grande circulação, bem como constou no seu próprio relatório da gestão anual, entregues aos seus cooperados:

Tabela 6 – Balanço Patrimonial da Cooperativa

BALANÇO PATRIMONIAL EM 31 DE DEZEMBRO		
Em milhares de reais		
	2005	2004
ATIVO	133.444	102.326
CIRCULANTE	48.455	35.916
CAIXA E BANCOS	3.899	1.284
APLICAÇÕES FINANCEIRAS	13.725	8.968
CRED. DE OPER. C/ PLANOS ASSIST. A SAÚDE	23.670	17.853
CRÉDITOS DIVERSOS	3.016	1.947
CRÉDITOS TRIBUTÁRIOS E PREVIDENCIÁRIOS	437	417
OUTROS VALORES E BENS	2.482	4.277
DESPESAS ANTECIPADAS	1.226	1.170
REALIZÁVEL A LONGO PRAZO	9.601	8.898
TÍTULOS E CRÉDITOS A RECEBER	90	95
CRÉDITOS TRIBUTÁRIOS E PREVIDENCIÁRIOS	7.189	6.721
OUTROS CRÉDITOS A RECEBER A LONGO PRAZO	2.322	2.082
PERMANENTE	75.388	57.512
INVESTIMENTOS	568	498
IMOBILIZADO	66.012	48.263
DIFERIDO	8.808	8.751
PASSIVO	133.444	102.326
PROVISÕES TÉCNICAS	10.073	5.868
CIRCULANTE	58.026	51.602
EVENTOS A LIQ. C/ OPER. DE ASSIST. A SAÚDE	41.346	33.043
OBRIGAÇÕES COM PESSOAL	4.856	4.323
TRIBUTOS E CONTRIBUIÇÕES A RECOLHER	5.421	4.251
PROVISÕES PARA CONTINGÊNCIAS	110	615
FORNECEDORES DIVERSOS	3.041	3.769
OUTROS DÉBITOS	688	1.307
EMPRÉSTIMOS E FINANCIAMENTOS A PAGAR	2.564	4.294
EXIGÍVEL A LONGO PRAZO	1.394	1.859
OBRIGAÇÕES A PAGAR	124	199
EMPRÉSTIMOS E FINANCIAMENTOS A PAGAR	1.270	1.660
RESULTADO DE EXERCÍCIOS FUTUROS	76	47
PATRIMÔNIO LÍQUIDO	63.875	42.950
CAPITAL SOCIAL	20.511	15.765
RESERVAS	43.364	26.997
SOBRAS E PERDAS	0	188
RESULTADO DO EXERCÍCIO	0	188

Fonte: UNIMED DE FORTALEZA (2006, p. 56 e 57).

Como se observa por esse Balanço Patrimonial, trata-se de uma grande empresa, com patrimônio líquido superior a sessenta e três milhões de reais, em 2005.

4 METODOLOGIA

Para se poder chegar à ciência, deve-se fazer pesquisa. Para se fazer pesquisa, deve-se estabelecer uma conexão entre os aspectos teóricos e os aspectos metodológicos, percebendo assim as trilhas pelas quais a ciência passa (COCURULLO, 2004). A metodologia é este conjunto de regras de como proceder ou de como conseguir esta conexão no curso da investigação (CASTRO, 1977), capaz assim de influenciar fortemente a pesquisa (KERLINGER, 1980).

Este capítulo define o delineamento desta pesquisa acadêmica. Segundo Gil (1991, p. 70), “o delineamento refere-se ao planejamento da pesquisa em sua dimensão mais ampla, envolvendo tanto a sua diagramação, quanto à previsão de análise”. Em outras palavras, “a palavra delineamento focaliza a maneira pela qual um problema de pesquisa é concebido e colocado em uma estrutura que se torna um guia para a experimentação, coleta de dados e análise”. (KERLINGER, 1980, p. 94). Como se observa, o delineamento é intrínseco à pesquisa científica, norteando o pesquisador na procura de respostas para um problema específico, sendo tal processo cíclico, uma vez que não se acaba com a resposta obtida. Em síntese, implica a escolha de um plano para conduzir a investigação (BEUREN, 2003).

Conforme Kerlinger (1980), pode-se definir pesquisa científica como uma investigação sistemática, controlada, empírica e crítica, de proposições hipotéticas sobre as supostas relações entre os fenômenos naturais pesquisados. Quando se diz que a pesquisa científica é sistemática e controlada, isto significa que está organizada de tal forma que seus resultados são dignos de confiança. É o que confirma Macedo (1994, p. 11), ao conceituar pesquisa científica como “o processo de obter soluções fidedignas para um determinado problema, por meio de coleta planejada e sistemática, análise e interpretação de dados”.

O propósito básico da pesquisa científica é a teoria, que pode ser compreendida como a apresentação da visão sistemática de fenômenos, especificando relações entre variáveis, com o objetivo de explicar e, se possível, prever os fenômenos (KERLINGER, 1980).

Já em relação ao termo metodologia, especificamente, Kerlinger (1980) destaca que esse vocábulo inclui as maneiras de formular problemas e hipóteses, os métodos de observação e coleta de dados, a mensuração de variáveis e técnicas de análise de dados, os aspectos da Filosofia da Ciência e a abordagem crítica geral à pesquisa.

4.1 Abordagens e métodos de pesquisa

Com o objetivo de explicitar os procedimentos metodológicos aplicados nesta pesquisa científica, reportar-se-á a seguir a algumas abordagens das tipologias de delineamentos de pesquisa selecionadas da literatura.

Utilizou-se, nesta pesquisa, o método racional indutivo, cujo procedimento do raciocínio parte de uma análise de dados ou observações particulares constatadas para proposições ou noções gerais. Neste caso, apresenta-se como uma forma ordenada do raciocínio dos dados singulares para uma verdade geral ou mais ampla, indo assim das constatações mais particulares às leis e teorias, dentro do que se poderia denominar de uma conexão ascendente (FACHIN, 2001; LAKATOS; MARCONI, 1992; RICHARDSON, 1999).

Esse citado método é possível de ser utilizado nesta pesquisa, em função de que as cooperativas de trabalho médico (Unimeds), operadoras de plano de saúde no Brasil, são muito semelhantes entre si, tanto no aspecto organizacional como no aspecto operacional, o que permite e facilita uma extrapolação dos resultados encontrados, quando de uma pesquisa e/ou análise de uma cooperativa em particular, para as demais, dentro, é claro, das limitações técnicas inerentes a este tipo de método de abordagem.

Método em pesquisa, em sentido amplo, significa a escolha de procedimentos sistemáticos para a descrição e explicação de fenômenos. Assim, o trabalho de pesquisa deve ser planejado, organizado e executado de acordo com normas requeridas pelo método de investigação. Há basicamente dois grandes métodos: o quantitativo e o qualitativo (RICHARDSON, 1999).

Com o intuito de atingir os objetivos específicos preestabelecidos, bem como o objetivo geral, as abordagens utilizadas foram qualitativa e quantitativa, sendo que o maior foco ficou na abordagem qualitativa.

A abordagem quantitativa, segundo Beuren (2003) e Richardson (1999), caracteriza-se pelo emprego de instrumentos estatísticos, seja na coleta seja no tratamento dos dados. Têm-se a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitando assim distorções de análise e interpretação, bem como possibilitando uma margem de segurança adequada quanto às inferências feitas.

Por outro lado, a pesquisa qualitativa “pode ser caracterizada como a tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados, em lugar da produção de medidas quantitativas de características ou comportamentos”. (RICHARDSON, 1999, p. 90). Conforme Beuren (2003, p. 92), vale destacar ainda que:

Na pesquisa qualitativa concebem-se análises mais profundas em relação ao fenômeno que está sendo estudado. A abordagem qualitativa visa destacar características não observadas por meio de um estudo quantitativo, haja vista a superficialidade deste último. [...]

Na Contabilidade, é bastante comum o uso da abordagem qualitativa como tipologia de pesquisa. Cabe lembrar que, apesar de a Contabilidade lidar intensamente com números, ela é uma ciência social, e não uma ciência exata como alguns poderiam pensar, o que justifica a relevância do uso da abordagem qualitativa. [...] Esta tipologia de pesquisa é primordial no aprofundamento de questões relacionadas ao desenvolvimento da Contabilidade, seja no âmbito teórico como prático. (Grifo nosso)

A pesquisa qualitativa é também conhecida como “estudo de campo”, “pesquisa de campo”, “estudo qualitativo”, “interacionismo simbólico”, “perspectiva interna”, “interpretativa”, “investigação etnográfica”, “observação participante” entre outros termos (TRIVIÑOS, 1987).

Entre os tipos de pesquisas qualitativas característicos ou “estudos de campo qualitativos” (MOREIRA, 2002, p. 17), o estudo de caso é provavelmente o mais relevante (TRIVIÑOS, 1987). Dentro da classificação dos métodos de procedimento (LAKATOS; MARCONI, 1992) ou das tipologias de pesquisa quanto aos procedimentos para a coleta de dados (BEUREN, 2003) ou dos meios de pesquisa (VERGARA, 2005), adotar-se, como citado, nesse trabalho acadêmico, o método monográfico ou estudo de caso. A pesquisa de estudo de caso inclui tanto estudos de caso único quanto de casos múltiplos ou estudo de multicasos (YIN, 2005).

No caso em questão, pelo pouco controle do pesquisador sobre os eventos analisados e por se tratar de fenômenos contemporâneos inseridos na realidade do sistema suplementar de saúde brasileiro atual, optou-se por estudo de caso único, em uma cooperativa de trabalho médico – operadora de plano de saúde médico, situada no Município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará, escolhida pela sua significativa relevância e destaque no cenário estadual e nacional.

Conforme Beuren (2003, p. 84), “a pesquisa do tipo estudo de caso caracteriza-se principalmente pelo estudo concentrado de um único caso. Esse estudo é preferido pelos pesquisadores que desejam aprofundar seus conhecimentos a respeito de determinado caso específico”. Yin (2005, p. xi, 19, 20, 26 e 33) explica com detalhes a aplicabilidade, importância e/ou características do estudo de caso:

Os estudos de caso continuam a ser utilizados de forma extensiva em pesquisa nas ciências sociais – incluindo as disciplinas tradicionais [...] e as áreas como orientação prática, como planejamento urbano, administração pública, política pública, ciência da administração, trabalho social e educação. O método também é o modelo freqüente para a pesquisa de teses e dissertações em todas essas disciplinas e áreas. [...]

Em geral, os estudos de caso representam a estratégia preferida quando se colocam questões do tipo “como” e “por que”, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real. [...]
(Grifo nosso)

Como estratégia de pesquisa, utiliza-se o estudo de caso em muitas situações, para contribuir com o conhecimento que temos dos fenômenos

individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupo, além de outros fenômenos relacionados. [...]

É provável que questões “como” e “por que” estimulassem o uso de estudos de caso, experimentos ou pesquisas históricas. [...] (Grifo nosso)

O estudo de caso como estratégia de pesquisa compreende um método que abrange tudo – tratando da lógica de planejamento, das técnicas de coleta de dados e das abordagens específicas à análise dos mesmos. [...]

Em resumo, o estudo de caso permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real – tais como ciclos da vida individuais, processos organizacionais e administrativos, mudanças ocorridas em regiões urbanas, relações internacionais e a maturação de setores econômicos.

Bruyne, Herman e Schoretheete (1992) citam como vantagens desta metodologia, as seguintes: a) cria um estímulo a novas oportunidades de descobertas do desenvolvimento da investigação; b) trabalha com situações concretas, possibilitando, se necessário, mudanças favoráveis no caso em estudo; c) almeja relacionar a teoria (pesquisa bibliográfica) com a prática (pesquisa de campo); d) não requer modo único de coleta de dados, podendo o investigador utilizar-se de entrevistas, observações, relatórios, questionários etc.; e) os problemas não são vistos como algo isolado, podendo então ser comparados.

A desvantagem desta metodologia, por sua vez, para estes citados autores, é principalmente a dificuldade de um estudo de caso generalizar os resultados, isso porque geralmente as empresas que atuam num mesmo ramo de atividade possuem muitas diferenças no seu contexto geral, o que possivelmente exige do pesquisador uma capacitação mais elevada do que o requerido por outros tipos de pesquisa.

Para Yin (2005), as desvantagens dos estudos de caso são: a falta de rigor metodológico; dificuldades de generalização e o tempo destinado à pesquisa, haja vista que demandam muito tempo. Apesar de todas essas objeções, o estudo de caso é utilizado com frequência cada vez maior entre pesquisadores. Assim, esta metodologia se mostrou mais adequada à presente pesquisa, adotando-se o cuidado de eliminar ou minimizar, ao máximo, as deficiências ou desvantagens próprias desta metodologia.

Este trabalho científico, pela própria utilização do método de estudo de caso e da possibilidade de se apresentar informações e/ou soluções para problemas específicos da organização examinada, e dentro de uma classificação quanto aos fins da pesquisa (VERGARA, 2005), é catalogado como sendo uma pesquisa aplicada. Segundo Kerlinger (1980, p. 321, 324, 326 e 327), a pesquisa aplicada

É pesquisa dirigida para a solução de problemas práticos especificados em áreas delineadas e da qual se espera melhoria ou progresso de algum processo ou atividade, ou o alcance de metas práticas. [...] Tais pesquisas são dirigidas para determinados objetivos que prometem solução de problemas geralmente aflitivos. [...] Por estar focalizada em problemas específicos e por sua falta de foco na compreensão básica de fenômenos, o campo da pesquisa aplicada é mais estreito e seu impacto potencial mais limitado. [...] A pesquisa aplicada é indispensável e quase sempre muito significativa de duas ou três formas: Primeira, pode, como aliás é sua finalidade, fornecer informações que levarão à solução de problemas. Segunda, pode sugerir, às vezes, linhas novas ou diferentes de pesquisa básica. [...] Terceira, e talvez mais importante, a pesquisa aplicada tem, às vezes, uma qualidade heurística. Pode levar ao desenvolvimento da teoria e da pesquisa básica. É freqüentemente rica em hipóteses potenciais que exigem testagem e fundamentação teórica. [...] A pesquisa não conduz diretamente à melhoria da prática ou das condições sociais e humanas. A solução de um problema de pesquisa está em um nível diferente de discurso do que a solução de um problema de ação. O resultado de uma pesquisa geralmente é o estabelecimento de uma relação de alguma espécie entre dois ou mais fenômenos. Isto é também verdadeiro para os problemas da pesquisa aplicada. (Grifo nosso)

Em geral, conforme Triviños (1987), existem três tipos de estudos cujas finalidades são diferentes: estudos exploratórios, estudos descritivos e estudos experimentais ou, em outras palavras, três tipos de pesquisa quanto aos objetivos: pesquisa exploratória, pesquisa descritiva e pesquisa explicativa (ANDRADE, 2002a). A pesquisa qualitativa com apoio teórico na fenomenologia é essencialmente descritiva (TRIVIÑOS, 1987).

Nesse trabalho dissertativo, optou-se pela pesquisa descritiva, que, segundo Beuren (2003, p. 81-82),

Tem como principal objetivo descrever características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre as variáveis. Uma de suas características mais significativas está na utilização de técnicas padronizadas de coletas de dados. [...]

Configura-se como um estudo intermediário entre a pesquisa exploratória e a explicativa, ou seja, não é tão preliminar como a primeira nem tão aprofundada como a segunda. [...]

Andrade (2002), destaca que a pesquisa descritiva preocupa-se em observar os fatos, registrá-los, analisá-los, classificá-los e interpretá-los, e o pesquisador não interfere neles. [...]. (Grifo nosso)

Vários estudos utilizam a pesquisa descritiva para análise e descrição de problemas de pesquisa na área contábil. [...].

Fica evidente a importância da pesquisa descritiva em Contabilidade para esclarecer determinadas características e/ou aspectos inerentes a ela.

Em resumo, pode-se assinalar que este ensaio é uma pesquisa qualitativa, por utilizar uma metodologia qualitativa na coleta de dados, ao efetuar “levantamentos feitos com questionários abertos” (DEMO, 2000, p. 151), realizar pesquisas descritivas e por ser um estudo de caso, mas é também uma pesquisa quantitativa, pela adoção de questionário com perguntas fechadas, com dados tabulados e elementos matemáticos na definição dos mapas e das matrizes de riscos.

4.2 Coleta e estruturação de dados

A definição da coleta de dados é importante, pois dirá como serão extraídas as informações das unidades de análise, usando para isso um esquema ou estrutura lógica e seqüencial.

Essa pesquisa será segmentada em investigações em fontes bibliográficas e em pesquisa documental. A escolha desses métodos de pesquisa decorre da necessidade de se tencionar obter uma visão inicial e mais ampla sobre o tema das fraudes, bem como dos aspectos dos sistemas de controle interno, haja em vista ainda o fato de que, com o estudo de caso de uma organização, é possível uma análise mais profunda do assunto proposto.

A pesquisa bibliográfica, por ser de natureza teórica, já é uma parte integrante e obrigatória de qualquer trabalho científico, particularmente por se haver reservado um capítulo para reunir a teoria pertinente com o estudo proposto (referencial teórico), normalmente denominado de “revisão de literatura” ou “fundamentação teórica”. É por meio dela que se toma conhecimento sobre a produção científica pertinente, em especial, livros e artigos científicos (BEUREN, 2003).

Por sua vez, a pesquisa documental baseia-se em dados que ainda não receberam um tratamento analítico ou que podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa proposta. Sua importância é justificada no momento em que se podem organizar dados, que se encontram dispersos, conferindo-lhes uma nova notoriedade como fonte de consulta (BEUREN, 2003); ou seja, servem para corroborar e valorizar as evidências oriundas de outras fontes (YIN, 2005).

Nesta pesquisa documental, na empresa analisada, foram consultadas comunicações internas, relatórios de mapeamento de processos, normas de controle interno, listagens de pessoal (com nome completo dos empregados e seus respectivos cargos na organização) e documentos internos diversos (formulários, panfletos, informativos, peças publicitárias etc.).

O trabalho de estudo de caso em epígrafe foi realizado utilizando-se a técnica de documentação indireta (abrangendo a pesquisa documental e a pesquisa bibliográfica) e de documentação direta intensiva (por meio de observação [visitas *in loco*]) (LAKATOS; MARCONI, 1992) e direta extensiva (aplicação de questionário), entendendo-se técnica como “um conjunto de preceitos ou processos de que se serve uma ciência; [...] habilidade para usar esses preceitos ou normas, na obtenção de seus propósitos. [...] parte prática da coleta de dados”. (LAKATOS; MARCONI, 1992, p. 107).

4.2.1 Elaboração, aplicação e análise do questionário

Para efeito de obtenção de dados, entre diversas opções, tomou-se a amostra não probabilística intencional. Nesse tipo de amostra, o pesquisador está interessado na opinião de determinados elementos da população, mas que são representativos desta. O pesquisador, portanto, não se dirige a todos, mas somente àqueles elementos que, segundo seu entendimento, pela função desempenhada ou cargo ocupado, vão lhe fornecer maiores subsídios à solução do problema de pesquisa levantado. Não probabilística, pois não faz uso de uma forma aleatória de seleção (LAKATOS; MARCONI, 1991 e 1992).

Utilizou-se a documentação direta, subdivida na observação direta extensiva, que é feita, entre outras formas, com a aplicação de questionário, constituído por uma série de perguntas que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do pesquisador (LAKATOS; MARCONI, 1992).

Foi constituído, então, um questionário para ser aplicado com as gerências e/ou coordenações das áreas da Cooperativa Operadora de Plano de Saúde Médico examinadas, consideradas críticas pelo pesquisador na possibilidade de ocorrência de fraudes e erros (particularmente as áreas de Vendas, Cadastro e Recursos Médicos Hospitalares), envolvendo operações e processos com clientes. Outras gerências de áreas correlatas ou com bom conhecimento nesta área também foram selecionadas para responder ao questionário proposto, sem a presença do pesquisador. Conforme contatos preliminares, identificou-se o fato de que estas pessoas escolhidas intencionalmente são mais aptas a fornecerem as informações que este estudo busca.

As perguntas utilizadas no citado questionário foram classificadas para facilitar a identificação dos pontos de maior vulnerabilidade e que, conseqüentemente, merecem maior atenção destas empresas operadoras de plano de saúde no combate e prevenção a fraudes. O modelo do questionário consta como apêndice deste trabalho.

Vale ressaltar que se utilizou um questionário-padrão, com três perguntas, sendo duas fechadas de múltipla escolha (do tipo semi-abertas) e uma aberta (resposta livre do entrevistado). A primeira pergunta abordava basicamente a questão relacionada às possíveis situações de riscos operacionais de três macroprocessos (venda/cadastro do novo cliente; utilização do plano de saúde e alterações cadastrais). A segunda questão envolvia os prováveis elementos e instrumentos principais de controle interno capazes de eliminar ou minimizar estes riscos operacionais destes ditos processos. A última interrogação procurava saber do entrevistado se ele tinha conhecimento de fraudes já ocorridas na operadora e/ou em outras operadoras, advindas destes processos já citados.

Lima (2004) esclarece que as perguntas fechadas são também chamadas de dicotômicas, limitadas ou alternativas fixas. São aquelas que oferecem apenas duas opções de escolha como resposta. Obtêm dados precisos, de caráter eminentemente quantitativo, haja vista esses dados poderem ser tabulados, o que permite posteriormente a elaboração de tabelas e gráficos.

As perguntas de múltipla escolha “são fechadas na medida em que selecionam uma série de alternativas de respostas previamente concebidas, explorando as variáveis que interferem no fenômeno investigado”. (LIMA, 2004, p. 60). Conforme o conteúdo das questões, com base nessa mesma autora, estas podem ser subdivididas em: perguntas-mostruário (ou leque ou cafeteria), perguntas de estimacão (ou avaliacaão) e perguntas semi-abertas. Optou-se pelas perguntas de múltipla escolha do tipo semi-aberta, tendo havido a preocupacão do pesquisador em minimizar os efeitos indesejados das perguntas abertas e das perguntas totalmente fechadas. Nesse caso, dá-se maior oportunidade ao respondente de elaborar a alternativa de resposta capaz de traduzir com maior fidedignidade aquilo que pensa sobre o tema questionado.

Já as perguntas abertas ou livres, segundo Lima (2004, p. 57),

Permitem aos respondentes desenvolver o conteúdo e a forma das respostas de forma livre. Elas viabilizam a obtençã de materiais qualitativos na medida em que correspondem a questões cujo aprofundamento e a abrangência das respostas dependem única e exclusivamente do respondente.

Considerando o objetivo das perguntas de um questionário, estas podem ser classificadas em: questões de fato; questões de açã; questões de intençã; questões de opiniã e questões-índices ou teste (LIMA, 2004). Restaram escolhidas as questões de opiniã, pois objetivam conhecer valores, visões, impressões e/ou experiências do respondente do tema proposto.

O questionário em epígrafe contou com a plena ciência e aprovaçã da Presidência da Cooperativa operadora de plano de saúde médico estudada.

As pessoas selecionadas da empresa, para a aplicação do referido questionário, apresentavam as seguintes condições:

- são empregados e/ou médicos cooperados, admitidos por carteira assinada ou que prestam serviços à cooperativa operadora de plano de saúde médico estudada há, pelo menos, 2 (dois) anos;
- possuem cargo e/ou função de gerência ou coordenação de áreas-"chaves" da organização; e
- pertencem a áreas que têm contato com clientes (direta ou indiretamente), conhecem estes citados processos e/ou tem conhecimento sobre possíveis fraudes advindas dos processos estudados, bem como mecanismos para combatê-los.

Com base nestes critérios, anteriormente descritos, foram escolhidos intencionalmente os seguintes profissionais para a aplicação do questionário:

- na área Financeira - dois profissionais (o gerente financeiro e a coordenadora da Controladoria);
- na área de Recursos Médicos Hospitalares - um profissional (o gestor de provimento de saúde);
- na área de Auditoria Interna - um profissional (um auditor interno da Cooperativa);
- na área Jurídica - um profissional (o gestor da Assessoria Jurídica);
- na área de Recursos Humanos e Processos - um profissional (a gestora de RH e Processos);
- na área Comercial - três profissionais (o gerente de vendas; o gerente de pós-venda e a coordenadora do Cadastro); e
- na área Administrativa - um profissional (a gerente administrativa).

Os outros gerentes da Operadora, num total de três, foram também escolhidos para a resolução deste questionário, além dos dez profissionais já citados anteriormente. Não foi possível, entretanto, viabilizar sua aplicação, pois dois deles estavam ausentes da empresa, no período pesquisado, por motivo de gozo de férias e/ou de viagem. O terceiro, o gerente de Informática, havia sido desligado há pouco

tempo e o novo tinha somente poucos meses de empresa, não obedecendo assim a um dos critérios estipulados (pelo menos dois anos de organização).

Foram aplicados então, ao todo, dez questionários, conforme critérios citados anteriormente, no período de 13 a 24 de novembro de 2006, e todos eles foram devidamente preenchidos e devolvidos ao pesquisador, no prazo acordado (no caso, dia 24 de novembro de 2006).

A análise dos dados apurados no questionário aplicado deu-se da seguinte maneira:

- nas duas primeiras questões fechadas de múltipla escolha (do tipo semi-abertas), utilizou-se a Estatística descritiva; e
- na última questão aberta, optou-se pelo agrupamento das respostas indicadas pelos respondentes.

4.2.2 Observação direta intensiva

Para o estudo de caso em foco, além da aplicação do questionário (observação direta extensiva), os dados e/ou as informações foram levantadas também mediante técnica de observação direta intensiva, de caráter qualitativo, com atividade informal de coleta de dados ou observação livre.

A observação direta é feita geralmente ao se proceder a uma visita de campo ao local escolhido para o estudo de caso. Os comportamentos ou condições ambientais relevantes estão disponíveis para a observação, servindo de fonte de evidências para um estudo de caso (YIN, 2005). A documentação direta, subdividida na observação direta intensiva, segundo Lakatos e Marconi (1992), pode ser feita por observação simples, utilizando-se os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade; ouvindo, vendo e examinando os fatos ou fenômenos que se intenta estudar.

Neste trabalho, buscou-se confirmar, mediante essa técnica, se os processos descritos formalmente nos documentos da empresa (Mapeamento de

Processos) estavam de acordo com a realidade. Para isso, o pesquisador dedicou algumas visitas, principalmente na área de Cadastro, no período de 06 a 10 de novembro de 2006, observando como os empregados da operadora de plano de saúde examinada executavam os processos descritos para a referida área (registro de novos clientes e alterações cadastrais dos clientes). Posteriormente, confrontaram-se as observações com os processos registrados, confirmando assim o que estava documentado pela empresa, salvo por pequenas desatualizações, mas que não comprometeram o conteúdo dos tais mapeamentos.

4.3 Avaliação individual dos riscos

Com base em todos os riscos operacionais identificados, comparados com seus respectivos controles e listados por macroprocessos, procedeu-se à análise individual de cada risco de cada macroprocesso e à indicação, após esta avaliação, de uma pontuação, considerando dois fatores: 1) “conseqüência”, que diz respeito à relevância e a materialidade; e 2) “ocorrência”, respeitante à probabilidade de sua ocorrência e a freqüência desta mesma ocorrência. A pontuação adotada foi a seguinte: 0 – imaterial, irrelevante, nulo ou desprezível (0%); 1 – baixo (25%); 2 – médio (50%); 3 – alto (75%) e 4 – altíssimo, iminente ou crítico (100%), conforme Paula (1999).

Há de se lembrar, segundo Paula (1999, p. 67), que materialidade diz respeito à “importância relativa ou representatividade do valor ou do volume dos recursos envolvidos, isoladamente ou em determinado contexto” e relevância ao “aspecto ou fato considerado importante, ainda que não seja material (economicamente significativo), para o atingimento dos objetivos da entidade”. (PAULA, 1999, p. 68).

Nesse caso, cada risco identificado e listado poderá ter no máximo quatro pontos relacionados ao fator “conseqüência” e quatro pontos relacionados ao fator “ocorrência”, totalizando oito pontos ao todo. O risco no caso seria de 100% (cem por cento). O mínimo apurado para cada risco seria de zero para o fator “conseqüência” e zero para o fator “ocorrência”, totalizando zero, ou seja, zero por cento de risco. Entenda-se, contudo, 100%, como citado no parágrafo anterior, risco

altíssimo, e, zero %, como risco baixo, já que não existe *a priori* risco zero, nulo ou inexistente.

A análise de cada risco foi feita, em comum acordo, em reunião conjunta com todos os auditores internos da Cooperativa analisada, no total de quatro pessoas, a fim de reduzir a subjetividade da análise, que eventualmente poderia ser feita apenas por uma pessoa (no caso, o pesquisador).

4.4 Passos gerais adotados no desenvolvimento da pesquisa

Para o desenvolvimento da pesquisa, visando a identificar e prevenir possíveis erros, falhas, desperdícios e/ou fraudes contra as cooperativas operadoras de planos de saúde médicos, advindas ou associadas, principalmente com o ambiente externo (relacionamento com clientes), dentro das limitações e restrições inerentes a este estudo, procurou-se obedecer aos seguintes passos:

1) *processos envolvendo clientes* - identificação e descrição dos principais passos e etapas dos processos envolvendo o relacionamento entre a Cooperativa de trabalho operadora de plano de saúde médico e seus respectivos clientes (pessoa física). Tal identificação foi possível e facilitada, haja vista a empresa em estudo já possuir documentos internos, elaborados pela Assessoria de Desenvolvimento de Recursos Humanos e Processos, onde descreve gráfica e descritivamente, de forma sintética, quais são todos os principais passos e etapas dos processos de todas as áreas da Cooperativa, inclusive as que tratam e se relacionam com clientes (pessoa física). No caso dos processos relacionados com a utilização do plano de saúde pelos clientes, como não havia processos mapeados pela empresa, estes foram feitos pelo autor, com base em seu conhecimento profissional e pelo método da observação direta intensiva em vários prestadores da operadora, tomados aleatoriamente;

2) *riscos operacionais dos processos* - identificados e descritos os principais passos e etapas dos processos como a Empresa em estudo se relaciona com seus clientes (pessoa física), com as devidas adaptações para este trabalho acadêmico, procurou-se também identificar e listar, por meio de entrevistas não

estruturadas aos responsáveis pela execução destes processos na Empresa e/ou aplicação de questionário aos principais gestores (gerentes e coordenadores) de áreas centrais da Cooperativa, consulta a referências bibliográficas e pela própria experiência profissional de auditor interno do autor, dentro destes processos já selecionados, as possíveis e prováveis situações de riscos operacionais principais advindos destas operações;

3) *efeitos na realização dos riscos* - procedeu-se, em seguida, ao levantamento de quais seriam as principais prováveis conseqüências e efeitos negativos, quando da eventual falha dos controles internos ou inexistência destes, e a realização ou concretização das situações de riscos operacionais reportadas, para a Cooperativa operadora de plano de saúde médico. Para isso, adotou-se a metodologia proposta no item anterior, visando a descobrir os casos ocorridos e identificados de fraudes envolvendo direta ou indiretamente clientes (pessoa física);

4) *controles internos responsáveis por conter o risco* - a partir da identificação e listagem dos possíveis riscos operacionais principais envolvidos nestes citados processos, bem como conhecendo os graves efeitos na concretização deles, utilizando a mesma metodologia citada no item anterior, procurou-se identificar e listar quais os principais controles internos existentes na operadora capazes de eliminar e/ou minimizar estas situações de riscos operacionais;

5) *relacionamento entre riscos e controles internos* – para facilitar a posterior avaliação quantitativa destes riscos operacionais, optou-se ainda por associar os riscos já identificados e listados com os seus respectivos controles internos existentes na Operadora de plano de saúde médico examinada. Tal procedimento permite uma visão qualitativa global e integrada do relacionamento dos riscos com os controles internos;

6) *análise e mensuração individual dos riscos identificados* – levando-se em consideração os passos anteriores, analisaram-se individualmente os riscos identificados para cada macroprocesso definido, elaborando um mapa de riscos, com a indicação de uma pontuação para cada risco citado, de acordo com a sua

provável consequência (materialidade e relevância) e sua possível ocorrência (probabilidade de ocorrer e frequência de sua ocorrência); e

7) *matriz de análise de riscos operacionais* - com base nos dados e levantamentos efetuados nos seis itens anteriores, elaborou-se uma matriz de análise de risco para estes processos estudados, como forma de orientar ou nortear a Empresa, particularmente seus gestores e auditores internos, na melhor forma de prevenir, identificar e combater possíveis erros e/ou fraudes advindas desses processos, pela óptica do gerenciamento dos riscos operacionais.

Em síntese, pode-se exprimir que esta pesquisa é aplicada, utilizando o método racional indutivo, no âmbito qualitativo (principalmente) e quantitativo, mediante estudo de caso único, em uma Cooperativa operadora de plano de saúde médico, situada em Fortaleza. Caracteriza-se ainda por um ser uma pesquisa descritiva, segmentada em investigações em fontes bibliográficas e em pesquisa documental. Para efeito de obtenção de dados, optou-se pela amostra não probabilística, utilizando aplicação de questionário com os principais gestores da Organização (duas perguntas de múltipla escolha do tipo semi-aberta e uma pergunta aberta) e observação direta intensiva (visitas *in loco* às áreas envolvidas). Os passos adotados no desenvolvimento da pesquisa foram: descrição dos processos envolvendo clientes; identificação e listagem dos riscos operacionais desses processos; relacionamento dos possíveis efeitos na concretização desses riscos; relacionamento entre riscos e controles internos; análise e mensuração individual dos riscos identificados e elaboração da matriz de risco.

5 PROCESSOS, RISCOS, EFEITOS E CONTROLES

Este capítulo apresenta os principais processos, as possíveis situações de risco operacionais e as prováveis conseqüências ou efeitos (quando se concretiza a situação de risco), bem como a análise dos riscos e dos controles internos, envolvendo o relacionamento entre a Cooperativa operadora de plano de saúde médico e seus respectivos clientes (pessoas físicas).

5.1 Processos envolvendo clientes

Foram solicitados, e concedido o pedido pela Empresa, os documentos com os mapeamentos de todos os principais processos da Cooperativa, elaborados pela Assessoria de Desenvolvimento de Recursos Humanos e Processos.

Com base na análise destes mapeamentos de processos, elaborados pela Empresa, selecionaram-se somente aqueles processos em que havia a participação de clientes (pessoa física) e em que seu risco operacional era possivelmente significativo. Dentro das operadoras de plano de saúde médico, independentemente do seu tipo (cooperativa de trabalho médico, medicina de grupo, autogestão e/ou seguradora saúde), há basicamente três grandes processos em que existem relacionamentos com clientes (pessoa física) e onde os erros, desperdícios, falhas e/ou as fraudes são mais comuns: 1) quando da entrada (venda de planos) e registro de novos clientes; 2) quando da utilização do plano de saúde pelos clientes; e, 3) quando da alteração, atualização ou modificação dos dados cadastrais dos clientes no cadastro da Operadora.

Os processos de venda de planos e de registro dos novos clientes foram tratados como único tópico, em razão muitas vezes da dificuldade de se separar totalmente os dois processos em foco, já que há muitas interligações deles e por não haver nenhuma restrição nesse sentido. No caso específico da possível suspensão

ou exclusão do cliente no plano de saúde, como, em tais operações, há impacto tanto na utilização do plano pelo cliente como no processo de alterações cadastrais, o mesmo foi tratado em um ou em outro de acordo com a melhor ou mais adaptada classificação possível.

Pelo que se tem conhecimento, os processos que envolvem situações de riscos mais significativas (materialidade envolvida) e onde há uma ocorrência maior do número de fraudes, falhas e erros, é nas operações relativas à utilização do plano de saúde pelo cliente.

Serão a seguir abordados, em detalhes, estes macro-processos, bem como a subdivisão nos respectivos passos ou processos menores, da Empresa estudada, com algumas adaptações realizadas, a fim de facilitar a generalização, comparação e/ou aplicação em outras possíveis organizações (operadoras de planos de saúde médico):

I) Venda de planos e registro de novos clientes

a) *Venda de planos de saúde pessoa física* - 1) vendedor contacta possível cliente; 2) vendedor informa sobre planos Unimed; 3) caso o cliente tenha interesse, vendedor fecha negociação; 4) é efetuada venda do plano com preenchimento de formulários, apresentação de documentos e pagamento da taxa de adesão; 5) vendedor efetua pagamento da proposta de adesão do cliente no banco; 6) pré-cadastro da proposta; 7) faz ou não exame pré-admissional?; 8) proposta liberada e encaminhada para a Divisão de Cadastro; 9) Divisão de Cadastro confere documentos e efetua cadastro do novo cliente.

b) *Cadastro de pessoa física pela Divisão de Cadastro* - 1) encaminha propostas de venda; 2) realiza pré-cadastro; 3) cliente indicado para o pré-admissional?; 4) atualiza cadastro; 5) preenche o laudo provisório; 6) completa cadastro; 7) arquiva documentos.

II) Utilização do plano de saúde

a) *Utilização do plano de saúde pelo cliente no consultório médico* - 1) cliente acometido de alguma patologia ou problema de saúde; 2) comparecimento ao consultório médico; 3) apresentação do cartão magnético Unimed à atendente do consultório; 4) leitura do cartão magnético Unimed; 5) solicitação da aprovação da consulta pela biometria digital do cliente; 6) aprovação e realização da consulta; 7) se necessário, solicitação de exames e/ou de internamento; 8) se necessário, retorno para apresentação do resultado dos exames.

b) *Utilização do plano pelo cliente nos laboratórios* - 1) cliente comparece ao laboratório; 2) apresentação do cartão magnético Unimed e da solicitação médica para a realização de exame a atendente do laboratório; 3) leitura do cartão magnético Unimed; 4) solicitação da aprovação da consulta pela biometria digital do cliente; 5) aprovação e realização do exame; 6) emissão do laudo, com o resultado do exame, pelo laboratório; 7) recebimento do laudo do exame pelo cliente.

c) *Utilização do plano pelo cliente nas clínicas* - 1) cliente acometido de alguma patologia ou tem indicação de tratamento médico; 2) cliente comparece à clínica; 3) apresentação do cartão magnético Unimed e da solicitação médica para realização do exame e/ou tratamento; 4) leitura do cartão magnético Unimed; 5) solicitação da aprovação da consulta, do exame e/ou do tratamento pela biometria digital do cliente; 5) aprovação e realização da consulta, exame e/ou do tratamento; 6) retorno, se necessário, quantas vezes for preciso, por prescrição médica, para a continuidade do tratamento.

d) *Utilização do plano pelo cliente nos hospitais* - 1) cliente sofre acidente, é acometido de um distúrbio grave e/ou tem indicação de internamento pelo médico; 2) cliente comparece ao hospital ou pronto-socorro; 3) apresentação do cartão magnético Unimed e/ou da solicitação do internamento a atendente do hospital; 4) caso grave, encaminhamento para sala cirúrgica; 5) leitura do cartão magnético Unimed; 6) solicitação da aprovação do procedimento pela biometria digital do cliente ou pela central telefônica da Operadora; 7) aprovação e realização do

procedimento cirúrgico; 8) período de recuperação e observação médica; 9) alta do paciente pelo médico e saída do hospital.

III) Alterações cadastrais

a) Alteração de dados cadastrais da pessoa física pela Divisão de Cadastro e/ou pela área de Atendimento - 1) recebe o contato do cliente (pessoalmente, por carta, fax e/ou ligação telefônica); 2) recebe solicitação de alteração de dados cadastrais; 3) encaminha solicitação para a Divisão de Cadastro ou procede às alterações solicitadas; 4) execução das alterações solicitadas pelo Cadastro; 5) arquiva documentação da solicitação, se necessário.

5.2 Riscos operacionais dos processos

Identificados os principais processos em que haveria a participação de clientes (pessoa física) e em que seu risco operacional era possivelmente elevado ou significativo, buscou-se então identificar e listar quais seriam as principais situações de riscos operacionais inerentes a tais processos, utilizando a metodologia explicitada anteriormente.

I) Venda de planos e registro de novos clientes

- Cliente adquirir o plano de saúde e solicitar sua exclusão poucos meses depois (“má venda”);

- cliente adquirir plano de saúde, sem carência (campanha promocional da Operadora), apenas para utilizá-lo bastante por um curto período e posteriormente solicitar sua exclusão;

- venda de planos sem co-participação;

- venda de planos para pessoa física (contratos individuais);

- terceiro contratar plano de saúde passando-se pelo verdadeiro cliente contratante (geralmente cliente com estereótipo doente, mais idoso, com obesidade mórbida etc.);

- vendedor efetuar venda do plano de saúde sem ter tratado pessoalmente com o cliente, mas apenas com um familiar, amigo ou conhecido dele;

- cliente informar data de nascimento equivocada e/ou vendedor registrar por falha ou má-fé tal informação;
- cliente informar como dependente pessoa fora desta classificação ou enquadramento legal;
- cliente omitir doenças preexistentes em sua declaração de saúde;
- cliente omitir informações cadastrais importantes;
- cliente não apresentar qualquer documento comprobatório das informações prestadas;
- cliente apresentar documentos e/ou cópias de documentos pessoais adulterados ou falsificados;
- cliente apresentar documentos e/ou cópias de documentos de dependentes adulterados ou falsificados;
- cliente apresentar documentos ou declarações falsas, atestando estar em outro plano de saúde (Operadora) ou ter saído com menos de trinta dias;
- cliente deixar de assinar os documentos obrigatórios para a concretização da venda do plano de saúde (ficha de adesão, declaração de saúde etc.);
- cliente efetuar pagamento da primeira mensalidade do plano (taxa de adesão) com cheque falso, sem provisão de fundos ou roubado;
- cliente efetuar pagamento da primeira mensalidade do plano com dinheiro falso;
- cliente efetuar pagamento da primeira mensalidade do plano com valor divergente (a maior ou a menor) do valor estipulado;
- Divisão de Cadastro da Empresa (operadora do plano de saúde) digitar, no sistema informatizado, outra data de nascimento do cliente;
- Divisão de Cadastro deixar de informar, no sistema informatizado, as doenças preexistentes listadas pelo cliente, na sua declaração de saúde;
- Divisão de Cadastro não registrar, no sistema informatizado, as carências devidas ao cliente ou liberá-las indevidamente;
- Divisão de Cadastro digitar nome, o número do Cadastro da Pessoa Física (CPF), endereço e/ou outros dados cadastrais equivocadamente do novo cliente;

- Divisão de Cadastro incluir novo cliente no sistema informatizado somente após a data programada de vigência de seu contrato (atraso no cadastramento);
- Divisão de Cadastro registrar no sistema informatizado tipo de plano de saúde diferente do contratado pelo cliente;
- novo cliente, dentro do perfil para realizar exame médico admissional, sem realizá-lo;
- novo cliente com grave patologia, sem registro na declaração de saúde, não ser chamado para efetuar exame médico admissional;
- auditoria médica da Operadora não identificar doenças preexistentes do novo cliente, quando do seu respectivo exame médico admissional;
- ex-cliente inadimplente, excluído do plano, com ainda pendências financeiras com a Operadora, adquirindo novo plano, sem cobrança destas pendências anteriores;
- Operadora encaminhar e/ou entregar cartão magnético do cliente com dados equivocados;
- Operadora disponibilizar cartão magnético ao cliente com longo prazo de vencimento ou validade (acima de quatro anos);
- Operadora extraviar documentação entregue pelo cliente; e
- Operadora possuir uma quantidade significativa de clientes com planos não regulamentados (anterior à lei de regulamentação dos planos de saúde).

II) Utilização do plano de saúde

- Cliente emprestar o cartão magnético a terceiro, para que este utilize o seu plano de saúde indevidamente;
- cliente emprestar o seu cartão magnético para prestador de serviços efetuar uma quantidade de exames e/ou procedimentos superior ao realmente realizado;
- cliente, com a conivência de algum prestador de serviços, efetuar outro procedimento, não contemplado em seu contrato, e o prestador de serviços cobrar outro constante no contrato do beneficiário a Operadora do plano de saúde;

- cliente efetuar algum exame ou procedimento não coberto pelo contrato e ser autorizado (liberado) indevidamente pelo sistema informatizado ou por algum funcionário da Operadora;
- cliente ingressar na Justiça comum, a fim de ter direito indevidamente a procedimento fora de sua cobertura contratual;
- cliente simular situação de negação de consulta ou procedimento por parte do prestador e/ou da operadora de plano de saúde, a fim de ingressar na Justiça, solicitando danos materiais e/ou morais por tais supostos constrangimentos e/ou perdas;
- Operadora não bloquear tempestivamente o atendimento de clientes inadimplentes (com inadimplência superior a sessenta dias consecutivos ou não);
- Operadora cobrar valores relativos à co-participação de cliente e/ou de seus dependentes com planos sem co-participação;
- Operadora não cobrar os valores devidos à co-participação do cliente e/ou de seus dependentes, em consultas e exames;
- Operadora cobrar a maior ou a menor os valores devidos à co-participação do cliente e/ou de seus dependentes, em consultas e exames;
- Operadora burocratizar ou demorar a autorizar consultas, exames e procedimentos solicitados pelo cliente;
- médico solicitar exames e/ou procedimentos desnecessários, a pedido ou não do cliente;
- cliente já excluído ou suspenso no atendimento ainda estar com permissão ativada (liberada) pelo sistema informatizado da Operadora para utilizar seu plano de saúde.

III) Alterações cadastrais

- Divisão de Cadastro da Empresa efetuar alterações cadastrais do cliente, sem qualquer formalização expressa ou documentada por ele;
- Divisão de Cadastro efetuar alterações equivocadas nos dados cadastrais do cliente;
- Divisão de Cadastro efetuar alterações ou modificações cadastrais sem conhecimento e/ou autorização do cliente e de seus dependentes;

- Operadora não adotar ou possuir política de atualização permanente do banco de dados cadastrais dos clientes;
- Operadora não cobrar do cliente excluído possível dívida financeira remanescente de seu contrato;
- Operadora não cumprir as exigências da ANS, no que diz respeito ao cadastro de clientes (banco de dados);
- Operadora excluir ou suspender atendimento acidental e/ou inadvertidamente de cliente;
- Operadora excluir ou suspender atendimento acidental e/ou inadvertidamente do(s) dependente(s) do cliente;
- Operadora deixar liberado no sistema informatizado o uso de cartões magnéticos já vencidos por parte dos clientes; e
- Operadora não renovar a tempo os cartões magnéticos vencidos dos clientes.

5.3 Possíveis efeitos na realização dos riscos

Com base nos processos identificados e dos principais riscos operacionais relacionados, procurou-se então identificar e listar quais seriam os possíveis efeitos, resultados e/ou conseqüências negativas, quando da eventual falha dos controles internos ou inexistência destes, e a concretização de algum ou de vários dos riscos catalogados anteriormente.

Além da metodologia descrita nos itens anteriores, inclui-se ainda a aplicação de questionário aos responsáveis pela Assessoria Jurídica e pela Auditoria Interna da Empresa, a fim de facilitar o levantamento sobre os casos já existentes e identificados de fraudes envolvendo direta ou indiretamente clientes (pessoa física), nestes citados processos.

I) Venda de planos e registro de novos clientes

- Cobrança, posteriormente, ao cliente, de valor a menor ou a maior da mensalidade, por parte da Operadora do plano de saúde, divergente do que está estipulado em contrato;

- inclusão indevida de benefícios no plano do cliente, sem que estes tivessem sido contratados;
- inclusão de novo cliente com doença preexistente, sem registro na sua declaração de saúde e sem conhecimento da Operadora;
- inclusão indevida de dependentes;
- impressão de documentos, faturas e/ou cartões magnéticos com dados equivocados do cliente;
- impressão e/ou entrega de faturas aos clientes com atrasos;
- envio de cobrança do cliente (fatura) para um outro endereço (extravio); ou seja, não-recebimento da fatura para pagamento pelo cliente;
- retrabalhos da área de vendas e/ou da área de cadastro da empresa, com correção de falhas;
- descumprimento de normas da ANS, que exigem dados cadastrais dos clientes de forma completa e correta;
- autuação por parte da ANS, por descumprimento de suas normas;
- insatisfação do cliente por falhas operacionais e/ou de atendimento da Operadora, impactando negativamente na imagem desta;
- prejuízos à imagem da Companhia;
- saída precoce do cliente do plano de saúde, por insatisfações e aborrecimentos; e
- processos judiciais movidos por clientes por danos morais e materiais, por falhas da Operadora.

II) Utilização do plano de saúde

- Aumento da sinistralidade, com perda financeira, por utilização indevida e não autorizada de terceiros dos planos de saúde de clientes da Operadora (consulta, exames e/ou procedimentos);
- aumento da sinistralidade, com perda financeira, por utilização indevida do cliente, em exame e/ou procedimento não coberto contratualmente, mas cobrado outro pelo prestador do serviço;
- aumento da sinistralidade, com perda financeira, por cobrança do prestador de serviços de exames e/ou procedimentos superiores ao realizado pelo cliente;

- não-utilização do plano de saúde pelo cliente, por atraso no cadastro de sua proposta de venda;
- bloqueio indevido do atendimento do cliente, por parte da Operadora;
- insatisfação do cliente, por falhas da Operadora, na liberação ou autorização de exames, consultas e/ou procedimentos, impactando negativamente na imagem da Operadora;
- reclamações de clientes aos órgãos de defesa do consumidor, por falhas da Operadora, na liberação ou autorização de exames, consultas e/ou procedimentos;
- divulgação, nos meios de comunicação em massa, de reclamações de clientes contra a Operadora;
- prejuízos à imagem da Companhia;
- ingresso na Justiça, pelo cliente, para ter direito indevidamente a procedimento fora de sua cobertura contratual; e
- processos, movidos por clientes, na Justiça, por danos morais e materiais, por falhas da Operadora, na liberação ou autorização de exames, consultas e/ou procedimentos.

III) Alterações cadastrais

- Cadastro de clientes com dados cadastrais desatualizados;
- alterações ou mudanças cadastrais sem autorização e/ou conhecimento do cliente e de seus dependentes;
- exclusão indevida de benefícios contratados pelo cliente no seu plano de saúde;
- inclusão indevida de benefícios não contratados pelo cliente em seu plano de saúde;
- dificuldade de contato telefônico com cliente, em razão de dados cadastrais desatualizados;
- exclusão indevida de dependente(s) de cliente, por parte da Operadora;
- inclusão incorreta de dependente(s) e/ou ativação indevida de ex-dependente(s) de cliente, por parte da Operadora;
- exclusão indevida de cliente, por parte da Operadora;

- inclusão incorreta de cliente e/ou ativação indevida de ex-cliente, por parte da Operadora;
- prejuízos à imagem da Companhia; e
- processos, movidos por clientes, na Justiça, por danos morais e materiais, por falhas da Operadora.

5.4 Controles internos e ações preventivas

A Cooperativa operadora de plano de saúde em questão dispõe de vários instrumentos de controle interno, visando a eliminar, controlar, minimizar e/ou reduzir o risco operacional de erro, falhas, perdas, desperdícios e/ou de fraudes nestas citadas operações. Eis a seguir os principais controles internos da Cooperativa examinada por macroprocessos.

l) Venda de planos e registro de novos clientes

- Política da Operadora em disponibilizar e incentivar a venda somente de planos com co-participação (ou seja, o cliente é responsável pelo pagamento de um percentual do valor das consultas e exames, somente quando as realiza);
- política da Operadora em disponibilizar e incentivar a venda de planos empresariais em detrimento dos planos para pessoas físicas;
- política da Operadora em disponibilizar e incentivar a venda de planos com porta de entrada (no caso em estudo, o plano Unimed Núcleos);
- realização de venda do plano de saúde, somente quando o vendedor tiver contato pessoal com o novo cliente em potencial;
- solicitação de cópias dos documentos pessoais do novo cliente (RG ou CPF, comprovante de endereço etc.), para conferir e anexar a documentação da venda do plano de saúde;
- conferência das cópias dos documentos pessoais fornecidos pelo cliente com os dados informados na ficha de adesão;
- conferência dos documentos preenchidos pelo cliente e entregues ao vendedor, a fim de identificar se todos os campos foram preenchidos corretamente e adequadamente por ele;

- conferência e recusa no recebimento de cópias de documentos pessoais do novo cliente com rasuras e/ou borrões;
- solicitação dos documentos pessoais originais do novo cliente, para preenchimento de parte da ficha de adesão pelo vendedor ou para comparação com as respectivas cópias fornecidas;
- checagem, mesmo que por amostragem, dos dados cadastrais fornecidos pelo novo cliente;
- treinamento contínuo da equipe de vendedores, seja interna (empregados) seja externa (lojas de venda terceirizadas);
- realização de exame médico admissional para os novos clientes por médico da Operadora, se não todos, mas principalmente os de maiores riscos de doenças preexistentes ou previamente selecionados por critérios estipulados pela auditoria médica;
- capacitação e treinamento contínuo dos médicos auditores, responsáveis pelos exames médicos pré-admissionais dos clientes;
- estorno da comissão do vendedor, na situação de desistência do novo cliente em menos de três meses de permanência no plano de saúde;
- emissão, acompanhamento e análise de relatório mensal de cancelamentos de vendas (desistência precoce de clientes) por vendedor;
- digitação dos dados do cliente no sistema informatizado da Empresa, com posterior conferência da digitação efetuada;
- checagem dos dados do novo cliente no banco de dados da Operadora, a fim de identificar se ele já foi ou não cliente da Operadora e se possui ou não alguma pendência financeira;
- checagem dos dados informados pelo cliente e registrados no sistema informatizado da Empresa com outras fontes externas (cadastro de companhias de lista telefônica [nome e telefone]; cadastro dos Correios [nome, endereço e CEP]; cadastro da Secretaria da Receita Federal [situação do CPF] etc.);
- checagem e conferência, antes do envio ou entrega, dos dados cadastrais contidos nos cartões magnéticos dos clientes;
- guarda eficiente da documentação do cliente por período mais longo possível;
- treinamento contínuo da equipe responsável pelo cadastro dos novos clientes;

- emissão e entrega de cartão magnético ao cliente com prazo de validade de dois anos;
- utilização de senhas individuais de acesso ao sistema informatizado, bem como a segregação destas senhas por níveis de acesso;
- existência de normas de controle interno da Operadora, regulamentando e disciplinando estas operações, com indicação de penalidades pelo seu descumprimento;
- adoção de programas de qualidade em todas as atividades e processos;
- auditoria interna operacional periódica, a fim de se garantir o cumprimento das normas e procedimentos estipulados pela Operadora, aos vendedores e também os responsáveis pelo cadastro;
- mapeamento dos processos de venda de plano de saúde e registro do novo cliente;
- auditoria interna periódica de processos, para garantia de cumprimento dos processos descritos, bem como para revisão e atualização dos processos já mapeados de venda de plano e registro do novo cliente;
- auditoria de sistemas informatizados periódica, interna e/ou externa, a fim de garantir a integridade, confiabilidade e segurança dos dados e registros efetuados;
- políticas de incentivo à migração dos clientes com planos não regulamentados para os planos regulamentados; e
- informatização, sempre que possível, de todos os processos, procedimentos e atividades envolvidas nestas operações.

II) Na utilização do plano de saúde

- Utilização do cartão magnético para identificação do cliente, bem como para garantir somente autorização de consultas, exames e procedimentos dentro das condições contratuais do cliente (parâmetros registrados no sistema informatizado);
- estruturação adequada dos parâmetros registrados no sistema informatizado da Operadora, a fim de evitar a utilização do cartão magnético pelo cliente em exames e procedimentos fora de sua característica pessoal (sexo, idade, peso etc.);

- cartão magnético (carteira do cliente) com prazo de validade não superior a três anos;
- registrar no verso do cartão magnético informação acerca da obrigatoriedade da exigência da apresentação de documento de identidade, juntamente com este, quando de sua utilização pelo cliente;
- exigência pela Operadora da retirada de pré-senha, para autorizar exames de valores mais significativos ou de controle difícil;
- autorização de determinados exames, somente após cliente passar por uma avaliação do médico auditor da Operadora (auditoria médica preventiva);
- utilização da tecnologia da biometria digital, como instrumento de identificação do cliente e de autorização de consultas, exames e procedimentos, no momento de sua utilização;
- limitação de quinze minutos entre a autorização de uma consulta e outra seguinte pelo uso do cartão magnético, no mesmo prestador;
- adoção de políticas de premiação para as secretárias dos consultórios médicos, das clínicas e dos demais prestadores de serviços, que denunciarem irregularidades comprovadas na utilização do plano de saúde por parte do cliente;
- divulgar campanhas educativas e informativas sobre o cuidado na utilização de seu plano e das graves consequências a que estão sujeitos aqueles que favorecem ou participam de fraudes contra a Operadora do plano de saúde;
- divulgar anúncios sobre os graves danos causados a todos pelas fraudes na utilização indevida do plano de saúde;
- exclusão do cliente que comprovadamente se envolveu com atos fraudulentos contra a Operadora (rescisão unilateral do contrato pela Cooperativa);
- utilização de soluções de inteligência de negócios (*Business Intelligence* – BI), para ser capaz de cruzar informações históricas de utilização por parte do cliente e apontar distorções, bem como dos prestadores de serviços;
- existência de uma Assessoria Jurídica competente e atuante da Operadora;
- políticas de incentivo à migração dos clientes com planos não regulamentados para os planos regulamentados;
- emissão e análise do relatório dos clientes inadimplentes com mais de sessenta dias consecutivos ou não de atraso no pagamento;

- existência de Setor de Ouvidoria e Setor de Atendimento telefônico 24 horas, para denúncias, reclamações e sugestões dos clientes, médicos, prestadores e/ou de terceiros;
- informatização, sempre que possível, de todos os processos, procedimentos e atividades envolvidas nestas operações;
- investimentos significativos em Tecnologia da Informação (*hardware* e *software*);
- conferências dos processos de faturamento e/ou cobrança (valores de co-participação) pela área financeira;
- realização de auditoria multidisciplinar na área de saúde nos diversos prestadores de serviços (hospitais, clínicas e laboratórios);
- auditoria de sistemas informatizados periódica, interna e/ou externa, a fim de garantir a integridade, confiabilidade e segurança dos dados e registros efetuados;
- elaboração e adoção de protocolos clínicos de procedimentos, a fim de nortear os médicos cooperados e prestadores de serviços;
- cursos e treinamentos voltados às atendedoras dos consultórios médicos, nos aspectos de controle e prevenção de fraudes; e
- campanhas educativas e informativas voltadas aos médicos cooperados e aos prestadores de serviços, abordando tais questões.

III) Alterações cadastrais

- Atualização periódica e constante dos dados cadastrais do cliente;
- acompanhamento das resoluções normativas da ANS, acerca de cadastro de clientes;
- emissão, acompanhamento e análise de relatório mensal das principais alterações cadastrais efetuadas em clientes e dependentes por operador (empregado);
- utilização de senhas individuais de acesso ao sistema informatizado, bem como a segregação destas senhas por níveis de acesso;
- treinamento contínuo da equipe responsável pelas alterações cadastrais dos clientes;

- Divisão de Cadastro em local separado e segregado dos demais setores da Organização;
- adoção de programas de qualidade em todas as atividades e processos;
- existência de normas de controle interno da Operadora, regulamentando e disciplinando estas operações, com indicação de penalidades pelo seu descumprimento;
- auditoria interna operacional periódica, a fim de se garantir o cumprimento das normas e procedimentos estipulados pela Operadora, aos responsáveis pelas alterações cadastrais;
- mapeamento dos processos de alterações cadastrais do cliente e/ou de seus dependentes;
- auditoria interna periódica de processos, para garantia de cumprimento dos processos descritos, bem como para revisão e atualização dos processos já mapeados de alterações cadastrais;
- informatização, sempre que possível, de todos os processos, procedimentos e atividades envolvidas nestas operações;
- sistema informatizado com trilhas de auditoria para identificar os responsáveis pelas principais alterações no cadastro;
- adoção de política de cobrança de dívidas financeiras pendentes de clientes excluídos;
- controle dos prazos das renovações dos cartões magnéticos dos clientes;
- pesquisas, junto aos clientes, a fim de verificar seu grau de satisfação em relação ao plano de saúde e para conferência de dados cadastrais; e
- campanha educativa ao cliente, para que este informe tempestivamente qualquer tipo de alteração cadastral (mudança de telefone, endereço, estado civil, número de RG etc.).

5.5 Relacionamento riscos *versus* controles internos

Para facilitar a avaliação dos riscos operacionais envolvidos nestes processos na Organização estudada e inclusive para dar maiores subsídios a esta própria análise, mesmo que qualitativamente, procedeu-se ao relacionamento e/ou

comparativo dos riscos identificados e listados com os respectivos controles internos existentes da Operadora.

a) Venda de planos e registro de novos clientes

Riscos	Controles internos existentes
Cliente adquirir o plano de saúde e solicitar sua exclusão poucos meses depois (“má venda”).	Estorno da comissão do vendedor. Treinamento contínuo dos vendedores. Emissão, acompanhamento e análise de relatório mensal de cancelamentos de vendas por vendedor.
Cliente adquirir plano de saúde, sem carência, apenas para utilizá-lo bastante por um curto período e posteriormente solicitar sua exclusão.	Política de disponibilizar e incentivar a venda somente de planos com co-participação. Política de disponibilizar e incentivar a venda de planos com porta de entrada.
Venda de planos sem co-participação.	Política de disponibilizar e incentivar a venda somente de planos com co-participação.
Venda de planos para pessoa física.	Política de disponibilizar e incentivar a venda de planos empresariais.
Terceiro contratar plano de saúde, passando-se pelo verdadeiro cliente contratante.	Realização de exame médico admissional dos novos clientes por médico da Operadora
Vendedor efetuar venda do plano de saúde sem ter tratado pessoalmente com o cliente, mas apenas com um familiar, amigo ou conhecido dele.	Realização de venda do plano de saúde, somente quando o vendedor tiver contato pessoal com o novo cliente em potencial.
Cliente informar data de nascimento equivocada e/ou vendedor registrar por falha ou má-fé tal informação.	Conferência das cópias dos documentos pessoais fornecidos pelo cliente com os dados informados na ficha de adesão. Conferência dos documentos preenchidos pelo cliente e entregues ao vendedor. Treinamento contínuo dos vendedores.
Cliente informar como dependente, pessoa fora desta classificação ou enquadramento legal.	Checagem dos dados cadastrais fornecidos pelo novo cliente.
Cliente omitir doenças preexistentes em sua declaração de saúde.	Realização de exame médico admissional dos novos clientes por médico da Operadora
Cliente omitir informações cadastrais importantes.	Conferência das cópias dos documentos pessoais fornecidos pelo cliente com os dados informados na ficha de adesão. Checagem dos dados informados pelo cliente e registrados no sistema com outras fontes externas.
Cliente não apresentar qualquer documento comprobatório das informações prestadas.	Solicitação de cópias dos documentos pessoais do novo cliente, para conferir e anexar à documentação da venda.
Cliente apresentar documentos e/ou cópias de documentos pessoais adulterados ou falsificados.	Conferência e recusa no recebimento de cópias de documentos pessoais do novo cliente com rasuras e/ou borrões. Solicitação dos documentos pessoais originais do novo cliente para conferência.
Cliente apresentar documentos e/ou cópias de documentos de dependentes adulterados ou falsificados.	Checagem dos dados informados pelo cliente e registrados no sistema com outras fontes externas.

Cliente apresentar documentos ou declarações falsas, atestando estar em outro plano de saúde ou ter saído com menos de 30 dias.	Checagem dos dados cadastrais fornecidos pelo novo cliente.
Cliente deixar de assinar os documentos obrigatórios para a concretização da venda do plano de saúde.	Conferência dos documentos preenchidos pelo cliente e entregues ao vendedor.
Cliente efetuar pagamento da primeira mensalidade do plano (taxa de adesão) com cheque falso, sem provisão de fundos ou roubado.	Controle efetuado pela Instituição Financeira e/ou pelo próprio vendedor.
Cliente efetuar pagamento da primeira mensalidade do plano com dinheiro falso.	Controle efetuado pela Instituição Financeira e/ou pelo próprio vendedor.
Cliente efetuar pagamento da primeira mensalidade do plano com valor divergente (a maior ou a menor) do valor estipulado.	Controle efetuado pela Instituição Financeira e/ou pelo próprio vendedor.
Divisão de Cadastro deixar de informar, no sistema informatizado, as doenças preexistentes listadas pelo cliente, na sua declaração de saúde.	Treinamento contínuo dos responsáveis pelo cadastro dos novos clientes. Utilização de senhas individuais de acesso ao sistema e segregação destas senhas por níveis de acesso. Existência de normas internas da Operadora, disciplinando estas operações.
Divisão de Cadastro digitar nome, o número do CPF, endereço e/ou outros dados cadastrais equivocadamente do novo cliente.	Checagem dos dados informados pelo cliente e registrados no sistema com outras fontes externas. Treinamento contínuo dos responsáveis pelo cadastro dos novos clientes.
Divisão de Cadastro da empresa (operadora do plano de saúde) digitar, no sistema informatizado, outra data de nascimento do cliente.	Digitação dos dados do cliente no sistema, com conferência da digitação efetuada. Existência de normas internas da Operadora, disciplinando estas operações. Treinamento contínuo dos responsáveis pelo cadastro dos novos clientes.
Divisão de Cadastro não registrar, no sistema informatizado, as carências devidas ao cliente ou liberá-las indevidamente.	Digitação dos dados do cliente no sistema, com a conferência da digitação efetuada. Existência de normas internas da Operadora, disciplinando estas operações. Treinamento contínuo dos responsáveis pelo cadastro dos novos clientes. Utilização de senhas individuais de acesso ao sistema e segregação destas senhas por níveis de acesso.
Divisão de Cadastro incluir novo cliente no sistema informatizado somente após a data programada de vigência de seu contrato (atraso no cadastramento).	Treinamento contínuo dos responsáveis pelo cadastro dos novos clientes. Existência de normas internas da Operadora, disciplinando estas operações.
Divisão de Cadastro registrar no sistema informatizado tipo de plano de saúde diferente do contratado pelo cliente.	Digitação dos dados do cliente no sistema informatizado da Empresa, com posterior conferência da digitação efetuada. Treinamento contínuo dos responsáveis pelo cadastro dos novos clientes.
Novo cliente, dentro do perfil para realizar exame médico admissional, sem realizá-lo.	Existência de normas internas da Operadora, disciplinando estas operações.
Novo cliente com grave patologia, sem registro na declaração de saúde, não ser chamado para efetuar exame médico admissional.	Existência de normas internas da Operadora, disciplinando estas operações.
Auditoria médica da Operadora não identificar doenças preexistentes do novo cliente, quando do seu respectivo exame médico admissional.	Capacitação e treinamento contínuo dos médicos auditores, responsáveis pelos exames pré-admissionais dos clientes.

Ex-cliente inadimplente, excluído do plano, com ainda pendências financeiras com a Operadora, adquirindo novo plano, sem cobrança destas pendências anteriores.	Checagem dos dados do novo cliente no sistema, para identificar se ele já foi cliente e se possui alguma pendência financeira.
Operadora encaminhar e/ou entregar cartão magnético do cliente com dados equivocados.	Checagem e conferência, antes do envio ou entrega, dos dados cadastrais contidos nos cartões magnéticos dos clientes.
Operadora disponibilizar cartão magnético ao cliente com longo prazo de validade.	Emissão e entrega de cartão magnético ao cliente com prazo de validade de dois anos.
Operadora extraviar documentação entregue pelo cliente.	Guarda eficiente da documentação do cliente por período mais longo possível.
Operadora possuir uma quantidade significativa de clientes com planos não regulamentados.	Políticas de incentivo a migração dos clientes com planos não regulamentados para os planos regulamentados.

Quadro 2 – Relacionamento riscos e respectivos controles internos do processo “venda de planos e registro de novos clientes”.

Fonte: Preparado pelo autor.

Há vários controles internos da Cooperativa, que, a princípio, atuam em diversos riscos (caráter geral e abrangente) nesse macroprocesso citado e não somente a um ou a poucos em particular:

- adoção de programas de qualidade em todas as atividades e processos, principalmente na área de Cadastro e de Vendas;
- mapeamento dos processos de venda de plano de saúde e registro do novo cliente;
- informatização, sempre que possível, de todos os processos, procedimentos e atividades envolvidas nestas operações;
- auditoria interna periódica de processos, para garantia de cumprimento dos processos descritos, bem como para revisão e atualização dos processos já mapeados de venda de plano e registro do novo cliente;
- auditoria interna operacional periódica, a fim de se garantir o cumprimento das normas e procedimentos estipulados pela Operadora, aos vendedores e responsáveis pelo cadastro; e
- auditoria de sistemas informatizados periódica, interna e/ou externa, a fim de garantir a integridade, confiabilidade e segurança dos dados e registros efetuados.

b) Utilização do plano de saúde

Riscos	Controles internos existentes
<p>Cliente emprestar o cartão magnético a terceiro, para que este utilize o seu plano de saúde indevidamente.</p>	<p>Utilização da tecnologia da biometria digital. Registrar no verso do cartão magnético a obrigatoriedade da exigência da apresentação de documento de identidade. Cartão magnético com prazo de validade não superior a três anos. Campanhas educativas sobre a utilização do plano e as graves consequências a que estão sujeitos os fraudadores. Divulgar anúncios sobre os graves danos causados a todos pelas fraudes na utilização indevida do plano de saúde. Exclusão do cliente que comprovadamente se envolveu com atos fraudulentos.</p>
<p>Cliente emprestar o seu cartão magnético para prestador de serviços efetuar uma quantidade de exames e/ou procedimentos superior ao realmente realizado.</p>	<p>Utilização da tecnologia da biometria digital. Limitação de 15 minutos entre a autorização de uma consulta e outra. Elaboração e utilização de protocolos clínicos. Cartão magnético com prazo de validade não superior a três anos. Exclusão do cliente que comprovadamente se envolveu com atos fraudulentos.</p>
<p>Cliente, com a conivência de algum prestador de serviços, efetuar outro procedimento, não contemplado em seu contrato, e o prestador de serviços cobrar outro constante no contrato do beneficiário à Operadora do plano de saúde.</p>	<p>Exigência da retirada de pré-senha, para autorizar exames de valores mais significativos ou de controle difícil. Realização de auditoria multidisciplinar na área de saúde nos diversos prestadores de serviços (hospitais, clínicas e laboratórios). Campanhas educativas e informativas voltadas aos médicos cooperados e aos prestadores de serviços.</p>
<p>Cliente ingressar na Justiça comum, a fim de ter direito indevidamente a procedimento fora de sua cobertura contratual.</p>	<p>Existência de uma Assessoria Jurídica competente e atuante da Operadora. Políticas de incentivo à migração dos clientes com planos não regulamentados para os planos regulamentados.</p>
<p>Médico solicitar exames e/ou procedimentos desnecessários, a pedido ou não do cliente.</p>	<p>Autorização de determinados exames, somente após cliente passar por uma avaliação do médico auditor da Operadora. Exigência da retirada de pré-senha, para autorizar exames de valores mais significativos ou de controle difícil. Campanhas educativas e informativas voltadas aos médicos cooperados e aos prestadores de serviços. Utilização de soluções de inteligência de negócios (<i>Business Intelligence – BI</i>).</p>
<p>Cliente efetuar algum exame ou procedimento não coberto pelo contrato e ser autorizado (liberado) indevidamente pelo sistema informatizado ou por algum funcionário da Operadora.</p>	<p>Utilização do cartão magnético para identificação do cliente e para garantir consultas, exames e procedimentos dentro das condições contratuais. Estruturação adequada dos parâmetros registrados no sistema, quando da utilização do cartão magnético pelo cliente.</p>

Cliente simular, situação de negativa de consulta ou procedimento por parte do prestador e/ou da operadora de plano de saúde, a fim de ingressar na Justiça, solicitando danos materiais e/ou morais por tais supostos constrangimentos e/ou perdas.	Existência de uma Assessoria Jurídica competente e atuante da Operadora. Cursos e treinamentos voltados às atitudes dos consultórios médicos.
Cliente já excluído ou suspenso no atendimento ainda estar com permissão ativada (liberada) pelo sistema informatizado da Operadora para utilizar seu plano de saúde.	Cartão magnético com prazo de validade não superior a três anos. Emissão e análise do relatório dos clientes inadimplentes com tempo superior a sessenta dias consecutivos ou não de atraso no pagamento.
Operadora não bloquear tempestivamente o atendimento de clientes inadimplentes (com inadimplência superior a sessenta dias consecutivos ou não).	Emissão e análise do relatório dos clientes inadimplentes com tempo superior a sessenta dias consecutivos ou não de atraso no pagamento.
Operadora não cobrar os valores devidos à co-participação do cliente e/ou de seus dependentes, em consultas e exames.	Existência de Setor de Ouvidoria e Setor de Atendimento telefônico 24 horas. Conferências pela área financeira.
Operadora burocratizar ou demorar a autorizar consultas, exames e procedimentos solicitados pelo cliente.	Informatização de todos os processos envolvidos nestas operações. Investimentos significativos em Tecnologia da Informação (<i>hardware</i> e <i>software</i>).
Operadora cobrar a maior ou a menor os valores devidos à co-participação do cliente e/ou de seus dependentes, em consultas e exames.	Existência de Setor de Ouvidoria e Setor de Atendimento telefônico 24 horas. Conferências pela área financeira.
Operadora cobrar valores relativos à co-participação de cliente e/ou de seus dependentes com planos sem co-participação.	Existência de Setor de Ouvidoria e Setor de Atendimento telefônico 24 horas. Conferências pela área financeira.

Quadro 3 – Relacionamento dos riscos e respectivos controles internos do processo “utilização do plano de saúde”.

Fonte: Preparado pelo autor.

Também, nesse processo, a exemplo do anterior, há controles internos gerais da Cooperativa estudada, que, a princípio, são utilizados para eliminar ou minimizar diversos riscos e não somente a um ou a poucos em particular, como os descritos a seguir.

- Auditoria interna operacional periódica, a fim de se garantir o cumprimento das normas e procedimentos, estipulados pela Operadora, de todos os empregados da Cooperativa; e

- auditoria de sistemas informatizados periódica, interna e/ou externa, a fim de garantir a integridade, confiabilidade e segurança dos dados e registros efetuados.

Conforme informações prestadas por colaboradores da Cooperativa, existem os seguintes instrumentos de controle interno, que estão em processo de estudo de viabilidade e/ou já estão em fase inicial de implantação pela Operadora analisada:

- utilização do cartão magnético Unimed (carteira do cliente) com a respectiva foto digitalizada do cliente;

- adoção de políticas de premiação para as secretárias dos consultórios médicos, das clínicas e dos demais prestadores de serviços, que denunciarem irregularidades comprovadas na utilização do plano de saúde por parte do cliente e/ou de terceiros;

- adoção de políticas de premiação aos clientes que tomarem conhecimento e denunciarem irregularidades comprovadas na utilização do plano de saúde;

- política da organização de processar civil e criminalmente os autores de todos os casos identificados e comprovados de fraudes contra a Operadora de plano de saúde médico;

- perseguição sistemática dos fraudadores e propaganda geral aos clientes, prestadores de serviços e terceiros sobre as sanções e punições aplicadas a todos os que cometem crimes; e

- criação de um banco de dados nacional de cadastro de clientes, capaz de compilar e integrar as informações de todos os clientes de todas as Unimed do País. A Unimed examinada já possui um banco de dados totalmente integrado no contexto de todo o Estado.

c) Alterações cadastrais

Riscos	Controles internos existentes
Divisão de Cadastro da empresa efetuar alterações cadastrais do cliente, sem qualquer formalização expressa ou documentada por ele.	Emissão, acompanhamento e análise de relatório mensal das principais alterações cadastrais efetuadas em clientes e dependentes por operador. Sistema com trilhas de auditoria, para identificar os responsáveis pelas principais alterações no cadastro. Treinamento contínuo dos responsáveis pelas alterações cadastrais dos clientes.

Divisão de Cadastro efetuar alterações equivocadas nos dados cadastrais do cliente.	<p>Pesquisas com os clientes, para verificar sua satisfação e conferir seus dados cadastrais.</p> <p>Sistema com trilhas de auditoria, para identificar os responsáveis pelas principais alterações no cadastro.</p> <p>Treinamento contínuo dos responsáveis pelas alterações cadastrais dos clientes.</p>
Divisão de Cadastro efetuar alterações ou modificações cadastrais sem conhecimento e/ou autorização do cliente e de seus dependentes.	<p>Emissão, acompanhamento e análise de relatório mensal das principais alterações cadastrais efetuadas em clientes e dependentes por operador.</p> <p>Sistema com trilhas de auditoria para identificar os responsáveis pelas principais alterações no cadastro.</p> <p>Treinamento contínuo dos responsáveis pelas alterações cadastrais dos clientes.</p>
Operadora não adotar ou possuir política de atualização permanente do banco de dados cadastrais dos clientes.	<p>Atualização periódica e constante dos dados cadastrais do cliente.</p> <p>Pesquisas com os clientes, para verificar sua satisfação e conferir seus dados cadastrais.</p>
Operadora não cobrar do cliente excluído possível dívida financeira remanescente de seu contrato.	Adoção de política de cobrança de dívidas financeiras pendentes de clientes excluídos.
Operadora não cumprir as exigências da ANS, no que diz respeito ao cadastro de clientes.	Acompanhamento das resoluções normativas da ANS, acerca de cadastro de clientes.
Operadora excluir ou suspender atendimento acidental e/ou inadvertidamente de cliente.	<p>Emissão, acompanhamento e análise de relatório mensal das principais alterações cadastrais efetuadas em clientes e dependentes por operador.</p> <p>Sistema com trilhas de auditoria, para identificar os responsáveis pelas principais alterações no cadastro.</p> <p>Treinamento contínuo dos responsáveis pelas alterações cadastrais dos clientes.</p>
Operadora deixar liberado no sistema informatizado o uso de cartões magnéticos já vencidos por parte dos clientes.	Sistema com trilhas de auditoria para identificar os responsáveis pelas principais alterações no cadastro.
Operadora excluir ou suspender atendimento acidental e/ou inadvertidamente do(s) dependente(s) do cliente.	<p>Emissão, acompanhamento e análise de relatório mensal das principais alterações cadastrais efetuadas em clientes e dependentes por operador .</p> <p>Sistema com trilhas de auditoria, para identificar os responsáveis pelas principais alterações no cadastro.</p> <p>Treinamento contínuo dos responsáveis pelas alterações cadastrais dos clientes.</p>
Operadora não renovar a tempo os cartões magnéticos vencidos dos clientes.	Controle dos prazos das renovações dos cartões magnéticos dos clientes.

Quadro 4 – Relacionamento riscos e respectivos controles internos do processo “alterações cadastrais”.

Fonte: Preparado pelo autor.

Como nos dois macroprocessos anteriores, há controles internos gerais da Cooperativa em foco que se referem a vários riscos e não somente a um ou a poucos em particular, como os listados a seguir.

- Utilização de senhas individuais de acesso ao sistema informatizado, bem como a segregação destas senhas por níveis de acesso;
- Divisão de Cadastro em local separado e segregado dos demais setores da organização;
- adoção de programas de qualidade;
- existência de normas de controle interno da Operadora, regulamentando e disciplinando estas operações, com indicação de penalidades pelo seu descumprimento;
- mapeamento dos processos de alterações cadastrais do cliente e/ou de seus dependentes;
- auditoria interna periódica de processos, para garantia de cumprimento dos processos descritos, bem como para revisão e atualização dos processos já mapeados de alterações cadastrais;
- auditoria interna periódica, a fim de se garantir o cumprimento das normas e procedimentos estipulados pela Operadora, aos responsáveis pelas alterações cadastrais;
- informatização, sempre que possível, de todos os processos, procedimentos e atividades envolvidas nestas operações; e
- campanha educativa ao cliente, para que ele informe tempestivamente qualquer tipo de alteração cadastral (mudança de telefone, endereço, estado civil, número de RG etc.).

5.6 Resultado da aplicação do questionário

Os resultados apurados, quando da compilação dos dados destes questionários aplicados, foram os seguintes, segregados pelas questões formuladas:

1ª Questão: Na sua opinião, qual seria a PRINCIPAL SITUAÇÃO DE RISCO para a ocorrência de fraudes, falhas, desperdícios, perdas e/ou erros, envolvendo os processos a seguir:

Tabela 7 – Riscos na venda de planos de saúde e registro de novos clientes

ALTERNATIVAS	Qtde.	Perc.
Novos clientes não realizarem exames pré-admissionais	02	20%
Venda efetuada sem solicitação de cópia de documentos do cliente	02	20%
Cliente prestar informações cadastrais falsas	01	10%
Cliente omitir doenças preexistentes na declaração de saúde	05	50%
Operadora disponibilizar e incentivar venda de planos sem co-participação	00	0%
Possível erro no cadastro do novo cliente no sistema informatizado da Operadora	00	0%
Outro(s). Especifique	00	0%
TOTAL	10	100%

Fonte: Preparada pelo autor.

Tabela 8 – Riscos na utilização do plano de saúde

ALTERNATIVAS	Qtde.	Perc.
Cliente emprestar a carteira para terceiro(s)	01	10%
Cliente, em conluio com o prestador, realizar procedimento não coberto e cobrar outro	01	10%
Cliente ceder a carteira para prestador e este solicitar procedimentos não realizados	02	20%
Cliente ingressar na Justiça, para ter direito indevidamente a procedimento fora do contrato	05	50%
Operadora não suspender plano de cliente inadimplente, com tempo superior a 60 dias de atraso	01	10%
Outro(s). Especifique	00	0%
TOTAL	10	100%

Fonte: Preparada pelo autor.

Tabela 9 – Riscos nas alterações cadastrais do cliente

ALTERNATIVAS	Qtde.	Perc.
Operadora efetuar alteração cadastral do cliente sem qualquer formalidade	05	50%
Operadora não efetuar revisão e atualização periódica do cadastro de clientes	03	30%
Cadastro efetuar alteração cadastral por engano em outro cliente	01	10%
Operadora não cumprir as exigências da ANS, no que diz respeito ao cadastro de clientes	01	10%
Outro(s). Especifique	00	0%
TOTAL	10	100%

Fonte: Preparada pelo autor.

2ª Questão: Quais seriam os ELEMENTOS DE CONTROLE INTERNO possíveis de serem utilizados para prevenir e/ou identificar tais fraudes, falhas e/ou erros nestes processos:

Tabela 10 – Controles na venda de planos e registro de novos clientes

ALTERNATIVAS	Qtde.	Perc.
Operadora disponibilizar e incentivar venda de planos com co-participação	00	0%
Solicitar e anexar às cópias dos documentos pessoais do novo cliente	01	10%
Encaminhar os novos clientes para exame médico pré-admissional	03	30%
Checar e conferir as informações prestadas e os documentos apresentados pelo cliente	04	40%
Treinamento contínuo dos vendedores e dos funcionários do cadastro	01	10%
Conferência dos dados digitados no sistema informatizado com os documentos entregues	01	0%
Outro(s). Especifique	00	0%
TOTAL	10	100%

Fonte: Preparada pelo autor.

Tabela 11 – Controles na utilização do plano de saúde

ALTERNATIVAS	Qtde.	Perc.
Utilização do cartão magnético, com parâmetros de utilização pelo sistema informatizado	00	0%
Utilização da biometria, para identificação do cliente, quando da utilização do plano	06	60%
Utilização de soluções de inteligência de negócios (<i>Business Intelligence</i> – BI)	02	20%
Limitação de 15 (quinze) minutos entre a autorização de uma consulta e outra seguinte	00	0%
Uso de pré-senhas para autorização de exames e/ou procedimentos	00	0%
Campanhas educativas e informativas aos clientes sobre a utilização do plano	02	20%
Outro(s). Especifique	00	0%
TOTAL	10	100%

Fonte: Preparada pelo autor.

Tabela 12 – Controles nas alterações cadastrais do cliente

ALTERNATIVAS	Qtde.	Perc.
Revisão periódica dos cadastros dos clientes	00	0%
Campanhas educativas ao cliente, para que este informe eventual mudança cadastral	00	0%
Acompanhamento das resoluções normativas da ANS, acerca do cadastro de clientes	01	10%
Mapeamento dos processos da área de cadastro	00	0%

ALTERNATIVAS	Qtde.	Perc.
Criação e atualização de normas de controle relacionadas às operações de cadastro	03	30%
Auditoria de processos	05	50%
Outro(s). Especifique: alteração cadastral somente com pedido formal do cliente.	01	10%
TOTAL	10	100%

Fonte: Preparada pelo autor.

3ª Questão: Cite as fraudes ou erros já identificados (ocorridos) e/ou que foram de seu conhecimento nestes processos, seja na Empresa ou em outra operadora de plano de saúde?

As respostas registradas pelos entrevistados foram as seguintes, evitando-se listar as que se repetiram:

- empréstimo indevido de cartão magnético do cliente para terceiros (utilização do plano por pessoas que não têm direito);
- médico realizando um procedimento e cobrando outro;
- cliente negando a existência de doença preexistente;
- declaração de saúde com omissão de doenças;
- cliente, dentro do perfil para realização de exame médico pré-admissional, sem ter realizado;
- cadastro errado da idade do cliente, originando cobrança a menor na sua fatura;
- cliente cadastrado em plano diferente do contratado;
- manipulação da tabela da CBHPM;
- cobrança indevida de exames pelos cooperados e prestadores;
- solicitação de exames ao cliente sem necessidade;
- ingresso na Justiça solicitando exames não previstos em contrato;
- retenção do cartão do beneficiário;
- internação de terceiro com nome do usuário do plano;
- não-cancelamento de contrato de cliente com mais de 60 dias de atraso no pagamento;
- erros no cadastro de clientes;
- colaborador utilizar senha de colega de trabalho em benefício pessoal;

- falta de documentos que comprovem informações prestadas pelo cliente; e
- inclusão de ex-cliente com dívida no plano anterior.

Como se observa, nos quesitos “Principal Situação de Risco”, o item “venda de planos de saúde e registro dos novos clientes” apresentou como maior situação de risco (50% das respostas) o fato de o cliente omitir doenças preexistentes na sua declaração de saúde. Tal fato é reforçado pelos entrevistados, ao listarem-no como uma fraude ou erro já ocorrido na 3ª questão do questionário aplicado. No item “utilização do plano de saúde pelo cliente”, foi apontado pelos entrevistados como maior risco (50% das respostas) o fato de o cliente ingressar na Justiça, para ter direito indevidamente a procedimento fora do contrato. Esta resposta também é citada na 3ª questão (fraudes ou erros ocorridos). E, no item “alterações cadastrais do cliente”, também com 50% das respostas, os entrevistados indicaram como risco o fato de a Operadora efetuar alteração cadastral do cliente sem qualquer formalidade. Como nos dois itens anteriores, tal resposta também é confirmada ao ser listada na 3ª questão.

Nos quesitos, referente aos “Elementos de Controle Interno”, no aspecto da “venda de planos e registro de novos clientes”, os entrevistados apontaram como ação importante a ser adotada o fato de a Operadora checar e conferir as informações prestadas e os documentos apresentados pelo cliente” (40% das respostas). No aspecto “utilização do plano de saúde pelo cliente”, a resposta mais indicada foi a utilização da biometria (60% das respostas). E no aspecto “alterações cadastrais do cliente”, a auditoria de processos é apontada como o melhor controle a ser adotado nesta situação (50% das respostas).

Importante ainda é registrar que, na quase totalidade dos questionários respondidos, na terceira questão, os entrevistados reportaram o empréstimo de cartão pelo usuário (cliente) a terceiro como fraude. Tal fato pode demonstrar que esta fraude é provavelmente a mais comum e possivelmente a mais grave, por ser a de maior impacto financeiro contra uma operadora de plano de saúde. Por isso, a maioria dos entrevistados optou pelo controle da utilização do plano por meio da

biometria digital (na segunda questão), possivelmente por avaliar que tal instrumento inibe consideravelmente as fraudes nesse sentido.

5.7 Elaboração, aplicação e análise da matriz de risco operacional

Nesse tópico, foi elaborada uma matriz ou mapa de risco operacional para os principais processos, relacionados com clientes, específicos de uma Operadora de plano de saúde médico (venda e registro do novo cliente pessoa física; utilização do plano pelo cliente e alterações cadastrais).

A matriz de risco adotada foi a sugerida por Figueiredo (2001), com pequenas adaptações. Para se chegar aos resultados e aplicá-los nesta matriz de risco sugerida, foram utilizadas algumas informações propostas dentro do modelo apresentado por Paula (1999), a fim de minimizar a subjetividade desta análise.

5.7.1 Apuração dos valores para a matriz de risco

Utilizando a metodologia descrita, os resultados encontrados foram os seguintes, segregados por macroprocessos, em ordem decrescente do risco apurado:

Tabela 13 – Mensuração dos riscos na venda de planos e registro de novos clientes

Riscos	Cons.	Ocor.	Total	% Risco
Cliente omitir doenças preexistentes em sua declaração de saúde.	4	3	7	87,5%
Cliente adquirir plano de saúde, sem carência, apenas para utilizá-lo bastante por um curto período e posteriormente solicitar sua exclusão.	3	3	6	75,0%
Venda de planos para pessoa física (contratos individuais).	3	2	5	62,5%
Cadastro deixar de informar, no sistema informatizado, as doenças preexistentes listadas pelo cliente, na sua declaração de saúde.	3	2	5	62,5%
Cadastro digitar nome, o número do CPF, endereço e/ou outros dados cadastrais equivocadamente do novo cliente.	1	4	5	62,5%
Novo cliente com grave patologia, sem registro na declaração de saúde, não ser chamado para efetuar exame médico admissional.	4	1	5	62,5%

Riscos	Cons.	Ocor.	Total	% Risco
Ex-cliente inadimplente, excluído do plano, com ainda pendências financeiras com a Operadora, adquirindo novo plano, sem cobrança destas pendências anteriores.	2	3	5	62,5%
Operadora possuir uma quantidade significativa de clientes com planos não regulamentados.	3	2	5	62,5%
Terceiro contratar plano de saúde, passando-se pelo verdadeiro cliente contratante.	3	1	4	50,0%
Cliente informar data de nascimento equivocada e/ou vendedor registrar por falha ou má-fé tal informação.	2	2	4	50,0%
Cliente não apresentar qualquer documento comprobatório das informações prestadas.	1	3	4	50,0%
Cadastro da empresa digitar, no sistema informatizado, outra data de nascimento do cliente.	2	2	4	50,0%
Cadastro não registrar, no sistema informatizado, as carências devidas ao cliente ou liberá-las indevidamente.	3	1	4	50,0%
Cadastro incluir novo cliente no sistema informatizado somente após a data programada de vigência de seu contrato (atraso no cadastramento).	2	2	4	50,0%
Cliente adquirir o plano de saúde e solicitar sua exclusão poucos meses depois ("má venda").	1	2	3	37,5%
Venda de planos sem co-participação.	3	0	3	37,5%
Cliente informar como dependente pessoa fora desta classificação ou enquadramento legal.	1	2	3	37,5%
Cliente apresentar documentos ou declarações falsas, atestando estar em outro plano de saúde ou ter saído com menos de trinta dias.	2	1	3	37,5%
Cliente deixar de assinar os documentos obrigatórios para a concretização da venda do plano de saúde.	3	0	3	37,5%
Novo cliente, dentro do perfil para realizar exame médico admissional, sem realizá-lo.	2	1	3	37,5%
Auditoria médica da Operadora não identificar doenças preexistentes do novo cliente, quando do seu respectivo exame médico admissional.	2	1	3	37,5%
Vendedor efetuar venda do plano de saúde sem ter tratado pessoalmente com o cliente, mas apenas com um familiar, amigo ou conhecido dele.	1	1	2	25,0%
Cliente apresentar documentos e/ou cópias de documentos pessoais adulterados ou falsificados.	1	1	2	25,0%
Cliente apresentar documentos e/ou cópias de documentos de dependentes adulterados ou falsificados.	1	1	2	25,0%
Operadora encaminhar e/ou entregar cartão magnético do cliente com dados equivocados.	0	2	2	25,0%
Operadora disponibilizar cartão magnético ao cliente com longo prazo de validade (acima de quatro anos).	2	0	2	25,0%
Cliente omitir informações cadastrais importantes.	0	1	1	12,5%
Cliente efetuar pagamento da 1ª mensalidade do plano com valor divergente do estipulado (maior ou menor).	0	1	1	12,5%
Cadastro registrar no sistema informatizado tipo de plano de saúde diferente do contratado pelo cliente.	1	0	1	12,5%
Operadora extraviar documentação entregue pelo cliente.	1	0	1	12,5%
Cliente efetuar pagamento da 1ª mensalidade do plano com cheque falso, sem provisão de fundos ou roubado.	0	0	0	0,0%

Riscos	Cons.	Ocor.	Total	% Risco
Cliente efetuar pagamento da 1ª mensalidade do plano com dinheiro falso.	0	0	0	0,0%
TOTAL	57	45	102	39,8%
PERCENTUAL POR FATORES	44,5%	35,2%	39,8%	
PONTUAÇÃO MÉDIA	1,8	1,4	3,2	
PONTUAÇÃO TOTAL INDIVIDUAL	4,0	4,0	8,0	
VALORES MÁXIMOS	128	128	256	100%

Fonte: Preparada pelo autor.

Como se observa pelo resultado, este macroprocesso apresenta 39,8% de risco global, considerando todos os seus riscos individuais identificados e listados. No aspecto individual, o maior risco identificado foi o fato de o cliente omitir doenças preexistentes em sua declaração de saúde, com 87,5% de risco. Tal resultado vem validar o apresentado no resultado da aplicação de questionário com os principais gestores da Cooperativa analisada.

Tabela 14 - Mensuração dos riscos na utilização do plano de saúde

Riscos	Cons.	Ocor.	Total	% Risco
Cliente, com a conviência de algum prestador de serviços, efetuar outro procedimento, não contemplado contratualmente, e o prestador de serviços cobrar outro ao plano de saúde, constante no contrato do beneficiário.	4	3	7	87,5%
Cliente ingressar na Justiça, a fim de ter direito indevido a procedimento fora de sua cobertura contratual.	4	3	7	87,5%
Médico solicitar exames e/ou procedimentos desnecessários, a pedido ou não do cliente.	4	3	7	87,5%
Cliente emprestar o cartão magnético a terceiro, para que este utilize o seu plano indevidamente.	4	2	6	75,0%
Cliente efetuar algum exame/procedimento não coberto pelo contrato e ser autorizado (liberado) indevidamente pelo sistema por algum funcionário da Operadora.	4	2	6	75,0%
Cliente simular situação de negativa de consulta ou procedimento por parte do prestador e/ou da Operadora, a fim de ingressar na Justiça solicitando danos materiais e morais por tais supostos constrangimentos e perdas.	4	2	6	75,0%
Cliente já excluído ou suspenso no atendimento ainda estar com permissão ativada (liberada) pelo sistema informatizado da Operadora para utilizar seu plano.	4	2	6	75,0%
Operadora não bloquear tempestivamente o atendimento de clientes inadimplentes (com inadimplência superior a sessenta dias consecutivos ou não).	4	1	5	62,5%
Operadora não cobrar os valores devidos à co-participação do cliente e/ou de seus dependentes, em consultas e exames.	4	1	5	62,5%

Riscos	Cons.	Ocor.	Total	% Risco
Cliente emprestar o seu cartão magnético para prestador efetuar uma quantidade de exames e/ou procedimentos superior ao realmente realizado.	4	0	4	50,0%
Operadora burocratizar ou demorar a autorizar consultas, exames e procedimentos solicitados pelo cliente.	0	4	4	50,0%
Operadora cobrar a maior ou a menor os valores devidos à co-participação do cliente e/ou de seus dependentes	2	1	3	37,5%
Operadora cobrar valores de co-participação de cliente e/ou dependentes com planos sem co-participação.	1	1	2	25,0%
TOTAL	43	25	68	65,4%
PERCENTUAL POR FATORES	82,7%	48,1%	65,4%	
PONTUAÇÃO MÉDIA	3,3	1,9	5,2	
PONTUAÇÃO TOTAL INDIVIDUAL	4,0	4,0	8,0	
VALORES MÁXIMOS	52	52	104	100%

Fonte: Preparada pelo autor.

Pelo demonstrado nesse resultado, este macroprocesso apresentou um elevado risco global, no caso, 65,4%. No aspecto individual, três riscos listados apresentaram elevadíssimo risco (87,5%): a) cliente, com a conivência de algum prestador de serviços, efetuar outro procedimento, não contemplado em seu contrato, e o prestador de serviços cobrar outro constante no contrato do beneficiário à Operadora do plano de saúde; b) cliente ingressar na Justiça comum, a fim de ter direito indevidamente a procedimento fora de sua cobertura contratual; c) médico solicitar exames e/ou procedimentos desnecessários, a pedido ou não do cliente. O risco citado no item “b” foi o mais indicado no resultado apurado dos questionários aplicados aos principais gestores da Operadora analisada, o que vem confirmar, em parte ou de forma relativa, o resultado encontrado.

Como a Operadora de plano de saúde médico examinada vinha implantando, desde o ano de 2004, a biometria digital e finalizou esta implantação agora em 2006, o risco do empréstimo do cartão Unimed por parte do cliente a terceiros reduziu significativamente, o que foi comprovado pela redução gradativa do número de consultas por cliente ano após ano (2004 a 2006). Caso esta medida não tivesse sido adotada pela Cooperativa, provavelmente este risco estaria no nível mais elevado (risco máximo). Este risco (empréstimo de cartão Unimed), entretanto, ficou somente em 4º lugar, com 75,0%, mas ainda num patamar bem elevado e significativo.

Esta implantação da biometria digital, como instrumento de controle e identificação precisa do cliente, possivelmente, influenciou tanto no resultado do questionário como na própria avaliação do risco em questão (empréstimo de cartão Unimed).

Há de se considerar o fato de que este macroprocesso (utilização do plano de saúde pelo cliente) geralmente, em qualquer operadora de plano de saúde, tem grande impacto nas finanças e qualquer irregularidade ou fraude cometida, comumente realizada ou praticada por muitos clientes, trará enormes prejuízos para o plano de saúde, o que justificaria tão alto risco.

Tabela 15 - Mensuração dos riscos das alterações cadastrais

Riscos	Cons.	Ocor.	Total	% Risco
Operadora não cobrar do cliente excluído possível dívida financeira remanescente de seu contrato.	3	4	7	87,5%
Cadastro efetuar alterações cadastrais do cliente sem qualquer formalização documentada por ele.	2	4	6	75,0%
Operadora não adotar ou possuir política de atualização permanente do banco de dados cadastrais dos clientes.	3	3	6	75,0%
Operadora não cumprir as exigências da ANS, no que diz respeito ao cadastro de clientes (banco de dados).	3	2	5	62,5%
Cadastro efetuar alterações equivocadas nos dados cadastrais do cliente.	2	2	4	50,0%
Operadora excluir ou suspender atendimento acidental e/ou inadvertidamente de cliente.	3	1	4	50,0%
Operadora excluir ou suspender atendimento acidentalmente do(s) dependente(s) do cliente.	3	1	4	50,0%
Operadora deixar liberado no sistema o uso de cartões magnéticos já vencidos por parte dos clientes.	3	0	3	37,5%
Operadora não renovar a tempo os cartões magnéticos vencidos dos clientes.	2	1	3	37,5%
Cadastro efetuar alterações cadastrais sem conhecimento e/ou autorização do cliente e de seus dependentes.	2	0	2	25,0%
TOTAL	26	18	44	55,0%
PERCENTUAL POR FATORES	65,0%	45,0%	55,0%	
PONTUAÇÃO MÉDIA	2,6	1,8	4,4	
PONTUAÇÃO TOTAL INDIVIDUAL	4,0	4,0	8,0	
VALORES MÁXIMOS	40	40	80	100%

Fonte: Preparada pelo autor.

O percentual global apurado, conforme demonstrado na tabela, foi de 55% de risco, acima do primeiro macroprocesso e abaixo do segundo macroprocesso. Os dois maiores riscos individuais apontados foram: 1) Operadora não cobrar do cliente excluído possível dívida financeira remanescente de seu contrato (87,5%); 2) Divisão de Cadastro da Empresa efetuar alterações cadastrais do cliente sem qualquer formalização expressa ou documentada por ele (75%), seguido igualmente por Operadora não adotar ou possuir política de atualização permanente do banco de dados cadastrais dos clientes (75%).

5.7.2 Aplicação do resultado na matriz de risco

Com base nos resultados globais, encontrados anteriormente nos mapas de mensuração de riscos, elaborados para cada macroprocesso citado, procurou-se inseri-los individualmente no modelo da matriz de risco, proposto por Figueiredo (2001), a fim de visualizá-los melhor.

Conseqüência	Irrelevante (0)	Baixa (1)	Média (2)	Alta (3)	Extrema (4)
Ocorrência					
Quase Certa (4)	Considerável	Significativo	Muito Alto	Extremo	Extremo
Provável (3)	Moderado	Considerável	Significativo	Muito Alto	Extremo
Moderada (2)	Baixo	Moderado	Considerável	Significativo	Muito Alto
Improvável (1)	Trivial	1,8 X 1,4 Baixo	Moderado	Considerável	Significativo
Rara (0)	Trivial	Trivial	Baixo	Moderado	Considerável

Quadro 5 - Matriz de risco do processo “venda de planos e registro de novos clientes”

Fonte: Preparado pelo autor.

Foi encontrada a média de 1,8 ponto no fator “conseqüência” e de 1,4 ponto no fator “ocorrência”, ficando assim o risco médio global deste macroprocesso (“venda de planos e registro de novos clientes”) com a conseqüência baixa e ocorrência improvável, o que indica nesse caso que o risco é baixo.

Há de se observar que, no âmbito da ocorrência, o resultado está próximo do nível seguinte (ou seja, moderada), o que requer possivelmente da Operadora um acompanhamento mais cuidadoso e vigilante acerca deste macroprocesso.

Conseqüência	Irrelevante (0)	Baixa (1)	Média (2)	Alta (3)	Extrema (4)
Ocorrência					
Quase Certa (4)	Considerável	Significativo	Muito Alto	Extremo	Extremo
Provável (3)	Moderado	Considerável	Significativo	Muito Alto	Extremo
Moderada (2)	Baixo	Moderado	Considerável	Significativo	Muito Alto
Improvável (1)	Trivial	Baixo	Moderado	3,3 X 1,9 Considerável	Significativo
Rara (0)	Trivial	Trivial	Baixo	Moderado	Considerável

Quadro 6 - Matriz de risco do processo “utilização do plano de saúde”

Fonte: Preparado pelo autor.

Já nesse macroprocesso, foi encontrada a média de 3,3 pontos no fator “conseqüência” e de 1,9 ponto no fator “ocorrência”, ficando assim o risco médio global deste macroprocesso com a conseqüência alta e ocorrência improvável, mas bem próxima da moderada. Nesse caso, o risco é considerável.

Como já citado, nesse macroprocesso, os riscos geralmente têm tanto materialidade como relevância elevadas.

Conseqüência	Irrelevante (0)	Baixa (1)	Média (2)	Alta (3)	Extrema (4)
Ocorrência					
Quase Certa (4)	Considerável	Significativo	Muito Alto	Extremo	Extremo
Provável (3)	Moderado	Considerável	Significativo	Muito Alto	Extremo
Moderada (2)	Baixo	Moderado	Considerável	Significativo	Muito Alto
Improvável (1)	Trivial	Baixo	2,6 X 1,8 Moderado	Considerável	Significativo
Rara (0)	Trivial	Trivial	Baixo	Moderado	Considerável

Quadro 7 - Matriz de risco do processo “alterações cadastrais do cliente”

Fonte: Preparado pelo autor.

No macroprocesso em tela, encontrou-se a média de 2,6 pontos no fator “conseqüência” e de 1,8 ponto no fator “ocorrência”, ficando assim o risco médio global deste macroprocesso com a conseqüência média e ocorrência improvável, o que indica ser o risco moderado.

5.7.3 Comentários aos resultados das matrizes de risco

Pelo que foi apurado nestas matrizes de risco, referentes a estes três grandes processos desta Cooperativa operadora de plano de saúde médico, situada em Fortaleza, em relação aos clientes, pode-se deduzir o seguinte:

a) os riscos em questão, em sua média global, estão relativamente sob controle, já que a sua ocorrência (probabilidade e freqüência) está em níveis baixos (improvável);

b) este resultado apurado pode indicar provavelmente que a Empresa estudada possui um bom sistema de controle interno e/ou ações preventivas eficientes para estes macroprocessos estudados. Não se pode presumir, entretanto, automaticamente, que haja uma integração sistemática e organizada dos principais controles internos da Organização e que estes sejam voltados especificamente para a prevenção e identificação de fraudes e erros;

c) a Empresa precisa monitorar com maior atenção o macroprocesso referente à “utilização do plano de saúde”, pois é o que apresenta maiores riscos dos três macroprocessos analisados. É recomendável que a Organização inclua mais outros instrumentos de controles internos e externos, além dos já existentes, como forma de tentar minimizar os riscos atuais deste citado macroprocesso;

d) tal resultado, encontrado no macroprocesso “utilização do plano de saúde”, vem confirmar as investigações anteriores, feitas pelo pesquisador, nas fontes bibliográficas e na pesquisa documental, que apontavam como grave e/ou comum a fraude realizada pelo empréstimo do cartão magnético do cliente para terceiros, utilizando-se assim indevidamente o plano de saúde e causando uma perda financeira considerável;

e) o resultado global encontrado neste trabalho deve ser considerado e analisado como algo temporário, já que, tanto a organização em questão, como as atitudes dos próprios clientes, estão em constante mudança. Provavelmente, dentro de pouco tempo, se avaliados novamente os riscos e se forem empregadas as mesmas matrizes de risco propostas, poder-se-á encontrar novos resultados, diferentes do atual;

f) é sempre conveniente lembrar que o resultado apurado é particular à Empresa estudada e, com certeza, não será igual, se replicado em outra. Os riscos são sempre diferentes para cada empresa, mesmo dentro de um mesmo ramo de atuação e/ou sendo as empresas do mesmo porte, já que cada organização é única e tem as próprias especificidades e características;

g) a análise de risco, culminando em uma matriz, como lembra Paula (1999), traz os seguintes benefícios para as organizações: subsidia o planejamento dos trabalhos de auditoria (interna e/ou externa); contribui para a análise da gestão; provê informações gerenciais; subsidia a tomada de decisões e promove melhor conhecimento do controle interno da entidade;

h) há de se destacar o fato de que este tipo de metodologia de análise de riscos deve ser considerado como uma atividade contínua da Organização e não um instrumento a ser executado somente em caso de necessidades específicas da administração, em decorrência da sua grande importância; e

i) considera-se possível e adequada a utilização deste modelo de matriz de risco em outras operadoras de plano de saúde, com as suas devidas adaptações e limitações inerentes.

6 CONCLUSÃO

As fraudes, atualmente, assumem inúmeras e diversas formas, modalidades e características dentro e fora das organizações. Tornaram-se complexas e sofisticadas, acompanhando o progresso tecnológico, sendo realizadas por gestores, empregados, clientes e/ou terceiros. Não perdoam ninguém, atacando quaisquer tipos de entidades, inclusive operadoras de plano de saúde médico. Nenhuma empresa pode afirmar que está imune à sua ação.

Com esta triste realidade, tornam-se cada vez mais necessárias ações, medidas e controles internos eficazes, que acompanhem as várias mudanças culturais e tecnológicas, e que as possam prevenir e/ou rapidamente identificar. Entre as diversas opções de prevenção, identificação e/ou controle de fraudes e erros, destaca-se a análise de riscos operacionais, com base na avaliação dos controles internos das organizações.

Em relação aos objetivos (geral e específicos) propostos na pesquisa, todos foram plenamente alcançados, considerando-se as limitações e restrições impostas à investigação. No âmbito do objetivo geral, foi realizada a análise dos riscos operacionais e dos controles internos, relacionados à prevenção e identificação de fraudes, possivelmente cometidas por clientes e/ou terceiros, contra cooperativas operadoras de planos de saúde médicos, com base em uma metodologia de estudo de caso único.

No âmbito dos objetivos específicos, restaram identificados e listados quais os principais riscos operacionais prováveis desses processos envolvendo clientes; pesquisou-se sobre quais seriam as principais ações preventivas e os controles internos existentes na Operadora de plano de saúde médico, para prevenir e identificar erros e fraudes; relacionaram-se os riscos operacionais identificados dos processos analisados com os respectivos controles internos; e apresentou-se uma

matriz de análise de riscos operacionais aplicada especificamente aos macroprocessos de uma Cooperativa operadora de plano de saúde médico, com as respectivas interpretações dos resultados apurados.

Em relação aos três pressupostos levantados inicialmente, após o término desta pesquisa, pôde-se concluir o seguinte:

a) no aspecto do primeiro pressuposto, o qual afirmava que a análise de risco operacional tem um papel importante na prevenção e identificação das fraudes contra as cooperativas operadoras de plano de saúde médico, bem como na estruturação de um sistema eficaz de controle interno, a pressuposição foi efetivamente confirmada, pois:

- a identificação e a análise de riscos operacionais, dentro dos principais processos e atividades de uma empresa, podem favorecer a se encontrar com maior agilidade a indicação de melhorias e a concretização de implantação de controles internos novos e eficazes;

- como se consegue, por meio da matriz de risco, identificar a relevância individual de cada risco operacional, fica mais fácil ao gestor do processo estruturar os sistemas de controles internos da organização de modo mais eficaz, eficiente e contundente contra as fraudes e erros;

- pode-se dizer que a matriz de risco se torna importante instrumento proativo de controle e de avaliação da segurança interna, a serviço da Organização. O seu alcance não é somente para proteger a Instituição de fraudes e para assegurar a validade das operações; é muito mais do que isso, pois é o instrumento gerencial para promover a eficiência dos processos e para estimular o crescimento de todos, focado na relevância do risco;

b) no tocante ao segundo pressuposto, expressando que a falta de integração e estruturação formal de um sistema de controle interno da Operadora, voltado para a identificação e prevenção de fraudes e de erros, pode favorecer a existência de um risco maior na ocorrência dessas irregularidades, a suposição

também foi comprovada, de forma relativa e parcial, pelos fatos na seqüência listados:

- Quando do período da pesquisa, a Operadora de plano de saúde estudada não adotava ainda uma metodologia de análise de risco dos seus principais processos;

- a Empresa pesquisada já possui praticamente todos os seus principais processos mapeados, entretanto os controles internos não estão ainda totalmente estruturados, organizados e/ou sistematizados de forma a prevenir erros e/ou fraudes causados por clientes e/ou terceiros contra a Cooperativa;

- apesar dos controles internos estarem atuando a contento ou de forma satisfatória, já que o risco de ocorrência de fraudes e erros, pela matriz de risco elaborada, não está nas faixas de moderado, alto ou elevadíssimo, não há evidências de que os controles internos operacionais atuem de forma integrada, o que neste caso poderia possivelmente diminuir ainda mais os riscos atuais;

c) a respeito do terceiro e último pressuposto, o qual dizia que o processo de utilização do plano de saúde pelo cliente possui o maior risco na Operadora de plano de saúde médico analisada, o mesmo foi confirmado. Dos três macroprocessos estudados, a elaboração e análise da matriz de riscos operacionais demonstraram ser este processo citado (utilização do plano de saúde) o de maior risco. Além disso, a investigação realizada pelo pesquisador, em fontes bibliográficas e na pesquisa documental, também comprovou tal suposto.

Conforme demonstrado neste ensaio, não basta ter somente alguns bons controles internos. É necessário sempre atualizá-los e adaptá-los à realidade. A prevenção é um trabalho contínuo e ininterrupto. A análise de risco e a avaliação permanente dos controles internos da organização, nesse aspecto, têm um papel decisivo e de extrema importância na prevenção de erros e de fraudes. É um norteador de ações da alta administração.

As limitações impostas neste trabalho representam novas oportunidades de pesquisa. Recomendam-se, a título de estudos futuros,

- aplicar este estudo, procedendo a um levantamento geral junto a todas as Unimed's do Estado do Ceará e, se possível, de outros Estados e do Distrito Federal, para obter resultados conclusivos mais abrangentes e generalizáveis;

- o estudo pode ser ainda replicado para outros tipos de operadora de plano de saúde médico, como as empresas de seguros saúde, de medicina de grupo e de autogestão;

- adaptar este estudo para ser eventualmente aplicado em operadoras de plano de saúde odontológicos; e

- expandir a análise de riscos operacionais, a fim de incluir outros tipos de riscos (financeiros, estratégicos ou de negócio, de conformidade etc.), dentro de uma operadora de plano de saúde médico.

Enfim, espera-se que esta contribuição acadêmica possa ajudar a compreender um pouco mais sobre os diversos riscos operacionais nos principais processos de uma operadora de plano de saúde (venda e registro de novo plano; utilização do plano de saúde por parte do cliente e alterações cadastrais) e as possíveis fraudes perpetradas por clientes e/ou por terceiros especificamente contra cooperativas operadoras de planos de saúde médicos.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DE GRUPO. **Revista Medicina Social**. Disponível em: <www.abramge.com.br>. Acesso em 1 fev. 2007.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Características dos planos de saúde**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/_destaque/artigo_complementar_11413.asp#formasdecontratacao>. Acesso em 15 out. 2006a.

_____. **Divisão das faixas etárias em vigor**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/site/_destaque/artigo_complementar_11363.asp>. Acesso em 18 out. 2006b.

ALMEIDA, Marcelo Cavalcanti. **Auditoria**: um curso moderno e completo. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

ANCEPP. **Auditoria interna** – A importância estratégica. Disponível em: <<http://www.ancepp.org.br/artigos.htm>>. Acesso em 6 dez. 1999.

ANDERÁOS, Catarina. **Fraude pode ser deduzida de impostos**. Disponível em: <http://www.kpmg.com.br/revista/leia_fraude.htm>. Acesso em 23 jul. 2002.

ANDRADE, Armando. **Eficácia, eficiência e economicidade**: como atingi-las através de adequados sistemas de controles internos. São Paulo: A. Andrade, 1999.

ANDRADE, Maria Margarida de. **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação**: noções práticas. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002a.

ANDRADE, Vanessa. **Auditoria**. Disponível em: <<http://www.zemoleza.com.br/trabalho.asp?cod=1063>>. Acesso em 23 abr. 2002b.

ARAÚJO, Inaldo da Paixão Santos. **Introdução à auditoria operacional**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001.

ARAÚJO, Inaldo da Paixão Santos; ARRUDA, Daniel Gomes. **Contabilidade pública**: da teoria à prática. São Paulo: Saraiva, 2006.

ASSAF NETO, Alexandre. **Mercado financeiro**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2003.

ATTIE, William. **Auditoria**: conceitos e aplicações. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

_____. **Auditoria interna**. São Paulo: Atlas, 1992.

AUDITSERVICE. **Fraudes**. Disponível em: <<http://www.auditservice.com.br/fraudes.htm>>. Acesso em 14 fev. 2001.

BALKINS, Ricardo. **Sua empresa conhece os riscos de seu negócio?**. Disponível em: <<http://www.deloitte.com/dtt/article/0,2297,sid%3D11143%26cid%3D13062,00.html>>. Acesso em 30.12.2003.

BASÍLIO, Márcio Pereira. **Tipos de falsificações**. Disponível em: <<http://geocities.yahoo.com.br/marciobasilio/Falsificacoes.html>>. Acesso em 28 jun. 2001.

BATALHA; Wilson de Souza Campos. **Defeitos dos negócios jurídicos**. Rio de Janeiro: Forense, 1985.

BECK, Martha; ALMEIDA, Cássia. **Mais 5 milhões com plano de saúde**. Disponível em: <<http://www.conexao.com.br/index.php?pag=noticia&lang=pt&id=838>>. Acesso em 11 dez. 2005.

BECKER, Alvido. **Auditoria externa aplicada às sociedades cooperativas**: aspectos patrimoniais, formais e sociais. São Paulo: IOB Thomson, 2004.

BEUREN, Ilse Maria (org.). **Como elaborar trabalhos monográficos em Contabilidade**: teoria e prática. São Paulo: Atlas, 2003.

BORGERTH, Vânia Maria da Costa. **SOX**: entendendo a lei sarbanes-oxley - um caminho para a informação transparente. São Paulo: Thomson Learning, 2007.

BOYNTON, William C.; JOHNSON, Raymond N.; KELL, Walter G. **Auditoria**. São Paulo: Atlas, 2002.

BRASIL. **Novo código civil**. São Paulo: Rideel, 2003.

_____. Lei n° 4.502, de 30 de novembro de 1964. Dispõe sobre o imposto de consumo e reorganiza a diretoria de rendas internas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 jul. 1965. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/LEIS/L4502.htm>. Acesso em: 28 dez. 2005.

_____. Lei n° 5.764, de 16 de dezembro de 1971. Define a política nacional de cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 16 dez. 1971. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil/LEIS/L5764.htm>>. Acesso em: 10 jan. 2007.

_____. Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/L8080.htm>>. Acesso em 14 out. 2006.

BRESCIANI, Maximiano Boaventura. **Documentoscopia glossário**. Disponível em: <<http://www.bresciani.hpg.ig.com.br/Docum.htm>>. Acesso em 24 nov. 2002.

BRUYNE, Paul de; HERMAN, Jaques; SCHORETHEETE, M. de. **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais: os pólos da prática metodológica**. Rio de Janeiro: F. Alves, 1992.

CASSARRO, Antônio Carlos. **Controles internos e segurança de sistemas - prevenindo fraudes e tornando auditáveis os sistemas**. São Paulo: LTr, 1997.

CASTRO, Cláudio de Moura. **A prática da pesquisa**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1977.

CASTRO, Júlio César da Rocha de. **Processo de adaptação estratégica: o caso da Unimed de Florianópolis no período de 1985 a 2002**. 2003. 202 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

CITADINI, Antonio Roque. **A questão das auditorias**. Disponível em: <<http://www.geocities.com/Paris/Bistro/2875/dci9710.htm>>. Acesso em 6 dez. 1999.

COCURULLO, Antonio. **Gestão de riscos corporativos**: riscos alinhados com algumas ferramentas de gestão – um estudo de caso no setor de celulose e papel. 3. ed. São Paulo: Antonio Cocurullo, 2004.

COELHO, Ricardo Franco. **A prevenção de delitos em empresas** (parte II). Disponível em: <http://www.jseg.net/empresarial_94.htm>. Acesso em 22 set. 2002.

COMO acontecem as fraudes e as falsificações de títulos de terra. Disponível em: <http://www.trabnota10.hpg.ig.com.br/como_acontecem_as_fraudes_grilagem.htm>. Acesso em 25 nov. 2002.

CONSELHO FEDERAL DE CONTABILIDADE. **Normas Brasileiras de Contabilidade Técnicas**. Disponível em: <<http://www.cfc.org.br>>. Acesso em 2 jan. 2007.

_____. **Princípios fundamentais de Contabilidade e normas brasileiras de Contabilidade**. Brasília: CFC, 1999.

CONSELHO REGIONAL DE CONTABILIDADE DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Curso básico de auditoria 1** - normas e procedimentos. São Paulo: Atlas, 1988.

CONSULMATTOS. **Auditoria interna e externa**. Disponível em: <<http://consulmattos.vila.bol.com.br/auditoria/auditoria6.htm>>. Acesso em 6 mar. 2001.

COOPERATIVA DE PORTADORES DE DEFICIÊNCIA. **Cooperativismo**. Disponível em: <<http://www.coopdef.hpg.ig.com.br/cooperativismo.htm>>. Acesso em 25 set. 2006.

CORDEIRO, Marília. Unimed vai abrir três novos núcleos. **Jornal O Povo**, Fortaleza, 5 set. 2006. Caderno Economia, p. 23.

CORRÊA, Lúcia Helena. Unimed usa TIC no combate a fraudes. **Site Decision Report**. 22 set. 2006. Disponível em: <<http://www.decisionreport.com.br/publique/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?inoid=562&sid=3&tpl=printerview>>. Acesso em 4 nov. 2006.

DEMO, Pedro. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2000.

DIAS, Sérgio Vidal dos Santos. **Auditoria de processos organizacionais**: teoria, finalidade, metodologia de trabalho e resultados esperados. São Paulo: Atlas, 2006.

DIREITOVIRTUAL. **Erro ou ignorância**. Disponível em: <<http://www.direitovirtual.com.br/dc/erroouignorancia.htm>>. Acesso em 24 out. 2002.

DITTENHOFER, Morttimer. Aspectos comportamentais da fraude e desvios de fundos. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE CONTROLE EXTERNO, 1995, Salvador. **Anais...** Salvador: Tribunal de Contas do Estado da Bahia, 1995. p. 68-89.

ENCICLOPÉDIA Brasileira Mérito. São Paulo: Mérito, 1959. v. 9.

ESTELIONATO e falsidade ideológica. **Portal Unimed JP**. João Pessoa, 21. nov. 2004. N° 185. Disponível em: <<http://www.unimedjp.com.br/coluna/coluna185.htm>>. Acesso em 20 dez. 2004.

FACHIN, Odília. **Fundamentos de metodologia**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

FAGUNDES, Carlos. **Custos no setor de saúde**. Gazeta Mercantil São Paulo. Disponível em: <http://www.cns.org.br/links/menup/noticiadosetor/clipping/2006/10/clipping_0510.htm>. Acesso em 4 nov. 2006.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DOS BANCOS. **Metodologia de auditoria interna com foco em riscos**. São Paulo: IBCB, 2003.

FEDERAÇÃO NACIONAL DAS EMPRESAS DE SEGUROS PRIVADOS E CAPITALIZAÇÃO. **Pesquisa de mercado**. Disponível em: <<http://www.fenaseg.org.br/main.asp?View=%7BC92E6FFC%2D66E2%2D45D7%2DB991%2D46F7218858B9%7D&Team=¶ms=itemID=%7B3811B02F%2D7326%2D4DC5%2D9E35%2DC6D5622E1AAC%7D%3B&UIPartUID=%7B3822DBC5%2D4F58%2D44D6%2DB54F%2DC0D1C818CFDC%7D>>. Acesso em 1 fev. 2007.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FERREIRA, Luís Eduardo Alves; VALENTE, Alceu Norberto; ASATO, Fernando. **Entendendo o COSO**. Disponível em: <<http://www.auditoriainterna.com.br/coso.htm>>. Acesso em 15 mai. 2002.

FIGUEIREDO, Romano Picanço. **Gestão de riscos operacionais em instituições financeiras** – uma abordagem qualitativa. 2001. 81 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade da Amazônia, Belém, 2001.

FLORENTINO, Américo Matheus. **Auditoria contábil**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1977.

FORTES, José Carlos. **Obrigatoriedade da escrituração contábil**. Fortaleza: Conselho Regional de Contabilidade do Estado do Ceará, 2001.

FRANCO, Hilário; MARRA, Ernesto. **Auditoria contábil**. São Paulo: Atlas, 1995.

FREITAS, Newton. **Dicionário Oboé de finanças**. 9. ed. Rio de Janeiro: ABC, 2003.

GARCIA, Rodrigo Fernandes. **Cooperativas de trabalho**: fraude aos direitos dos trabalhadores. Disponível em: <<http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=7328>>. Acesso em 30 mar. 2006.

GBE - PERITOS & INVESTIGADORES CONTÁBEIS. **1º Relatório sobre fraudes e abusos ocupacionais nas empresas no Brasil**. São Paulo, 1997. Disponível em: <<http://www.gbe.com.br/mensag.html>>. Acesso em 13 dez. 1997.

_____. **2º Relatório sobre fraudes e abusos ocupacionais nas empresas no Brasil** - 2002. São Paulo, fev. 2002. Disponível em: <<http://www.gbe.com.br/mensag%202000.html>>. Acesso em 5 abr. 2002.

GERANEGÓCIO. **As cooperativas e seus segmentos de atividade econômica**. Disponível em: <<http://www.geranegocio.com.br/html/coop/p1.html>>. Acesso em 21 fev. 2003.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1991.

GIL, Antonio de Loureiro. **Auditoria operacional e de gestão**: qualidade da auditoria. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

_____. **Como evitar fraudes, pirataria e conivência**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GITMAN, Lawrence J. **Princípios de administração financeira**. 7. ed. São Paulo: Harbra, 2002.

GOMES, Marcelo Alcides Carvalho. **Uma contribuição à prevenção de fraudes contra as empresas**. 2000. 139 f. Tese (Doutorado em Contabilidade) - Faculdade de Economia e Administração, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

GOMIDE, Tito Lívio Ferreira; GOMIDE, Lívio. **Manual de grafoscopia: teoria básica, fraudes gráficas e segurança documental**. São Paulo: Saraiva, 1995.

GONÇALVES, César Schmid. **Uma contribuição à estrutura dos procedimentos e demonstrações contábeis das cooperativas** – aplicação em uma cooperativa de trabalho. 2003. 179 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

GONÇALVES, Reynaldo de Souza. **Peritagem contábil**. Rio de Janeiro: Forense, 1968.

GONÇALVES, Silvana Pereira. **A auditoria interna e sua aplicação: casos práticos**. Disponível em: <http://www.fifasul.br/ccontabeis/auditoria_interna.htm>. Acesso em 6 mar. 2001.

GRANDE Enciclopédia Delta Larousse. Rio de Janeiro: Delta, 1977. v. 7.

HOFFMEISTER, Eduardo Fagundes. **Identificação e prevenção de fraudes em planos de saúde**. 2003. 56 f. Monografia (Graduação em Administração de Empresas) - Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

HOSPITAL detecta fraude no uso do plano de saúde e cliente perderá assistência médica. **Portal notícias Unimed JP**. Disponível em: <http://www.unimedjp.com.br/portal_noticias2004.xml>. Acesso em 4 abr. 2006.

HOUAISS, Antônio; VILLAR, Mauro de Salles. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetivo, 2001.

INSTITUTO DOS AUDITORES INTERNOS DO BRASIL. **Normas para o exercício profissional de auditoria interna**. São Paulo, 1991.

INSTITUTO DOS AUDITORES INTERNOS DO BRASIL. **Procedimentos de auditoria interna** - Organização básica. São Paulo: Biblioteca Técnica de Auditoria Interna, 1992.

IRION, João Eduardo Oliveira. O complexo Unimed. In: MAY, Nilson Luis (org.). **Compêndio de cooperativismo Unimed**. Porto Alegre: WS Editor, 1998.

_____. **Cooperativismo e economia social**: a prática do cooperativismo como alternativa para uma economia centrada no trabalho e no homem. São Paulo: STS, 1997.

JESUS, Fernando de. **Perícia e investigação de fraude**. 2. ed. Goiânia: AB Editora, 2000.

KANITZ, Stefen. A origem da corrupção. **Revista Veja**, São Paulo, ed. 1600, ano 32, n. 22, p. 21, jun. 1999.

KERLINGER, Fred Nichols. **Metodologia da pesquisa em ciências sociais**: um tratamento conceitual. São Paulo: EPU, 1980.

KPMG – Transaction and Forensic Services S/C Ltda. **A fraude no Brasil** - relatório da pesquisa 2000. São Paulo: KPMG, 2000. 19 p.

_____. **A fraude no Brasil** – relatório da pesquisa 2002. São Paulo: KPMG, 2003. 24 p.

_____. **A fraude no Brasil** – relatório da pesquisa 2004. São Paulo: KPMG, 2005. 27 p.

KPMG - Financial Advisory Services. **Forensic accounting**. Disponível em: <http://www.kpmg.com.br/faz_forensic_core.htm>. Acesso em 16 ago. 2002.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

_____. **Metodologia do trabalho científico**: procedimentos básicos. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1992.

LIMA, Manolita Correia. **Monografia**: a engenharia da produção científica. São Paulo: Saraiva, 2004.

MAGALHÃES, Antônio de Deus F; LUNKES, Irtes Cristina; MÜLLER, Aderbal Nicolas. **Auditoria das organizações**: metodologias alternativas ao planejamento e à operacionalização dos métodos e das técnicas. São Paulo: Atlas, 2001.

MACEDO, Neusa Dias de. **Iniciação à pesquisa bibliográfica**: guia do estudante para a fundamentação do trabalho de pesquisa. São Paulo: Loyola, 1994.

MARANGUAPE, Robson. **Fraudes (uma doença no Brasil)**. Disponível em: <<http://www.auditoriainterna.hpg.com.br/materias/fraudes.htm>>. Acesso em 17 jul. 2001.

MARANHÃO, Mauriti; MACIEIRA, Maria Elisa Bastos. **O processo nosso de cada dia**: modelagem de processos de trabalho. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004.

MARTINS, Isabel; MORAIS, Georgina. **Auditoria interna**: função e processo. Disponível em: <http://www.ipv.pt/millennium/ect13_3.htm>. Acesso em 27 dez. 1999.

MAUTONE, Silvana. Fraudes comprometem faturamento. **Gazeta Mercantil Latino-Americana**, São Paulo, 6 a 12 mar. 2000. Caderno de Negócios, p. 7.

MAUTZ, Robert Kuhn. **Princípios de auditoria**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1987.

MERCOSUL MAGAZINE. **Chega de chorar pelo leite derramado**. Disponível em: <http://www.mercosulsearch.com.br/magazine/ver_amanha.htm>. Acesso em 7 nov. 2001.

MICHAELIS. **Moderno dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 1998.

MONITOR DAS FRAUDES. **Fraudes nos planos de saúde**. 11 out. 2006. Disponível em: <<http://www.fraudes.org/clipread.asp?BckSt=1&CdClip=843>>. Acesso em 4 nov. 2006a.

_____. **Introdução**. Disponível em: <<http://www.terravista.pt/meiapraia/2400/introd.htm>>. Acesso em 9 fev. 2001.

MONITOR DAS FRAUDES. **Introdução às fraudes aos danos de seguradoras e planos de saúde**. Disponível em: <http://www.fraudes.org/fraude_seg.asp>. Acesso em 4 nov. 2006b.

MONTEIRO, Samuel. **Auditoria contábil**. São Paulo: Sugestões Literárias, 1976.

MORATO, Adelvânio Francisco; COSTA, Alisson. Avaliação e estratégia na formação educacional cooperativista. In: MACEDO, Kátia Barbosa; XIMENES, José Abel (org.). **Cooperativismo na era da globalização**. Goiânia: Cooperativas das Unimed de Goiânia, 2001.

MOREIRA, Daniel Augusto. **O método fenomenológico na pesquisa**. São Paulo: Pioneira Thomson, 2002.

MOSIMANN, Clara Pelleginello; FISCH, Sílvio. **Controladoria**: seu papel na administração de empresas. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

MOTTA, João Maurício. **Auditoria**: princípios e técnicas. São Paulo: Atlas, 1988.

MOTTOLA, Rafael Rocha. **Auditoria e contabilidade no tempo dos ganhos**. Disponível em: <http://www.calidad.org/public/bak_old/0992573022_rafael.htm>. Acesso em 22 set. 2004.

O GLOBO. **De 92 a 96, R\$ 600 milhões escoaram pelo ralo das fraudes**. Disponível em: <<http://www.oglobo.com.br/pais/pais981.htm>>. Acesso em 15 dez. 1999.

O PROCESSO administrativo de controle. Disponível em: <<http://www.admcdn.hpg.ig.com.br/controle.htm>>. Acesso em 23 out. 2001.

OLIVEIRA, Djalma de Pinho Rebouças. **Administração de processos**: conceitos, metodologia, práticas. São Paulo: Atlas, 2006.

ORGANIZAÇÃO DAS COOPERATIVAS BRASILEIRAS. **Identidade do cooperativismo**. Disponível em: <<http://www.brasilcooperativo.com.br/Cooperativismo/IdentidadedoCooperativismo/tabid/334/Default.aspx>>. Acesso em: 11 jan. 2007.

ORÍÁ FILHO, Humberto Ferreira. **As causas iniciais do subdesenvolvimento brasileiro**. 1993. 53 f. Monografia (Bacharelado em Ciências Econômicas) - Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 1993.

_____. **As fraudes contra as organizações e o papel da auditoria interna**. 2002. 199 f. Monografia (Bacharelado em Ciências Contábeis) - Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2002.

_____. **Fraudes e auditoria interna**. 2000. 106 f. Monografia (Especialização em Auditoria Interna) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2000.

_____. **Reengenharia: modismo ou realidade?**. 1996. 59 f. Monografia (Bacharelado em Administração de Empresas) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1996.

OTTA, Hakaru. **O impacto da utilização do cartão magnético na cooperativa de trabalho médico: um estudo de caso**. 2003. 124 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

PADOVEZE, Clóvis Luís. **Controladoria estratégica e operacional: conceitos, estrutura, aplicação**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

PAULA, Maria Goreth Miranda Almeida. **Auditoria interna: embasamento, conceitual e suporte tecnológico**. São Paulo: Atlas, 1999.

PAULO, Wanderlei Lima de. et al. **Controles internos: uma metodologia de mensuração dos níveis de controle de riscos**. Artigo publicado no congresso USP de Controladoria e Contabilidade em 2006. Disponível em: <<http://www.congressoeac.locaweb.com.br/artigos62006/432.pdf>>. Acesso em 15 jan. 2007.

PESSOA, Simone. **Dissertação não é bicho-papão: desmitificando monografias, teses e escritos acadêmicos**. São Paulo: Rocco, 2005.

PETER, Maria da Glória Arrais; MACHADO, Marcus Vinícius Veras. **Manual de auditoria governamental**. São Paulo: Atlas, 2003.

PFALTZGRAFF, Rogério. **Seleções de Contabilidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: Distribuidora Récord, 1956.

PINHO, Diva Benevides. **Que é cooperativismo**. São Paulo: Ed. Buriti, 1966.

PINHO, Diva Benevides; AMARAL, Cicely Moitinho. **Cooperativas brasileiras de trabalho**: atividade solidária, criação de emprego e qualidade de vida. São Paulo: FAPESP/IPE/FIPE/Unimed do Brasil, 1993.

PRIETO, Sérgio Fernandes. **Manual de prevenção de fraudes**. São Paulo: Editora STS, 1994.

PS CONTAX. **Auditoria de gestão** - fraude. Disponível em: <<http://www.pscontax.com.br/assess1.htm>>. Acesso em 17 jul. 2001.

RASMUSSEN, U. W. **Desvios, desfalques e fraudes nas transações de compras nas empresas**: uma análise transacional da aplicação dos controles internos na atividade de administração de materiais. São Paulo: Aduaneiras, 1988.

_____. Uma nova era no combate às fraudes. **Gazeta Mercantil Latino-Americana**, São Paulo, 31 ago. 2000. Cartas & Opiniões.

RATLIFF, Richard L.; BECKSTEAD, Stephen M. Como o gerenciamento de nível internacional está transformando o sistema de Auditoria Interna. **Boletim do IBRACON**, Brasília, p. 10-15, dez. 1996.

REBELLO FILHO, Hildebrando Magno; FALAT, Luiz Roberto. **Fraudes documentais**: como ocorrem. Curitiba: Juruá, 2003.

REVISTA CONSULTOR JURÍDICO. **Questão de educação**: sociedade precisa ser educada contra fraudes em seguros. 7 abr. 2004. Disponível em: <<http://conjur.estadao.com.br/static/text/22882,1>>. Acesso em 4 nov. 2006.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RODRIGUES, Cândido André. **A evolução dos métodos de gestão, com o uso da tecnologia da informação e os reflexos no conhecimento organizacional na Unimed BH**. 2003. 183 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

ROSS, Stephen A.; WEESTERFIELD, Randolph W.; JAFFE, Jeffrey F. **Administração financeira – corporate finance**. São Paulo: Atlas, 1995.

SÁ, Antônio Lopes de. **Curso de auditoria**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 1998.

_____. **Fraudes em balanços**. São Paulo: Atlas, 1962.

_____. **Perícia contábil**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

SÁ, Antônio Lopes de; SÁ, Ana Maria Lopes de. **Dicionário de Contabilidade**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

SALLES JR., Romeu de Almeida. **Furto, roubo e receptação** - Indagações Doutrina Jurisprudência Prática. São Paulo: Saraiva, 1995.

SAMPAIO, José Nazareno de Paula. **O poder de oferta e de demanda do médico cooperado da Unimed Fortaleza**. 1997. 59 f. Monografia (Especialização em Economia de Empresas) - Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 1997.

SANDRONI, Paulo. **Novíssimo dicionário de Economia**. 7. ed. São Paulo: Best Seller, 2001.

SANTOS, Flávio Eduardo de Gouvêa. **Capacitação básica sobre cooperativismo, estrutura e funcionamento de cooperativas**. Alto do Vale: Solução Educação, Consultoria e Treinamento e Unimed Alto do Vale, 2006.

SARMENTO, Jonilto Chagas. **Perícia contábil**: um enfoque aplicado à criminalística. Disponível em: <<http://www.tba.com.br/pages/abpc/CONTABIL.htm>>. Acesso em 14 fev. 2000.

SEIBEL, Ivan (org.). **Formação cooperativista – I: história, estrutura e educação cooperativista no complexo Unimed**. Porto Alegre: Unimed Federação / WS Editor; Belo Horizonte: Universidade Unimed, 2003a. v. 1.

_____. **Formação cooperativista – II: a gestão da singular Unimed**. Porto Alegre: Unimed Federação / WS Editor; Belo Horizonte: Universidade Unimed, 2003b. v. 2.

SEIBEL, Ivan (org.). **Formação cooperativista** – III: o cooperado e sua singular Unimed. Porto Alegre: Unimed Federação / WS Editor; Belo Horizonte: Universidade Unimed, 2003c. v. 3.

SERVIÇO BRASILEIRO DE APOIO ÀS MICRO E PEQUENAS EMPRESAS. **Princípios do cooperativismo**. Disponível em: <http://www.sebrae.com.br/br/parasuaempresa/tiposdenegocios_833.asp>. Acesso em 23 set. 2006.

SILVA, Aguinaldo Ferreira da. Auditoria, ética e prestação de contas. **Gazeta Mercantil Latino-Americana**, São Paulo, 08 mai. 2001. 1º Caderno.

SILVA, Amaury Barbosa da. A Unimed no cooperativismo brasileiro. In: MAY, Nilson Luis (org.). **Compêndio de cooperativismo Unimed**. Porto Alegre: WS Editor, 1998.

SILVA, Eberson Bento da. **Como evitar fraudes nas vendas do varejo**. 2. ed. Rio de Janeiro: E. Bento da Silva, 2000.

SILVA, Guilherme Jorge da; VAZ, João Alberto Margon; BORGES, Tarciso Dagolberto. Utilização racional de exames complementares e equalização de resultados das cooperativas. In: MACEDO, Kátia Barbosa; XIMENES, José Abel (org.). **Cooperativismo na era da globalização**. Goiânia: Cooperativas das Unimeds de Goiânia, 2001.

SILVA, Magda Tegner da. **Como detectar e prevenir fraudes**. Taquara: FACCAT, 2003.

SIQUEIRA. **Contabilidade**: instrumento de segurança social contra a corrupção. Disponível em: <<http://www.milenio.com.br/siqueira/Tr107.htm>>. Acesso em 6 jun. 2002.

SOIBELMAN, Leib. **Dicionário geral de Direito**. São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo, 1974. v. 1.

SOLOMON, E.; PRINGLE, J. J. **Introdução à administração financeira**. São Paulo: Atlas, 1981.

SOLUÇÃO evita fraudes. Disponível em: <<http://www.cyclades.com.br/pressroom/1040130000>>. Acesso em: 27 dez. 2006.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. 9. ed. São Paulo: Cortez Autores Associados, 2000.

THORNHILL, Sue. **Lições da falência do Barings**. Tradução livre de Antônio Carlos Correia. Disponível em: <<http://www.homeshopping.com.br/~goucor/falencia.htm>>. Acesso em 5 jan. 2000.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

UNIMED descobre fraude em Minas Gerais. **A Tribuna de Minas**. Belo Horizonte, 20 set. 2004. Disponível em: <<http://www.cnis.com.br/noticia.asp?id=237>>. Acesso em 10 out. 2004.

UNIMED DE FLORIANÓPOLIS. **Autorização on-line com biometria digital**. Disponível em: <<http://www.unimedflorianopolis.com.br/pagina/pagina.php?id=24>>. Acesso em 10 dez. 2006.

UNIMED DE FORTALEZA. **Relatório de gestão e demonstrações contábeis 2005**. Fortaleza: Unimed de Fortaleza, 2006.

_____. **Unimed completa 29 anos**. Disponível em: <<http://mercurio/intranet/eventos/unimed29anos/29anos.jsp>>. Acesso em 7 jan. 2007.

UNIMED DO BRASIL. **Portal nacional de saúde**. Disponível em: <<http://www.unimed.com.br/pct/index>>. Acesso em 27 jul. 2006.

UNIMED UBERABA. **“Emprestar” cartão pode dar cadeia**. Disponível em: <<http://www.unimeduberaba.com.br/jornal/setembro2000/jornal6.htm>>. Acesso em 20 nov. 2005.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. **Linhas de pesquisa**. Disponível em: <<http://acep.org.br/mpc.ufc/default.asp?p=linhas&pc=false>>. Acesso em: 11 jan. 2007.

UNIVERSO UNIMED. **Unimed vai ao ataque contra o uso indevido do cartão**. Disponível em: <<http://www.unimeds.com.br/ADMCDC/layouts/materia/materia.asp?cod=515>>. Acesso em 20 nov. 2005.

VERGARA, Sylvia Constant. **Métodos de pesquisa em Administração**. São Paulo: Atlas, 2005.

YIN, Robert K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

WESTIN, Ricardo. **Fraude faz operadoras de saúde adotar leitura digital**. Jornal Estadão. 30 out. 2006. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/saude/noticias/materias/2006/out/30/164.htm>>. Acesso em 4 nov. 2006.

WIKIPÉDIA. **Biometria**. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Biometria>>. Acesso em 11 nov. 2006.

ZANLUCA, Júlio César. **Sociedades cooperativas** – aspectos societários, contábeis e fiscais. São Paulo: Portal Tributário, 2006.

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO

I. DADOS PESSOAIS DO ENTREVISTADO

Nome do entrevistado: _____
 Departamento e/ou Setor: _____
 Data de admissão: _____ Cargo/função exercida: _____

II. PERGUNTAS

1. Na sua opinião, qual seria a PRINCIPAL SITUAÇÃO DE RISCO para a ocorrência de fraudes, falhas, desperdícios, perdas e/ou erros, envolvendo os processos a seguir:

- Na venda de planos de saúde e registro dos novos clientes

- () Novos clientes não realizarem exames pré-admissionais;
- () Venda efetuada sem solicitação de cópia de documentos do cliente;
- () Cliente prestar informações cadastrais falsas;
- () Cliente omitir doenças preexistentes na declaração de saúde;
- () Operadora disponibilizar e incentivar venda de planos sem co-participação;
- () Possível erro no cadastro do novo cliente no sistema informatizado da Operadora;
- () Outro(s). Especifique: _____

- Na utilização do plano de saúde pelo cliente

- () Cliente emprestar a carteira para terceiro(s);
- () Cliente, em conluio com o prestador, realizar procedimento não coberto e se cobrar outro;
- () Cliente ceder a carteira para prestador e o mesmo solicitar procedimentos não realizados;
- () Cliente ingressar na justiça, para ter direito indevidamente a procedimento fora do contrato;
- () Operadora não suspender plano de cliente inadimplente, com mais de 60 dias de atraso;
- () Outro(s). Especifique: _____

- Mudanças cadastrais do cliente (troca de plano, atualização de cadastro etc.)

- () Operadora efetuar alteração cadastral do cliente sem qualquer formalidade;
- () Operadora não efetuar revisão e atualização periódica do cadastro de clientes;
- () Cadastro efetuar alteração cadastral por engano em outro cliente;
- () Operadora não cumprir as exigências da ANS, no que diz respeito ao cadastro de clientes;
- () Outro(s). Especifique: _____

2. Quais seriam os ELEMENTOS DE CONTROLE INTERNO possíveis de serem utilizados para prevenir e/ou identificar tais fraudes, falhas e/ou erros nestes processos:

- Venda de planos e registro dos novos clientes

- () Operadora disponibilizar e incentivar venda de planos com co-participação;
- () Solicitar e anexar às cópias dos documentos pessoais do novo cliente;

- () Encaminhar os novos clientes para exame médico pré-admissional;
- () Checar e conferir as informações prestadas e os documentos apresentados pelo cliente;
- () Treinamento contínuo dos vendedores e dos funcionários do cadastro;
- () Conferência dos dados digitados no sistema informatizado com os documentos entregues;
- () Outro(s). Especifique: _____

- Na utilização do plano de saúde pelo cliente

- () Utilização do cartão magnético, com parâmetros de utilização pelo sistema informatizado;
- () Utilização da biometria, para identificação do cliente, quando da utilização do plano;
- () Utilização de soluções de inteligência de negócios (*Business Intelligence – BI*);
- () Limitação de 15 (quinze) minutos entre a autorização de uma consulta e outra seguinte;
- () Uso de pré-senhas para autorização de exames e/ou procedimentos;
- () Campanhas educativas e informativas aos clientes sobre a utilização do plano;
- () Outro(s). Especifique: _____

- Mudanças cadastrais do cliente (troca de plano, atualização de cadastro etc.)

- () Revisão periódica dos cadastros dos clientes;
- () Campanhas educativas ao cliente, para que o mesmo informe eventual mudança cadastral;
- () Acompanhamento das resoluções normativas da ANS, acerca do cadastro de clientes;
- () Mapeamento dos processos da área de cadastro;
- () Criação e atualização de normas de controle relacionadas às operações de cadastro;
- () Auditoria de processos;
- () Outro(s). Especifique: _____

3. Cite as fraudes ou erros já identificados (ocorridos) e/ou que foram de seu conhecimento nestes processos, seja na empresa ou em outra operadora de plano de saúde?

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____
- e) _____
- f) _____
- g) _____

Observação: Estas informações são de uso exclusivo do aluno pesquisador e de seu professor(a) orientador(a) e só serão utilizadas para fins acadêmicos e científicos, observando rigorosamente as normas e preceitos éticos a este respeito. Serão garantidos e preservados o nome da empresa e dos responsáveis pela disponibilização destas informações.

Ressaltamos que a aplicação do questionário foi autorizada pela Presidência da empresa, após avaliação técnica da Assessoria Jurídica.

Desde já agradecemos sua colaboração.

Atenciosamente,

Humberto F. Oriá Filho

Aluno Mestrado Profissional em Controladoria – UFC