

As características do ambiente de controle das operadoras de planos de saúde do Estado de Pernambuco sob a perspectiva do COSO

Herrisson Queiroz Neto (ANS)
Carla Renata Silva Leitão (UFRP)
Florisvaldo Cunha Cavalcante Júnior (IFBA)

RESUMO

A presente pesquisa tem como objetivo identificar as características das práticas do ambiente de controle das operadoras de planos de saúde (OPS) do Estado de Pernambuco, verificando essa caracterização sob a perspectiva do *Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission*- COSO. Justifica-se tal propósito pela possibilidade do ambiente de controle influenciar diretamente na melhoria dos resultados de uma empresa, proporcionando uma maior eficácia e eficiência da operacionalização organizacional, consequentemente alcançando os objetivos organizacionais, e a solvência das operadoras de saúde suplementar do Estado de Pernambuco. Utilizou-se de uma metodologia na forma descritiva, com a coleta de dados por questionário. O universo da pesquisa foi de 17 OPS, no qual, apenas 10 responderam o questionário. Constatou-se 82% das características do ambiente de controle são executadas, seja pela concordância plena ou parcial. Evidenciando assim, a possibilidade dessas características em contribuir para uma operação eficaz e eficiente.

Palavras-chave: Controle interno; Saúde; Suplementar.

1 INTRODUÇÃO

A saúde da população brasileira como um todo é um direito, expresso na Constituição Federal (CF) do Brasil de 1988, a qual afirma sobre a garantia de acesso às ações e serviços para sua promoção. Porém tais serviços (públicos) oferecidos são considerados insuficientes, proporcionando o crescimento da saúde suplementar (privada) no Brasil (PINHEIRO *et al*, 2015).

O mercado de saúde suplementar envolve grandes cifras monetárias, cujo o montante de suas receitas de contraprestações registrados pelas operadoras de planos de saúde, de cobertura médico-hospitalar totalizou R\$ 176,0 bilhões no acumulado do ano de 2017, representando um crescimento de 11,1% em relação ao ano anterior (ABRAMGE, 2018). Mas, para que as operadoras de planos de saúde (OPS) possam atuar de forma eficiente e eficaz, faz-se necessário o amparo de alguns pré-requisitos legais, normativos, organizacionais, estruturais, entre outros.

Neste contexto, utilizado como uma ferramenta o controle interno, cujo propósito estabelecido pelo COSO (2013) é de auxiliar as entidades no alcance de seus objetivos, além de alicerçar e aperfeiçoar o seu desempenho institucional. Este controle adquire relevância também quando se considera que as organizações almejam manter-se em equilíbrio, no mercado atual, no que permeiem a melhoria dos procedimentos já utilizados. Para que possam auxiliar a atrair novos clientes, e consequentemente proporcionar uma maior satisfação daqueles que já usufruem do serviço, adicionando a melhoraria da qualidade e da rapidez dos serviços prestados, propagando uma maior credibilidade (BITENCOURT, SILVA; 2016).

Nesse contexto, o artigo busca responder o seguinte questionamento: Quais as características do ambiente de controle das operadoras de planos de saúde do Estado de Pernambuco, sob a perspectiva do COSO? Ao responder ao problema de pesquisa, pretende-se contribuir para a maturação das características dos controles internos, nas operadoras de planos de saúde do Estado de Pernambuco, especificamente relacionados ao ambiente de controle sob a perspectiva do COSO.

Ante o exposto, a presente pesquisa tem como objetivo identificar as características das práticas do ambiente de controle das operadoras de planos de saúde (OPS) do Estado de Pernambuco, verificando essa caracterização sob a perspectiva do *Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission- COSO*.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Apresenta-se um referencial teórico nos aspectos envolventes da saúde suplementar no Brasil, e do controle interno na perspectiva do COSO, para permitir um embasamento no alcance dos objetivos da pesquisa.

2.1 Saúde Suplementar no Brasil

Com a promulgação da Constituição Federativa do Brasil de 1988 no qual assegurou o direito à saúde, confirmando ser responsabilidade e dever do Estado, instituindo o sistema público de saúde, de forma universal. Ao mesmo tempo, permitiu que a iniciativa privada pudesse prestar os serviços de assistência à saúde, como atividade econômica, visando, conseqüentemente, o lucro. Definindo inclusive o Sistema único de Saúde – SUS, nos quais dois anos após, definiram-se suas características pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90 (LIMA, 2006; SOTOPIETRA, 2017).

A saúde deveria ser universal, isso é, suficiente para o atendimento necessário e digno a toda população do Brasil. Porém, não é isso que observamos de fato no Brasil, justificando assim a assistência à saúde brasileira ser prestada pelo Poder Público e pela iniciativa privada. Este último caso procura oferecer um tratamento mais digno, tornando-se possível a contratação por parte da população de uma assistência à saúde de forma particular (SOTOPIETRA, 2017). Porém, necessitou-se de dez anos de amadurecimento, após a promulgação da Constituição Federal de 1988, com discussões e negociações, entre os entes envolvidos na área, para que pudessem formalizar e estabelecer os marcos regulatórios da saúde suplementar no Brasil (LIMA, 2006).

Sotopietra (2017) ressalta que antes do advento da Constituição Federal de 1988, já se existia planos privados de saúde, entretanto as operadoras de saúde tinham suas estruturas bastante deficientes, a cobertura assistencial dos seus planos era bem restrita (limitando diárias, internações, medicamentos), e até mesmo os reajustes eram de formas abusivas. Salvatori e Ventura (2012) acrescentam que nesse período a atuação assistencial da saúde era livre para tanto a iniciativa privada como para a pública, no que envolvesse a oferta, o financiamento e até mesmo os serviços de saúde propriamente dito.

Desta forma, pode-se inferir que nesse período havia uma livre definição de cobertura, uma seletiva quanto aos riscos que representaria a contratação dos serviços, a livre exclusão de usuários, rompimento de contratos de forma unilateral, a livre escolha e definição de carências, e os reajustes de preços também de forma unilateral, tudo por parte das empresas (LIMA, 2006).

Mas de toda forma, o aumento tornava-se crescente na assistência privada de saúde, no qual, se apresentava cada vez mais ofertas de serviços de saúde, adicionando também as intermediações de empresas nos pagamentos dos serviços, dispensando às

pessoas dessa incumbência. Afastando com isso ainda mais o Estado desse papel, de prestação assistencial de saúde (SALVATORI; VENTURA, 2012).

Sancovschi, Macedo e Silva (2014) definiram o setor de saúde suplementar composto pelas operadoras de planos de saúde, os beneficiários (usuários dos planos), e os prestadores de serviços médicos (podendo ser pessoa física ou jurídica) em que exercem ações de assistência à saúde aos beneficiários.

Tendo como a principal caracterização do mercado de saúde suplementar a natureza contratual entre atores e uma demanda em função da renda familiar e da inserção profissional. Começando então a crescer as denúncias dos consumidores e de suas entidades, também financiadoras, sobre as negações de atendimentos aos usuários cobertos pelos planos privados de saúde, e sobre os grandes aumentos dos preços dos prêmios (NITÃO, 2004). Foi então que o termo regulação começou a ganhar corpo no setor.

Silva (2004) ressalta que essa regulação na área da saúde não pode ser considerada apenas pelo aspecto financeiro, apesar de ser um fator fundamental para o sistema, e principalmente para os gestores, devendo-se atentar aos instrumentos que possam garantir a qualidade necessária aos pacientes e a correta alocação, de forma eficiente, dos recursos médico-hospitalares.

O Governo diante de toda essa conjuntura e passando uma visão de não está conseguindo dá atenção que exigida, criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS para regular o setor, em 28 de janeiro de 2000, a partir da Lei nº 9.961 (BRASIL, 2000), uma autarquia, com poderes especiais, vinculada ao Ministério da Saúde. Ficando então estabelecida como um órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização, em todo o território nacional, das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde.

Nitão (2004) aponta para profundas alterações no ambiente político-institucional no mercado de planos privados de assistência à de saúde, desafiando as empresas, os consumidores e as estruturas de governo a desenvolverem novas habilidades para se adaptarem e lidarem com a situação. Sotopietra (2017) acrescenta com relação às características citadas sobre a vigência da Lei Nº 9.656/98, que os contratos anteriores e que não foram adaptados a ela, estarão ativos apenas ao seu titular e seus dependentes, não sendo permitida sua comercialização.

Lima (2006) descreve que “a segmentação e a classificação das operadoras de planos de assistência à saúde estão regulamentadas pela resolução da diretoria colegiada n. 39 da ANS, de 27 de outubro de 2000”, ficando as operadoras, segundo a ANS, enquadradas em um único segmento. O autor acrescenta ainda como estão classificadas as operadoras perante sua modalidade, podendo ser: administradoras, cooperativas médicas e odontológicas, autogestão, medicina e odontologia de grupo e filantropia.

Independente da classificação/segmentação, essas atividades suplementares de assistenciais à saúde tem como pressuposto a obtenção de lucros para seus proprietários, porém Sotopietra (2017) ressalta que as mesmas não podem perder o seu caráter fundamental do direito à saúde, sendo imprescindível a intervenção estatal mediante agência reguladora.

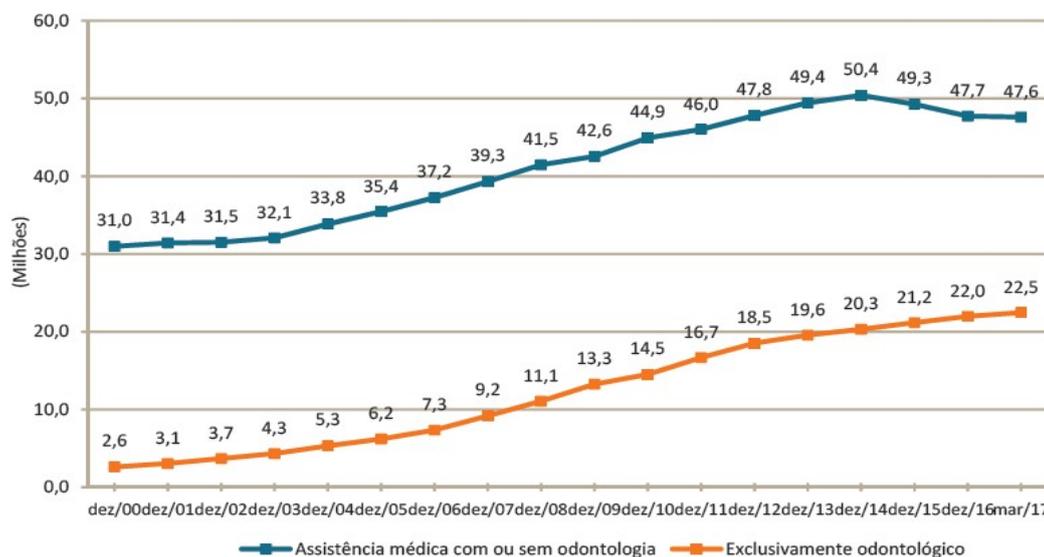
Podemos observar tamanho grau de importância que a saúde suplementar exerce na parte assistencial, porém Melo (2017) acrescenta sua essencialidade como atividade econômica, em consequência da geração e manutenção de empregos, que ensejará toda uma cadeia econômica. Descrevendo ainda o aumento sobre a importância, dada pela academia e pelas políticas públicas à saúde.

Nesse contexto da saúde suplementar tem como peça fundamental o plano de saúde, no qual envolvem diversos outros prestadores de serviços, principalmente na parte assistencial a saúde, no qual o IESS (2013) descreve como:

O plano de saúde é um contrato privado de prestação de serviços por prazo indeterminado, que tem a finalidade de garantir, sem limite financeiro, o acesso a uma rede assistencial referenciada ou contratada (formada por clínicas, hospitais, laboratórios e demais serviços previstos no contrato, de acordo com as normas da ANS), ou, ainda, a estabelecimentos de saúde livremente escolhidos pelo beneficiário mediante reembolso (IESS, 2013, p. 35).

Considerando o período da criação da ANS, com o último dado divulgado pela agência regulatória de saúde, pode-se então observar o crescimento desses períodos estando baseados pela quantidade de beneficiários cobertos pelos planos de saúde.

Figura 01 – Gráfico de beneficiários de planos privados de saúde por cobertura assistencial do plano (Brasil – dezembro/2000 – março/2017)



Fonte: Cadastro de beneficiários – ANS (ano).

Percebe-se então o forte crescimento do setor, após a regulação do setor e a criação da agência regulatória, porém a de observar certa queda na quantidade de beneficiários no que se refere aos que tem sua assistência médica com ou sem odontologia, já a assistência exclusiva odontológica apresentou-se em constante crescimento em todo período. T tamanha essa amplitude alcançada e possibilidade de crescimento fez com que a ANS estabelecesse através da Resolução Normativa nº 433, de 25 de janeiro de 2018, no qual justifica a importância dos controles internos, normatizando, para fins de solvência das OPS, com vista a: assegurar a confiabilidade das informações; uma utilização eficiente de recursos; atendimento à legislação e às normas internas aplicáveis à operadora.

2.2 Controle interno na perspectiva do COSO

O *Committee of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission* (COSO) surgiu de uma demanda das empresas dos Estados Unidos, sobre uma necessidade de avaliação da uniformização regimentar dos riscos expostos os controles internos (CARPES; ORO, 2010). Conforme consta na própria redação, do COSO, trata-se de um projeto, de iniciativa do setor privado, com propósito de desenvolver estruturas abrangentes e

diretrizes sobre controles internos, envolvendo a parte de gerenciamento de riscos corporativos e fraudes, tudo isso no intuito de refinar um melhor desempenho e reduzir as fraudes organizacionais.

Kovalski (2017) complementa que o COSO transformou-se num modelo de controles internos reconhecido mundialmente, no qual padronizou as formas de: implementação e autenticação, componentes, objetivos, objetos, determinou as atividades e responsabilidades da administração, prospectando a maneira de monitorar e avaliar os controles internos da sociedade empresária.

O COSO (2013) descreve o controle interno como um processo dinâmico e integrado, não podendo ser de forma separada, ou desengajada com todo corpo organizacional. Sua forma estrutural pode ser aplicada em qualquer entidade, independente do seu tamanho, ou mesmo que seja com ou sem fins lucrativos, aplicando-se também nos órgãos governamentais. Porém ressalta-se a importância de cada organização implementar seu controle interno de forma singular, no qual possa adequar-se à atividade, tamanho e objetivos institucionais, tornando-se mais eficaz.

No que se refere ao quadro integrado de controle interno exposto no COSO, Frazer (2016), destaca sobre as características em que “aborda a eficácia e eficiência operacionais, confiabilidade dos relatórios financeiros, conformidade com as leis e regulamentos aplicáveis e as de ativos”.

O COSO (2013) ressalta também a intenção do controle interno em proporcionar uma razoável segurança, no que diz respeito da efetivação dos objetivos voltados para: operacionalização, divulgação e as conformidades. Sendo seus aspectos pautados pela estrutura de governança, administração e outros profissionais da entidade. Nesses aspectos, na opinião de Dănescu *et al* (2012), como os mais importantes princípios do COSO, estão compreendidos o compromisso com a integridade, valores éticos, competência, prestação de contas, identificação dos riscos e atividades de controle para mitigação de risco.

O COSO (2013) ainda subdivide a estrutura do controle interno em três categorias, de acordo com os objetivos, o que permite às organizações se concentrar em diferentes aspectos do controle interno, conforme demonstrado no quadro 01, Estrutura categórica dos objetivos:

Quadro 01 - Estrutura categórica dos objetivos

	Categorias		
	Operacional	Divulgação	Conformidade
Objetivos	Relacionam-se à eficácia e à eficiência das operações da entidade, inclusive as metas de desempenho financeiro e operacional e a salvaguarda de perdas de ativos.	Relacionam-se a divulgações financeiras e não financeiras, internas e externas, podendo abranger os requisitos de confiabilidade, oportunidade, transparência ou outros termos estabelecidos pelas autoridades normativas, órgãos normatizadores reconhecidos, ou às políticas da entidade.	Relacionam-se ao cumprimento de leis e regulamentações às quais a entidade está sujeita.

Fonte: Adaptado do COSO (2013)

Frazer (2016) incrementa, sobre a estrutura integrada de controle interno abordada pelo COSO, no qual está composta por algumas características, tais como: eficácia, eficiência, confiabilidade, conformidade e salvaguarda. Dessa forma, Kovalski (2017) considera que o COSO estabeleceu a consolidação do controle interno, através de normas que minimizam a exposição ao risco, agregando seus componentes, objetivos e objetos, utilizando-se para monitorar, avaliar e atribuir uma melhor eficiência nos modelos de processos praticados na empresa.

Tem-se então o COSO como uma proposição de um padrão integralizado nas formas de interpretação, avaliação e aperfeiçoamento dos controles, utilizando-se dos cinco métodos inseparáveis: o ambiente de controle; a avaliação de riscos; a atividade de controle; a informação e comunicação; e o monitoramento (PERDENEIRAS *et al*, 2018), métodos esses, descritos pelas subdivisões dos 17 princípios citados por Lawson *et al* (2017), no qual, tem-se para o componente ambiente de controle cinco princípios, conforme descritos no quadro 02.

Quadro 02 - Cinco princípios do ambiente de controle estabelecidos pelo COSO

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

Fonte: Adaptado do *COSO* (2013).

Princípios esses, do componente ambiente de controle, considerado por Barragan (2005) como o que propaga o alicerce da estrutura dos controles internos em uma organização.

3 METODOLOGIA

Tomando o objetivo proposto desse estudo, foi utilizada uma pesquisa descritiva sobre a caracterização do ambiente de controle nas operadoras de planos de saúde (OPS), sob a perspectiva do COSO, tendo seu universo limitado as instituições com sede no Estado de Pernambuco. Considerando esse universo, no qual totalizou-se em apenas 17 OPS, aplicou-se na forma censitária, contactando todas as OPS, no qual, Gil (2002) a descreve essa forma como a maneira de utilizar, no levantamento dados, todos integrantes do universo pesquisado.

Na busca do atingimento aos objetivos, esse estudo formulou dois grupos de variáveis, o primeiro sobre as características organizacionais das OPS, e o segundo sobre o ambiente de controle estabelecido pelo COSO. Tendo então, as variáveis como forma de expressar diferentes valores ou aspectos, dependendo de cada caso ou mesmo as circunstâncias, com o objetivo de possibilitar de forma mais precisa os enunciados científicos (GIL, 2002).

O quadro 03 apresenta o primeiro grupo de variáveis sobre as características organizacionais das OPS.

Quadro 03 - Características organizacionais das OPS

GRUPO 01		
Variáveis	Tipos de Variáveis	Escala de Mensuração
V1 - Modalidade de atuação da operadora	Qualitativa	Nominal

V2 - Tempo de Atuação	Quantitativa	Ordinal
V3 - Porte da Empresa	Qualitativa	Nominal

Fonte: Adaptado AZEVEDO (2016), JÁCOME (2018)

O quadro 04 descreve as variáveis sobre o ambiente de controle estabelecidos pelo COSO.

Quadro 04 - Ambiente de controle estabelecidos pelo COSO

Variáveis	Tipos de Variáveis	Escala de Mensuração
V4 - A operadora demonstra ter comprometimento com a integridade e os valores éticos	Qualitativa	Nominal
V5 - A estrutura de governança demonstra independência em relação aos seus executivos e supervisiona o desenvolvimento e o desempenho do controle interno	Qualitativa	Nominal
V6 - A administração estabelece, com a suspensão da estrutura de governança, as estruturas, os níveis de subordinação e as autoridades e responsabilidades adequadas na busca dos objetivos.	Qualitativa	Nominal
V7 - A operadora demonstra comprometimento para atrair, desenvolver e reter talentos competentes, em linha com seus objetivos.	Qualitativa	Nominal
V8 - A operadora faz com que as pessoas assumam responsabilidade por suas funções de controle interno na busca pelos objetivos	Qualitativa	Nominal

Fonte: Adaptado COSO (2013).

Com as variáveis definidas, os instrumentos de coletas de dados utilizados na pesquisa, foram, coleta de dados, por meio de questionário. O questionário foi aplicado entre o período de 24 de outubro de 2018 a 17 de dezembro de 2018.

Do questionário utilizou-se 8 questões, sendo: 03 faziam referências as características organizacionais das OPS; e as outras 05 faziam referências aos princípios contidos no componente do ambiente de controle, estabelecidos pelo COSO nas OPS. Neste último as questões foram aplicadas utilizando-se do formato de Escala *Likert*, para assinalar o nível de concordância, categoricamente, com a realização do procedimento descrito no enunciado.

Seguindo-se então, após o agrupamento dos dados coletados, para tratamento das variáveis, e enquadrarem nas ferramentas apropriadas, utilizou-se a estatística descritiva e a estatística inferencial, aplicando-se na forma não-paramétrica, conforme recomenda-se para amostras pequenas (LEOTTI *et al*, 2012), ou quando os dados de um experimento não possuem normalidade ou homogeneidade de variâncias (PONTES; CORRENTE, 2001). Aplicou-se o teste de correlação de *Spearman*.

4 ANALISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta seção, buscou-se explicar e sintetizar os resultados encontrados, subdividindo em: características organizacionais das operadoras de planos de saúde; características organizacionais das operadoras de planos de saúde; e correlações entre as variáveis.

4.1 Características organizacionais das operadoras de planos de saúde

Partindo-se dos dados coletados, cujo universo da pesquisa foi composto por 17 (dezessete) OPS com sua Sede no Estado de Pernambuco, no qual 10 delas aceitaram em contribuir com a pesquisa, respondendo então ao questionário, cujas características das operadoras de planos de saúde foram sintetizadas nas Tabelas de 1 a 3.

Na tabela 01 temos as modalidades das OPS, no qual constatou-se uma divisão em que 50% delas referem-se as operadoras médicas, sendo a outra metade odontológica, subdividida com 40% em odontologia de grupo e os outros 10% em cooperativa odontológica.

Tabela 01 - Modalidades das OPS

	Frequência	Frequência Relativa (%)
Medicina de grupo	1	10,00
Seguradora especializada em saúde	0	0,00
Cooperativa médica	2	20,00
Filantropia	0	0,00
Autogestão	2	20,00
Odontologia de grupo	4	40,00
Cooperativa odontológica	1	10,00
Administradoras de benefício	0	0,00
Total	10	100

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Na tabela 02, no qual trata dos períodos de atividades das OPS em anos, evidenciou-se uma provável maturidade, no qual, 60% delas tem mais de 25 anos de existência, destas 30% tem mais de 30 anos, não constatando operadoras com um período inferior a 10 anos de existência.

Tabela 02 - Períodos de atividades das OPS em anos

	Frequência	Frequência Relativa (%)
De 0 à 5	0	0,00
Acima de 5 à 10	0	0,00
Acima de 10 à 15	2	20,00
Acima de 15 à 20	2	20,00
Acima de 20 à 25	0	0,00
Acima de 25 à 30	3	30,00
Acima de 30	3	30,00
Total	10	100

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Já na tabela 03, referindo-se ao porte das OPS, obteve-se a maioria, 60%, enquadrada como de pequeno porte, representadas por aquelas que possuem até 20.000 beneficiários, tendo apenas uma de grande porte, classificada assim por ter mais de 100.000 beneficiários.

Tabela 03 - Porte das OPS

	Frequência	Frequência Relativa (%)
--	------------	-------------------------

Pequeno Porte	6	60,00
Médio Porte	3	30,00
Grande Porte	1	10,00
Total	10	100

Fonte: Dados da pesquisa (2019)

Pôde-se então, com estas três tabelas, traçar algumas características das OPS do Estado de Pernambuco.

4.2 Características organizacionais das operadoras de planos de saúde

A tabela 04, contém as variáveis que compreendem o ambiente de controle das OPS, em conformidade com o COSO.

Tabela 04 - Ambiente de controle (COSO)

Descrição	Variável	Concordo Plenamente	Concordo Parcialmente	Não		
				Concordo Nem Discordo	Discordo Parcialmente	Discordo Totalmente
A operadora demonstra ter comprometimento com a integridade e os valores éticos	V4	9	1	0	0	0
A estrutura de governança demonstra independência em relação aos seus executivos e supervisiona o desenvolvimento e o desempenho do CI	V5	3	4	2	1	0
A administração estabelece, com a suspensão da estrutura de governança, as estruturas, os níveis de subordinação e as autoridades e responsabilidades adequadas na busca dos objetivos	V6	3	4	2	0	1
A operadora demonstra comprometimento para atrair, desenvolver e reter talentos competentes, em linha com seus objetivos	V7	5	3	1	1	0

A operadora faz com que as pessoas assumam responsabilidade por suas funções de CI na busca pelos objetivos	V8	7	2	0	1	0
Total		27	14	5	3	1

Fonte: Dados da pesquisa (2019)

Conforme preceituado pelo COSO o ambiente de controle das OPS deveriam estar com as cinco variáveis apresentadas em execução na forma de concordância. Porém, dessas apenas a variável, “a operadora demonstra ter comprometimento com a integridade e os valores éticos” (V4), teve todas as OPS (100%) assinalando em sua concordância (plenamente e parcialmente) em sua aplicação. As demais variáveis tiveram a sua maioria composta pela concordância (82%), e delas apenas a que trata sobre a administração estabelece, com a suspensão da estrutura de governança, as estruturas, os níveis de subordinação e as autoridades e responsabilidades adequadas na busca dos objetivos, teve assinalada por uma das OPS a discordância total.

O ambiente de controle é o alicerce da estrutura de controles internos, direcionando, orientando e disciplinando os componentes do sistema de controle interno (SCI), relacionando-se diretamente com: a cultura organizacional; o grau de desenvolvimento da empresa; e as decisões da administração (BARRAGAN, 2005). Essa cultura organizacional, segundo Giriūnas (2009) abrange a etiqueta dos funcionários, condicionando em seus comportamentos e relações internas, sofrendo influência direta da filosofia dos líderes e dos níveis mais alto de autoridades da empresa. Porém, para que obtenha êxito no ambiente de controle faz-se necessário que os componentes da instituição tenham consciência e conhecimento de suas responsabilidades, limites de sua autoridade, além de competência e comprometimento com as atitudes corretas (NASCIMENTO; VIEIRA, 2016).

4.3 Correlações entre as variáveis

Quando realizado as correlações entre as próprias características das OPS, (Tabela 05), não se obteve uma boa relação de significância direta entre elas, mas, tratando-se de relação inversa obteve-se uma, com significância moderada de -0,7547, entre as variáveis: modalidade de atuação da OPS e porte da operadora.

Tabela 05 - Correlação das características organizacionais das OPS

	Var 01	Var 02	Var 03
var01	1		
var02	-0,0145	1	
var03	-0,7547	0,3361	1

Fonte: Dados da pesquisa (2019)

Realizando-se também as correlações entre as próprias características do ambiente de controle das OPS na perspectiva do COSO, (Tabela 06) obteve-se boas relações de significância.

A variável, “a estrutura de governança demonstra independência em relação aos seus executivos e supervisiona o desenvolvimento e o desempenho do controle interno”

(Var 05), obteve uma relação de 0,8 com a variável, “a administração estabelece, com a suspensão da estrutura de governança, as estruturas, os níveis de subordinação e as autoridades e responsabilidades adequadas na busca dos objetivos” (Var 06); e 0,89 com a variável “a operadora demonstra comprometimento para atrair, desenvolver e reter talentos competentes, em linha com seus objetivos” (Var 07).

A variável, “a administração estabelece, com a suspensão da estrutura de governança, as estruturas, os níveis de subordinação e as autoridades e responsabilidades adequadas na busca dos objetivos” (Var 06), obteve uma relação de 0,82 com a variável, “a operadora demonstra comprometimento para atrair, desenvolver e reter talentos competentes, em linha com seus objetivos” (Var 07).

Tabela 06 - Correlação das características do ambiente de controle das OPS na perspectiva do COSO

	Var 04	Var 05	Var 06	Var 07	Var 08
var04	1				
var05	0,32	1			
var06	-0,06	0,8	1		
var07	0,07	0,89	0,82	1	
var08	-0,18	0,4	0,37	0,55	1

Fonte: Dados da pesquisa (2019)

Após a realização das relações de significância entre as variáveis de cada grupo, realizou-se tais relações das variáveis do dois grupos, isso é, das características organizacionais das OPS, com as características do ambiente de controle das OPS na perspectiva do COSO (Tabela 07).

Tabela 07 - Correlação das características organizacionais das OPS x características do ambiente de controle das OPS na perspectiva do COSO

	Var 01	Var 02	Var 03
var4	0,23	-0,49	-0,25
var5	0,07	-0,16	-0,24
var6	0,26	0,02	-0,26
var7	0,21	0,04	-0,30
var8	0,37	-0,10	-0,40

Fonte: Dados da pesquisa (2019)

Obtendo como grau de significância a relação quase zero entre as variáveis:

- “Modalidade da operadora” (Var1), com “a estrutura de governança demonstra independência em relação aos seus executivos e supervisiona o desenvolvimento e o desempenho do controle interno” (Var5);
- “Tempo de atuação” (Var2), com “a administração estabelece, com a suspensão da estrutura de governança, as estruturas, os níveis de subordinação e as autoridades e responsabilidades adequadas na busca dos objetivos” (Var6), e com “a operadora demonstra comprometimento para atrair, desenvolver e reter talentos competentes, em linha com seus objetivos” (Var7).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a importância da consequência benéfica de um sistema de controle interno, em promover uma razoável segurança, em concordância com os objetivos

institucionais pré-estabelecidos, somado a relevância do setor da saúde suplementar representada no Brasil, com a crescente cifras financeiras astronômicas, além de representar um direito fundamental da Carta Magna, a possibilidade de resguardas um bem estar saudável pela cobertura assistencial aos usuários contratantes.

Ao verificar as características das práticas do ambiente de controle das operadoras de planos de saúde (OPS) do Estado de Pernambuco, sob a perspectiva do COSO, averiguou-se que 82% dos respondentes concordaram (plenamente e parcialmente) sobre sua execução de tais características nas OPS.

Pela estatística inferencial não obteve relações diretas de significância entre os grupos de variáveis, apenas dentro do próprio grupo que descrevia o ambiente de controle estabelecidos pelo COSO que se obteve relações com pelo menos 0,8. Como está bem próximo de 1, significa que está bem relacionado.

Pelos aspectos abordados nessa pesquisa, sobre o ambiente de controle nos conjuntos de dados apurados, a de se inferir a grande relevância sobre o tema que envolve o controle interno, aplicado nas operadoras da saúde suplementar do Estado de Pernambuco, inclusive pela enorme possibilidade de prospectar a solvência, com o atingimento de seus objetivos particulares de forma eficaz e eficiente, impactando diretamente na saúde, economia, finanças, e aspectos sociais, para todos os envolvidos.

Apresentou-se algumas limitações no desenvolver dessa pesquisa, tais como: o quantitativo de participantes, dimensionado pelo seu universo; ao entendimento dos respondentes, sobre o assunto abordado no questionário; e pela ausência de pesquisas científicas abordando tais aspectos, de controle interno, em instituições privadas, e principalmente no segmento da saúde suplementar do Brasil. Por outro lado, todas essas limitações servem de motivação e sugestão para pesquisas futuras, que possam servir de maturação sobre o assunto.

Referências

ABRAMGE, SINAMGE, SINOGE. Cenário Saúde. V. 3, n. 2, 2018. Disponível em: <https://www.abramge.com.br/portal/index.php/pt-BR/dados-setoriais/cenario-da-saude#>
Acesso em: 15/01/19.

ALBUQUERQUE, C., PIOVESAN, M. F., SANTOS, I. S., MARTINS, A. C. M., FONSECA, A. L. SASSON, D., SIMÕES, K. de A. A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. **Ciencia & saude coletiva**, v. 13, p. 1421-1430, 2008.

ANS. **Caderno de Informação da saúde suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2017.

_____. Informações de operadoras com registro ativo no Estado de Pernambuco. Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_03a.def
Acesso em 20/06/2018.

BARRAGAN, L. G. **Controle interno: diagnóstico e adaptação das técnicas existentes para as entidades do terceiro setor**. Dissertação de Mestrado. UNIFECAP. São Paulo. 2005.

BITENCOURT, L. C. T., SILVA, I. A. **Análise dos controles internos utilizados no setor contábil: estudo de caso em uma empresa prestadora de serviços contábeis de Caxias do**

Sul. X Seminário de Iniciação Científica curso de ciências contábeis da FSG, v. 6, n. 1, 2016.

BRASIL. Lei nº 9.656. **Regulamenta a Saúde Suplementar no Brasil**. Diário Oficial da União, Brasília, 2 de junho de 1998. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9656compilado.htm Acesso em: 09/12/2018.

_____. Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000. **Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS - e dá outras providências**. Diário Oficial da União, 28 de janeiro, 2000. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9656compilado.htm Acesso em: 09/12/2018.

_____. Resolução Normativa – RN nº 443, de 25 de janeiro de 2019. Dispõe sobre adoção de práticas mínimas de governança corporativa, com ênfase em controles internos e gestão de risco, para fins de solvência das operadoras de plano de assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, 28 de janeiro, 2019. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?data=28/01/2019&jornal=515&pagina=103> Acesso em: 28/01/2019.

CARPES, A. M. da S., ORO, I. M. **Análise do ambiente de controle interno nas cooperativas agropecuárias do estado de Santa Catarina**: uma investigação alicerçada na perspectiva da metodologia COSO. In: CONGRESSO USP DE INICIAÇÃO CIENTIFICA EM CONTABILIDADE. 2010.

CASTRO, J. D. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. **Sociologias**, v.4, n.7, p.122-36, 2002

COMMITTEE OF SPONSORING ORGANIZATION OF THE TREADWAY COMMISSION (COSO). **Controle interno – Estrutura Integrada**. Estados Unidos, 2013. Disponível em: http://www.iibrasil.org.br/new/2013/downs/coso/COSO_ICIF_2013_Sumario_Executivo.pdf Acesso em: 18/07/2017.

DĂNESCU, T., DOGAR, C. COSO principles and European Social Fund funded projects in Romania. **Procedia-Social and Behavioral Sciences**, v. 62, p. 901-905, 2012.

FACHIN, O. **Fundamentos de metodologia**. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2005.

FRAZER, L. Internal control: Is it a benefit or fad to small companies? A literature dependency perspective. **Journal of Accounting & Finance**, v. 16, n. 4, p. 149-161, 2016.

GE W.; LI Z.; LIU Q.; MCVAY S. **When does internal control over financial reporting curb resource extraction?** Evidence from China. Working paper, University of Washington, Southern Methodist University, and Huazhong University of Science and Technology, 2018. Disponível em: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2704663 Acesso em: 11 nov. 2018.

GERSCHMAN, S., UGÁ, M. A. D., PORTELA, M., LIMA, S. M. L. O papel necessário da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação das relações entre operadoras

de planos de saúde e prestadores de serviços. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 463-476, Jun. 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. Ed. – São Paulo: Atlas, 2002.

GIRIŪNAS, L. Evaluation of condition of internal control system in the company. **Ekonomika ir vadyba: aktualijos ir perspektyvos**, n. 1, p. 103-113, 2009.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR (IESS). **Guia da Saúde Suplementar**. 2. Ed. – São Paulo: IESS, 2013.

JACINTHO, M. R. M., RAMOS, D. B. **Controles internos na área financeira da Unimed Nordeste RS**, com foco nos produtos hospitalares, faturados pelos prestadores de serviços terceirizados. IX Seminário de Iniciação Científica curso de ciências contábeis da FSG, v. 5, n. 2, 2014.

KOVALSKI, F. M. **Sistema de controles internos: um estudo de caso aplicado a uma empresa de comércio e beneficiamento de cereais**. Trabalho de Conclusão de Curso de Pós-graduação. Universidade Federal do Paraná. Curitiba – PR. 2017.

LAWSON, B., MURIEL, L., SANDERS, P. R. A survey on firms' implementation of COSO's 2013 Internal Control-Integrated Framework. **Research in accounting regulation**, v. 29, n. 1, p. 30-43, 2017.

LEOTTI, V. B., COSTER, R., RIBOLDI, J. Normalidade de variáveis: métodos de verificação e comparação de alguns testes não-paramétricos por simulação. **Revista HCPA**. Porto Alegre. Vol. 32, no. 2 (2012), p. 227-234, 2012.

LIMA, C. R. M. de. Informação, assimetria de informações e regulação do mercado de saúde suplementar. **Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, n. esp., 1º sem., p. 132-146, 2006.

LONGO, P. S., SIBIM, M. C., IGARASHI, D. C. C., TAKAHASHI, L. C. E., PASINI, A. Committe of Sponsoring Organization: potencial de auxílio ao estruturar um sistema de controle interno. **Revista de Gestão e Organização Cooperativas – RGC**, Santa Maria/RS, v. 4, n. 8, 2017.

MELO, M. F. G. C de. **Relações público-privadas no sistema de saúde brasileiro**. Tese de doutorado. Universidade Estadual de Campinas. São Paulo. 2017.

NASCIMENTO, E. J. N. do, VIEIRA, E. T. V. A importância dos controles internos para a gestão em organizações e instituições financeiras. **Revista Ensino e Pesquisa em Administração e Engenharia (REPAE)**, São Paulo, V. 2, n. 2, jul./dez. 2016.

NITÃO, S. R. V. **Saúde suplementar no Brasil: um estudo da dinâmica industrial pós-regulamentação**. Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro/RJ, 2004.

PADILHA, F. B. **O controle interno como ferramenta de gestão: um estudo de caso em uma empresa de serviços.** Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Regional do Noroeste do Rio Grande do Sul. Ijuí - RS. 2011.

PINHEIRO, I. C. B., PELEIAS, I. R., SILVA, A. F. da, MARTINS, E. *Financial-Economic Regulation Effects in Financing Strategies of Health Plan Operators.* **Revista Universo Contábil**, ISSN: 1809-3337, FURB, Blumenau, v. 11, n. 2, p. 108–127, abr./jun., 2015. Disponível em: <http://proxy.furb.br/ojs/index.php/universocontabil/article/view/4396/3030>. Acesso em: 05 de dez. de 2018.

PONTES, A. C. F. Ensino da correlação de postos no ensino médio. **Simpósio Nacional De Probabilidade E Estatística (SINAPE)**, v. 19, p. 26-30, 2010.

PONTES, A. C. F., CORRENTE, J. E. Comparações múltiplas não-paramétricas para o delineamento com um fator de classificação simples. **Rev. Mat. Estat.**, São Paulo, v. 19, p. 179-197, 2001.

RAUPP, Fabiano Maury; BEUREN, Ilse Maria. **Metodologia da pesquisa aplicável às ciências sociais.** In: BEUREN, Ilse Maria (Org.) Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática. São Paulo: Atlas, 2003.

SALVATORI, R. T.; VENTURA, C. A. A. A agência nacional de saúde suplementar - ANS: onze anos de regulação dos planos de saúde. **Organizações & Sociedade**, v. 19, p. 471-487, 2012.

SANCOVSCHI, M.; MACEDO, M. A. S.; SILVA, J. A. **Análise das intervenções da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) através dos Índices de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS).** Contabilidade, Gestão e Governança, Brasília, DF, v. 17, n. 2, p. 118-136, 2014.

SANTOS, I. S., UGÁ, M. A. D., PORTO, S. M. O mix público-privado no Sistema de Saúde Brasileiro: financiamento, oferta e utilização de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 1431-1440, 2008.

SILVA, E. L. da, MENEZES, E. M. **Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação.** 4. ed. Florianópolis: UFSC, 2005.

SILVA, M. E. M da. **O processo de tomada de decisão para o agendamento de consultas especializadas em centrais de regulação: proposta de um modelo baseado em análise multi-critério.** Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2004.

SOTOPIETRA, A. U. **Assistência à saúde pela iniciativa privada de forma suplementar ao Estado.** Dissertação de Mestrado. Universidade Presbiteriana Mackenzie. São Paulo. 2017.