



XXIX Congresso Brasileiro de Custos
16 a 18 de novembro de 2022
- João Pessoa / PB -



Gestão de Custos e desempenho na verticalização assistencial: Um estudo de caso nas operadoras de planos de saúde do estado do Espírito Santo

Jéssica Batisti Prando Marinato (UFES) - jessica.batisti@gmail.com

Yara Rodrigues de Moraes (UFES) - y.siarom@gmail.com

Carlos Roberto Vallim (UFES) - vallim.ufes@gmail.com

Resumo:

A presente pesquisa objetiva identificar se existe alguma correlação dos indicadores econômico-financeiros com o processo de verticalização das operadoras de saúde suplementar no estado do Espírito Santo. Para atender ao objetivo proposto, foi utilizada abordagem exploratória e descritiva, utilizando a metodologia quantitativa por meio de estudo de caso, sendo coletado dados de 8 das 35 operadoras de saúde suplementar sediadas no Espírito Santo no período de 2012 a 2021, a fim de analisar a influência do fenômeno da verticalização. Para possível análise e interpretação dos dados, utilizou-se o software Jamovi (Version 2.2). Os achados da pesquisa confirmam que existe uma correlação entre integração vertical e desempenho econômico-financeiro de forma moderada a fraca, demonstrando que o fenômeno da verticalização possui também outras influências de diversos fatores. Contudo, considerando que o objetivo principal da verticalização é gerir os custos assistenciais para obtenção de melhores resultados, é significativa a relação encontrada entre os indicadores de custo e ticket médio com a verticalização. Nesse sentido, entende-se que o objetivo proposto foi alcançado, uma vez que foi identificada que há correlação com algumas das variáveis estudadas.

Palavras-chave: *Saúde suplementar. Verticalização. Desempenho econômico-financeiro.*

Área temática: *Sistemas de controle gerencial e custos*

Gestão de Custos e desempenho na verticalização assistencial: Um estudo de caso nas operadoras de planos de saúde do estado do Espírito Santo

RESUMO

A presente pesquisa objetiva identificar se existe alguma correlação dos indicadores econômico-financeiros com o processo de verticalização das operadoras de saúde suplementar no estado do Espírito Santo. Para atender ao objetivo proposto, foi utilizada abordagem exploratória e descritiva, utilizando a metodologia quantitativa por meio de estudo de caso, sendo coletado dados de 8 das 35 operadoras de saúde suplementar sediadas no Espírito Santo no período de 2012 a 2021, a fim de analisar a influência do fenômeno da verticalização. Para possível análise e interpretação dos dados, utilizou-se o software Jamovi (Version 2.2). Os achados da pesquisa confirmam que existe uma correlação entre integração vertical e desempenho econômico-financeiro de forma moderada a fraca, demonstrando que o fenômeno da verticalização possui também outras influências de diversos fatores. Contudo, considerando que o objetivo principal da verticalização é gerir os custos assistenciais para obtenção de melhores resultados, é significativa a relação encontrada entre os indicadores de custo e ticket médio com a verticalização. Nesse sentido, entende-se que o objetivo proposto foi alcançado, uma vez que foi identificada que há correlação com algumas das variáveis estudadas.

Palavras-chave: Saúde suplementar. Verticalização. Desempenho econômico-financeiro.

Área Temática: Sistemas de controle gerencial e custos.

1 INTRODUÇÃO

O mercado de saúde suplementar, conhecido popularmente como as operadoras de planos de saúde (OPS), trata-se de serviços oferecidos à saúde constituído pela rede privada. O serviço surgiu no Brasil na década de 1960 quando empresas começaram a oferecer planos de saúde para seus trabalhadores com carteira assinada e somente em 3 de junho de 1998, foi aprovada a Lei nº 9.656, conhecida como “Lei dos Planos de Saúde” que passa a regulamentar os serviços oferecido no país pelas operadoras. Em 28 de janeiro de 2000 foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), através da Lei nº 9.961, com objetivo regular o mercado de planos de saúde privados e assegurar o equilíbrio do sistema, garantindo, por exemplo, que as operadoras de planos de saúde tivessem solidez financeira suficiente para arcar com os compromissos assumidos, dado o crescente aumento de custos no setor.

Com a finalidade de garantir redução de custos e assegurar o atendimento com qualidade aos seus beneficiários, as operadoras têm buscado intensificação das estratégias de verticalização de suas operações, que consistem em investimentos em ativos próprios para a prestação de serviços médico-hospitalares diretamente aos seus beneficiários. Nesse sentido, a integração vertical dos serviços em saúde surgiu

como uma alternativa para a redução do custo de operação destas organizações, aumentando sua sustentabilidade no mercado (Leandro, 2010).

Diante do exposto, a presente pesquisa coloca como problema de estudo a necessidade de responder a seguinte indagação: há correlação entre os indicadores de desempenho econômico-financeiro e a verticalização assistencial em operadoras de planos de saúde no estado do Espírito Santo?

Dessa forma, este artigo tem como objetivo avaliar se existe relação entre os indicadores de desempenho econômico-financeiro com o processo de verticalização das operadoras de saúde no estado do Espírito Santo. O presente trabalho se justifica pelas intensas mudanças que a saúde suplementar no estado vem passando nos últimos anos, como aumento do número de beneficiários no estado segundo dados da ANS, pela pandemia que teve início em 2020 e abertura do setor para investimento estrangeiro em 2015, processo denominado consolidação do setor de saúde (Folha Vitória, 2021). O acervo de estudos anteriores engloba operadoras de todo o País, sendo assim, um estudo focado no estado do Espírito Santo fortalece a justificativa do artigo. Como também a maioria das pesquisas relacionadas ao assunto utilizam metodologia qualitativa descritiva, através de questionário com gestores, logo o presente artigo propõe uma análise quantitativa através da análise de indicadores econômico-financeiros.

A pesquisa será delimitada ao estado do Espírito Santo, que segundo dados da ANS (junho/2022), possui 1.235.805 beneficiários para 362 operadoras, entretanto para a pesquisa foi utilizado como amostra 8 das 35 operadoras que estão sediadas no Espírito Santo, sendo utilizado como corte as operadoras que possuem mais de 23 mil beneficiários ativos, representando 76% de todas as vidas do estado, de acordo com dados e indicadores do setor ANS.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O referencial teórico do presente estudo foi estruturado em quatro partes. Primeiramente, se apresenta a gestão de custos no setor de operadoras de saúde. Em seguida, verticalização nas operadoras de saúde, setor de operadoras de saúde no Brasil e Espírito Santo, e pesquisas anteriores.

2.1 Gestão de custos no setor de operadoras de saúde

Denomina-se custo assistencial o desembolso resultante de toda e qualquer utilização das coberturas contratadas junto aos planos de saúde suplementar por parte do beneficiário (Cavalcanti, 2020).

A variação de custos hospitalares decorre de diversos fatores, dentre eles temos: inflação médica, avanço da medicina e incorporação de novas tecnologias, frequência de utilização dos planos, aumento do envelhecimento populacional, modificação do perfil epidemiológico, surgimento de novas doenças, aumento da incidência de moléstias e do trauma, extensão de cobertura, papel reduzido do mercado, pelo aumento da consciência dos usuários por seus direitos (Bedoni, 2018).

Cavalcanti (2020) afirma que o aumento acelerado dos custos das operadoras de planos de saúde compromete a sustentabilidade e o desenvolvimento do setor, uma vez que gera duas consequências principais: operadoras enfrentam dificuldades em repassar nos preços dos planos os aumentos de custos observados, piorando seus resultados operacionais e entrando em dificuldades financeiras; e preços dos planos de saúde se tornam inacessíveis para uma parcela cada vez maior da

população. O cenário atual demonstra que é preciso garantir a sustentabilidade de um setor tão importante em um país com um sistema público de saúde comprometido.

Diante disso, é importante adotar estratégias para o controle de custos, para buscar viabilidade financeira no médio e longo prazo, através da busca pela eficiência e eficácia das atividades, somando-se à qualidade do atendimento e utilização racional dos recursos.

A sustentabilidade econômica dos serviços da saúde implica em criar melhores alternativas para avaliar o que é crítico, definir prioridades na alocação de recursos e obter os melhores resultados. Uma análise explícita dos custos nos serviços da saúde representa uma etapa crucial para a compreensão de como os custos são gerados e entender a eficiência do sistema (Avelar, Silva e Fouto, 2018).

Muitas operadoras de planos de saúde mudaram suas estratégias, verticalizando estruturas com redes próprias, buscando maior autonomia e controle dos custos, e assim passaram a gerenciar suas escolhas contábeis para atender as exigências do mercado. O lucro, antes omitido para reduzir a carga tributária, passou a ser evidenciado, como condição de permanência no mercado (Pinheiro I.C.B, 2021).

2.2 Verticalização nas operadoras de saúde

De acordo com estudo realizado em 2014 pela ANS, pelo menos 40% dos planos de saúde dispunham de rede própria de atendimento, formada por hospitais, ambulatorios e centros de exames laboratoriais, representando 80% das opções de serviço ofertadas aos clientes (Cordeiro, 2017).

De acordo com a Revista Unimed BR (2016), a verticalização suplementar ocorre quando os planos de saúde constroem recursos próprios, como hospitais, laboratórios e outros serviços na área de saúde; ou os hospitais criam os planos de saúde. A verticalização é comumente referida como a estratégia de comercialização de planos de saúde e operação de uma rede de prestadores de serviços de saúde, incluindo hospitais, clínicas e laboratórios (Cavalcanti, 2020).

Segundo o Conselho Regional de Medicina do estado de São Paulo (2012), há uma vantagem legal que incentiva a verticalização e desequilibra o mercado em benefício das operadoras de saúde. Por lei, as operadoras podem abrir capital e receber investimentos estrangeiros, enquanto os hospitais independentes, filantrópicos ou não, não podem ter acesso a esses recursos.

A verticalização, além de um maior controle na utilização dos beneficiários, proporciona maior poder de negociação junto a sua rede credenciada, pois a operadora tem uma alternativa para atendimento (Nascimento, Diehl e Piccoli, 2021). “A verticalização é o futuro das operadoras de saúde que querem permanecer no mercado por mais tempo”, afirma Walter Ney Junqueira, presidente da Unimed Criciúma e autor do livro *A Verticalização no Setor de Saúde Suplementar: o Caso dos Recursos Próprios* o autor em entrevista para a Revista Unimed BR.

Conforme citado por Okano e Gomes (2018), a implantação de sistemas integrados de saúde pode trazer, para a organização, uma série de vantagens que vão além da ausência de fragmentação dos serviços, como qualidade assistencial, aumento do poder de mercado, foco no bem estar do beneficiário, disseminação do risco do negócio, redução de atividades e procedimentos desnecessários, economias de escala através do aumento de participação no mercado e minimização de conflitos, já que a gestão conjunta de produtos/serviços de saúde minimiza as divergências e a competição de recursos comuns.

Segundo, Okano e Gomes (2018) uma desvantagem da verticalização seria a perda de flexibilidade econômica e operacional, pois caso haja uma mudança ou crise

no mercado, todo investimento estará no ramo em questão, dificultando qualquer estratégia de reação. E o outro ponto seria o aumento dos custos, quando em momentos de baixa de mercado, já que os preços de matérias-primas caem mais que de produtos acabados, não conseguindo vantagens de comprar os insumos de produtores que teriam preços mais baixos que o seu preço de produção.

2.3 Setor de operadoras de saúde no Brasil e no Espírito Santo

O sistema de saúde privado no Brasil abrange todos os serviços de assistência médica, privados ou públicos, financiados pela iniciativa privada através de pré-pagamento, desembolso direto ou reembolso (Okano e Gomes, 2020). Assim, nota-se que a atuação das operadoras é de grande importância para a saúde brasileira, afinal, aqueles que aderem aos planos buscam por uma efetivação de seu direito à saúde com mais qualidade e eficiência.

Durante a pandemia, quando a oferta de leitos públicos se mostrou insuficiente, e elevou a demanda da população por planos de saúde, operadoras verticalizadas com hospital próprio aproveitaram esse diferencial competitivo, aumentando o número de beneficiários, com 49,0 milhões de beneficiários, representando um crescimento de 283 mil beneficiários, +0,58%, em relação a novembro/2021. Quando comparado com dezembro/2020, o número de beneficiários aumentou em 1,5 milhão de beneficiários, segundo o Relatório divulgado pela FenaSaúde.

Segundo a ANS, no estado do Espírito Santo, em 2021 apresentou o crescimento de 5,44% e no comparativo de cinco anos também ganhou vidas com percentual de 6,51%. Em março de 2019, 24,2% da população brasileira era atendida pela assistência médica de operadoras de planos de saúde, sendo que nas capitais a cobertura média era de 41% (ANS, 2019). Em Vitória, capital do estado do Espírito Santo, chega a 65,1%, enquanto no interior a média é de 19% (Nascimento, Diehl e Piccoli, 2021).

Desde 2015, quando foi autorizado o investimento estrangeiro em hospitais e planos de saúde brasileiros, grandes fundos de investimentos como Pátria e HIG, ambos capitalizados com parceiros no exterior, têm realizado aquisições de grandes hospitais e planos de saúde no Espírito Santo, formando grandes conglomerados. Esse processo foi chamado de consolidação do setor de saúde (Folha Vitória, 2021).

Esse aumento foi impulsionado pela retomada da economia nos últimos meses e pela recuperação do mercado de trabalho, além de uma maior percepção da importância de possuir um plano de saúde gerado pela pandemia. Mesmo com o aumento da demanda por planos de saúde médico no setor, é observado a diminuição do número de operadoras ano a ano.

Esse movimento é chamado consolidação do setor, sendo a tendência mais destacada nos estudos recentes, liderada por empresas mais eficientes em detrimento das menos eficientes no setor de saúde e a principal diretriz para alcançar a eficiência dos custos é a verticalização das operações. Considerando as complexidades deste cenário, as operadoras precisam de caminhos para manter sua hegemonia frente ao aumento da concorrência imposto pelas medicinas de grupo.

2.4 Pesquisas anteriores

A descrição de estudos anteriores fortalece a justificativa do artigo e a escolha dos indicadores de desempenho. No quadro 1 verifica-se o histórico com os dados das pesquisas exploradas neste artigo.

Ano	Autor	Objetivo	Resultado
2021	Nascimento, Diehl, Piccoli	Avaliar a relação entre a integração vertical e o desempenho econômico-financeiro das operadoras de planos de saúde brasileiras.	Os resultados apontaram a confirmação da relação positiva entre integração vertical e desempenho.
2021	Nascimento	Avaliar a relação entre o posicionamento estratégico e o desempenho econômico-financeiro das operadoras de planos de saúde e o efeito moderador da integração vertical nessa relação.	O trabalho concluiu que as empresas verticalizadas apresentaram desempenho superior às não verticalizadas.
2020	Cavalcanti	Avaliação econômico-financeira do modelo verticalizado da operadora Notre Dame Intermédica, através da construção de um modelo financeiro e obtenção do valor justo de suas ações.	Os resultados obtidos indicaram a recomendação de compra das ações da Intermédica.
2019	Claudino	Avaliar a relação da verticalização com o desempenho econômico-financeiro, através do ROIC (Retorno sobre o Capital Investido).	Os resultados apontaram falta de correlação entre a intensificação da verticalização e o ROIC, apesar das companhias verticalizadas apresentarem melhores resultados de sinistralidade.
2018	Domingos	Estudar a reestruturação de rede de uma operadora de saúde suplementar, que vem implementando estrutura vertical no serviço oncológico de saúde.	Os resultados demonstram que pode ser 17% e 7% mais barato que o mesmo serviço oferecido em rede terceirizada, e que a estrutura vertical proporciona uma maior integração entre os profissionais envolvidos.
2016	Tisott, Prantz, Malafaia, Tondolo, Borelli	Analisar o processo de integração vertical de uma operadora em saúde que atua na modalidade de autogestão em assistência médico-hospitalar	As potencialidades percebidas foram a satisfação dos beneficiários, aumento da resolutividade dos problemas, otimização dos recursos da operadora, minimização de conflitos e focalização no beneficiário. Não houve desvantagens identificadas.
2014	Cunha	Analisar possíveis cenários e os efeitos econômicos, sociais, políticos, tecnológicos e legais decorrentes da entrada de capital estrangeiro no sistema brasileiro de saúde suplementar.	Os resultados concluem que se deve investir em ações para a melhoria de políticas de saúde, na estrutura, em modelo de remuneração operadora-prestador, ações de promoção e prevenção de saúde, de modo a evitar efeitos nocivos da entrada de capital estrangeiro neste mercado.
2014	Baldassare	Analisar o desempenho econômico-financeiro de operadoras de planos de saúde,	A pesquisa teve como resultado nove operadoras que apresentaram desempenho superior em mais de

		buscando verificar fatores associados ao desempenho, como ano, operadora, modalidade e porte.	uma medida. Entretanto, não permitiu comparar os efeitos sendo está uma das limitações da pesquisa.
2013	Ferreira	Verificar se os fatores considerados pelas Operadoras quando tomam a decisão de oferecer internamente a prestação dos serviços médico-hospitalares vão ao encontro dos determinantes para a integração vertical descritos na Teoria dos Custos de Transação.	Como resultado, verificou a presença dos determinantes da integração vertical previstos na Teoria dos Custos de Transação, constatando que as referidas Operadoras estão internalizando atividades de prestação de serviços assistenciais, com destaque para as Cooperativas Médicas.
2013	Correa	Identificar o que motiva as organizações a apostar na verticalização e quais as informações são importantes para a tomada de decisão neste sentido.	Conclui-se que há diversas motivações, desde aspectos mercadológicos e operacionais, até aspectos especulativos e que no mercado de saúde suplementar o risco deste tipo de operação é ainda maior.
2011	Albuquerque, Fleury M., Fleury A.	Analisar os benefícios alcançados com o processo de verticalização entre as operadoras de saúde.	O artigo apontou os benefícios em controle dos custos de produção e a melhoria da qualidade ou resolutividade dos serviços médicos.
2010	Leandro	Avaliar se as empresas verticalizadas Unimed apresentam maior eficiência, refletida em uma menor despesa na oferta de assistência suplementar no mercado.	Conclui-se que a verticalização entre operadoras de planos de saúde Unimed's e hospitais e pronto-socorro apresenta ganhos de eficiência representados em menores custos.

Quadro 1 – Pesquisas anteriores.

Fonte: Elaborada pelos autores com base nos artigos citados.

3 METODOLOGIA

Para a pesquisa foi utilizado abordagem exploratória e descritiva. Também se descreve como quantitativa por meio do cruzamento de dados estatísticos, onde serão considerados mais de um objeto de estudo através do procedimento estudo de caso.

Na metodologia foram selecionados indicadores para analisar os dados das empresas. Os indicadores econômico-financeiros com maiores relevâncias selecionados para o estudo são margem de lucro líquido (MLL), retorno sobre o patrimônio líquido (ROE), retorno sobre o ativo total (ROA), sinistralidade, custo médio e ticket médio por beneficiário, conforme literatura pesquisada. Em relação ao indicador de verticalização, foi utilizada uma escala adaptada de Albuquerque et al. (2011) citado por Nascimento, Diehl, Piccoli (2021). Inicialmente verificou-se, através de pesquisa, o número de unidades de recurso próprio de cada operadora ao longo dos anos de 2012 a 2021. Posteriormente foi aplicado um fator de correção, utilizando uma adaptação da escala de medicação de Likert através da categoria importância, onde as respostas podem ser: Muito Importante; Importante; Razoavelmente Importante, Pouco Importante e Sem Importância. Esta escala é medida de 1 a 5, contudo foram utilizados os valores de 0 a 4, sendo 0 sem importância e 4 muito

importante, os valores intermediários avaliam a diferença entre cada tipo de recurso próprio. Foram adotados valores decimais para diferenciar a importância assistencial de cada tipo de estrutura própria, levando em consideração a complexidade e tipo de serviço, logo esta escala foi definida conforme visão crítica das autoras. Criando assim uma escala que associou a quantidade de unidades próprias versus grau de importância. Com a finalidade de analisar a relação entre os indicadores econômico-financeiros e o indicador de verticalização, foi aplicado o teste estatístico correlação de Spearman, este coeficiente também pode ser chamado de ρ (*rho*) de Spearman, no qual resume o grau de relacionamento entre duas variáveis. A escolha deste teste se deu após a aplicação de um teste de normalidade, onde foi verificado que as variáveis não possuem distribuição normal, requisito para escolher o teste de Spearman no lugar do teste de Pearson. O software escolhido para as análises estatísticas foi o Jamovi (Version 2.2).

A variação dos resultados ocorre no intervalo de -1 a 1, o sinal indica a direção do relacionamento e o valor sugere a força da relação entre as variáveis, a interpretação da correlação se dá em termos do sentido (positivo ou negativo) e da força (fraca, moderada ou forte), conforme descreve Barbetta (2002).

Foram coletados dados contábeis oficiais, por um período de 10 exercícios contábeis, compreendendo os anos de 2012 a 2021, o banco de dados utilizado é o portal ANS, fornecendo um amplo panorama do setor e das operadoras de planos de saúde. As empresas escolhidas foram: as Cooperativas Unimed sendo Vitória, Sul Capixaba, Noroeste e Norte Capixaba, e Medicina em Grupo sendo Casa De Saúde São Bernardo S/A, Samp Espírito Santo Assistência Médica S.A., Samedil Serviços de Atendimento Médico S/A (MedSênior) e Mais Saúde S.A.

4 ESTUDO DE CASO

O estudo de caso é dividido em três partes. Primeiramente, apresenta-se um histórico das operadoras pesquisadas. Em seguida, se define as variáveis de desempenho econômico e de integração vertical, e a apresentação e análise dos dados.

4.1 Histórico das operadoras pesquisadas

Fundada em 1979, a Unimed Vitória é referência dentro do Sistema Unimed do país e é composta por 2.438 médicos cooperados, que prestam assistência médica, na modalidade cooperativa médica, para cerca de 362.571 mil clientes (Portal Unimed Vitória, 2022). Já a Unimed Sul Capixaba fundada em 1989 está presente em 30 municípios da região sul capixaba e é composta por 444 médicos cooperados, que prestam assistência médica, na modalidade cooperativa médica, para cerca de 90.661 mil clientes (Portal Unimed Sul Capixaba, 2022). A Unimed Noroeste fundada em 1993, atende atualmente 16 municípios da região e é composta por 280 médicos cooperados, que prestam assistência médica na modalidade Cooperativa Médica para cerca de 52.997 mil clientes (Portal Unimed Noroeste, 2022). A Unimed Norte Capixaba, fundada em 1990, possui atualmente 333 médicos cooperados e está presente em 14 municípios da região, com carteira de 38.451 mil vidas na modalidade cooperativa médica (Portal Norte Capixaba, 2022). A São Bernardo Saúde, fundada em 1981 e possui cobertura de 1,99% no estado do Espírito Santo, com carteira de 85.466 mil vidas, presta assistência médica, através da modalidade medicina em grupo (Portal São Bernardo, 2022). A Samp, fundada em 1986 em São Paulo, começou suas operações no estado do Espírito Santo em 1991, é a maior operadora

de medicina de grupo do Espírito Santo, fazendo parte do grupo Athena Saúde, uma das maiores empresas de saúde suplementar no País. Em 2019 concluiu a aquisição da SAMP e em 2021. A Samedil é conhecida popularmente como MedSênior, fundada em 2010, é um plano de saúde exclusivo para a terceira idade, presente em cinco municípios do estado, prestando serviço de assistência médica para 80.851 mil beneficiários (Portal MedSênior, 2022). A Mais Saúde é uma rede de assistência médica, atuante na Grande Vitória, fundada em 2014. Não possui rede própria de atendimento, oferecendo atendimento através de uma rede de credenciados (Portal Mais Saúde, 2022).

A tabela 1 traz o resumo de beneficiários ativos que cada operadora possuía em junho de 2022 de acordo com dados da ANS e sua proporção quando comparado a população do estado do Espírito Santo, que em 2021 foi estimada pelo IBGE em 4.108.508 habitantes.

Tabela 1

Informações de beneficiários por operadora analisada

Registro ANS	Operadora	Número de Beneficiários	(%) Beneficiários em relação a população do ES	(%) Beneficiários no ES em relação ao total da operadora
357391	Unimed Vitória	328.842	8%	88%
342033	Samp	277.289	7%	99%
320706	Unimed Sul Capixaba	93.088	2%	98%
363766	São Bernardo Saúde	86.872	2%	96%
371629	Unimed Noroeste	44.751	1%	86%
335614	MedSênior/Sademil	39.219	1%	48%
371777	Unimed Norte	38.579	1%	98%
419516	Mais Saúde	23.769	1%	96%

Fonte: Elaborado pelos autores com base nos dados ANS e IBGE.

4.2 Definição das variáveis de desempenho econômico e de integração vertical

Os indicadores de desempenho escolhidos avaliam a eficiência financeira das operadoras, bem como o impacto no custo assistencial, podendo evidenciar uma correlação entre a verticalização e a redução de custos. Através dos dados contábeis de cada uma das operadoras foram calculadas as variáveis descritas na tabela 2.

Tabela 2

Indicadores de desempenho econômico

Grupo	Finalidade	Indicador	Sigla	Significado
Rentabilidade	Verificar a capacidade da operadora em gerar retornos.	Margem de Lucro Líquido	MLL	Resultado Líquido / Contraprestações Efetivas
		Retorno sobre o Patrimônio Líquido	ROE	Resultado Líquido / Patrimônio Líquido
		Retorno sobre o Ativo Total	ROA	Resultado Líquido / Ativo Total
Custos	Verificar a relação de despesas com as receitas ou beneficiários.	Sinistralidade	-	Despesa assistencial em carteira própria pela receita assistencial em carteira própria
		Custo Médio por Beneficiário	CM	Custo assistencial / nº de beneficiários
Vendas	Analisar a receita com operação de planos de saúde gerada por beneficiário.	Ticket Médio	TM	Contraprestações Efetivas / (Média Beneficiários x 12)

Fonte: Elaborado pelos autores com base na ANS e Silva e Loebel (2017).

Através das pesquisas exploratórias, foi realizada uma adaptação do método dos autores Nascimento, Diehl, Piccoli (2021) para classificação de pesos e ser possível calcular o grau verticalização das operadoras, conforme é descrito na tabela 3.

Tabela 3

Indicadores de Verticalização

Peso	Tipo de Unidade Própria
4,0	Possui hospital próprio?
1,1	Possui maternidade própria?
0,4	Possui ambulatório próprio?
0,9	Possui clínica de especialidade própria?
2,5	Possui unidade oncológica?
0,2	Possui serviço de laboratório próprio?
0,2	Possui serviço de remoção próprio?
0,5	Possui serviço de assistência domiciliar próprio?
0,5	Possui centro de diagnóstico próprio?

Fonte: Adaptado de Nascimento, Diehl, Piccoli (2021).

O indicador de verticalização serviu como base para medir a volumetria de unidades próprias existente em cada operadora, levando em consideração a complexidade e tipo de serviço.

4.3 Apresentação e análise dos dados

O estudo de caso é dividido em três partes. Primeiramente, apresenta-se um breve histórico das empresas analisadas. Em seguida, a definição das variáveis de desempenho econômico e de integração. E finaliza com a apresentação e análise dos dados, onde se compara os indicadores de desempenho, os indicadores de verticalização e a análise da correlação entre verticalização e desempenho das operadoras de saúde.

4.3.1 Comparativo dos indicadores de desempenho

Para a análise dos itens de desempenho, apresenta-se o detalhamento de cada indicador, permitindo a compreensão de como os valores se comportaram no período analisado.

A margem de lucro líquido revela a relação entre o resultado líquido e o total das receitas com operação de planos de saúde. Na tabela 4 verifica-se um crescimento exponencial da MedSênior a partir de 2015. Em 2020 todas as operadoras apresentaram indicador positivo, com exceção da Mais Saúde, explicado pelo isolamento e conseqüente redução na procura de procedimentos, reflexo da pandemia. Já em 2021, as operadoras apresentaram queda no índice, motivado pela demanda represada, o que ocasionou aumento de custos, somado ao aumento do número de casos, complexidade e tempo de permanência de internações.

Tabela 4

Resumo do indicador MLL - Margem de Lucro Líquido

Código	Operadora	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
357391	Unimed Vitória	0,6%	1,4%	0,8%	1,3%	3,4%	1,1%	3,1%	1,5%	4,6%	-1,0%
320706	Samp	-1,6%	0,6%	0,6%	0,4%	0,6%	0,4%	0,3%	0,0%	0,7%	0,5%
371629	Unimed Sul Capixaba	0,0%	-0,6%	0,7%	0,0%	0,2%	3,2%	0,9%	0,1%	3,2%	1,3%
371777	São Bernardo Saúde	0,6%	0,3%	0,3%	0,1%	0,2%	2,8%	3,9%	-0,4%	5,7%	0,3%
335614	Unimed Noroeste	0,1%	0,7%	0,6%	0,7%	8,4%	16,2%	21,6%	21,4%	21,1%	15,4%
342033	MedSênior/Sademil	1,7%	1,3%	2,4%	3,2%	1,5%	1,1%	3,3%	5,1%	3,9%	-4,4%
363766	Unimed Norte	-10,5%	0,2%	2,4%	2,0%	1,7%	3,6%	4,3%	3,7%	10,8%	1,5%
419516	Mais Saúde	-	-	-	-	-	-	17,4%	2,4%	-22,2%	8,5%

Fonte: Elaborado pelos autores

Já o indicador ROE que representa a taxa de retorno sobre o patrimônio líquido obtido pela operadora, através da tabela 5 indica que as OPS que mais agregaram valor a si através de seus recursos próprios nesse histórico de 10 anos foram MedSênior e São Bernardo, principalmente no período da pandemia de Covid-19.

Tabela 5

Resumo do indicador ROE - Retorno sobre o Patrimônio Líquido

Código	Operadora	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
357391	Unimed Vitória	6,2%	13,4%	7,7%	9,9%	21,7%	6,9%	14,9%	7,0%	17,2%	-4,0%
320706	Samp	-13,0%	4,7%	4,1%	2,5%	3,4%	1,7%	1,4%	0,1%	1,9%	1,4%
371629	Unimed Sul Capixaba	0,2%	-6,6%	8,1%	0,3%	1,9%	21,5%	4,4%	0,3%	12,2%	5,1%
371777	São Bernardo Saúde	7,1%	2,4%	2,6%	1,1%	1,2%	18,1%	23,5%	-2,5%	23,9%	1,5%
335614	Unimed Noroeste	2,5%	14,2%	13,6%	4,5%	43,9%	54,5%	57,7%	39,3%	76,7%	76,8%
342033	MedSênior/Sademil	27,0%	30,0%	33,4%	33,5%	11,1%	8,0%	21,6%	18,7%	11,9%	-13,8%
363766	Unimed Norte	-174,2%	3,7%	24,7%	12,6%	9,8%	19,1%	21,3%	21,8%	100,5%	8,5%
419516	Mais Saúde	-	-	-	-	-	-	5,5%	2,6%	-106,6%	41,0%

Fonte: Elaborado pelos autores

A rentabilidade ROA demonstra a eficiência dos ativos e quanto de lucro eles estão gerando. A tabela 6 evidencia que até o ano de 2019, antes da pandemia, as operadoras que apresentavam melhor resultado sobre os ativos eram MedSênior, Samp e Unimed Vitória, no período pandêmico todas as operadoras apresentaram crescimento neste indicador que pode ser justificado pela suspensão dos serviços eletivos.

Tabela 6

Resumo do indicador ROA – Retorno sobre Ativo Total

Código	Operadora	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
357391	Unimed Vitória	1,4%	3,1%	1,8%	2,7%	7,3%	2,5%	6,9%	3,3%	8,2%	-1,9%
320706	Samp	-3,5%	1,4%	1,4%	0,9%	1,4%	0,8%	0,6%	0,0%	0,9%	0,7%
371629	Unimed Sul Capixaba	0,0%	-1,1%	1,4%	0,1%	0,4%	7,6%	1,9%	0,1%	5,7%	2,3%
371777	São Bernardo Saúde	1,5%	0,5%	0,7%	0,3%	0,3%	6,4%	10,5%	-1,2%	11,9%	0,7%
335614	Unimed Noroeste	0,3%	3,0%	2,7%	1,6%	18,6%	27,6%	35,1%	28,3%	43,6%	36,8%
342033	MedSênior/Sademil	5,8%	5,3%	10,6%	12,7%	5,2%	4,0%	10,7%	11,6%	7,9%	-9,1%
363766	Unimed Norte	-26,4%	0,6%	5,9%	4,4%	3,6%	7,7%	8,2%	8,0%	21,2%	2,7%
419516	Mais Saúde	-	-	-	-	-	-	5,3%	2,1%	-43,0%	18,8%

Fonte: Elaborado pelos autores

O indicador de sinistralidade que mede a relação entre o número de procedimentos acessados pelo beneficiário e o valor pago pela empresa para o plano de saúde, aumenta à medida que o custo assistencial se eleva. A tabela 7 indica que as operadoras de medicina em grupo apresentaram uma média 14% menor das operadoras de cooperativas médicas, que pode ser justificada pela atuação em relação a mão de obra médica possuir objetivos diferentes.

Tabela 7

Resumo do indicador Sinistralidade

Código	Operadora	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
357391	Unimed Vitória	82,0%	82,1%	78,7%	81,3%	83,8%	84,2%	82,1%	86,0%	79,1%	88,1%
320706	Samp	86,2%	83,4%	81,7%	83,7%	84,0%	85,4%	85,7%	84,2%	80,8%	84,6%
371629	Unimed Sul Capixaba	82,2%	76,3%	74,6%	76,4%	82,7%	80,3%	77,4%	79,7%	75,4%	79,2%
371777	São Bernardo Saúde	69,7%	81,9%	78,1%	79,4%	84,5%	90,5%	82,2%	92,3%	73,1%	88,7%
335614	Unimed Noroeste	59,5%	71,2%	77,2%	69,8%	64,5%	54,7%	43,9%	45,8%	40,5%	50,3%
342033	MedSênior/Sademil	75,5%	76,4%	75,9%	73,9%	74,0%	74,9%	74,9%	74,0%	67,3%	77,8%
363766	Unimed Norte	88,5%	77,0%	70,7%	72,2%	73,8%	70,1%	68,7%	72,9%	64,1%	79,1%
419516	Mais Saúde							40,5%	67,0%	84,6%	63,6%

Fonte: Elaborado pelos autores

O custo médio por beneficiário, medido pela equação custo assistencial / nº de beneficiários, evidencia através da tabela 8 um aumento no custo de 41% no período da pandemia de Covid-19 em comparação com o período anterior. Neste indicador, as operadoras que apresentaram o maior custo é a MedSênior seguida da Unimed Vitória e a Samp o menor custo, considerando todo período analisado.

Tabela 8

Resumo do indicador Custo Médio por beneficiário

Código	Operadora	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
357391	Unimed Vitória	R\$ 111	R\$ 122	R\$ 134	R\$ 155	R\$ 173	R\$ 190	R\$ 199	R\$ 227	R\$ 214	R\$ 239
320706	Samp	R\$ 90	R\$ 95	R\$ 105	R\$ 122	R\$ 139	R\$ 162	R\$ 182	R\$ 190	R\$ 187	R\$ 200
371629	Unimed Sul Capixaba	R\$ 85	R\$ 85	R\$ 90	R\$ 101	R\$ 121	R\$ 129	R\$ 121	R\$ 129	R\$ 119	R\$ 125
371777	São Bernardo Saúde	R\$ 101	R\$ 107	R\$ 97	R\$ 104	R\$ 121	R\$ 145	R\$ 201	R\$ 237	R\$ 181	R\$ 242
335614	Unimed Noroeste	R\$ 140	R\$ 193	R\$ 244	R\$ 250	R\$ 265	R\$ 254	R\$ 224	R\$ 248	R\$ 227	R\$ 309
342033	MedSênior/Sademil	R\$ 46	R\$ 53	R\$ 60	R\$ 64	R\$ 69	R\$ 76	R\$ 81	R\$ 84	R\$ 78	R\$ 97
363766	Unimed Norte	R\$ 87	R\$ 86	R\$ 94	R\$ 104	R\$ 122	R\$ 125	R\$ 128	R\$ 135	R\$ 125	R\$ 158
419516	Mais Saúde							R\$ 12	R\$ 19	R\$ 40	R\$ 71

Fonte: Elaborado pelos autores

O ticket médio mostra a relação entre receitas com operação de planos de saúde e o número de beneficiários, sendo um indicador de desempenho essencial que fornece o valor médio de vendas por cliente. A tabela apresenta 9 demonstra que as operadoras que possuem os maiores ticket médio são MedSênior e Unimed Vitória.

Tabela 9

Resumo do indicador Ticket Médio por beneficiário

Código	Operadora	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
357391	Unimed Vitória	R\$ 136	R\$ 149	R\$ 170	R\$ 190	R\$ 207	R\$ 226	R\$ 243	R\$ 264	R\$ 270	R\$ 271
320706	Samp	R\$ 105	R\$ 114	R\$ 128	R\$ 146	R\$ 165	R\$ 190	R\$ 212	R\$ 225	R\$ 232	R\$ 236
371629	Unimed Sul Capixaba	R\$ 103	R\$ 112	R\$ 121	R\$ 133	R\$ 146	R\$ 160	R\$ 156	R\$ 162	R\$ 157	R\$ 159
371777	São Bernardo Saúde	R\$ 145	R\$ 131	R\$ 124	R\$ 130	R\$ 143	R\$ 160	R\$ 245	R\$ 257	R\$ 248	R\$ 273
335614	Unimed Noroeste	R\$ 235	R\$ 271	R\$ 316	R\$ 358	R\$ 411	R\$ 465	R\$ 510	R\$ 542	R\$ 561	R\$ 614
342033	MedSênior/Sademil	R\$ 61	R\$ 69	R\$ 78	R\$ 87	R\$ 93	R\$ 102	R\$ 108	R\$ 114	R\$ 116	R\$ 125
363766	Unimed Norte	R\$ 99	R\$ 111	R\$ 132	R\$ 144	R\$ 165	R\$ 178	R\$ 186	R\$ 185	R\$ 196	R\$ 200
419516	Mais Saúde							R\$ 30	R\$ 29	R\$ 47	R\$ 112

Fonte: Elaborado pelos autores

4.3.2 Comparativo dos indicadores de verticalização

Foi possível observar através da tabela 10 que na análise histórica no período analisado, as operadoras que apresentaram maior grau de verticalização foram Unimed Vitória, Unimed Sul Capixaba e São Bernardo Saúde. Considerando somente os anos 2020 e 2021, observa-se um crescimento na verticalização da Medsênior se

comparado com as demais operadoras, devido a construção de um hospital inaugurado em 2020 e de sua expansão em outros estados, principalmente com inaugurações de Clínicas de Especialidades. Entretanto, a operadora MedSênior além de possuir unidades próprias no estado do Espírito Santo, também atua em Minas Gerais, Rio de Janeiro, Brasília, Paraná, Rio Grande do Sul. A operadora Mais Saúde não aparece no indicador de verticalização pois não possui nenhuma unidade de recurso próprio.

Tabela 10

Resumo do indicador de verticalização

Código	Operadora	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
357391	Unimed Vitória	8,6	12,0	14,8	15,0	15,4	15,4	15,4	17,3	17,3	17,3
320706	Samp	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	7,1	9,0	12,2	12,2
371629	Unimed Sul Capixaba	2,8	3,6	4,0	5,0	5,4	5,4	6,3	6,3	6,3	6,3
371777	São Bernardo Saúde	5,1	5,1	5,1	5,1	7,0	9,2	10,6	12,5	13,4	13,4
335614	Unimed Noroeste	4,0	4,9	4,9	4,9	4,9	4,9	4,9	4,9	4,9	4,9
342033	MedSênior/Sademil	0,0	0,0	0,0	4,9	4,9	5,8	6,8	8,6	15,0	23,4
363766	Unimed Norte	4,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	5,5	6,4	6,4

Fonte: Elaborado pelos autores

4.3.3 Correlação entre verticalização e desempenho das operadoras de saúde

A operadora Mais Saúde foi expurgada da análise de correlação, pois não possui histórico dos indicadores financeiros econômicos para todo o período analisado.

Tabela 11

Resumo do indicador de verticalização

	Verticalização	
Margem de lucro líquido	Spearman's rho	0.246*
	p-value	0.040
ROE - Retorno sobre o patrimônio	Spearman's rho	0.075
	p-value	0.535
ROA - Retorno sobre o ativo	Spearman's rho	0.172
	p-value	0.154
Sinistralidade	Spearman's rho	0.222
	p-value	0.064
Custo Médio	Spearman's rho	0.418***
	p-value	<0,001
Ticket Médio	Spearman's rho	0.410***
	p-value	<0,001

Nota: *p<.05; **p<.01; ***p<.001

Fonte: Elaborado pelos autores através do Software Jamovi

A interpretação do indicador de verticalização, tabela 11, ocorre através dos valores positivos e negativos, os valores 0.00 a 0.19 indicam uma correlação bem fraca, 0.20 a 0.39 indicam uma correlação fraca, 0.40 a 0.69 indicam uma correlação moderada, 0.70 a 0.89 indicam uma correlação forte e 0.90 a 1.00 indicam uma correlação muito forte.

Tabela 12

Resumo do indicador de verticalização

Indicador	Correlação
Margem de lucro líquido	Positiva Fraca
ROE - Retorno sobre o patrimônio	Positiva bem fraca
ROA -Retorno sobre o ativo	Positiva bem fraca
Sinistralidade	Positiva Fraca
Custo médio	Positiva Moderada
Ticket Médio	Positiva Moderada

Fonte: Elaborado pelos autores

Analisando o resultado da correlação através da tabela 12, verifica-se que apenas os indicadores de custo médio e ticket médio apresentaram uma correlação significativa de forma positiva moderada. Os demais indicadores apresentaram correlação positiva, mas bem fraca e fraca, o que não é interpretado com significância.

Também é possível interpretar que mesmo não possuindo uma correlação forte, existe um efeito positivo para a operadora, pois ao optar pela verticalização a operadora aumenta seu poder de negociação com os prestadores, possibilitando que ela aumente o poder de sua marca e não dependa totalmente de rede credenciada.

5 CONCLUSÃO

O estudo foi motivado pela importância do setor de saúde suplementar no estado do Espírito Santo, em decorrência de sua expansão no mercado por conta de investimentos estrangeiros ocasionando a consolidação do setor de saúde, sendo objetivo da pesquisa analisar se existe alguma correlação do processo de verticalização das operadoras de saúde com os indicadores de desempenho econômico-financeiro.

Por meio da abordagem exploratória e descritiva, com metodologia quantitativa por meio de estudo de caso, foram coletadas informações sobre integração vertical e desempenho econômico-financeiro das 7 maiores operadoras de planos de saúde médico hospitalares capixabas. Os dados foram tratados e analisados através do software Jamovi, utilizando o teste estatístico correlação de Spearman permitindo atender ao objetivo proposto.

Importante ressaltar, a limitação de identificar grau de verticalização exato no decorrer dos anos, pois não há um acervo nos sites das empresas e portal ANS com a data de início de atividade das unidades próprias das operadoras. Também, não foram consideradas as unidades que fazem parte de Holding, pois entende-se que as demonstrações contábeis das operadoras do estudo que fazem parte de Holding, são separadas a exemplo da Samp e São Bernardo que foram adquiridas pelo Grupo Athena gerido pelo fundo de investimentos Pátria, e que fazem uso de toda a sua estrutura física, mas como rede credenciada.

Os achados da pesquisa confirmam que existe uma correlação entre integração vertical e desempenho econômico-financeiro de forma moderada a fraca, demonstrando que o fenômeno da verticalização possui também outras influências de diversos fatores. Contudo, considerando que o objetivo principal da verticalização é

gerir os custos assistenciais para obtenção de melhores resultados, é significativo a relação encontrada entre os indicadores de custo e ticket médio com a verticalização.

A verticalização permite para operadora outros fatores como a estratégia em receber investimentos externos, investimentos em prevenção, negociação com prestadores, que não puderam ser mensurados neste artigo, mas não deixando de ser relevante para o processo interno da operadora optar pela verticalização. Logo se faz necessário pesquisas mais profundas, sugerindo amostras maiores em relação às operadoras, segregar as modalidades entre cooperativa médica e medicina em grupo, a fim de observar se existe correlação nesses grupos e períodos maiores para obter resultados mais concludentes.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, Gustavo M. de, Maria Tereza Leme Fleury, André Leme Fleury. *Integração vertical nas operadoras de assistência médica privada: um estudo exploratório na região de São Paulo*. Production 21.1 (2011): 0-0. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-65132011005000015> Acesso em: 18/03/2022.
- ANS. *Setor de planos de saúde segue em crescimento*. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/ans-setor-de-planos-de-saude-segue-em-crescimento>. Acesso em: 11/12/2021.
- ANS. *Dados e indicadores do setor*. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/aceso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>. Acesso em: 11/08/2021.
- Avelar, A. B. A.; Silva, A. S.; Fouto, N. M. M. D. Evolução dos Custos Médico-Hospitalares de Planos Privados de Assistência à Saúde no Brasil. *Revista de Gestão em Sistema de Saúde*, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 29-43.
- Bedoni, Maria Figueiredo. *Avaliação dos prestadores dos serviços hospitalares para assistência suplementar à saúde: diagnóstico de situação*. Dissertação de Mestrado em Ciências – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2018. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22134/tde-03072018-150501/es.php>. Acesso em: 05/12/ 2021.
- Cavalcanti, Eduardo Rangel de França Leão. *Avaliação econômico-financeira de uma companhia brasileira verticalizada do setor de planos de saúde*. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Engenharia de Produção) – Escola Politécnica, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://bdta.aguia.usp.br/item/003024375>. Acesso em: 13/11/2021.
- Cordeiro, A. M. *A verticalização como estratégia para melhoria de desempenho dos planos de serviços médicos: uma explicação com base nas teorias de custo de transação e de dependência de recursos*. In: SEMINÁRIO DOS CURSOS DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS, 3., 2017, Paraná. Anais [...]. Disponível em: http://anais.unespar.edu.br/iii_secisa/data/uploads/sumario.pdf. Acesso em: 13/01/2022.

Cremesp. Os médicos e os planos de saúde: guia de direitos contra os abusos praticados pelas operadoras. São Paulo: [Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo], 2012. [64] p.

Jornal online Folha Vitória. Mundo business. Espírito Santo, 2021. Disponível em: <https://www.folhavitoria.com.br/economia/mundo-business/2021/04/28>. Acesso em: 03/11/2021.

Junior do Nascimento, A., Alberto Diehl, C., & Soares Piccoli, M. (2021). *Integração Vertical e Desempenho Econômico-financeiro em Operadoras de Planos de Saúde*. Anais Do Congresso Brasileiro De Custos - ABC. Recuperado de <https://anaiscbc.emnuvens.com.br/anais/article/view/4856>.

Leandro, Tainá. *Defesa da concorrência e saúde suplementar: a integração vertical entre planos de saúde e hospitais e seus efeitos no mercado*. 118 f. Dissertação (Mestrado em Economia) - Universidade de Brasília, Brasília, 2010. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/6972>. Acesso em 20/03/2022.

Okano, M. T.; GOMES, J. G. Dimensões de satisfação da qualidade em serviços de saúde privado. *Revista Humanidades e Inovação*, São Paulo, v. 7, n. 4, mar./jun. 2020- . e-ISSN 2358-8322.

Pinheiro, I. C. B. et al. Efeitos da regulação econômico-financeira nas estratégias de financiamento das operadoras de planos de saúde. *Revista Universo Contábil*, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 108-127, abr./jun. 2015- . e-ISSN 1809-3337.

Portal Fenasáude. O que é saúde suplementar. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://fenasaude.org.br/conheca-a-fenasaude/sobre-o-setor/entenda-o-setor.html>. Acesso em: 19/01/2022.

Unimed do Brasil. Verticalizar para crescer. *Revista Unimed BR*, São Paulo, ano 6, n. 24, p. 10-13 ago./set. 2016.