

**UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL - IMES  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO**

**GEORGE HENRY MILLARD**

**CONTRIBUIÇÃO À COMPREENSÃO DA FRAUDE COMO  
UM FATOR INIBIDOR DO SETOR DE SEGUROS**

**SÃO CAETANO DO SUL  
2006**

**GEORGE HENRY MILLARD**

**CONTRIBUIÇÃO À COMPREENSÃO DA FRAUDE COMO  
UM FATOR INIBIDOR DO SETOR DE SEGUROS**

Dissertação apresentada no Programa de  
Mestrado em Administração da Universidade  
Municipal de São Caetano do Sul

Área de Concentração: Gestão e Inovação  
Organizacional

Orientador: Prof. Dr. Sérgio F. Crispim

**São Caetano do Sul  
2006**

**UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL – IMES**  
Rua Santo Antônio, n 50 – São Caetano do Sul – São Paulo

Diretor Geral: Prof. Marco Antônio Santos Silva

Reitor: Prof. Dr. Laércio Baptista da Silva

Pró-Reitor de Pós-Graduação e Pesquisa: Prof. Dr. René Henrique Götz Licht

Coordenador do Programa de Mestrado em Administração: Prof. Dr. Eduardo de Camargo Oliva

Dissertação defendida e aprovada em...../...../..... pela Banca  
Examinadora constituída pelos professores:

Prof. Dr. Sérgio F. Crispim

Prof. Dr. René Henrique Götz Licht

Prof. Dr. Geraldo Luciano Toledo

À Mamãe e ao Charles (in memoriam):  
sinto que teriam gostado.

À Mônica: grande companheira.

## **AGRADECIMENTOS**

É muito fácil agradecer quando se tem consciência do esforço que outros desempenharam para contribuir com sua experiência, dedicação e amizade na consecução de nossos objetivos. A dificuldade está em nomear todos os que, de uma forma ou outra, emprestaram seu saber, dispuseram-se a ajudar, além de oferecer suporte e apoio durante a caminhada.

Não há dúvida de que o pilar de todo o trabalho, balizando seu encaminhamento, mostrando alternativas, corrigindo distorções e influenciando decisivamente para sua conclusão, é o orientador.

Por admiração e profundo respeito intelectual, escolhi inicialmente o Prof. Dr. René Licht como orientador, e assim foi até a defesa da qualificação, momento em que o rumo que tracei para a dissertação se desviava do terreno da Ética e enveredava pelos caminhos da Administração Estratégica. Nesse momento, foi-me indicado o Prof. Dr. Sérgio Crispim, que me conduziu com sua mão amiga, paciência e sabedoria ao porto de destino.

Um e outro são, a seu modo, os responsáveis por esta dissertação, pelo que sou muito grato e reconhecido.

Sem o apoio da família não teria conseguido o resultado alcançado. Mônica, minha mulher, desdobrando-se, garantiu a retaguarda; Flavio, filho do meio, a continuidade de ações; George, o mais velho, “insights” e a formatação das apresentações; e no Charles encontrei a sempre presente alegria motivadora.

Os colegas do PMA, hoje ligados por amizade, se irmanaram nos anseios, aspirações e dificuldades e constituíram-se num acervo permanente, cujo estímulo também agradeço.

## RESUMO

A necessidade das instituições e pessoas protegerem-se de perdas e de suas conseqüências foi o fator gerador da atividade seguradora, por meio da criação de um lastro de poupança, definido por cotas e obedecendo a princípios de reciprocidade. Sua base é o mutualismo, em que há vantagens recíprocas para os participantes, é uma associação permanente e indispensável à proteção, e compensação por perdas financeiras, ou eventos futuros certos e inevitáveis, e se materializa por um contrato.

A quebra desse contrato pode dar-se por práticas inadequadas, freqüentemente ilícitas, em detrimento da lei, e com prejuízo alheio, configurando-se em fraudes. São comportamentos que impõem perdas tanto para as seguradoras, que têm seus custos elevados e margens reduzidas, quanto para os consumidores atuais, que têm os preços majorados em função dos repasses de custos derivados das fraudes, e potenciais, que deixam de ter acesso ao seguro em função dos preços relativamente altos. Neste sentido, esta dissertação busca a compreensão dos efeitos da fraude sobre o desenvolvimento do setor de seguros.

O primeiro capítulo introduz o objetivo da pesquisa, verificar como a fraude influencia o desenvolvimento do setor de seguros no Brasil.

No segundo capítulo o embasamento conceitual e as referências de dados secundários. Na primeira parte revisão bibliográfica sobre estratégia, ética e questões relacionadas à atratividade setorial e competitividade empresarial, que no caso do setor de seguros são muito condicionados pela fraude em função de seus efeitos depressivos sobre o setor. A segunda parte, nuclear ao projeto é inteiramente dedicada à compreensão da fraude em seus mais diversos aspectos, desde os primórdios da atividade, passando por sua conceituação, tipologia e impacto; também dedica especial atenção às pesquisas realizadas em diversos países, objetivando identificar comportamentos dos consumidores de seguro e tolerância à fraude, entre outros aspectos. A gênese desses trabalhos é a tentativa de gerar informação sobre práticas fraudulentas para subsidiar gestão ao seu combate. As pesquisas sobre fraude na atividade seguradora, realizadas em vários países são apresentadas, analisadas e comparadas. Para finalizar o referencial teórico,

caracteriza-se o setor, com os resultados do mercado internacional, latino americano.

O terceiro capítulo é dedicado à metodologia examinando-se a pesquisa e seu instrumento. O quarto capítulo é totalmente reservando aos resultados da pesquisa, que dá corpo a este trabalho por meio de pesquisa realizada no mercado brasileiro, que é a maior contribuição deste projeto. Visando compreender o ambiente de fraudes em seguros, em trabalho de campo, foram realizadas entrevistas com especialistas, objetivando sua visão, sensibilidade, e a coleta de depoimentos relativos à indústria seguradora. No quinto capítulo as considerações finais, onde estão alinhavados todos os tópicos desenvolvidos no trabalho com as conclusões da pesquisa de campo, extraíndo-se as principais contribuições, limitações e potenciais desdobramentos do mesmo.

Palavras-chave: Seguros, Fraude em Seguros, Administração Estratégica, Ética.

## **ABSTRACT**

The ground to foster the insurance concept was the need to have an adequate protection from the inevitable, obeying reciprocity principles. The mutual and reciprocal obligations are represented by a contract, offering advantages, compensations in exchange of installment payments.

Non adequate behaviors, frequently illicit and illegal, breaking the law, with loss is classified as fraud, imposing damage, and directly affecting the insurance industry, and their consumers.

The insurance industry and the limitations imposed to the sector due to fraud are a major challenge for managers. The difficulty to prevent and combat the fraud is related to many factors, researches have been provided to explain fraud and tolerance in many countries.

Understanding the fraud and its mechanisms is crucial, in order to establish adequate policies, and strategies to curb the phenomenon.

This study was based on researches conducted in the United States, United Kingdom, Germany and Norway, to evaluate fraud, insurance fraud and tolerance. For examining the Brazilian scenario the basis was most important research on the subject released in 2004.

The methodology used was an exploratory research interviewing specialists grounded on substantial bibliographic approach on the subject.

The conclusion supported the assumption that fraud as factor to inhibit the insurance sector.

**Key-words:** Insurance, Insurance Fraud, Strategic Management, Ethics.



## SUMÁRIO

1	Introdução .....	10
1.1	Origem do Estudo .....	10
1.2	Problematização .....	14
1.3	Objetivo .....	14
1.4	Justificativa do Estudo .....	15
1.5	Delimitação do Estudo .....	16
1.6	Vinculação da Linha de Pesquisa .....	16
2	Referencial Teórico.....	17
2.1	Estratégia .....	17
2.1.1	Conceitos Gerais em Estratégia .....	17
2.1.2	Administração Estratégica e Competitividade Estratégica ..	18
2.1.3	Análise do Ambiente e Importância da Atratividade Setorial	26
2.1.4	Estratégia e Ética .....	32
2.2	Fraude .....	35
2.2.1	Considerações Gerais .....	35
2.2.2	Aspectos Legais .....	38
2.2.3	Importância Econômica da Fraude .....	46
2.2.4	Tipificação da Fraude .....	50
2.2.5	Fraude no Ramo de Automóveis .....	54
2.2.6	Pesquisas sobre Fraude .....	59
2.2.6.1	Análise dos Dados das Pesquisas .....	87
2.3	Caracterização do Setor .....	91
3	Metodologia.....	99
3.1	Tipo de Pesquisa .....	99
3.2	Amostra e Sujeito da Pesquisa .....	100
3.3	Instrumento da Pesquisa .....	102
4	Resultados da Pesquisa .....	104
4.1	As Entrevistas .....	106
4.1.1	Tóquio Marine Seguradora / Real Seguros (ABN AMRO) .....	106

4.1.2	Barros de Moura & Associados, Sbm-Ltda. ....	110
4.1.3	Liberty Paulista de Seguros S/A .....	115
4.1.4	HDI Seguradora S/A .....	121
4.1.5	Entrevistado número 5 .....	127
4.1.6	Proter - Administradora e Corretora de Seguros Ltda. ....	134
4.1.7	Chubb do Brasil Cia. de Seguros .....	139
4.2	Análise das Entrevistas .....	143
4.2.1	Indústria de Seguros .....	143
4.2.2	Perspectivas do Mercado .....	144
4.2.3	Fraude .....	147
4.2.4	O Consumidor .....	152
4.2.5	A Empresa .....	153
5	Considerações Finais .....	155
6	Bibliografia .....	161

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Mercado Mundial de Seguros – 2004 .....	92
Tabela 2	Mercado Latino-Americano de Seguros – 2004 .....	94
Tabela 3	Evolução do Faturamento de Seguros e Participação no PIB – Brasil .....	96
Tabela 4	Evolução dos Principais Ramos de Seguros no Brasil de 2000 a 2004 .....	97
Tabela 5	Mercado de Automóveis – Arrecadação e Variação – 1998 a 2004 .....	98

## **INTRODUÇÃO**

### **1.1 Origem do Estudo**

A impossibilidade de antever circunstâncias incontrolláveis causadoras de perdas de toda natureza sempre acompanhou a humanidade, e a necessidade de proteger-se desses eventos e suas conseqüências exige a adoção de medidas de proteção. Uma das formas de o homem proteger-se de adversidades materiais é a criação de um lastro de poupança. Trata-se de uma economia preventiva alocada para suprir necessidades advindas de infortúnio. Transportando este conceito para uma coletividade, com o estabelecimento de cotas, princípios e reciprocidade, podem-se compreender os fundamentos do seguro.

Uma das formas de definir o seguro é caracterizá-lo como um contrato pelo qual, mediante pagamento periódico, uma das partes se obriga a indenizar a outra pela ocorrência de determinado evento. O seguro seria, então, o mecanismo de compensar as pessoas físicas ou jurídicas por perdas financeiras, ou eventos futuros certos e inevitáveis, como a morte, ou mesmo, em outros casos, riscos já especificados de toda natureza.

Desde logo, percebe-se que a relação estabelecida, que se materializa na contratação do seguro, embora cercada de normas e organizada por profissionais especializados utilizando-se de tecnologia para identificar e calcular riscos, está também baseada na confiança. É a boa-fé, portanto, que caracteriza o contrato de seguro, implicando um dever de conduta no qual se insere a veracidade, e obrigando o contratante do seguro a declarações corretas. Assim, a boa-fé, considerada de forma objetiva, se liga a uma regra de conduta, a um dever de agir ético que garanta a estabilidade e a segurança do contratado (SANTOS, 2003).

A quebra dos padrões exigíveis de conduta configura-se como fraude sempre que há a finalidade de obtenção de proveito ilícito, em detrimento da lei e com prejuízo alheio. As companhias seguradoras enfrentam com preocupação crescente a fraude representada por engano lesivo, mentira, abuso de confiança, ação de má-

fé, adulteração e outras práticas que deveriam ser vistas como atos criminosos. Esses comportamentos inadequados afetam a atividade do setor de seguros, impondo perdas e exigindo a adoção de medidas específicas de gestão para sua prevenção e repressão.

É importante ressaltar que os chamados comportamentos inadequados são classificados apenas pelo potencial ofensivo e assim considerados na medida em que possam ter enquadramento legal. As condutas menos éticas, que estão apenas na órbita moral e não se constituem em ilícito, escapam dessas considerações e, por se encontrarem na zona cinzenta do socialmente correto e não punível, podem ser consideradas imorais, porém não são ilegais.

De outra parte, o ambiente empresarial moderno exige padrões éticos de comportamento para as empresas, que se traduziriam pela cultura organizacional – em última análise, a cultura ética da organização (LICHT e ROMBOLI, 2002). Quando as companhias desviam-se do padrão habitual da indústria ou da sociedade, o resultado é a insatisfação do consumidor e a perda de confiança. Essa perda de confiança pode vir a gerar conflitos, prejudicando as relações de consumo, levando, em última análise, a litígios e busca de soluções, inclusive com medidas legais na órbita judicial. Os consumidores evitam negócios ou produtos devido a percepções negativas em relação às empresas (FERRELL, 2004).

É nesse contexto que as organizações procuram entender o significado de sua cultura ética, que pode representar uma vantagem competitiva (LICHT e ROMBOLI, 2002). Nesse sentido, buscam desenvolver processos de administração estratégica para criar vantagens competitivas como forma de obter retornos acima da média (HITT et al., 2003). Toda organização é vulnerável à fraude. As empresas terão de enfrentá-la e administrá-la como qualquer outro risco do negócio, desenvolvendo ações para minimizar prejuízos.

Entender os mecanismos da fraude em um setor de atuação é uma iniciativa fundamental. As empresas têm muitas ferramentas à disposição para providenciar os remédios adequados para cada ameaça identificada. Portanto, identificar comportamentos nocivos é essencial para estabelecer as medidas adequadas (KPMG, 2000, 2002 e 2004). Uma forma de conhecer esses comportamentos é

solicitar informações diretamente a um grupo significativo de clientes, submetendo-as a tratamentos estatísticos (GIL, 2002).

Nesse sentido, vêm sendo produzidas pesquisas que ensejam a abordagem do comportamento dos consumidores sob a ótica da ética e de seu comportamento no que se refere à fraude. Esses trabalhos subsidiam ações de natureza estratégica, como é o caso, no Brasil, do "Plano de Ação de Combate à Fraude", reunindo ações institucionais, de marketing, de prevenção e de comunicação, e seu gerenciamento, além da TI - Tecnologia da Informação (FUNENSEG, 2003).

Sob a ótica da empresa, é importante estabelecer parâmetros e conhecer a real dimensão do fenômeno. Mesmo porque afirmações de que sua alta incidência causa gravíssimos prejuízos às seguradoras, segundo Marques (1998), começaram a surgir, indicando a necessidade de um olhar efetivo sobre a fraude, que não mais deveria ser apenas administrada como fator menor.

As companhias seguradoras elaboram um contrato de fé entre partes, não havendo mecanismo legal que possibilite uma pré-seleção dos segurados; além disso, o custo administrativo das seguradoras seria fortemente onerado com a averiguação prévia do cliente, segundo Marques (1998), com a possível inviabilização das operações.

É importante também para o consumidor, na medida em que a presença da fraude inflaciona preços, encarecendo os prêmios, que resultam em aumento de gastos pela exacerbação do risco.

Há ainda que considerar o impacto social, implicando o desejável apoio público a seu combate, para manter o respeito à legalidade e aos princípios éticos que norteiam a vida em sociedade.

A relevância do tema se justifica, ainda, pela importância econômica do mercado segurador, que representa 10% de PIB mundial, segundo dados da resseguradora Swiss Re. (2003), ou seja, cerca de US\$ 3 trilhões anuais. No Brasil, os números indicam que o mercado segurador representa 3,5% do PIB (SUSEP, 2005), com possibilidade de crescimento para atingir uma participação de 5% em 2008.

Os valores atribuídos às fraudes em termos globais variam e são incertos, porém, estima-se que se encontram, no Brasil, na ordem de 20% do valor dos prêmios, segundo Leôncio de Arruda, Presidente do Sindicato dos Corretores de Seguros de São Paulo (SINCOR-SP). Em 2004, o valor total de prêmios, que representa a importância paga pelo segurado à seguradora em troca da transferência de risco, segundo Rocha (2003), foi da ordem de R\$ 45 bilhões, de acordo com dados da SUSEP - Superintendência de Seguros Privados, do Ministério da Fazenda, e do IRB – Instituto de Resseguros do Brasil, o que nos leva a um valor estimado de fraude de aproximadamente R\$ 9 bilhões.

Isso significa, em 2004, que os segurados estão pagando R\$ 2,5 bilhões a mais, ao ano para cobrir o desfalque sofrido pelas seguradoras (ARRUDA, 2005).

A magnitude dos valores debitados às fraudes deprime o mercado, implicando crescimento futuro abaixo da expectativa; encarece o produto e reduz o lucro. Ao final, como consequência, reduz a perspectiva de retorno em níveis mais elevados.

Entender comportamentos é a chave para mudá-los, portanto, é essencial pesquisar o comportamento do consumidor em relação à indústria de seguros, no que tange à fraude, como forma de melhor coibi-la. Nesse sentido, o conhecimento do comportamento do consumidor de seguros vai ajudar os fornecedores a compreender como e por que a fraude se materializa e quais são seus fatores influenciadores. Informações mais acuradas sobre motivação ajudarão os gestores a desenhar estratégias de auditoria, de comunicação e de marketing voltadas para coibir e prevenir a ação dos fraudadores.

No setor de seguros, o segmento de automóveis é um dos mais importantes, representando, ao longo dos anos, uma participação relativa de aproximadamente 33% de todas as carteiras do mercado, com grande possibilidade de expansão devido a que menos de 40% da frota nacional de veículos tem contratada uma apólice de seguros (FENASEG 2002,2003). Esse é apenas um dos segmentos que compõem o universo de possibilidades nos vários ramos do mercado de seguros.

É, sem dúvida, o segmento mais importante do ramo Não-Vida, que, por ter o maior contingente de prêmios arrecadados, em contrapartida também oferece o

cenário para grande número de fraudes, com expressivos valores, em praticamente todos os países.

As ações de prevenção, investigação e repressão, preparadas pelos órgãos institucionais representativos do mercado segurador, foram apresentadas no 2º Plano Setorial da Indústria de Seguros, em 2004, pela FENASEG. A edição desse plano, com seqüência de ações planejadas de seus vários agentes, contempla agora vários programas setoriais de planejamento estratégico. Complementando os trabalhos anteriores, consolida medidas e ações de comprovada eficácia de modo a estendê-las a toda a indústria, com ou sem a participação dos órgãos de regulação.

O plano pretende ser uma opção estratégica objetivando gerar reflexos na operação das empresas, trata de temas institucionais e estabelece um diagnóstico, seguido de ações para combater a fraude. As ações institucionais de prevenção, comunicação e educação, além de gestão da informação, determinam caminhos a percorrer de modo a garantir melhores resultados. Sua instrumentalização seguramente exercerá reflexos na atratividade setorial, ou qualidade dos resultados sustentados das empresas, e implicará a utilização de técnicas e análises para a formulação de estratégias competitivas.

## **1.2 Problematização**

Dado o exposto, propõe-se o seguinte problema de pesquisa: A fraude pode ser considerada fator inibidor do desenvolvimento do setor de seguros?

## **1.3 Objetivo**

O objetivo desta pesquisa é verificar como a fraude influencia o desenvolvimento do setor de seguros no Brasil.

Para atingir esse objetivo, é necessário:

a) compreender quais são as características da fraude, como ela se manifesta e como se comporta o fraudador (perspectiva do consumidor);



b) verificar quais são as implicações da fraude sobre as estratégias e ações das seguradoras (perspectiva das empresas).

A consecução desse objetivo exige uma revisão bibliográfica sobre estratégia e sobre o mercado segurador e a análise de pesquisas já realizadas relativamente à fraude no mercado segurador, de forma a possibilitar o estabelecimento de elos entre as ações irregulares e as estratégias corporativas. Exige, também, uma pesquisa específica para melhor compreender aspectos relacionados à fraude e suas implicações no mercado segurador brasileiro.

#### **1.4 Justificativa do Estudo**

A fraude, no caso específico da indústria de seguros, constitui preocupação que se manifesta nas empresas, mas que, por força da própria concepção da atividade, atinge diretamente o consumidor. Sua alta incidência pode inviabilizar operações das seguradoras, com os aumentos de gastos para preveni-la, já que estes incidem diretamente nos custos administrativos, encarecendo os preços de contratação e inibindo o seu desenvolvimento do mercado.

Portanto, além da empresa que sofre diretamente os prejuízos causados pela fraude, o reflexo no consumidor se manifesta pela exacerbação do risco e conseqüente encarecimento de seus prêmios.

A análise do panorama setorial demonstra a importância econômica do mercado segurador, que representa 10% do PIB mundial, segundo dados obtidos em 2003 pela Swiss Re, uma das maiores resseguradoras do mundo. No Brasil, o setor de seguros, embora menos desenvolvido, já representa 3,5% do PIB, com ampla representatividade na América Latina. Observa-se, portanto, que é grande o potencial de desenvolvimento deste mercado no Brasil, tomando por base o referencial mundial. Estima-se que a fraude represente cerca de 20% do valor total dos prêmios, que correspondeu a R\$ 9 bilhões em 2004. Esse valor, além de deprimir a rentabilidade do setor, incorpora-se ao custo das seguradoras e é repassado aos consumidores sob a forma de prêmios relativamente altos, que, por sua vez podem inibir o desenvolvimento do mercado.

### **1.5 Delimitação do Estudo**

O estudo está ligado à administração de empresas privadas focando a relação entre cliente e empresa, sob o ponto de vista ético.

Será discutida, inicialmente, a questão ética sob a ótica da prática das empresas, para introduzir, posteriormente, a pesquisa sob a ótica da prática dos clientes.

A fraude praticada por quadrilha ou bando, em termos de associação criminosa, diz respeito a uma ordem repressiva de Segurança Pública e não será contemplada. Igualmente, a fraude praticada pela empresa se encontra em outra órbita de inquirição.

### **1.6 Vinculação da Linha de Pesquisa**

A dissertação está vinculada à linha de pesquisa "Gestão e Inovação Organizacional", porque aborda a questão da atratividade setorial que é nuclear à gestão estratégica das organizações.

## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico é composto por três partes, que darão suporte à realização da pesquisa e ao atingimento do objetivo proposto. Inicialmente, são revistos conceitos relacionados à estratégia de negócios e, particularmente, à atratividade setorial. Posteriormente, são abordados temas relacionados à fraude, nucleares a este projeto, com ênfase a uma série de pesquisas realizadas no Brasil e no exterior. Concluindo o referencial conceitual, é realizada uma breve análise do setor de seguros no Brasil e no mundo, traçando um perfil com suas principais características.

### 2.1 ESTRATÉGIA

#### 2.1.1 Conceitos Gerais em Estratégia

O vocábulo *estratégia* está fundamentado historicamente em conceitos militares. A literatura destaca Carl Phillip Gottfried (ou Gottlieb) von Clausewitz (1780-1831), general e intelectual prussiano, que, ao escrever um livro sobre estratégia militar, criou um dos trabalhos mais influentes em termos de filosofia militar do mundo ocidental. Seu livro *A Guerra* ou, no original alemão, *Vom Kriege*, foi traduzido em virtualmente todas as principais línguas e permanece como uma experiência viva de estratégia moderna em vários campos.

Originário da China, Sun Tzu, um dos maiores estrategistas de guerra de todos os tempos, é o autor do famoso livro *A Arte da Guerra*, sobre táticas militares. Apesar das especulações sobre a vida do autor, sua obra – provavelmente escrita entre 400 a.C. e 320 a.C. – é de suma importância, para a bibliografia militar e estratégica de toda a história da humanidade, comparável apenas à de Carl von Clausewitz. *A Arte da Guerra* vem sendo entendida como um livro filosófico, e contribuiu para que o termo *estratégia* tenha sido incorporado no contexto da administração (<http://www.sonshi.com/index.html>).

Na enciclopédia Britânica, *estratégia* é definida como:

"Arte militar de planejar e executar movimentos e operações de tropas, navios e/ou aviões, visando a alcançar ou manter posições relativas e potenciais bélicos favoráveis a futuras ações táticas sobre determinados objetivos" ou a "Arte militar de escolher onde, quando e com que travar um combate ou uma batalha".

Esse conceito foi realmente incorporado pelo mundo empresarial e adotado como se fosse também uma forma de materializar futuros objetivos, de um lado, e, de outro, de servir-se das condições existentes para aproveitar as oportunidades, utilizando-se dos recursos disponíveis.

São de Jack Welch, ex-presidente e CEO da GE-General Electric, as seguintes considerações a respeito de estratégia, ao se referir à obra do militar prussiano von Clausewitz, indicando a migração do ambiente militar para o mundo dos negócios,

"Von Clausewitz resumiu tudo o que poderia importar no seu clássico a respeito da Guerra. Os homens não podem reduzir estratégia a uma fórmula. Planos detalhados obrigatoriamente falham, devido aos inevitáveis atritos encontrados na mudança de eventos, imperfeições na execução e o desejo independente dos opositores. No lugar do elemento humano, existe a supremacia da liderança, a força moral e a quase instintiva habilidade do melhores generais. A equipe de trabalho dos generais prussianos, sob as ordens do veterano von Moltke, aperfeiçoou estes conceitos na prática. Eles não esperavam que um plano de operações sobrevivesse após o primeiro contato com o inimigo. Eles apenas introduziam os objetivos ampliados e enfatizavam a captura de oportunidades inesperadas à medida que estas fossem surgindo. Estratégia não era um prolongado plano de ação. Tratava-se da evolução de uma idéia central através da mudança contínua de circunstâncias".

(<http://www.clausewitz.com/CWZHOME/CWZBASE.htm>, tradução nossa)

### **2.1.2 Administração Estratégica e Competitividade Estratégica**

O século XXI introduz um cenário competitivo, segundo Hitt et al., (2003), caracterizado por mudanças rápidas e profundas, que implicam grande aumento da concorrência, em expressivas mudanças na natureza e limites dos mercados, e na necessidade de revisão dos modelos de negócios das empresas. Vantagens competitivas do passado, representadas por economia de escala e investimentos de grande vulto em publicidade, não apresentam a mesma eficácia.

Uma nova mentalidade deve ser buscada com ênfase em virtudes como flexibilidade, velocidade, inovação, integração e os desafios que surgem a partir das novas perspectivas devido às constantes mudanças.

A realidade competitiva do século XXI é a "hiperconcorrência", entendida como o resultado da dinâmica das manobras estratégicas entre combatentes globalizados e inovadores. Fundamenta-se na rápida escalada em termos de posicionamento preço-qualidade, da criação de novo *know-how*, tudo baseado na abundância de recursos e no estabelecimento de alianças poderosas em investimentos.

Os fatores que induzem à hiperconcorrência e a esse tipo de cenário competitivo são desencadeados por duas causas principais, respectivamente: o surgimento de uma economia globalizada e as aceleradas mudanças tecnológicas (HITT et al., 2003).

A globalização, no entendimento de Hitt et al., (2003), é representada pela disseminação das inovações em todo o mundo e pelos ajustes políticos e culturais que acompanham sua difusão. A integração internacional se dá em todos os sentidos, inclusive implicando a coerência com a necessidade de equilibrar as orientações geográficas com a dos clientes dentro de uma estrutura global, de acordo com Baron e Besanko (2005). Padrões de desempenho mais rigorosos em muitas dimensões, mas principalmente naquelas que se relacionam com qualidade, custos, produtividade e prazos para eficiência nas operações, são obrigatórios. E ainda, como complemento, apresenta-se a dificuldade relativa à dinâmica das operações, implicando que os padrões, não sendo estáticos, impõem uma contínua melhoria da empresa e de seus empregados.

A globalização implica riscos e desafios de ingressar no mercado internacional, com todas as dificuldades relativas à capacidade de gerir operações em ambientes diversificados. Todavia, a adequada compatibilização no desenvolvimento de um nível ideal de globalização está no equilíbrio das concentrações, no balanceamento entre as operações locais e internacionais. É o desenvolvimento das percepções locais para depois modificá-las e aplicá-las adequadamente nas diferentes regiões do mundo (HITT et al., 2003).

No que se refere à tecnologia, ainda segundo Hitt et al., (2003), existem três categorias de tendências e condições por meio das quais as modificações provocadas pela tecnologia se fazem evidentes, por provocarem mudanças significativas na natureza da concorrência. A crescente taxa de mudança e disseminação tecnológica é uma delas, a exemplo da "inovação perpétua", expressão empregada para descrever o grau de rapidez e constância com que novas tecnologias baseadas numa grande quantidade de informações substituem as velhas. As mudanças dramáticas da era da informação, permitindo o acesso e a utilização eficaz da informação, geram vantagem competitiva em quase todos os setores.

O conhecimento representado pela fusão de informação, inteligência e experiência representa a base da tecnologia e de sua aplicação.

A probabilidade de obtenção da competitividade estratégica, no cenário competitivo do século XXI, é ampliada quando a empresa toma consciência de que sua própria sobrevivência depende da habilidade em capturar inteligência e transformá-la em conhecimento útil, difundindo-o rapidamente por meio da companhia Hitt et al., (2003).

Observado o cenário de grande competição, torna-se essencial para a empresa adaptar-se com a rapidez necessária para alcançar a competitividade estratégica e auferir retornos acima da média. Tal capacidade é descrita como flexibilidade estratégica, definida por Hitt et al., (2003) como "o conjunto de capacidades de que se vale uma empresa em resposta aos vários requisitos e oportunidades que constituem os ambientes competitivos dinâmicos e incertos".

Nesse sentido, as empresas elaboraram planos para definir as rotas e promover as ações que se fizerem necessárias para a consecução de seus objetivos e de suas metas. Esses são alguns fundamentos que possibilitam, segundo Fernandes e Berton (2005), definir *estratégia* como "o conjunto dos grandes propósitos, dos objetivos, das metas, das políticas e dos planos para concretizar uma situação futura desejada, considerando as oportunidades oferecidas pelo ambiente e os recursos da organização". Ou ainda, nos dizeres de Mintzberg et al.,

(2000), "estratégia é um padrão, isto é, a consistência em comportamentos ao longo do tempo".

A Administração Estratégica, por sua vez, contempla uma série de mecanismos que auxiliam a elaboração e implementação de estratégias. Deve ser entendida como um processo contínuo e interativo visando manter uma organização como um conjunto apropriadamente integrado com seu ambiente (FERNANDES e BERTON, apud CERTO, 2005).

Uma compreensão teoricamente abrangente indicaria ser a administração estratégica o processo de planejar, executar e controlar. As etapas são as mesmas do planejamento estratégico, residindo a diferença em ser a administração estratégica um processo, não estar definida em determinado momento temporal e tratar-se de um esforço contínuo de análise e consistente ação.

O processo de administração estratégica, segundo Hitt et al., (2003), é "representado pelo elenco completo de compromissos, decisões e ações necessárias para que uma empresa alcance a competitividade estratégica e aufera retornos superiores à média".

Essa competitividade estratégica se manifesta quando uma empresa encontra um modelo de sucesso na formulação de estratégia geradora de valor, ao mesmo tempo em que as outras empresas do mesmo setor não conseguem reproduzi-la, ou, mesmo que o consigam, encontram sensíveis barreiras de custo para fazê-lo. Essa será então a vantagem competitiva sustentável (HITT et al., 2003).

Outra importante diferenciação diz respeito à centralização e ao aspecto burocrático do planejamento, que, no caso do processo de administração estratégica, envolve consulta geral, envolvendo decisões consistentes com a estratégia global da organização, independentemente de qual seja a linha de negócios. Isso se explica pelo fato de que, tratando-se de um processo de decisão contínua, importa mobilizar a organização em torno dele.

Portanto, precisa ser realmente desenvolvido de forma integrada, sem privilegiar nenhuma das áreas da companhia. E mais: deve ter estrutura organizacional compatível com os objetivos pretendidos, justificando por que a

clássica estrutura piramidal dificultaria, por exemplo, uma estratégia de inovação e flexibilidade.

A idéia de um processo emergente de estratégia, alinhado com as visões das escolas do aprendizado e do posicionamento, valoriza a estratégia concebida por meio de uma análise do ambiente e da indústria e tem encontrado, recentemente, maior peso no entendimento de como se dá a ocorrência da estratégia nas organizações (MINTZBERG, 2000).

Ainda segundo Mintzberg et al., (2000), uma forma de compreender o processo estratégico é entendê-lo em uma perspectiva evolucionária, o que permite vê-lo adaptável, sofrendo os necessários incrementos e correções de rumo ao longo do tempo. Portanto, ainda que os objetivos finais não estejam claramente delineados, desenvolver-se-ão no decorrer da implantação. Pode-se então verificar a possibilidade de abrir uma frente para a estratégia, no sentido do aprendizado, com espaço suficiente para a correção de eventuais distorções ou a assimilação de alterações. A combinação de fins, que representam as metas a alcançar, e dos meios, representados pelas políticas a utilizar, define a estratégia competitiva.

Essa combinação é chamada *Roda da Estratégia Competitiva*, similar a uma roda de bicicleta com seus raios, que demonstram com clareza quais são requeridos para a empresa atingir suas metas e seus objetivos, econômicos ou não. Os raios da roda são as chamadas *políticas operacionais básicas*, e vão variar segundo a natureza do negócio. As políticas operacionais básicas, em princípio, são os produtos, o mercado-alvo, marketing, vendas, distribuição, fabricação, mão-de-obra, compras, pesquisa e desenvolvimento, finanças e controle e, finalmente, a linha de produtos. Todos esses raios deverão estar articulados e o conceito de estratégia poderá então ser empregado como "guia do comportamento global da empresa" (PORTER, 1989).

Em sua obra de 1980, denominada *Competitive Strategy*, Michael Porter caracteriza a estratégia como a forma de identificar uma posição em um mercado competitivo, que se configura como um requisito não só para manter posição, mas também para crescer.



A avaliação do desempenho do setor e da empresa, a identificação dos fatores essenciais que podem causar impacto no desempenho em relações comerciais verticais e das relações horizontais com os concorrentes, a determinação de como as mudanças no ambiente de negócio afetam o desempenho e, ainda, a identificação de oportunidades e ameaças constituem-se no fundamento da análise setorial.

A estrutura clássica de análise setorial, denominada *modelo de concorrência ampliada* ou *modelo das Cinco Forças*, de Porter, aliada à *Rede de Valor*, de Brandenberger e Nalebuff, fornece a base para trabalhar seus elementos (BESANKO, et al.,2006).

Tudo passa pela necessidade de determinar a atratividade da indústria, pois ela está relacionada à rentabilidade típica do setor. E a sua compreensão está vinculada ao entendimento das regras de concorrência, que, por sua vez, determinam a atratividade. Porter (1989), mais uma vez, dá como meta final da estratégia a modificação dessas regras em favor da empresa. E essas regras estão englobadas nas chamadas *cinco forças competitivas*, que são: a entrada de novos concorrentes, a ameaça de substitutos, o poder de negociação dos compradores, o poder e negociação dos fornecedores e a rivalidade entre concorrentes.

A habilidade das empresas de determinado setor em obter taxas de retorno superiores ao custo do capital e da média da concorrência é condicionada pela capacidade de operar melhor com essas forças. A rentabilidade está intimamente ligada à estrutura industrial, ou, ainda no dizer de Porter (1985), às características técnicas e econômicas subjacentes de uma indústria, que também se modificam com o passar do tempo, devido à evolução e desenvolvimento da própria indústria.

Interessam particularmente, para o entendimento das questões relativas a esta pesquisa, observações como:

- a) a estrutura industrial é relativamente estável, mas pode ser modificada com o passar do tempo;
- b) a estrutura industrial se altera à medida que a indústria se desenvolve;
- c) cada indústria é única e tem sua própria estrutura.

A forma de avaliação proposta por Porter implica saber se cada uma das forças é suficientemente poderosa para reduzir ou eliminar o lucro do setor, visto que determinam a rentabilidade da indústria, e assim o fazem porque influenciam nos preços, nos custos e no investimento necessário.

Ao avaliar os fatores que afetam a demanda e ao ignorar outros que possam afetar a renda e a motivação do consumidor – como as ações da publicidade para incentivar a demanda – surgem as limitações encontradas na estrutura das forças. Da mesma forma, deixar de se referir à ação do governo, que, na condição de regulador, pode alterar as regras de mercado, abre espaço, talvez, para uma sexta força.

Finalmente, uma análise das cinco forças identifica a ameaça aos lucros de todas as empresas de um setor. E cabe a elas buscar estratégias para fazer frente a essas ameaças. A forma como isso pode dar-se depende muito de que tipos de empresas estão sendo considerados: poderia ser na busca de patamar de preço, que permita estabelecer uma diferença, trazendo vantagem. Essa seria uma ação em termos de posicionamento, porém poderia também ser na busca de um segmento onde não existam maiores ameaças, ou reduzindo a possibilidade de entrada de novos participantes.

A complementação dessas observações é apresentada pelo trabalho de Brandenberger e Nabuleff, no livro *Coopetition*, como observado por Besanko et al., (2006). Em seu trabalho de análise setorial, com base em estruturas, estabelecem os autores o conceito de Rede de Valor pela demonstração que clientes, concorrentes e fornecedores podem contribuir para aumentar os lucros das empresas. Se, de um lado, Porter avalia as ameaças, considerando a possibilidade de destruição do lucro, a rede de valor, de outro, verifica as oportunidades que esses participantes podem trazer. Ao analisar, dessa forma, todos agindo como complementares, pode-se passar a considerar individualmente cada uma das forças, em suas ameaças e em suas oportunidades (BESANKO, et al., 2006).

Em 1985, Michael Porter publicou seu livro *Vantagem Competitiva*, trazendo no capítulo inicial os conceitos centrais de estratégia competitiva. Estratégia competitiva seria a busca para o estabelecimento de uma posição lucrativa e

sustentável contra as forças que determinam a concorrência na indústria. Segundo ele, duas questões baseiam a escolha da estratégia competitiva e os resultados das empresas, sendo a primeira a atratividade, em termos de rentabilidade de longo prazo, e os fatores que a determinam. A segunda se refere aos determinantes da posição competitiva relativa dentro de uma indústria.

Segundo Porter (1989), tanto a atratividade da indústria quanto a posição competitiva são extremamente dinâmicas, modificam-se ao longo do tempo e refletem uma batalha interminável entre concorrentes. O fato de que ambas podem vir a ser modeladas por uma empresa mostra quanto a escolha da estratégia competitiva é desafiante e excitante.

A vantagem competitiva está baseada no valor que uma empresa consegue criar para seus compradores, além dos custos de produção. Sempre segundo Porter (1989), esse valor é o que os compradores estão dispostos a pagar, e o valor superior provém da oferta de preços mais baixos do que os da concorrência por benefícios equivalentes, ou do fornecimento de benefícios singulares, que mais do que compensem um preço mais alto. E complementa, demonstrando a existência de dois tipos básicos de vantagem competitiva: a liderança de custo e a diferenciação.

Esses dois tipos básicos de vantagem competitiva, combinados com a escolha de atividades para as quais uma empresa busca obtenção de resultados, conduzem às estratégias genéricas para alcançar desempenhos acima da média em uma indústria. São eles a liderança de custo, a diferenciação e o enfoque, este, por sua vez, subdividido em enfoque no custo e enfoque na diferenciação.

Os tão esperados e desejados retornos acima ou superiores à média são "aqueles que ocorrem quando superam aquilo que um investidor espera obter de outros investimentos com uma quantidade semelhante de riscos" (HITT et al., 2003). Também segundo Hitt et al., (2003), "risco é a incerteza com que se depara o investidor sobre os ganhos ou prejuízos que se originarão a partir de um dado investimento".

As denominadas *estratégias genéricas* serão aplicadas combinando o escopo do alvo estratégico com o tipo de vantagem competitiva pretendida. É sempre uma opção a exercitar, pois "ser tudo para todos", no conceito de Porter (1989), é receita

para a mediocridade estratégica e para um desempenho abaixo da média, eis que normalmente significa que aquela empresa não tem absolutamente nenhuma vantagem competitiva. As empresas têm de se defender das ameaças, e uma das formas é encontrar uma posição que possibilite superar o desempenho de suas rivais, que se dá por custos menores, ou por busca de nichos de mercados menos competitivos.

No entender de Besanko et al., (2006), as empresas podem também tentar mudar as cinco forças, apesar da dificuldade em fazê-lo, tentando reduzir a rivalidade interna, seja por meio de práticas que facilitam ou criam custos de troca, seja por meio das ações inibidoras diretas para reduzir a ameaça de entradas ou ainda servindo-se da integração vertical para reduzir o poder dos compradores ou dos fornecedores.

### **2.1.3 Análise do Ambiente e Importância da Atratividade Setorial**

Em conceito mais amplo, nenhuma empresa poderá com sucesso realizar seus objetivos ignorando a existência de fatores internos e externos, de importância capital. Devem ser considerados pontos fortes e fracos, que podem estar distribuídos entre ativos e suas qualificações, valores pessoais relacionados aos executivos responsáveis pela condução da estratégia eleita, qualidade relativa dos processos, eficiência logística, entre outros.

Os fatores externos à companhia estão relacionados ao macroambiente (economia, política, demografia, etc.) e determinam as oportunidades e ameaças que definem o mundo competitivo, com "seus riscos conseqüentes e recompensas potenciais" (PORTER, 1989).

A experiência das empresas ao longo do tempo e as constatações das pesquisas sugerem que o ambiente externo seja capaz de afetar o desenvolvimento e a lucratividade de uma empresa. O ambiente externo tem influência sobre as opções estratégicas de uma empresa e as decisões tomadas relativamente a essas opções, nas palavras de Hitt et al., (2003). Complementa-se o entendimento do ambiente externo com o conhecimento do ambiente interno. A combinação das

condições dos dois ambientes, externo e interno, forma a base para a formulação da intenção estratégica, o desenvolvimento da missão estratégica e a adoção de medidas estratégicas que possibilitem retornos acima da média.

O conhecimento integrado dos ambientes externo e interno é condição necessária para desenvolver a capacidade de criar cenários futuros factíveis; possibilita melhor compreender o presente e melhor prever o futuro (HITT, 2003).

Segundo Fernandes e Berton (2005), a análise do ambiente externo constitui um importante passo da administração estratégica. Para a satisfação dos objetivos de uma organização, torna-se imperativo entender o ambiente em que atua. Esse ambiente de atuação, por sua vez, se divide em ambiente geral, ou macroambiente, e em ambiente operacional ou setor. O estudo do ambiente geral se faz abordando seus fatores econômicos, tecnológicos, sociais e políticos.

Segundo Hitt et al., (2003), os ambientes externos estão cada vez mais turbulentos, complexos e globalizados, fazendo com que a maioria das empresas tenha cada vez mais dificuldade de interpretá-los. O processo para possibilitar a compreensão do ambiente externo, denominado *análise do ambiente externo*, necessita ser levado a efeito sem solução de continuidade, e engloba quatro atividades:

1. investigação minuciosa dos fatos;
2. monitoramento;
3. previsão;
4. avaliação.

O objetivo dessa análise é identificar oportunidades e ameaças e, de acordo com (HITT et al., 2003), entende-se por oportunidade "uma condição no ambiente geral que pode ajudar a empresa a alcançar a competitividade estratégica". Por sua vez, ainda segundo Hitt et al., (2003), a ameaça é "representada por qualquer condição no ambiente geral que possa vir a prejudicar os esforços da empresa para alcançar a competitividade estratégica".

O material para exercitar essa análise é variado e vasto, podendo compreender desde trabalhos acadêmicos, sondagens de opinião pública e publicações de toda a espécie, além de todo o conteúdo de conversas com os participantes do negócio, como fornecedores clientes e empregados. Enfim, buscar as fontes adequadas de informação e avaliar sua confiabilidade é a missão a executar.

Nesse momento, são aplicadas as atividades de investigação minuciosa, identificando mudanças potenciais ou detectando aquelas que se encontram em andamento. Segue-se monitorar possíveis tendências, para então poder formular projeções. As projeções são previsões do que poderia vir a acontecer e com que velocidade, sempre com base na investigação, identificação e monitoramento. A análise realizada leva à avaliação que objetiva determinar a ocasião e o significado das mudanças e tendências do ambiente sobre a administração estratégica da empresa (HITT et al., 2003).

Outro nível de análise é o do chamado *ambiente operacional*, que se constitui de um círculo de interatividade bem próximo à empresa, pois engloba seus clientes, fornecedores, concorrentes, produtos e serviços substitutos. Esse ambiente operacional deve ser entendido como externo à organização, mas definido como um setor em que ela milita, conhecido então como *ambiente setorial*.

A avaliação do ambiente operacional feita por Fernandes e Berton (2005) implica a utilização de técnicas e metodologias. Podem ser utilizadas:

1. a análise estrutural da indústria, segundo o modelo das Cinco Forças de Porter;
2. a análise do ciclo de vida do setor;
3. o estudo do tamanho e do crescimento do mercado;
4. a análise da atratividade do setor;
5. a análise estratégica da concorrência.

Para nosso estudo, interessa sobretudo a análise da atratividade do negócio, referindo-se ao estudo e à pesquisa do ambiente dentro da administração

estratégica. Fernandes e Berton (2005), indicam a seguinte técnica para a análise da atratividade de determinado setor: "1. identificar os fatores externos que impactam a atratividade do negócio; 2. avaliar o grau de atratividade de cada um dos fatores identificados, tanto para o presente quanto para o futuro; 3. extrair dessa análise as oportunidades e ameaças associadas ao negócio."

Os mesmos autores continuam com a identificação de quais seriam os fatores denominados *críticos*. Para tanto, classificam os fatores externos em cinco categorias. Seriam os fatores de mercado, competitivos, econômicos e governamentais, tecnológicos e fatores sociais. Destes, compete salientar a importância, para os estudos do impacto da fraude, dos fatores sociais, definidos como "impactos ecológicos, éticos, proteção ao consumidor, demografia, sindicalização e interculturalidade" (FERNANDES e BERTON, 2005).

O fechamento da análise é a finalização relativa ao entendimento do negócio, do ambiente e o diagnóstico da organização. O estudo do ambiente externo mostra o que uma empresa poderia escolher para fazer; de outra parte, o estudo do ambiente interno leva à identificação do que uma empresa pode fazer (HITT et al., 2003). O diagnóstico interno se refere às competências da organização, sua competência organizacional e sua competência essencial. Segundo Hitt et al., (2003), *competência essencial* é "o conjunto de recursos e capacidades que servem como fonte de vantagem competitiva a uma empresa em relação a suas rivais".

Para que isso aconteça, cumpre atender a alguns critérios, sendo os recursos e capacidades valiosos para que a empresa se beneficie de oportunidades bem como neutralize ameaças; caso sejam raros, estarão sendo dominados por poucos concorrentes atuais ou potenciais; se forem dispendiosos de imitar, estarão barrando a entrada de outros possíveis concorrentes; finalmente precisam ser insubstituíveis.

Esses elementos fazem parte da análise interna, porém a cadeia de valor pode, em algum momento, ser tanto interna quanto externa. Isso se dá pelo fato de considerarem participantes como os fornecedores, compradores e outros parceiros.

Para o desenvolvimento da estratégia, várias técnicas permitem entender a atuação da empresa. São técnicas analíticas examinadas por Fernandes e Berton (2005), que requerem o uso simultâneo de informações provenientes do ambiente

externo e do diagnóstico da organização. Todas reforçam a importância da atratividade setorial, definida por atributos intrínsecos e típicos dos setores, no processo de definição e análise estratégica. Podem ser destacadas, sucintamente, as seguintes técnicas:

- **Matriz Produto-Mercado:** Foi desenvolvida por Ansoff (1991), que visa identificar as oportunidades de crescimento, para o quê segmenta produtos existentes e novos produtos, distribuindo-os em mercados atuais e mercados futuros. O objetivo é identificar penetração de mercado, desenvolvimento de produto e diversificação.

- **Matriz de Crescimento e Participação:** Também conhecida como *Matriz BCG*, foi desenvolvida pelo Boston Consulting Group, em 1967. Essa matriz pretende relacionar os vários negócios da empresa de acordo com sua participação relativa no mercado e seu respectivo crescimento. São assim identificadas quatro posições que dizem respeito a produtos bem-sucedidos, outros de menor taxa de crescimento, porém com participação relativa boa; a situação inversa, ou seja, altas taxas de crescimento mas baixa participação relativa e, finalmente, aqueles produtos que devem ser descartados, por gerarem pouco lucro ou até mesmo perdas. O crescimento do mercado pode ser interpretado como o fator de atratividade contemplado pelo modelo, particularização da matriz GE, descrita abaixo. O balanceamento adequado entre os geradores de lucro e o investimento com maior prazo de retorno nos negócios de baixa participação relativa determinarão a perpetuidade no mercado (FERNANDES e BERTON, 2005).

- **Matriz GE/Atratividade de Mercado:** Desenvolvida pela consultoria McKinsey, juntamente com a empresa General Electric, leva em conta a atratividade dos setores em que a empresa atua e a posição competitiva da empresa em cada setor. Para poder dimensionar a atratividade do setor, são levados em conta os fatores de mercado, governamentais e econômicos, além dos fatores tecnológicos e



sociais. Assim, classificam-se as unidades em bem-sucedidas, medianas e fracas. Essa ordenação permitirá mostrar quais negócios devem merecer atenção e investimentos. As posições intermediárias são as de mais atenção, eis que a decisão está muito relacionada à criação de alternativas para desenvolver a atratividade do negócio. As decisões serão: de investimento, aquisição ou desinvestimento (FERNANDES e BERTON, 2005).

- **Matriz de Parentesco:** Esta matriz considera as competências organizacionais, sugerindo às empresas dedicar-se a atividades que se compatibilizem com sua lógica. Sua diretriz é a reunião da atratividade do mercado com a afinidade da empresa, de modo a oferecer a atividade escolhida como opção de negócio para a corporação.

- **Estratégias Genéricas de Wright:** Com forte inspiração na teoria das estratégias genéricas de Porter, têm a virtude de (poder) ser utilizadas por qualquer tipo de negócio, desde produção, tecnologia ou mesmo serviços. Wright e seus colaboradores entendem serem sete as principais estratégias de negócio. Inicialmente, apresentam a de "nicho-custos baixos", devido ao oferecimento de produtos sem sofisticação e com demanda elástica, portanto com extrema concorrência e obsolescência tecnológica. Depois, a "nicho-diferenciação", com produtos de alta diferenciação, portanto preços altos e demanda constante. Tem como risco a concorrência em eventual redução de custos ou produtos semelhantes. Segue-se a "estratégia de nicho-custos baixos / diferenciação", praticada por empresa que desenvolve com perícia e inovação o fornecimento de produtos diferenciados a custo baixo. Continuam com a "estratégia de custos baixos", que é a da produção em larga escala, pelo menor custo possível de bens sem sofisticação e de demanda relativamente elástica. Torna-se vulnerável pela obsolescência tecnológica e também pela perda de margem de lucro, devido à concorrência. Vem em seguida a estratégia "de diferenciação", praticada por empresas maiores com produtos diferenciados cobrindo todo um setor, atendendo grandes mercados, com demanda relativamente constante. Complementa-se com a estratégia de "custos

baixos / diferenciação", também praticada por grandes empresas, que, embora oferecendo para todo um setor produtos diferenciados, tem capacidade de manter preços baixos, atendendo um grande mercado de demanda relativamente constante. A sétima e última das estratégias é a das estratégias "múltiplas", em que mais de uma estratégia genérica é aplicada simultaneamente (FERNANDES e BERTON, 2005).

Finalmente, para encerrar a análise de ambiente externo e da organização, utiliza-se um modelo desenvolvido em Harvard:

#### **- Análise SWOT:**

Sigla que tem origem nas iniciais de *strengths* (forças), *weaknesses* (fraquezas), *opportunities* (oportunidades) e *threats* (ameaças), que, portanto, leva em conta as forças, as fraquezas e as oportunidades e a forma como se manifestam. A análise começa pela listagem de forças e de fraquezas, assinalando, em seguida, como essas forças e fraquezas interagem com os fatores ambientais, juntamente com as ameaças. O próximo passo é atribuir pontos positivos e negativos a ponderar de modo a estabelecer um diagnóstico. O que se pretende é cobrir os pontos fracos, proteger-se das ameaças e apropriar-se das oportunidades. Para isso, a análise acaba gerando os insumos para a formulação das estratégias adequadas (FERNANDES e BERTON, 2005).

#### **2.1.4 Estratégia e Ética**

A preocupação com a ética nos negócios ganhou importância ao longo do tempo e tornou-se objeto de ensino nas escolas de administração, além de motivar incontáveis pesquisas, artigos e publicações (DRUCKER, 1981). A ética pode ser observada de vários ângulos, com a posição mais comum referindo-se à atuação das empresas e organizações em geral. A empresa necessita desenvolver-se de tal forma que a ética, a conduta ética de seus integrantes, bem como os valores e convicções primários da organização se tornem parte de sua cultura (ARRUDA et al., 2001). No mundo atual, o valor pode migrar rapidamente daquelas empresas que

não estão atentas aos princípios éticos recomendados para aquelas que se enquadram em padrões éticos cada vez mais desejados.

A migração de valor se opera entre modelos de negócios pela concorrência ou porque o consumidor muda e o conjunto de consumidores, ou sociedade, é cada vez mais exigente do ponto de vista da responsabilidade social e da ética (SLYWOTZKY, 1997).

Questões éticas explicam, em parte, a migração de valores entre modelos de negócio, a ponto de provocar o desaparecimento das empresas, como é o caso emblemático da Enron. No caso da firma de auditoria Arthur Andersen, houve tão expressiva perda de credibilidade que levou à liquidação da empresa, a despeito de não ter perdido seus ativos tangíveis. É a mesma situação de tantas outras como a WorldCom e Adelphia Comm., demonstrando que a migração de valor pode ocorrer muito rapidamente, culminando com o desaparecimento de empresas que não adotam os desejáveis padrões de conduta ética, entre outros motivos.

Na Bolsa de Valores de São Paulo, empresas com maior transparência estão segregadas no denominado *novo mercado* e seu valor sobe mais que o das outras, como resultado de procedimentos éticos mais adequados.

No atual ambiente competitivo das empresas os ativos intangíveis revelam-se os de maior valor e a liderança estratégica tem como um de seus pilares a ênfase em práticas éticas (HITT et al., 2002). São muitas as razões para a promoção da ética no pensamento empresarial dos últimos anos. Os administradores se deram conta de que altos padrões pessoais e organizacionais de conduta são um ativo importante, tão valioso economicamente quanto aquele outro intangível denominado *clientela* (NASH, 1992).

A ética na empresa se relaciona com a cultura corporativa, seus valores, liderança e cumprimento de suas posturas, contribuindo para agregar valor (BOULTON, 2001) e determinar procedimentos em marketing estratégico (FERREL, 2004).

Outro ângulo de visão da ética nos negócios diz respeito aos clientes, os consumidores. Ai está o objeto de nosso estudo: procurar verificar as conseqüências

para o negócio das ações irregulares, que podem inibir o mercado e deteriorar resultados. Poucos estudos são encontrados a respeito do comprometimento de resultados das empresas, pelas práticas abusivas dos consumidores.

A interface mais comum das empresas com os consumidores ocorre por meio da área de marketing, que recebe a maior parte das críticas e gera também a maior controvérsia com respeito a práticas de negócios que ferem a ética (ANDREASEN, 2002).

Segundo Hunt e Vittell (1986), é na área de marketing que se situa a maior parte dos estudos conceituais e pesquisas empíricas dedicados às questões éticas nas relações entre as empresas e seus consumidores. Os trabalhos realizados e a literatura disponível prendem-se, de forma geral, aos mecanismos de compra e venda com foco no vendedor. Relativamente a tais mecanismos, poucos estudos foram dedicados à questão ética na relação de mercado com a perspectiva da ética do consumidor.

O interesse em estudar comportamento ético na relação de consumo, mirando o consumidor, permite a tomada de decisões estratégicas que reforçarão posturas éticas corporativas. De outra parte, entender por que os consumidores se engajam em atividades antiéticas é o caminho para restringir ou reduzir suas práticas (VITTEL, 2003).

O cliente pode ser considerado a peça principal do sucesso de uma empresa e é seu comportamento e fidelidade que impulsionam as vendas, gerando valor. Os modelos propostos na Administração Estratégica, pelos quais as empresas deveriam entregar níveis extraordinários de valor a grupos de clientes cuidadosamente selecionados, têm sido objeto de grande interesse na gestão contemporânea das organizações. Entre as denominadas *disciplinas de valor* que as empresas deveriam adotar, a “intimidade com o cliente”, que enfatiza o relacionamento entre empresa e clientes como fonte de geração de valor, pressupõe seleção e profundo conhecimento dos clientes, inclusive do ponto de vista de postura ética, segundo Treacy e Wiersema (1998), atendendo à premissa de ser necessário gerar relacionamento com os clientes cuidadosamente selecionados e estimulados.

As informações relativas à concepção do negócio das seguradoras deveriam estar alinhadas com os fundamentos, regulamentos e práticas do setor (AMADOR, 2003) e com os conceitos de marketing, segundo Povoas (1979), e risco, de Bernstein (1997). Da mesma forma, o ambiente externo, desafiador e complexo, dividido em seus segmentos, passando do demográfico ao sociocultural e do político-jurídico ao tecnológico e global, necessita cuidado especial, segundo Hitt et al., (2002), dado seu efeito sobre o desempenho da empresa que inclui fraudes e ataques diretos.

## **2.2 Fraude**

O elemento fraudador e a fraude em si interferem de maneira insidiosa na indústria seguradora. Sua existência é conhecida desde os primórdios da atividade, porém não cessou de crescer ao longo do tempo, embora diversas medidas legais tenham sido introduzidas para minimizar seus efeitos. Conhecer seus fatores determinantes, a forma como se processa e, principalmente, o comportamento do consumidor de seguros diante dela tornou-se imperativo.

Pesquisas e estudos procuram estabelecer o perfil do fraudador, a tolerância à fraude junto à sociedade bem como a propensão a fraudar.

### **2.2.1 Considerações Gerais**

A sobrevivência da indústria de seguros está baseada, em grandes linhas, na manutenção do equilíbrio entre o sinistro e seus custos, bem como na obtenção de recursos que viabilizem as operações. É, portanto, imperativa a redução da sinistralidade e dos gastos a ela relacionados como forma de tornar a atividade competitiva e rentável. De maneira simplificada, pode-se encarar a ocorrência de eventos suscetíveis de indenização, independentemente de sua origem, legal ou ilícita, como perdas que afetam diretamente o já mencionado equilíbrio, por vezes precário, em função dos elevados riscos inerentes ao setor.

Devido ao conceito de *mutualidade*, fundamental para a atividade, os sinistros indenizáveis de origem fraudulenta estão inseridos na massa de perdas e recairão sobre a totalidade das operações. A distribuição sobre a comunidade de segurados honestos dos valores indenizatórios atribuídos injustamente a sinistros fraudulentos é injusta e a ninguém aproveita (COSTA MARTINS, 2003).

Segundo Costa Martins, em suas "Considerações Sobre a Fraude em Seguros", palestra proferida durante o VIII Congresso Latino-Americano do Direito de Seguros, os prêmios de seguros em diversos ramos, nomeadamente o seguro de automóvel, praticamente já se encontram no limiar das indenizações dos sinistros normais e resultam em margens mínimas, ou mesmo perdas, quando têm de absorver os sinistros fraudulentos. Afirmou, também, que uma seguradora que não investiga fraudes terá possivelmente alguma vantagem no mercado, mas de curta duração. Uma gestão de sinistros "generosa, rápida e pouco burocrática", segundo suas palavras, sugere baixa qualificação profissional, incompatível com os atuais desafios do mercado segurador. Concluiu que uma gestão negligente na área de sinistros e a inexistência de controles e auditorias rigorosos são os principais fatores causais de alastramento das situações fraudulentas.

Observa-se atualmente no Brasil o aumento das comunicações de eventos negativos e o conseqüente aumento do pagamento de indenizações, caracterizando um ambiente de desconfiança generalizada. Como resultado, aumentam os prêmios de seguro – para fazer frente aos prejuízos sofridos e a um cenário de riscos crescentes – e perdem-se de forma inglória as vantagens iniciais desse tipo de negócio.

As fraudes, de princípio aparentemente irrelevantes e simplesmente absorvidas por pequenos aumentos nos prêmios, vêm assumindo proporções tão expressivas que sua absorção aos prêmios já começa a comprometer as atividades do setor. O tema assumiu tal importância que medidas institucionais já foram adotadas pelo conjunto das seguradoras como forma de estancar a queda de rentabilidade generalizada e estimular o crescimento da demanda, ou seja, recuperar a tradicional atratividade intrínseca ao setor. Nesse sentido, com o objetivo maior de combater a fraude no Brasil, inúmeras providências foram tomadas nos

últimos anos, em todos os ramos da atividade seguradora, seguindo exemplo das práticas internacionais.

A fraude em seguro é normalmente associada a alguém que recebeu indevidamente, de uma companhia seguradora, determinado valor monetário. O conceito, porém, é muito mais abrangente, havendo também fraude quando intervêm agentes estranhos ao próprio beneficiário, normalmente em posição de cumplicidade – direta ou indireta –, independentemente de haver ou não vínculo jurídico com a seguradora (COSTA MARTINS, 2003).

Comportamentos fraudulentos, como se pode verificar na própria história da humanidade, não são privilégio de nenhuma atividade especial. Desde tempos remotos, concomitantemente com o advento do sistema que iria gerar toda a indústria seguradora, identificam-se práticas ilícitas que, em última análise, nada diferem das modernas práticas utilizadas para fraudar as companhias seguradoras do século XXI. Os mais antigos registros para segurar bens foram assinalados por volta de 2300 anos antes de Cristo. Os objetos a proteger eram os camelos, vendidos em localidades distantes, sempre com grandes riscos de perda ou desaparecimento durante o percurso. Para poder fazer parte do sistema de proteção e ser contemplados pela cobertura corporativa, todos os "cameleiros" se dispunham a pagar àquele que viesse a sofrer perda, substituindo o animal perdido (FUNENSEG, 1997).

Há notícias, também, de hebreus e fenícios atuando para proteger mercadores ao atravessar as desertas planícies da Palestina, Arábia Saudita e Egito. Da mesma forma que no mar Mediterrâneo e Egeu, estabeleceu-se um sistema de proteção com relação à chegada das mercadorias transportadas ao seu destino final. Os registros mostram que os interessados se reuniam para contribuir com as despesas de viagem e que, se a mercadoria sofresse avarias ou desaparecesse, o mercador seria reembolsado por sua perda (LAS CASAS, 1998).

A primeira forma de seguro adotada em Portugal era integralmente dedicada aos seguros náuticos, os denominados *riscos marítimos*. Nesse sentido, consta que, em 1293, foi celebrado um acordo com a finalidade de compensar perdas de embarcações e mercadorias. Já daquela época há notícias de navios

deliberadamente avariados com a finalidade de receber o valor das mercadorias que, inclusive, nem se encontravam a bordo. E mais ainda, apressava-se o recebimento do valor dos prêmios de seguros quando se obtinham informações confidenciais relativas à queda de preços das mercadorias seguradas (PEREIRA, apud PANORAMA, 1998).

Cumpra encarar a fraude, portanto, como evento natural à atividade seguradora – prevista, regulamentada e incorporada aos riscos e prêmios – e que faz parte da sua própria dinâmica. É inegável, conforme se verifica ao longo da história, a convivência do setor de seguros com a fraude, que termina por ser mais um fator a gerenciar nesse ramo de atividade. Não é, portanto, a existência da fraude que vem trazendo extrema preocupação às empresas do setor, mas sim a grande dimensão danosa que ela vem assumindo. Embora a fraude e seus fatores causais não sejam recentes, há teses que começam a contestar a tradicional premissa de que a “fraude é fator inerente ao risco” (COSTA MARTINS, 2002).

Aceitas essas ponderações, o fator fraude deve ser encarado como um componente a conhecer melhor para melhor administrá-lo e, portanto, controlá-lo. Talvez aí se encontre a maior razão para seu estudo, com a decorrente criação de medidas de proteção e o estabelecimento de planos para seu combate.

Cada vez mais se consolida a posição de que a fraude não é apenas um problema das companhias de seguros, mas de todos os consumidores de seguros – em função do aumento dos prêmios –, e, de forma indireta, de toda a coletividade – por restringir o acesso a um serviço socialmente importante e típico das economias mais desenvolvidas.

### **2.2.2 Aspectos Legais**

No mundo dos seguros, o conceito de fraude está em sintonia com as definições encontradas genericamente, na área do Direito, para todas as atividades relacionadas, pois se baseia no Código Penal Brasileiro, em seu artigo 171, que capitula o delito de *Estelionato*. A fraude contra seguros, representada pelo recebimento indevido de indenização ou valor do seguro, é entendida como



estelionato, desde que produzida para "obter para si ou para outrem vantagem ilícita, em prejuízo alheio, induzindo ou mantendo alguém em erro, mediante artifício, ardil ou qualquer outro meio fraudulento".

As penas cominadas para o delito de estelionato podem variar de um a cinco anos de reclusão mais multa.

Além da classificação genérica, o legislador pretendeu, no inciso V, do artigo 171 do CPB, caracterizar *fraude* o recebimento de indenização de seguro advindo de ação que "destrói total ou parcialmente, ou oculta coisa própria, ou lesa o próprio corpo ou a saúde ou agrava as conseqüências de lesão ou doença, com intuito de haver indenização ou valor de seguro". Vê-se pela redação do inciso o cuidado em explicitar os mecanismos pelos quais a fraude pode ocorrer.

Enfim, cometer fraude é enganar, lesar, privar, despojar, espoliar. E, continuando, nas palavras de Ricardo Bechara Santos, Presidente da Comissão de Assuntos Jurídicos da Fenaseg, proferidas em palestra no VIII Congresso Latino-Americano de Direito de Seguros, "a fraude é a materialização da má-fé, para ocultação da verdade com a intenção de causar prejuízo a terceiro".

A fraude pode ser entendida como a antítese do seguro, o seu principal inimigo e, portanto, por isso mesmo, "deve ser atacada com tenacidade" (SANTOS, 2003).

Por vezes, as indenizações a pagar se originam de práticas criminosas, vitimizando a pessoa do segurado e, em função da mutualidade e da própria natureza do seguro, oneram diretamente as empresas. São atos a que todos estão sujeitos, na condição de vítimas de violências, semelhantes às perdas, de toda natureza, provenientes de situações provocadas por ações de terceiros, independentemente de prática dolosa ou culposa, com seus componentes de imperícia, imprudência ou negligência.

Em outras situações, as seguradoras acabam vítimas de seus próprios clientes, os segurados, que "... ao realizarem ações contaminadas pelo vírus da fraude, por onde segurados mendazes ou desonestos, buscam de forma ilícita tirar

vantagem em proveito próprio à custa das sociedades seguradoras ilaqueando o mecanismo fundamental que rege a instituição: "a boa-fé" (SANTOS, 2003).

O elemento *boa-fé* é de importância capital no contrato de seguro e, desde 1916, já se incorporava a expressão no Código Civil, conservada no Novo Código, que repete "mais estrita boa-fé" e "veracidade", redação que, nos dizeres de Keila Managão – advogada especializada em Direito de Seguros –, o legislador não se atreveu a suprimir, porque mais oportunas não poderiam ser, em palestra proferida no já mencionado VIII Congresso Ibero Latino-Americano de Direito de Seguros, realizado no Rio de Janeiro, em 2003.

As empresas seguradoras sofrem as conseqüências de fraudes praticadas por uma variada gama de atores, desde os próprios segurados aos intermediários, beneficiários e empregados das companhias seguradoras, além de muitos outros que participam da corrente como agentes executores de atos criminosos desencadeadores da ação.

O crime final seria o capitulado como estelionato, todavia, para sua consecução, são promovidos inúmeros outros, constantes de seus atos preparatórios, que se constituem em crimes autônomos, considerados nesses casos como crime-meio. Devem assim ser entendidos: a falsidade documental, capitulada no artigo 297 do Código Penal Brasileiro; a falsidade ideológica, do artigo 299 do CPB; o falso reconhecimento de firma, referido no artigo 300 do CPB, bem como o preceituado no artigo 301 – que dizem respeito a falsas certidões, atestados ideologicamente falsos e atestados médicos falsos – e o uso de documento falso, do artigo 304 do Código Penal Brasileiro. Soma-se ainda à lista descritiva de práticas delituosas a falsa comunicação de crimes, encontrada no artigo 340, e o falso testemunho ou perícia, além de corrupção ativa de testemunha, encontrados, respectivamente, nos artigos 342 e 343, todos de nosso estatuto penal. Essa multiplicidade de ações delituosas serve para embasar, reforçar ou avalizar por meio de documentos os pedidos fraudulentos de indenização.

Fica cada vez mais claro que, dentre os múltiplos instrumentos de que a sociedade dispõe para combater a fraude, o mais valioso é a lei (MANAGÃO, 2003).

Os princípios que regem o Direito Securitário<sup>1</sup> encontram-se didaticamente expostos no trabalho do Procurador Federal e professor de Direito Frank Larrúbia Shih, para os Estudos Funenseg. Antecipa a anotação de serem os princípios a expressão de mandamento nuclear do sistema, definindo o espírito, fixando critérios para a exata compreensão e inteligência das normas que regem a matéria securitária.

O princípio lapidar do seguro é o *mutualismo*, representado pelas contribuições individuais de todos os participantes que destinam suas parcelas de pagamento a um fundo comum com o objetivo de garantir a indenização de eventuais sinistros aos membros do grupo. Os participantes vêm a ser os segurados, os prêmios a representação das contribuições e os pagamentos pelos sinistros são denominados indenizações. Esse princípio figura no novo Código Civil, em seu artigo 757, explicitando que, pelo contrato de seguro, o segurador se obriga, mediante pagamento prévio do prêmio, a garantir interesse legítimo do segurado relativo à pessoa ou coisa contra riscos predeterminados.

Outro princípio que se aplica a todas as espécies de seguro é o *absenteísmo*. Refere-se ele aos atos dos segurados passíveis de agravar os riscos. A disposição legal se encontra no artigo 768 do novo Código Civil, estipulando que o segurado perderá o direito à garantia se agravar intencionalmente o risco objeto do contrato. Todavia, nada impede que o segurado que alterou a configuração do risco alerte a seguradora, comunicando a nova situação e assim permitindo seja recomposta a sua caracterização (SHIH, 2002).

Produz-se uma situação de fraude quando se retiram garantias indevidamente do fundo, visto que tal ação fere o direito de todos os outros participantes.

E é no "novo" Código Civil Brasileiro que se percebe a primeira referência ao dolo, no contrato de seguro. Encontra-se no artigo 762, do Novo Código Civil Brasileiro, a expressão "ato doloso", entendido como ato intencional, praticado pelo segurado, pelo beneficiário ou representante de um ou de outro, podendo implicar a nulidade do contrato.

---

<sup>1</sup> O direito brasileiro não reconhece autonomia científica ao direito securitário, considerando apenas um ramo integrado ao Direito Civil, o que explica não existir um código de seguros no Brasil. A matéria no País está regulamentada segundo os parâmetros do Código Civil e do Código Comercial.

Cumpra não permitir distorções interpretativas e, pela indicação clara no texto legal, demonstrar a necessidade da presença da chamada "boa-fé", que se apresenta em variados momentos, desde sua conclusão até a execução. Que é, finalmente, a caracterização do princípio de boa-fé. Proveniente do Direito Romano, a boa-fé é um princípio fundamental que regula toda a ordem jurídica. No caso dos seguros, representa a base que lastreia a relações entre os atores: seguradoras e segurados.

O homem reconheceu desde sempre que é impossível viver e avançar dentro de um sistema em que as relações se baseiem em incerteza e desconfiança. É aí que se fundamenta o postulado da boa-fé: uma exigência, um verdadeiro imperativo, realmente um pressuposto básico de qualquer relação entre indivíduos e de todo o sistema jurídico chamado a regulá-la (ISAZA POSSE, 2002).

Assim, a boa-fé deve ser aferida no momento da contratação da apólice, chamado de *conclusão do contrato*. Deve estar presente durante todo o curso de sua vigência, incluído principalmente o momento do aviso de sinistro e do pagamento, que seria a execução do contrato. O princípio de boa-fé securitária está fundado na legislação aparecendo no novo Código Civil, no artigo 765, que preceitua: "O segurado e o segurador são obrigados a guardar na conclusão e na execução do contrato a mais estrita boa-fé e veracidade, tanto a respeito do objeto bem como das circunstâncias e declarações a ele concernentes".

Na doutrina, a boa-fé pode ser subjetiva ou objetiva. Quando subjetiva, há a intenção no sujeito, considerando a vontade e o entendimento psicológico. De outra parte, a objetiva está baseada em padrões, em regras claras e específicas. A denominação *princípio de boa-fé securitária* se relaciona com a análise objetiva, fundamentada em regras objetivas de valoração (SHIH, 2002).

Quando há dolo, é importante discriminar se o dolo, representado por uma falsidade ou fraude, e se fez presente no ato de preenchimento da proposta, circunstância bastante comum – por meio de sonegação de informação ou declaração de inverdades –, ou fez parte da comunicação do sinistro – por meio de informação de fato não ocorrido ou superestimação do prejuízo. Todavia, essa importância, na verdade, não diz respeito ao mundo jurídico: só tem razão

administrativa de ser no sentido de verificar eventualidade de associações criminosas com público interno e, de certa forma, também de possibilitar o estabelecimento de melhores controles administrativos. Do ponto de vista estritamente legal, é totalmente irrelevante o momento em que se deu o dolo.

As declarações ou omissões do segurado ou seus representantes legais têm o mesmo valor, independentemente de quem as tenha prestado, servindo igualmente para a rescisão do contrato.

O novo Código Civil também se ocupa do agravamento intencional do risco, em seus artigos 768 e 769, causadores da perda e direito ao seguro. E ainda se, por má-fé, ciente de que o risco foi agravado, decidir o cliente silenciar, ficará ele passível de responder à competente ação criminal.

Entende-se que afirmações falsas, que vão constituir parte integrante do contrato de seguros, são de má-fé, independentemente da alegação de comportamento leviano, descuidado ou, mesmo, de ignorância. A presunção de que agiu com má-fé está calcada na circunstância de que o fato concreto a definir é aquele declarado.

Tudo isso porque, conforme explicitação anterior, o contrato de seguro é um contrato de boa-fé, deixando o segurador à mercê dos elementos fornecidos pelo segurado para calcular o prêmio e assumir o risco. Caberia, portanto, para maior precisão, adotar a expressão "princípio de boa-fé securitária", visto que esclarece e informa de que modo interpretar as peculiaridades a observar no trato da matéria securitária (SHIH, 2002).

Bastante adequada é a figura que aparece na Seção reservada ao Seguro de Pessoa, artigo 790, na qual deve o proponente explicitar a razão pela qual tem interesse na preservação da vida do segurado, "sob pena de falsidade". Não cabe interesse presumido senão ao cônjuge, ascendentes ou descendentes do proponente.

Percebe-se em todo o exposto a importância que ganha a boa-fé do segurado, pois cabe a ele a prestação das informações que vão embasar a periculosidade do risco e a avaliação do prêmio a ser pago. Torna-se indispensável

que as partes confiem nas informações uma da outra, dado que o contrato de seguro se baseia nas declarações do segurado, de modo a configurar o negócio jurídico, estabelecendo riscos e circunstâncias influidoras de sua ocorrência (AFFONSO SILVA, 2005).

Quanto à possibilidade de a seguradora averiguar as condições de veracidade das informações, não resta dúvida de que pode fazê-lo antes de concluir o negócio. Mas convém considerar que, que pelos longos prazos envolvidos, as condições de risco podem ser alteradas pelo próprio contratante. Da mesma forma, não é possível exercer constante vigilância sobre todos os contratos, durante todo o tempo, de onde se infere a absoluta necessidade de observar a já mencionada boa-fé, durante a vigência do contrato.

Ao analisar o contrato de seguro sob a ótica da fraude, percebe-se de imediato que sua fragilidade o torna alvo cobiçado para essa prática desonesta, a qual tanto pode partir do segurado, que visa – por má intenção – auferir vantagem ilícita, quanto da própria seguradora, que busca defraudar o segurado abusando da confiança que este nela depositou. É o que afirma, na seqüência, o Prof. Affonso Silva, especialista em seguros, em sua obra *A Fraude no Contrato de Seguro*, demonstrando o valor social e a política penal do seguro, bem como a forma de agir do Estado.

Não obstante todas as medidas já anteriormente enunciadas, previstas pela legislação, punitivas tanto civilmente quanto penalmente, e ainda as que figuram especialmente nas cláusulas das apólices, as fraudes persistem, o que demanda o contínuo exercício de medidas saneadoras e a criação e aperfeiçoamento de leis específicas sobre o assunto, assim como a inserção nas leis penais da figura específica da fraude tanto contra a seguradora como contra o segurado. Há que notar, entretanto, que na legislação penal brasileira nada consta quanto à fraude do segurador, embora as seguradoras sejam submetidas a rigorosos e constantes sistemas de fiscalização, quase sempre objetivando impedir a dilapidação dos fundos arrecadados dos segurados.

Na lei regulamentadora da atividade, consta apenas:

"Constitui crime contra a economia popular, punível de acordo com a legislação respectiva, a ação ou omissão, individual ou coletiva, de que decorra a insuficiência das provisões técnicas de sua cobertura, vinculadas à garantia das obrigações das sociedades seguradoras" (Lei nº 1.521, de 26 de dezembro de 1951).

A negação de pagar os direitos do segurado é uma forma de fraude que mecanismos adotados na lei civil visam reparar, freqüentemente aconselhando os segurados a procurar a área judicial para resolver suas pendências. Recente noticiário na imprensa destacou a situação de negativa de ressarcimento de valores correspondentes à perda de veículos motivada por furto ou roubo. A alegação para o não-pagamento foi a comprovação de fraude praticada pelo segurado. Todavia, pelo apurado até o presente, é o oposto que se vem configurando: enveredando por caminhos menos éticos, prepostos e funcionários de seguradoras, no procedimento judicial em tela, estão sendo responsabilizados pela prática de diversos atos, entre os quais a utilização e a concessão de aval para usar documentação eivada de falsidade, dando conta da venda dos veículos pelos próprios segurados em países vizinhos, anteriormente à queixa de perda.

Os fatos narrados até o momento ainda se encontram na esfera judicial, com envolvimento direto de policiais, investigadores privados, advogados e empresas, conforme noticiário da imprensa que deu grande destaque ao envolvimento de importantes seguradoras (Folha de São Paulo, 2005).

A realização deste trabalho, contudo, impôs limitações de ordem prática que nos levaram a excluir as ações ilegais das seguradoras, em que pese a existência de maus seguradores em todos os países, fraudando de sua parte a fé do contrato e desfigurando a boa imagem da própria instituição do seguro (AFFONSO SILVA, 2005).

### 2.2.3 Importância Econômica da Fraude

O exposto evidencia a relevância que cerca o tema “Fraude em Seguros” sob diferentes perspectivas. Na ótica das empresas, sua alta incidência causa gravíssimos prejuízos às seguradoras (MARQUES, 1998).

No dizer de Bechara Santos (2002), repetindo as palavras do diretor da FENASEG, Lucio Antonio Marques,...

“... O tema no Brasil ainda é tratado com certo tabu e o verbo *compartilhar* conjugado com certa parcimônia, onde as seguradoras, só agora estão começando a conversar um pouco mais entre si, visando romper a postura de compartimentos estanques, porque, a cada dia, o mercado de seguros toma um susto diferente diante da miríade de fraudes cometidas pelas mais variadas formas, chegando a estabelecer uma estatística, ainda que empírica, na base do “chutômetro”, reveladora que em média o setor desperdiça, no Brasil, de 20 a 30% do total de indenizações pagas anualmente, principalmente nos ramos *DPVAT* automóvel, saúde, vida, incêndio, transporte e acidentes pessoais, e cometidas por corretores, oficinas mecânicas, prestadores de serviços, inspetores de prévia e de sinistro, funcionários de seguradoras de todos os níveis e pelos próprios segurados e beneficiários”.

As companhias seguradoras elaboram um contrato de fé entre partes, não havendo mecanismo legal que possibilite uma pré-seleção dos segurados. Além disso, o custo administrativo das seguradoras seria fortemente onerado com a averiguação prévia do cliente, segundo Marques (1998), chegando mesmo a inviabilizar as operações.

Entre os fatores de responsabilidade das seguradoras que colaboram para a continuidade do comportamento fraudulento, Costa Martins (2002) alinha a preocupação em fixar prazos curtos para indenização e as conseqüências que daí advêm para investigações adequadas; o controle excessivo de custo – que obsta o bom resultado de tais investigações – e a tentativa temerária de sempre aparecer favoravelmente pela opinião pública. E conclui “quanto mais pensarmos no ‘facilitismo’, maior será o reflexo nas indenizações pagas no montante do prêmio de seguros”.

Ao observar o outro lado, o do cliente, percebemos que a fraude também é importante, na medida em que inflaciona os preços e encarece os prêmios, disso resultando o aumento de gastos pela exacerbação do risco. Do ponto de vista social,



seria desejável o apoio público para combater a fraude e manter o respeito à legalidade e aos princípios éticos que devem nortear a vida em sociedade.

Finalmente, a relevância do tema se justifica ainda pela importância econômica do mercado segurador, que representa 10% de PIB mundial, segundo dados da resseguradora Swiss Re. (2003), ou cerca de US\$ 3 trilhões anuais. No Brasil, os números indicam 3,5% do PIB (SUSEP, 2005), com possibilidade de crescimento para atingir uma participação de 5% em 2008. Os valores atribuídos às fraudes em termos globais variam e são incertos, porém a estimativa para o nosso país era da ordem de 20% do valor dos prêmios, segundo o Sindicato das Seguradoras do Rio de Janeiro, dados de 2002.

Em 2004, o valor total de prêmios, que representa a importância paga pelo segurados às seguradoras em troca da transferência de risco, foi da ordem de R\$ 45 bilhões segundo dados da SUSEP - Superintendência de Seguros Privados, do Ministério da Fazenda, e do IRB – Instituto de Resseguros do Brasil. Os levantamentos estatísticos no mercado internacional revelam que os prejuízos decorrentes de fraude situam-se entre 10% e 25% dos sinistros pagos. Admitindo que no Brasil a fraude represente cerca de 20% dos prêmios, conforme estimativas do Sindicato dos Corretores de Seguros do Estado de São Paulo, chegaria ela ao expressivo valor de R\$ 9 bilhões em 2004 (ARRUDA, 2005).

Em uma hipótese mais otimista, admitindo que, no mercado nacional, o montante de fraudes comprovadas esteja em torno de 10% dos sinistros pagos, o prejuízo decorrente estaria na ordem de R\$ 1,4 bilhão em 2001, R\$ 1,5 bilhão em 2002, e R\$ 4,5 bilhões em 2004 (DUQUE ESTRADA, 2003). A maior incidência de fraudes comprovadas concentra-se em seguros de Automóvel, Vida, Saúde e Ramos Elementares.

A consultoria A. T. Kearney elaborou em 2003 o Plano Integrado de Prevenção e Redução da Fraude em Seguros, conduzido e coordenado pela FENASEG – Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e Capitalização. Essa providência foi tomada tendo em vista que o mercado de seguros, independentemente da região onde se concentram ou estejam sediadas suas operações, vem sofrendo desde longa data a ocorrência de fraudes.

Ao apresentar seu trabalho, a A. T. Kearney analisa a constante preocupação das várias entidades envolvidas no negócio de seguros no Brasil e considera, com base em parâmetros internacionais, que o montante de fraudes pode ficar entre 10% e 15% do montante de prêmios emitidos por ano, o que vale dizer que poderia superar a quantia de R\$ 2 bilhões.

Nota-se haver grande disparidade nos dados que dimensionam o volume de fraudes, eis que caminhamos por terreno obscuro onde há uma só certeza: a fraude tem forte presença no setor de seguros, com grandes reflexos negativos, constituindo problema complexo, de difícil solução. Analisando a situação no Brasil e considerando a coexistência de três fatores primários, que explicariam a existência da maioria dos crimes – a existência de perpetradores, a vulnerabilidade das vítimas e a ausência de controles eficazes – Lorenzo Parodi, da ANSP – Academia Nacional de Seguros, afirma serem os valores dos prejuízos diretamente causados pela fraude da ordem de R\$ 4 bilhões a R\$ 5 bilhões. Estimando a existência de 25% a 30 % de sinistros ligados à fraude, identifica os setores mais atingidos como os de Auto (Acidentes, Roubo e Incêndio), Transportes e Saúde. Assinala ainda que pelo menos 70% das fraudes estão concentradas em seguro de autos, representando pesado ônus para o segmento. Para finalizar, dá como certo que de 40% a 50% das fraudes são cometidas pelos próprios segurados ou beneficiários (PARODI, 2005).

Nos Estados Unidos, pesquisas feitas com seguradoras apontam para valores estimados de US\$ 100 bilhões por ano em indenizações não devidas, pagas em virtude de fraude. O Relatório de Crimes Financeiros, para o público externo, publicado em maio de 2005 pelo FBI – *Federal Bureau of Investigation*, do Departamento de Estado Americano, dedicou um capítulo a Fraude em Seguros. Faz parte de suas atribuições a investigação de assuntos relacionados a atos fraudulentos e apropriação indébita, entre outros delitos ocorridos dentro das comunidades financeiras nacional ou internacional ou contra elas.

A área de Fraude em Seguros foi identificada como uma das prioritárias da Secção de Crimes Financeiros – FCS, do FBI. Tal prioridade se dá porque a indústria de seguros é uma das maiores dos Estados Unidos, quase dobrando o valor de contribuição do PIB do mercado de valores mobiliários. A indústria de seguros americana se constitui de cerca de 7000 companhias, com

aproximadamente US\$ 1 trilhão em prêmios a cada ano. Os custos de seguros oneram a família média americana em cerca de US\$ 400 a US\$ 700 por ano, num total que excede US\$ 40 bilhões. A indústria de seguros americana encontra-se atualmente em fase de mudança tecnológica e regulatória, uma vez que há companhias estrangeiras ocupando maior espaço. A preocupação do FBI está em identificar os esquemas prevalentes de fraude e os fraudadores do topo da escala criminosa.

As fraudes de mercado, objeto desta pesquisa, merecem, nos Estados Unidos, primeiro a atenção individual por parte das seguradoras, passando por associações de seguradoras como o NCIB - *National Insurance Crime Bureau*, órgãos governamentais como o NAIC – *National Association of Insurance Commissioners*, e depois por uma miríade de empresas particulares de investigação e de informação, como a IASIU – *International Association of Special Investigation Units*, que promovem treinamento, padronização e conduta dos investigadores, conscientização e coordenação de ações para enfrentar a fraude em suas múltiplas facetas.

As estimativas para os Estados Unidos também são pouco precisas, com amplitude de margem exagerada, mas de qualquer forma, as cifras ficam entre US\$ 30 bilhões/ano, números informados pelo NCIB, e US\$ 90 bilhões/ano, oscilando entre 10% e 15% dos sinistros pagos (PARODI, 2005).

Com relação a outros países, as estimativas relativas às fraudes são, para Espanha, de 2,3% a 2,7 % dos prêmios, o que corresponde a US\$ 1,16 bilhão por ano; no Canadá, 7% dos prêmios, no valor correspondente a US\$ 1,3 bilhão por ano; e no Reino Unido, 3,7 % dos prêmios valor da ordem de US\$ 2,4 bilhões por ano, segundo a Conning, empresa associada à resseguradora Swiss Re, especializada em oferecer relatórios de situação em investimentos nas áreas bancárias e de seguros.

A comparação salienta os expressivos valores encontrados no mercado brasileiro, o que também justifica a incansável batalha para reduzir o impacto das fraudes. Nesse sentido, identifica-se um bom exemplo de combate à fraude no Reino Unido. Segundo informações da ABI - *Association of British Insurers*, está ficando

cada vez mais fechado o cerco em relação às fraudes de seguros. Os dados da associação mostram um aumento bastante elevado no valor das indenizações fraudulentas de seguros que vêm sendo detectadas pelas companhias de seguro. Os pedidos de indenização desonestos contabilizaram mais de US\$ 6,55 milhões por semana em 2004. A pesquisa realizada pela ABI com seguradoras que cobrem dois terços do mercado de seguros gerais do Reino Unido mostrou que, no ano passado, foram descobertas indenizações fraudulentas avaliadas em US\$ 374,3 milhões.

A associação britânica informou que as fraudes descobertas variam de televisores deliberadamente quebrados a extorsões altamente organizadas. "Ao contrário do que algumas pessoas acham, as seguradoras não são alvos fáceis dos fraudadores, e isso é uma boa notícia para os detentores de apólices honestos", declarou Chris Hannant, chefe de prevenção de crimes financeiros, da ABI (Revista *Apólice* - 83 - 03/05/2005).

#### **2.2.4 Tipificação da Fraude**

A ação dos fraudadores pode ser classificada de acordo com o ramo do seguro, segundo análise de Horacio Cata Preta, Diretor-Executivo da FENASEG. Nos seguros denominados *de massa*, como os de automóveis, vida, acidentes pessoais, previdência e saúde, as modalidades poderiam ser:

- Fraudes ocasionais praticadas por segurados;
- Fraudes premeditadas perpetradas por segurados;
- Fraudes premeditadas praticadas por segurados em conluio com empregados da seguradora ou prestadores de serviços;
- Fraudes praticadas exclusivamente por funcionários das seguradoras.

Enquadradas no primeiro grupo, as chamadas *fraudes ocasionais*, como o próprio nome indica, são regidas pela oportunidade de obter vantagem ou de oferecê-la a terceiras pessoas. O envolvimento de mais participantes geralmente se

dá por laços de família e eventuais interesses comuns. São corriqueiras, e comumente aceitas, podendo servir de exemplos o empréstimo de cartão de seguro-saúde para outros membros da família ou a muito freqüente aceitação de culpa para ilidir a franquia, em casos de acidente automobilístico (CATA PRETA, 2002).

Quanto às *fraudes premeditadas*, independentemente de quem as tenha praticado, apresenta-se grande número de possibilidades:

- Falsas declarações de roubo ou furto de carga;
- Falsa declaração de roubo ou furto de veículo;
- Falsa comunicação de roubo, furto, arrombamento, danos elétricos e incêndios em residências, escritórios, lojas e indústrias;
- Falsa declaração de furto de bagagem;
- Inclusão de materiais não utilizados em contas médicas;
- Falsificação de recibos ou consultas médicas;
- Falsa internação hospitalar, visando ao recebimento de diárias de incapacidade temporária;
- Falsificação de Atestados e Certidões, de óbito, nascimento e casamento;
- Falsificação de laudos médicos com a finalidade de obter indenização por invalidez, permanente ou parcial;
- Falsificação de relatórios ou laudos técnicos;
- Adulteração de valores nos registros contábeis relacionados com sinistros já ocorridos;
- Adulteração de vistorias realizadas;
- Contratação de seguro para bens inexistentes, especialmente obras de arte, a serem indenizadas por motivos de furto, roubo ou incêndio;

- Contratação de seguro para obras de arte falsificadas, mas dadas como originais para reclamação posterior devido a furto ou roubo;
- Dano provocado para receber indenização.

No grupo de *fraudes premeditadas* praticadas exclusivamente por *funcionários de seguradoras*, encontram-se:

- Falsificação e adulteração de documentos;
- Adulteração de sistemas de computadores;
- Adulterações de sistemas de controles financeiros e contábeis;
- Adulteração de controles operacionais ou gerenciais.

A FENASEG recomenda que sejam utilizadas duas categorias referentes à fraude em seguros, segundo a abrangência de seu conceito. A fraude oportunista ou de abuso e a fraude premeditada. Tão ou mais importante do que a classificação exata dos casos é a freqüência com que a fraude é cometida. Nesse sentido, são tipificadas as fraudes, inicialmente, em duas categorias, apenas para efeito classificatório, sem considerar a escala hierárquica ou de importância por dano causado. De acordo com a FENASEG (2005), existem as fraudes *do tipo abuso* – de baixo valor unitário e alta freqüência – e a *do tipo premeditada* – de alto valor unitário e baixa freqüência.

Quanto ao momento de sua efetivação, a fraude oportunista pode ter origem em dois momentos distintos: o primeiro quando do preenchimento de informações incorretas nos formulários de contratação de seguros e o segundo quando se verifica o sinistro, seja pelo uso exagerado do contrato de seguros, seja pela obtenção de vantagens referentes à indenização.

No caso da fraude premeditada, também pode haver preenchimento de informações incorretas nos formulários de contratação de seguros, visando a utilização da cobertura e redução de prêmios. No sinistro, a premeditação da ação tem por objetivo obter vantagem de contrato de seguro a partir de ocorrência inexistente ou pelo planejamento de um sinistro.

Nos Estados Unidos, o III - *Insurance Information Service* e, no Reino Unido, a *ABI Association of British Insurers*, segundo a análise da A. T. Kearney, propõem conceitos e classificações alinhadas aos descritos acima, denominando *Hard* (severa) e *Soft* (suave) os dois grandes grupos iniciais, para depois novamente subdividi-los em fraude premeditada e fraude oportunista (FENASEG, 2005).

A fraude severa (*hard*) ocorre na tentativa deliberada de encenar ou inventar um acidente, acidente pessoal, roubo, incêndio ou outro tipo de perda que deveria estar coberta por uma apólice de seguros. A chamada suave (*soft*) se dá quando um segurado ou terceiro que realiza o aviso de sinistro exagera um sinistro legítimo.

A fraude severa, premeditada, de acordo com o conceito anglo-americano, se manifesta na contratação de apólice de seguros com a intenção deliberada de cometer um crime. Por outro lado, a fraude suave (*soft*) diz respeito a sinistros exagerados ou falsificados, com a diferença de serem comunicados a partir de uma ocorrência legítima.

Segundo informa o FBI, sua maior concentração de recursos está voltada para as fraudes praticadas contra o Sistema de Saúde, pública e privada (*Health Care*), normalmente relacionadas a cobranças indevidas. É ampla a gama de irregularidades objeto das investigações: serviços que nunca foram prestados, exacerbação de contas incrementando valores recebíveis, utilização de serviços desnecessários, subornos, cirurgias em pacientes ambulatoriais, desvios de produtos farmacêuticos, entre outras.

A outra área de investigação é a *fraude corporativa ligada a seguros*, particularmente importante em períodos de maus negócios. As seguradoras são obrigadas a manter reservas técnicas como garantia aos segurados, que não poderiam ser utilizadas nas operações. Quando, entretanto, têm problemas de fluxo de caixa e o aporte de recursos se faz necessário, lançam mão desses valores, invadindo a área restrita. Tal prática é muito comumente utilizada por empresários inescrupulosos que encontram dessa forma uma saída para suprir deficiências de caixa. Por conseqüência, e visando apagar rastros das operações indevidas, são cometidas novas infrações por meio de falsas declarações financeiras. Aduzimos o exemplo para demonstrar a importância da atividade fiscalizadora e investigativa

como saneadora do ambiente empresarial, ainda que nosso propósito não seja pesquisar fraudes praticadas pelas empresas (FBI, 2005).

### 2.2.5 Fraude no Ramo de Automóveis

O seguro de autos vem representando ao longo dos anos uma participação relativa de aproximadamente 33% de todas as carteiras do mercado de seguros, constituindo a categoria mais importante em volume de prêmios. Tem ainda grande possibilidade de expansão, pois, pelos dados da FENASEG (2002), menos de 40% da frota nacional de veículos tem contrato de apólice de seguros.

O setor de seguros pagou R\$ 14,435 bilhões em indenizações nos primeiros nove meses de 2004. Em relação ao mesmo período de 2003, quando foram pagos R\$ 13,322 bilhões em sinistros, houve um aumento de 8,36% no valor de indenizações pagas. No ramo Automóvel, os sinistros retidos registraram o montante de R\$ 5,157 bilhões, 36 % do total e 13,5% a mais do que nos primeiros nove meses de 2003, segundo os relatórios anuais da FENASEG.

A luta contra a fraude vem-se tornando um objetivo muito importante das entidades seguradoras, fundamentalmente para as que operam no ramo de veículos automotores. Uma das seguradoras desse segmento de mercado, a Liberty Paulista, divulga em seu site e em publicações institucionais a criação de uma Unidade de Investigações Especiais (UIE), dedicada a investigar fraudes, nos moldes estabelecidos pela IAIU – *Internacional Association of Investigation Units*, observando o mesmo padrão norte-americano.

Também instituiu um programa e serviço de atendimento telefônico (disque-fraude). A seguradora é reconhecida pela FENASEG como uma empresa de destaque no combate às fraudes. Como resultado, apresenta, em 1999 – seu primeiro ano de trabalho –, um resumo estatístico das investigações no ramo *automóvel* com os seguintes números:

- Casos investigados 2581
- Casos indeferidos 628



- % Indeferidos/Investigados 25%

Finalmente, explora em campanhas promocionais essas informações, servindo-se da frase: "Ao reduzir o volume de indenizações indevidas, quem acaba ganhando é você, pois o prejuízo provocado pelas fraudes acaba influenciando no preço do seu seguro", concluindo com a observação de que a fraude foi a grande vilã de 1999, responsável pelos maus resultados do mercado segurador naquele ano, quando se estimava ser da ordem de 20% os roubos e furtos fraudulentos de veículos.

O chamado *Seguro de Automóvel* é composto por dois tipos de cobertura: RCF - Responsabilidade Civil Facultativa, o conjunto das coberturas de *casco*, ou seja, do veículo propriamente dito, incluindo danos materiais a terceiros e APP - Acidente Pessoal de Passageiro, para as pessoas no interior do veículo no momento do acidente, incluindo terceiros.

Por meio da apólice dos Seguros de Automóveis, RCF e APP, a seguradora garantirá ao segurado a indenização dos prejuízos sofridos e o reembolso com despesas envolvendo socorro e salvamento, devidamente comprovadas, decorrente dos riscos cobertos e relativos ao veículo segurado, desde que respeitado o Valor de Mercado Referenciado ou o Valor Determinado, estipulado na apólice de seguro contratada (FUNENSEG, 2004).

As coberturas possíveis para os Seguros de Automóvel RCF e APP destinam-se aos riscos que se seguem, podendo ser encontradas, no mercado, em conjunto ou isoladamente:

- Colisão;
- Incêndio;
- Roubo ou Furto Total;
- Roubo ou Furto Parcial;
- Convulsões da Natureza;
- Responsabilidade Civil Facultativa – RCF;

- Acidente Pessoal de Passageiros – APP.

Os principais tipos de fraude relacionados à carteira de automóveis podem ser assim enunciados, conforme indicações do CESVI (2001):

- Fraudes realizadas durante o fechamento do contrato de seguro:

- Esconder ou adulterar dados – com objetivo de conseguir um custo menor, o segurado deixa de informar à seguradora circunstâncias relacionadas ao perfil do contratante. Como a idade de um dos motoristas do automóvel, falseia dados sobre o local estacionamento ou sobre sua utilização, ou ainda oculta a região de risco;
- Seguro múltiplo – oferecer o mesmo veículo para ser segurado em diversas companhias seguradoras, ao mesmo tempo e com a mesma cobertura, pelo que caberia, em tese, mais de uma indenização pelo mesmo veículo;
- Frotas - caso de empresas que contratam seguro para quase todos os veículos da frota, apenas com a cobertura sobre danos materiais a terceiros – o RCF – e optam por cobertura total para uma parcela mínima de seus veículos. Na ocorrência de sinistro, sempre será apresentado um veículo com seguro total, cobrindo as despesas relativas a danos materiais de terceiros, além do recebimento de indenização por seguro inexistente.

- Fraudes ocorridas após a consumação do sinistro:

- Seguro emprestado – a de maior incidência na carteira de automóveis. A responsabilidade do sinistro, por um dos envolvidos na colisão, é assumida de modo a pagar os danos de um suposto prejudicado, embora não tenha sido culpado. Na verdade, a culpa cabe ao outro motorista envolvido, que ardilosamente aceita, no entanto, pagar o valor da franquia daquele que aceita a culpa. Assim a seguradora ficará responsável pelo pagamento das despesas de todos os veículos envolvidos e arcará com custos que não lhe competiam;

- Omissão de fatos comprometedores – ocultação de qualquer fato ou dado que possa provocar o acionamento de uma das cláusulas de exclusão explicitada na apólice. Dentre as muitas possibilidades, as mais frequentes são a falta de habilitação do motorista, embriaguez, discrepância do perfil do motorista com o referido na apólice, envolvimento em práticas proibidas como competição de rua ou de velocidade;
- Ocultação de danos anteriores – refere-se a danos não relacionados com o atual sinistro e, portanto, eventualmente fora da cobertura.

- Ocasionamento do sinistro:

- Segurado provoca sinistro para beneficiar terceiros, obter reparação de dano anterior ou ainda buscar qualquer outro benefício ilegítimo;
- O segurado comercializa seu veículo com local de "desmanche", que o transformará em peças. Desaparecido o veículo, registra queixa de furto ou roubo. Em seguida, reclama a indenização exibindo a documentação fornecida pelas autoridades policiais.

- Fraudes em reparos – ocorrem nas oficinas mecânicas, de funilaria e pintura:

- Substituição desnecessária de peças;
- Substituição de peças por outras, usadas, recuperadas ou genéricas;
- Exacerbação de danos.

O noticiário referente às práticas mencionadas é amplo, demonstrando cabalmente que elas não se restringem ao Brasil, mas repetem-se em diversos países, conservando as características por toda parte.

“Colisões Provocadas Custam US\$ 1,5 milhão às Seguradoras”

Fraudes contra seguros de automóveis em Los Angeles, na Califórnia (EUA), custaram às seguradoras pelo menos US\$ 1,5 milhão em 2003, segundo um oficial da polícia local. Pelo menos 75 colisões de veículos teriam sido provocadas propositalmente para permitir a requisição do seguro. Treze suspeitos foram presos em dezembro por uma força-tarefa que investiga esse tipo de crime. Os fraudadores tinham documentos e contratos falsificados.

Os fraudadores provocavam acidentes batendo seus carros no de motoristas inocentes, que eles suspeitavam possuir apólices de seguro completas. A requisição ilegal dos valores do seguro contava com a cumplicidade de despachantes, funcionários públicos e médicos, que faziam a perícia dos "acidentados". Fonte: *Invertia* - 04/01/2005.

Em determinadas regiões do País, há uma incidência de tal ordem expressiva que sendo consideradas zonas de risco, têm maior valoração de seguro, onerando diretamente os custos de contratação. É o caso da Região Metropolitana de São Paulo, de alguns bairros da Capital de São Paulo, do Município do Rio de Janeiro e de certas cidades de outros Estados.

#### Golpe do seguro eleva furtos de veículos em Juiz de Fora

O golpe do seguro está elevando o índice de furtos de automóveis em Juiz de Fora. A conclusão é da Delegacia de Furtos de Veículos da cidade. Um dos fatores que reforçam a suspeita das autoridades é a atuação de quadrilhas especializadas em desmanche que estariam comprando os supostos carros furtados para a revenda das peças. A desconfiança se baseia na forma como o golpe é aplicado. Antes de o registro policial ser feito, vende-se o veículo por preço abaixo do mercado, para que seja cortado e tenha chassi adulterado. No final de junho, a Polícia Civil estourou, no Bairro Jardim Natal, um depósito com mais de 150 carros desmontados, o maior descoberto até agora. Só entre os meses de fevereiro e julho deste ano, 260 veículos foram furtados em Juiz de Fora. Enquanto a média mensal de furtos, no ano passado, era de 28 casos, em 2004, o índice subiu para 43 ocorrências, com pico de 56 em maio. O aumento verificado é de 53,5%. A situação começou a piorar a partir de março, quando o índice ficou em 34 casos. Fonte: *A Tribuna de Minas* - 09/08/2004.

#### Furtos de veículos têm relação com golpe do seguro

Entre os veículos furtados que não são localizados, há casos com propósito de enganar as autoridades e ganhar vantagem com o desaparecimento do bem. Trata-se do golpe do seguro. A Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e Capitalização (Fenaseg) acredita que 15% dos sinistros são fraudulentos. Em Santa Catarina, o Delegado de Defraudações do Departamento Estadual de Investigações Criminais, Enio Matos, confirma a existência do golpe, mas não tem o percentual da prática. O delegado Matos acredita que parte dos veículos não recuperados tem ligação com o golpe. Somente carros, caminhonetes e caminhões são utilizados na fraude. O alto valor do seguro de motos evita o crime. O golpe é praticado pelo baixo preço de mercado dos veículos segurados e pela grande procura de peças usadas. "O segurador chega a encomendar o furto do próprio veículo e ainda ganha alguns trocados, além do pagamento do sinistro", diz Sérgio. A prática gera prejuízo de R\$ 2 bilhões por ano às seguradoras. Com isso, os níveis de seguro sofrem um aumento proporcional aos sinistros pagos. Fonte: *Diário Catarinense* - Florianópolis - SC - 21/09/2003.

Zona Norte do Rio registra dois carros roubados por hora e seguro de roubo na região é o mais caro da cidade.

Um índice alarmante acaba de ser divulgado pelo governo do Estado do Rio de Janeiro: a média de roubos de veículos na Zona Norte é de dois veículos a cada hora. O bairro do Méier foi apontado como o mais problemático, seguido de Bonsucesso e Vicente de Carvalho. Só no mês de maio, o Méier registrou 1.399 veículos roubados e 380 furtados. Por conta do risco que sofrem os motoristas destes bairros, o seguro contra roubo desta região é o mais caro da cidade. O Sindicato das Seguradoras do Rio de Janeiro informou que o morador da Zona Norte paga um valor maior porque o risco de roubo e furto de veículos do bairro é levado em conta no momento de contratação da apólice. Fonte: *O Globo* - RJ - 27/07/2003.

## 2.2.6 Pesquisas sobre Fraude

Para reunir subsídios quanto aos aspectos específicos relacionados ao comportamento do consumidor de seguros, várias pesquisas foram levadas a efeito em diversos países. As peculiaridades do ramo segurador demandam a utilização de instrumentos que permitam entender o comportamento ético dos segurados, seja por ação ou por omissão. A compreensão desse comportamento é valorizada, e dificultada, pela assimetria das informações que cercam as operações de seguro e privilegiam o segurado.

Algumas pesquisas fundamentais para conhecer o assunto *desonestidade dos consumidores de seguro* foram conduzidas em outros países e, em que pese as evidentes diferenças culturais, demonstram, quando comparadas, relevantes pontos de convergência. Entre outras, foram produzidas nos Estados Unidos as pesquisas "Four Faces: Why some Americans do – and do not – Tolerate Insurance Fraud" (1997) e "Insurance Fraud: a Public View" (2002); em 2003, a pesquisa da Accenture, no Reino Unido, "What is Dishonest?", na Noruega e Alemanha, "Are Insurance Companies Getting the Customers they Deserve?".

Partes dessas pesquisas têm um enquadramento teórico baseado nos trabalhos de Muncy e Vittel (1992), que estabelecem uma medida para a ética do consumidor denominada *CES-Consumer Ethics Scale*, bem como para o comportamento do consumidor de seguro e seus aspectos psicológicos baseados nos temperamentos (TENNYSON, 1997), atitudes (TENNYSON, 2002) e, finalmente, sistemas de referências para comportamentos eticamente questionáveis (FUKUKAWA, 2002).

No Brasil, a pesquisa mais recente, denominada "Projeto Propensão à Fraude" (2004), tem abrangência nacional e foi patrocinada pela FENASEG.

**a) "Four Faces: Why some Americans do – and do not – Tolerate Insurance Fraud" (USA/1997)**

Uma das pesquisas que mais respeito ganharam no setor foi elaborada com o objetivo de entender por que alguns americanos toleram, e outros não, a fraude a seguros. Foi patrocinada pela CAIF - *Coalition Against Insurance Fraud*, quando uma comissão de seus diretores resolveu que seria apropriado explorar os motivos que lastreavam a tolerância à fraude, criando para tanto uma força-tarefa junto ao Comitê de Informações Públicas.

Para os objetivos do estudo, assumindo uma visão ampla, foram considerados todos os tipos de fraudes a seguros, mas com foco naquelas cometidas pelo segurado ou seu representante, sem levar em conta haver ou não conivência de outras pessoas envolvidas no processo de seguro, como médicos, advogados, corretores ou agentes, reguladores ou oficinas especializadas em reparação de veículos.

A pesquisa iniciou-se efetivamente no verão de 1996 e foi publicada em outubro de 1997, quando tomou o nome de "As Quatro Faces: Por que Alguns Americanos Toleram – ou Não – Fraude a Seguros".

Desde seu aparecimento, esse estudo vem-se tornando referência, entre outras razões, por ter sido conduzido pela Profa. Dra. Sharon Tennyson - renomada especialista do Departamento de Risco e Seguros, da prestigiosa Wharton School of Business, da Universidade da Pensilvânia –, com enfoque acadêmico e objetivos norteadores para a indústria.

A força-tarefa, sob sua orientação, adotou uma primeira hipótese de que entender as atitudes era a chave para mudá-las e, portanto, seria essencial explorar a atitude do público em geral no que dizia respeito à indústria, saber de seu conhecimento a respeito de seguros e do procedimento de reclamação para compreender de maneira abrangente as atitudes acerca da fraude.

A pesquisa foi realizada em duas etapas: a primeira, com a formação de grupos focados de discussão, pretendia ser um instrumento de análise desobrigado de chegar a conclusões específicas. Os grupos foram localizados geograficamente em cidades e classificados, por estudos anteriores, em diferentes níveis de tolerância à fraude. Assim, as cidades escolhidas – Filadélfia, Chicago e Indianápolis – representavam, respectivamente, níveis de tolerância elevados, médios e baixos.

Foram criados seis grupos, dois em cada cidade, e os mais rigorosos princípios de seleção foram aplicados e adotados pela Shugoll Research, de Maryland, empresa contratada para realizar o trabalho. Os respondentes, nessa primeira fase qualitativa, expressaram as seguintes possibilidades para o cometimento de fraudes:

- Economizar dinheiro ou reduzir custos;
- Poder ter acesso a um trabalho caro, impossível de conseguir de outra forma;
- Ressarcir-se das despesas com empresas seguradoras.

A pesquisa qualitativa revelou que os respondentes

- Consideraram que fraude conduz a prêmios mais elevados, porém acreditavam que continuariam a subir mesmo que a fraude fosse eliminada;
- Percebiam a responsabilidade moral, por parte do público, de comunicar a ocorrência de fraude contra seguros, porém muitos deles não se sentiam dispostos a ser os informantes, para o que alinharam uma série de razões: não querer envolver-se, temer pela própria segurança, desconhecer as circunstâncias que levaram à prática da fraude, não haver no fato nenhum dano físico para nenhuma pessoa, recusar-se a denunciar parentes ou amigos;
- Achavam que aqueles não passíveis de cometer fraudes contra seguros assim procediam por terem cultivado um forte sentido de certo e errado,

enquanto outros, nas mesmas circunstâncias, recebiam tão-somente ser apanhados em infração e serem punidos por isso;

- Apontaram duas formas para as companhias desencorajarem as fraudes: a primeira, recompensando os clientes por "bom procedimento", em termos de descontos ou créditos, pela não-utilização do seguro dentro de determinado período; a segunda, perseguindo agressivamente clientes que cometam fraudes.

As perguntas que explorassem reações e opiniões, como já relatadas, nos temas acima discutidos em grupo, foram incorporadas ao instrumento de pesquisa.

Os resultados da pesquisa qualitativa foram apresentados à coalizão e serviram para identificar e priorizar os assuntos a explorar/desenvolver em seguida, durante a fase quantitativa.

Os objetivos da pesquisa incluíram:

- Compreender as percepções públicas a respeito de comportamento antiético;
- Determinar experiência e atitude contra a indústria de seguros;
- Medir a percepção pública a respeito de comportamento antiético em seguros;
- Determinar conhecimento pessoal e experiência a respeito de fraudes contra seguros;
- Medir atitudes a respeito de diminuição e punição das fraudes.

A segunda parte da pesquisa, consistiu fundamentalmente numa entrevista telefônica de 15 minutos, aproximadamente, ao longo de março de 1997, em amostra randômica de residentes com idade superior a 18 anos, num total considerado válido de 602 respondentes, com nível de confiabilidade de 95%.



Foram identificados quatro subgrupos que apresentavam em comum níveis de tolerância e percepção do motivo que leva as pessoas a cometerem fraude contra seguros.

Classificaram-se os subgrupos como

- *Realistas* – com baixa tolerância à fraude de seguros, mas entendimento de que ela ocorre. Demonstraram o sentimento de que certos comportamentos são justificáveis, dependendo das circunstâncias em que se deram, da mesma forma que não são partidários de punições severas. Este grupo representa 21,6 % do total de respondentes;
- *Conformistas* – razoavelmente toleram a fraude contra seguros, na maioria das vezes por acreditar que muitas pessoas a praticam, o que a tornaria mais aceitável e os levaria a inclinar-se por formas mais moderadas de punição. Este grupo corresponde a 26,4 % do total de respondentes;
- *Moralistas* – concentram o grau mais baixo de tolerância à fraude contra seguros. Acreditam não haver desculpas para esse tipo de comportamento e desejam punição severa aos perpetradores do crime. Correspondem ao maior contingente de respondentes: 30,7 % da população pesquisada;
- *Críticos* – revelam o maior grau de tolerância à fraude e a tendência de atribuir o comportamento das pessoas à indústria de seguros, pois acreditam que as empresas seguradoras não conduzem seus negócios de forma justa. Propõem punição mínima ou mesmo nenhuma aos perpetradores. Este grupo corresponde a 21,2 % dos respondentes.

Não foi encontrada variação demográfica significativa nos quatro agrupamentos que pudesse comprometer qualquer dos resultados obtidos.

Os resultados da pesquisa foram divididos em tópicos:

- *Comportamento antiético*

A quase totalidade dos respondentes – 98% - acha que a utilização de um cartão de crédito pertencente a outra pessoa é altamente antiética, porém menos antiética que a omissão de declaração de ganhos em impostos do tipo de renda. Dois tipos de fraudes foram apresentados, com índices de 91% e 93%, respectivamente: os que visam aumentar valores de sinistro e os que comunicam um incidente de forma inapropriada, para obter cobertura de uma perda;

- *Indústria de Seguros*

Aproximadamente três quartos dos respondentes, cerca de 70%, atribuem à sua companhia de seguros índices bastante positivos, sendo 74% os que têm o mesmo sentimento com relação a seu corretor;

- *Prêmios de seguros*

Mais da metade (63%) disse que os preços são razoáveis. Dentro dos subgrupos, os Conformistas e os Moralistas estão mais propensos a declarar que os prêmios são justos ou razoáveis;

- *Experiência em reclamações*

Respondentes com experiência de sinistros em seguros de vida e de residência são mais propensos a atitudes positivas a respeito de seguradoras.

Percepção a respeito de fraudes em seguros:

A maior parte dos respondentes acredita que as chamadas *fraudes soft*, como aumentar valores de sinistros, são comuns. Os extremos ficam entre os Conformistas, que acreditam ser atitude corriqueira, e os Críticos, os que menos acreditam ser a fraude em seguros coisa comum.

- Da mesma forma, dois terços concordam que os valores dos prêmios crescem independentemente do histórico de reclamações e que os lucros das companhias são indevidos. Cerca de seis em 10 concordam que os

indivíduos que cometem fraude estão apenas buscando retorno relativo justo aos prêmios pagos. Praticamente o mesmo número (56%) concorda que as tarifas são baseadas na presunção de que ocorre a fraude.

- 63% entendem que a maior razão de dissuasão é o caráter moral da pessoa. Muitos também responderam estarem pessoalmente preocupados com fraudes em seguros. Além disso, nove em 10 respondentes disseram acreditar que os prêmios aumentam por resultado direto de fraudes. Chamados a estimar o aumento dos prêmios devido ao fator *fraude*, 37 pessoas viram correlação entre os fatos.

#### Experiência pessoal com fraude

- 31% relatam conhecer alguém que cometeu uma fraude contra seguros. Todavia, apenas 17% dos respondentes afirmam ter denunciado a ocorrência desse delito.

#### Reduzindo e punindo a fraude

- Significativo número de respondentes acredita que as companhias seguradoras deveriam efetivar inúmeras ações para reduzir a incidência de fraude. Nove em 10 dos respondentes acreditam que a indústria deveria verificar mais cuidadosamente os formulários preenchidos, informar as pessoas de como a fraude aumenta preços, reduzir prêmios para aqueles que não utilizaram o seguro ou o usaram muito pouco, investigar os pedidos em sinistros mais aprofundadamente e processar suspeitos mais freqüentemente.
- 57% acreditam que as pessoas deveriam ser processadas por mentir ou falsear as informações. Quase o mesmo número (53%) sustenta que a negatificação das porções injustificadas da reclamação é altamente proveitosa. Os críticos são os que menos acreditam que as sugestões apresentadas são apropriadas e simplesmente crêem que todas as reclamações relativas a sinistros deveriam ser processadas sem nenhuma pergunta.

## **b) "Insurance Fraud: a Public View" (UK/2002) - ABI**

A ABI, Associação Britânica de Seguradoras, conduziu, durante outubro de 2002, por meio de comissão independente, uma pesquisa de opinião para avaliar atitudes com respeito a queixas fraudulentas na indústria seguradora. Outro objetivo da pesquisa foi colocar a fraude contra seguros em um contexto de atitudes públicas a respeito da desonestidade em geral.

Como comparar fraude contra seguros com outros atos desonestos, tais como, por exemplo, dirigir embriagado ou comerciar objetos furtados? E mais perguntas ainda poderiam ser feitas, nos moldes de: O problema das fraudes em seguro é sintomático ou estaria inserido numa aceitação mais abrangente de desonestidade? Há uma variação pública perceptível entre o que é considerado desonesto hoje? Até que ponto algumas pessoas poderiam ser tentadas a praticar algo desonesto?

A motivação que levou a ABI a contratar a pesquisa buscava-se em estimativas próprias que davam conta de que mais de £1 bilhão por ano estava sendo debitado às seguradoras e aos segurados, apenas no segmento relativo a veículos e aparelhos domésticos.

Os resultados da pesquisa demonstraram que:

- 7% das pessoas admitiram ter realizado uma queixa fraudulenta de seguro, projetar que mais de três milhões de pessoas no Reino Unido, tenham cometido fraude contra seguros;
- Cerca de 48%, ou seja, quase a metade, não exclui a possibilidade de vir a fazê-lo no futuro.

Apontaram ainda que os fraudadores muito provavelmente estiveram relacionados com outros delitos, uma vez que

- 38% haviam feito uso de cartão de crédito que não lhes pertencia;
- 31% tinham praticado furtos em lojas, após idade adulta;

- 53% admitiram ter praticado receptação – compra de mercadoria produto de furto ou roubo – cientes de sua origem ilícita.

Ficava assim demonstrado, pela primeira vez, o enquadramento da fraude no contexto das atitudes públicas e da desonestidade em geral. Era a demonstração de tolerância pública direcionada para mais desonestidade. O que não significava, no entender dos pesquisadores, motivação para mais ações desonestas, mesmo após um número significativo de pessoas pesquisadas ter admitido que sua honestidade talvez não resistisse a um teste sério no futuro.

Com relação aos 7% que admitiram a prática da fraude, lesando o seguro nas formas tradicionais de exagerar um sinistro legítimo ou de criá-lo, admitiram igualmente ter-se apropriado de toalhas de um quarto de hotel.

O paralelo, traçado pelos analistas da pesquisa, compara o ato de exagerar valores de um sinistro ao de adquirir bens furtados ou roubados. De outra parte, o ato de inventar um sinistro, para receber a indenização, no mesmo nível que a prática de furto em loja. A explicação da comparação se constata pelos índices de 53% relativos à receptação e de 31% relacionados aos que furtaram em lojas.

O entendimento de desonestidade não é universal, visto que nem todos têm a mesma opinião do que seja honesto ou desonesto. Assim, e preocupantemente, 30% dos entrevistados não descartavam a possibilidade de beber exageradamente e dirigir alcoolizados. A pergunta que se pretendeu responder dizia respeito ao fato de que "é desonesto, mas pode ser aceitável?".

Os resultados apontaram que

- 55% dos entrevistados entendem que receber troco superior ao devido em estabelecimento comercial é aceitável ou fica na zona limítrofe;
- 40% vêem como aceitáveis ou de comportamento fronteiro as ações de exagerar valores de sinistro;
- 29% entendem da mesma forma a ação de inventar um sinistro para obter indenização;

- 20% estão na posição de que a combinação beber – dirigir ou é aceitável ou está no limite.

Restava ainda verificar, do rol de perguntas levantadas, qual a percepção para a tentação e como se comportar perante a oportunidade de praticar uma desonestidade.

Os entrevistados não descartariam praticar as seguintes ações, ainda que desonestas:

- 62% aceitariam troco superior ao devido em estabelecimento comercial;
- 48% contrabandeariam bebidas e cigarros com propósito de venda;
- 47% exagerariam uma comunicação de sinistro;
- 44% adquiririam bens sem importar-se por serem roubados ou furtados;
- 40% não pagariam taxas rodoviárias (evasão fiscal);
- 38% usariam drogas leves;
- 37% inventariam um sinistro para receber vantagem;
- 31% furtariam em lojas;
- 30% dirigiriam com teor alcoólico no organismo acima do permitido;
- 24% utilizariam cartão de crédito de outra pessoa.

Seguem algumas conclusões que podem ser extraídas da pesquisa:

- Lojistas são especialmente vulneráveis, dado que dois de cada três "clientes" estarão deliberadamente tentados a receber troco indevido, um terço a furtar na loja e um em cada quatro a utilizar cartão de crédito alheio, portanto, indevidamente;
- Praticamente a metade dos entrevistados, representada por 47%, não excluiria a possibilidade de aumentar valores em comunicação de sinistro e 37% fariam uma comunicação inventada, totalmente falsa;

- 44% também não excluíam a possibilidade de adquirir mercadoria roubada ou furtada, com uma ressalva, estipulada por um dos entrevistados: "... contanto que não fossem provenientes de uma casa como a minha. Não produto de roubo, mas retirados de uma carga de caminhão...";
- Dirigir com teor alcoólico no sangue acima do permitido é infração amplamente condenada, mas 30% não eliminariam a possibilidade de vir a fazê-lo.

### c) "What is Dishonest?" (Noruega e Alemanha/2004)

Em 2004, Johannes Brinkmann, pesquisador da Faculdade de Administração da Noruega, em Oslo, em conjunto com Patrick Lentz, do Departamento de Marketing da Universidade Dortmund, da Alemanha, se propuseram a elaborar uma pesquisa focalizada no estudo da desonestidade do consumidor de seguros, numa perspectiva ampla. O trabalho levava em conta um esboço da sociologia da moralidade do consumidor de seguros em vários níveis e da sociologia da moralidade da fraude contra seguros além de discutir a heterogeneidade moral, tentando entender criticamente os desvios.

Para realizar seu propósito, os pesquisadores replicaram a clássica "Escala Ética do Consumidor", de Muncy e Vitell, abreviada como CES, que aparece nos trabalhos de Vitell (1991), Muncy e Vitell (1992) e Vitell (2003). Esta escala, composta de inúmeras atividades eticamente questionáveis para o consumidor distribui-se em quatro categorias:

- Ativamente se beneficia da atividade ilegal;
- Passivamente se beneficia da atividade ilegal;
- Ativamente se beneficia de comportamento questionável;
- Se não há dano, não há falta ou infração.

Seguiram-se ainda as replicações de cruzamentos culturais e as observações de Fukukawa (2002), adicionando outras ferramentas de pesquisa para o atendimento dos objetivos, evitando os possíveis e prejudiciais estreitamentos. Assim pretenderam ir além de perguntas simples, adicionando elementos para obter novas perspectivas. Perguntas como:

- Desonestidade leve e freqüente por parte de consumidores de seguro representa uma punição do consumidor a uma indústria de baixa ou má reputação moral?
- Há alguma espécie de cinismo contagioso, quando os consumidores alegam que se sentiriam estúpidos caso não seguissem a multidão se empregassem os mesmos comportamentos discutíveis em situações de tentação, como todos os outros?
- A resistência às tentações de fraudes de seguro de baixo risco representa um indicador de moralidade do consumidor ou, mais especificamente, é exemplo de gratidão por terem sido bem tratados pelas companhias seguradoras?
- Poderia ser a punição do consumidor cinismo, tentação e resistência e outros indicadores similares, utilizada para segmentar o consumidor por 'heterogeneidade moral'?

Do ponto de vista puramente teórico, principalmente por ter sido esta pesquisa realizada em duas universidades, com objetivos de especulação acadêmica, observa-se interessante perspectiva da sociologia moral. Os autores da pesquisa explicam que a psicologia olha para os indivíduos, em estados mentais intra-individuais, em um patamar de explicações, no nível interindividual de comportamento humano, coisa que a sociologia não faz.

Todavia, as relações sociais, em grupos primários ou secundários, em sistemas sociais expandidos do micronível individual para o societal, ou mesmo para a sociedade global, permitem novo enfoque.



Assim serão observados o comportamento do consumidor de seguros e sua atitude, explicados preferencialmente entre indivíduos, ou mesmo colocados em um contexto social mais amplo.

Outra observação debate a construção de uma sociedade desejada ou, ao menos, de tornar desejáveis comportamentos ou ainda criticar a moralidade de comportamentos.

Os sociólogos estariam mais preocupados com a reconstrução e a comunicação com grupos mais ou menos homogêneos do que com dirigir-se a indivíduos.

E aí se encontra a raiz deste estudo, seguindo os trabalhos empíricos do sociólogo dinamarquês J. Goul Andersen, citado pelos autores da pesquisa, que descreve a importância da moralidade e a conceitua de forma bastante similar às tradicionais das pesquisas de desonestidade de consumidor.

No caso, a moralidade é definida como percepção individual de certo/errado em determinada situação, operacionalizada como aceitação individual de determinado comportamento Goul Andersen (1998, apud Brinkmann e Lentz). Cabe ainda a discussão da sociologia clássica que prediz o crescimento do cinismo e egoísmo nas sociedades modernas, concomitante ao declínio da moral e ao crescimento de hedonismo e do narcisismo, caminhos para a dissolução das bases morais e para o relativismo.

O desafio para os indivíduos estaria em viver com a ambigüidade e com a responsabilidade crítica. Outra corrente ainda sugere que o cidadão siga sua consciência ou intuição moral, independentemente das regras legais, numa forma de raciocínio aproximado ao custo-benefício, de forma a procurar caminhos e contornar as regras estabelecidas.

Nesse contexto, insere-se o consumidor de seguros, que, no desenho da pesquisa, tem possibilidade de se comportar como potencialmente desonesto e que, entre outros tantos comportamentos de mesma natureza, apresenta mais possibilidade de ser adotado racionalmente como uma escolha pública.

Os autores da pesquisa mencionam que: Goul Andersen conclui que se as normas fossem agrupadas e aplicadas às situações sociais a que se referem, poderíamos referir-nos a desempenhos sociais da mesma forma que desempenhos de consumidores de seguros.

Isso se daria, de um lado, pela expectativa cognitiva, maximizando custo-benefício e o legítimo defender de seu próprio interesse como consumidor, sendo possível complementá-la com uma atitude de ceticismo, até de desconfiança dirigida à outra parte, representada por corretores de seguros em defesa de seu interesse e por poderosas companhias seguradoras.

De acordo com esse panorama, o consumidor de seguros honesto e desonesto refletem o clima sociocultural, com as alterações na combinação de equilíbrio da moralidade cognitiva e normativa e suas expectativas, que podem ter piorado ou mesmo mudado.

E, finalmente, uma observação no que diz respeito à indústria de seguros, bem no seu âmago. Se, de alguma forma, pudesse influenciar o que os consumidores de seguro pensam e como agem, comprovaria o já mencionado refrão: "A indústria de seguros tem os consumidores que merece e vice-versa". São as observações de Baker, citado nas considerações da pesquisa, por seu trabalho *Segurando Moralidade*, publicado em 2000, no qual reflete mais uma vez o pensamento de que se deve analisar se a moralidade das empresas de seguros e a de seus consumidores não seriam independentes.

Há ainda a observar as considerações éticas relativas à comunicação da indústria de seguros com seus consumidores. Do ponto de vista de que, quanto mais se dedica à moralização, maior o risco de ser chamada a responder questões morais críticas e a ser avaliada em termos de consistência, credibilidade e confiabilidade, ficaria estabelecida uma dupla moralidade.

Os dados obtidos na pesquisa foram coletados por questionários, preenchidos pelo próprio respondente, entre alunos de faculdade de administração de dois países europeus – Dinamarca e Alemanha. Conduzido um estudo piloto, os questionários foram distribuídos em classe em abril de 2004, em dois campi, na Noruega. Adaptado para o alemão foi melhorado e distribuído por e-mail direto

durante julho e agosto de 2004. Interessante observar que o questionário compõe-se principalmente de partes previamente testadas e usadas por Vitell (2003), com seus estudos relacionados a uma quantificação mensurável pela *CES – Consumer Ethics Scale*, por ele desenvolvida. Utilizaram-se ainda partes da pesquisa, já exposta neste capítulo, denominada *Four Faces Study*, conhecida também como pesquisa CAIF (1997), combinadas com material do estudo de Goul Andersen (1998).

Cenários de tentação ou mesmo de desafio moral foram apresentados na abertura dos questionários, descrevendo situações de fraude contra seguros.

Os questionários utilizáveis foram aproximadamente 70% dos noruegueses e 33% da amostra alemã, num total de 156 para Noruega e 165 para Alemanha.

Importa ainda observar as considerações a respeito dos desvios encontrados em pesquisas desafiadoras, como esta, e tantas outras que se referem a assuntos relativos a comportamento de risco, sejam ilegais ou motivos de controvérsia. Por tratar-se do viés da resposta socialmente desejável, determinado por dois ou mais fatores independentes, como a auto-ilusão – tendência de enxergar-se de forma favorável, que poderia ser explicada como o desejo de causar boa impressão –, foram utilizados e minuciosamente descritos cuidados metodológicos especiais.

As perguntas investigativas, previamente decididas, se iniciaram por:

1) Como se compara a desonestidade do consumidor de seguros com outros exemplos de desonestidade de consumidores?

Os resultados foram apresentados em uma tabela relativa ao comportamento do consumidor classificado por sua própria rejeição em *ilegal, imoral, discutível e desonesto*, obedecendo aos padrões da Escala Ética do Consumidor, conforme estabelece Fukukawa em seus trabalhos, e adotando uma escala tipo Likert como instrumento, em que *Atitude Aceitável* é 1,0 e *Inaceitável* 6,0 para questionário que se segue:

Número de Entrevistados	(150)	(164)		
Nacionalidade	Noruegueses	Alemães		
Atitude	sua colega	sua colega		
Perguntas diretas:				
1.1. Beber um refrigerante em um supermercado sem pagar por ele .....	5.5	5.0	5.4	5.2
1.2. Mudar de etiqueta para preço menor em loja.....	5.2	4.8	5.1	4.9
1.3. Falsear a natureza de um incidente para obter recebimento de seguros por perda não coberta pela apólice.....	4.2	3.6	3.3	3.2
1.4. Devolver artigo danificado à loja, quando a culpa é de quem está devolvendo.....	4.2	3.8	3.8	3.7
1.5. Exagerar deliberadamente o valor de um item perdido ao solicitar ressarcimento de seguro.....	4.1	3.5	3.7	3.4
1.6. Devolver artigo depois de encontrá-lo mais barato em liquidação .....	2.5	2.4	1.9	1.0
1.7. Copiar software não autorizado (pirata).....	2.2	1.9	2.6	2.2
1.8. Baixar música da Internet em lugar de comprá-la em loja.....	1.6	1.4	2.4	2.1

Verifica-se, nos dois exemplos pesquisados de fraude contra seguros, a classificação de pouco sérios ou de menor importância, menos do que beber o refrigerante ou mudar a etiqueta de preço. Os alemães se revelaram mais tolerantes com respeito a falsear.

2) Há diferenças entre as atitudes dos respondentes com relação à sua própria atitude, à desonestidade do consumidor e às expectativas geradas?

Foi observado na tabela acima que as respostas entendidas como de sua atitude são um pouco mais severas que a atitude que se poderia esperar de seus companheiros.

Há significativas diferenças entre as atitudes individuais e a de seus companheiros, ao longo de todos os itens das duas amostras, tanto de noruegueses como de alemães. Uma alternativa ainda mais transparente, segundo os analistas da pesquisa, seria uma tabela com totalização geral.

Voltando os olhos para o item de falseamento de dados do seguro, 38% dos noruegueses afirmam ou simulam ter uma atitude "mais moral" do que a de seus próprios companheiros. Considerando que as atitudes esperadas dos companheiros representam uma forma menos ameaçadora de questionamento, assim como uma medida mais bem observada do que é a média ou representativa de normas sociais gerais, os dados relativos aos companheiros deverão ser utilizados como base.

3) Há possibilidade de agrupar consumidores de seguro por comportamentos de honestidade e desonestidade, servindo-se de um denominador comum?

Para interpretar os dados oferecidos, não foi levada em conta apenas a bateria de perguntas propostas no sistema CES, apoiado no exemplo de Fukukawa, na sua versão de 2002 com rol de 16 itens. Consideraram-se também os resultados expressivos de uma explicação de dois fatores: o *normativo de comportamento proibido* e o *normativo de comportamento permitido*. Tais fatores foram aplicados de acordo com o nível de tolerância da tabela antecedente e permitem verificar que, nos itens relativos a seguros, ambos demonstram carga forte tanto no proibido quanto no permitido. Sendo os dois fatores similares, pode-se defender a hipótese de fundir as duas amostras e obter virtualmente a mesma resposta.

O entendimento final é que não é possível definir claramente o comportamento como proibido ou permitido, no caso de seguros, pela análise do comportamento dos companheiros.

4) Existe alguma forma proveitosa de agrupar consumidores de seguros em honestos e desonestos, com base em análises de grupo, nas atitudes relativamente

à fraude contra seguros, racionalização de fraude e às apropriadas reações das companhias de seguro?

Para responder a essa pergunta, foram utilizados os mesmos mecanismos adotados na pesquisa CAIF, que dividia os consumidores de seguros em quatro grupos diferentes, no estudo denominado *Four Faces*, de 1997, já apresentado neste trabalho.

A pesquisa replicada buscou identificar grupos internamente homogêneos e transversalmente heterogêneos e estabelecer uma análise hierárquica de cada grupamento.

Assim, comparando, de início, as duas amostras, verificou-se que a fraude é relativamente mais aceita entre os estudantes de administração alemães do que entre os estudantes de administração noruegueses: o primeiro "cluster" apresenta 28% de noruegueses e 31% de alemães respondentes que compartilham um nível relativamente elevado de aceitação da fraude em seguros, além de recomendar punição branda ou mesmo nenhuma penalidade para essa ocorrência. A mesma nomenclatura foi seguida exatamente da mesma forma que na pesquisa CAIF de 1977 e, portanto, foram denominados ***Críticos***.

O segundo e terceiro grupo têm uma condição de nível médio na aceitação de fraudes e só puderam ser diferenciados pelas porcentagens de "aceitação de desculpas", ou seja, de escusas para o cometimento das fraudes. São os grupos que receberam as denominações de ***Conformistas***, 21% de noruegueses e 29% de alemães, que se caracterizam por uma razoável tolerância à fraude contra seguros, basicamente porque acreditam que seja praticada por muita gente, o que é mais aceitável. São Realistas 19% de noruegueses e 27% de alemães, que compartilham do sentimento que certas circunstâncias justificam o cometimento da fraude.

O último "cluster", denominado ***Moralistas***, apresenta o menor nível de tolerância à fraude em seguros e é composto por 32% de noruegueses e apenas 13% da amostra alemã. Para esse grupo, o comportamento do fraudador é inaceitável e seu desejo é punir os clientes da seguradora que infringirem as regras.

Concluíram os analistas que a maior massa crítica de **Moralistas** está situada entre os noruegueses, representada por praticamente um terço dos respondentes.

#### **d) Instituto de Seguros da América (USA e Nova Iorque, 2002)**

A segunda pesquisa, com 1995 homens e mulheres acima de 18 anos, foi realizada por meio de entrevista pessoal, conduzida em termos de amostra nacional, explorando principalmente ações de indivíduos, seguradoras e do governo para dissuadir a fraude.

Todas as pesquisas foram conduzidas por RoperASW, entre junho e outubro de 2002, permitindo aos analistas afirmar que os respondentes de Nova Iorque estariam mais propensos a concordar que é aceitável aumentar valores de queixas numa relação de 25% para 20%, que é a média nacional.

O estudo para Nova Iorque foi estimulado por indicativos sugerindo o crescimento de fraude no seguro de autos, no Estado e particularmente na região metropolitana de Nova Iorque. O estudo mostrou também que os residentes de Nova Iorque tinham a tendência de tolerar mais que a média nacional fraudes em outras áreas, além da de seguros, como, por exemplo, exagerar sua experiência, grau de educação ou renda quando preenchem propostas. O Instituto de Seguros da América, por meio de sua divisão denominada *Conselho de Pesquisas em Seguros*, realizou uma pesquisa, em 2002, que recebeu a denominação de "Fraude em Seguros: uma visão pública", baseada em dados obtidos em dois estudos separados. O primeiro explora a aceitação pública de fraudes contra seguros e o comportamento antiético, em outras áreas, bem como fundamenta atitudes a respeito de fraude em termos nacionais, especialmente no Estado de Nova Iorque. Essa fase da pesquisa foi realizada mediante entrevistas telefônicas, com uma amostra nacional de 1008 respondentes, entre homens e mulheres, de idade acima dos dezoito anos, complementada por 501 adultos residentes na capital Nova Iorque. Além de considerar aceitáveis certas fraudes nas propostas de seguro ou nas reclamações, os dados da pesquisa revelaram que 25% dos moradores daquela cidade afirmaram que deliberadamente anotariam para menos o número de milhas

dirigidas em proposta de seguro. A média nacional para essa pergunta é de 18%, menos de um em cada cinco entrevistados, no restante dos Estados Unidos.

Da mesma forma, outros tipos de fraudes, na proporção de mais que o dobro, foram declaradas aceitáveis, desta vez com referência a permanecer afastado mais do que o tempo necessário por licença médica para conseguir pagamento mais elevado do seguro. Os números correspondentes indicam 11% para Nova Iorque e 5% para o resto dos Estados Unidos.

Mais uma vez, os nova-iorquinos se diferenciam do restante do país, na proporção de 14% contra 9%, por considerarem aceitável modificar os dados de um acidente numa reclamação de seguro.

Dois dados são de notar: embora pareça haver maior tolerância relativamente a algumas formas de fraude contra seguros, o nível de preocupação em Nova Iorque é comparável à média dos respondentes em geral, numa proporção de 75% para 78% de média nacional. A única diferença registrada foi a predisposição de comunicar fraude responsabilizando alguém por sua autoria, com números da ordem de 4% para o país e de 3% para Nova Iorque.

#### **e) Pesquisa Accenture (2003)**

Em fevereiro de 2003, a Accenture divulgou uma pesquisa realizada nos Estados Unidos, com abrangência nacional, dedicada ao assunto fraudes em seguros. Mais uma vez foi utilizado o sistema de entrevistas telefônicas. Foi contratada a empresa TNS Intersearch para a realização de 1.030 entrevistas, com adultos de idade superior a 18 anos, tendo-se os trabalhos iniciado em novembro de 2002, período em que a TNS Intersearch era a quarta maior empresa de informações de marketing do mundo.

Dentre os entrevistados, 298 já haviam solicitado algum tipo de ressarcimento relativo a queixa de seguros de diversas modalidades.

O objetivo da pesquisa, baseada em amostra aleatória, era examinar as atitudes do consumidor no que dizia respeito à fraude contra seguros. Dos



entrevistados, 66% confirmaram que é muito mais provável a prática de alguma fraude dessa natureza em momentos de recessão econômica do que nos períodos de economia forte. A metade dos respondentes (49%) afirmou que a fraude é cometida porque as pessoas pensam que podem escapar de qualquer punição.

Com relação à motivação para a prática da fraude, 30% entendem que se trata de caso de necessidade de dinheiro. Um quarto dos entrevistados, porém, entendem que as fraudes são cometidas porque as companhias seguradoras cobram demais pelos serviços.

Da mesma forma que outros 20% entendem que se fraude inclusive para compensar as deduções nos recebimentos – as franquias, para o seguro de autos – procedimento legal nos mesmos moldes que o adotado no Brasil.

Com relação à efetiva prática de fraude, 11% dos entrevistados manifestaram conhecer alguém que havia inflacionado o valor dos prejuízos, basicamente relativos a seguros de casa ou propriedade (47%) e de auto (39%).

Quase metade dos respondentes afirmou que não estaria disposto a denunciar alguém que tivesse cometido fraude.

#### **f) “Propensão à Fraude” (IBOPE<sup>2</sup>/Fenaseg; Brasil/2004)**

Durante 2004, como parte de seu plano de prevenção à fraude em seguros, a FENASEG – Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e Capitalização, encomendou ao IBOPE – Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística, um trabalho que ficou conhecido pelo nome de Projeto “Propensão à Fraude”.

Dois eram seus objetivos: primeiro, promover uma avaliação inicial sobre a imagem do setor de seguros no País, identificando os elementos que contribuem para a formação dessa imagem; segundo, fornecer informações relevantes sobre a

---

<sup>2</sup> IBOPE, sigla de *Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística*, fundado em 1942, em São Paulo, para análise estatística dos fenômenos sociais, orientação de propaganda, estudo de mercado, pesquisa da audiência de espetáculos. (*Pequeno Dicionário Enciclopédico Koogan-Larousse*)

extensão do problema de fraudes em seguros no País e mapear as atitudes dos brasileiros a respeito desse tipo de ilegalidade.

Para tanto, o projeto foi dividido em duas fases: uma qualitativa e outra quantitativa FENASEG (2004). Para respeitar a metodologia proposta para a pesquisa, foram criados 12 grupos de discussão em fevereiro de 2004, com população com contrato de seguros privados, em Salvador, São Paulo, Rio de Janeiro, Goiânia e Porto Alegre. Há que notar que, nos grupos examinados nessa fase qualitativa, 25% declararam já ter pedido indenização por sinistro.

Para a fase quantitativa, estabeleceu-se uma amostra nacional, com população de maiores de dezoito anos, residente em domicílios com telefone, possuidores de seguros privados, selecionada por critérios probabilísticos. Foram realizadas 2000 entrevistas telefônicas entre 28 de abril e 16 de maio de 2004.

As conclusões obtidas na primeira fase, junto aos participantes, permitem verificar que:

- Há grande discernimento em relação às situações consideradas como de fraude em seguros;
- As modalidades de fraudes são conhecidas; não há dúvida quanto à maioria delas ser caracterizada como "fraude";
- A idéia de que a maior concentração de fraude está nas classes altas é predominante devido ao menor temor quanto às possíveis punições e ao maior poder de articulação;
- Os de menor poder aquisitivo têm seu maior patrimônio na dignidade e, portanto, são mais temerosas e só praticariam fraude em casos de extrema necessidade.

As conclusões iniciais foram confirmadas com a análise dos dados obtidos, após a realização da fase quantitativa.

Algumas frases características foram selecionadas pelos pesquisadores para melhor exemplificarem essas posturas, a exemplo de:

"a minha sobrinha fez pré-natal com a carteirinha da irmã dela" ou "Meu ex-marido falou pra gente dar uma boa amassada na porta do carro para o seguro pagar" e, ainda, "Se você está envolvido no acidente e você é culpado, você faz a pessoa assumir a culpa pra usar o seu seguro" ou, ainda, continuando "Perto da minha casa, uma casa foi assaltada. Eles tiraram muitas coisas que não foram roubadas e alegaram que tinham sido". Todas elas experiências pessoais ou de terceiros.

Mas também há frases que apontam para fraudes distantes, que indicam, em princípio, não haver uma ligação direta com seus autores:

"Simular um furto de veículo e mandar para desmanche" ou "incendiar a própria residência" e "assassinar o (a) esposo (a) para receber Seguro de Vida", entre outras.

Ainda na fase qualitativa, foi estabelecida pelo IBOPE uma relação de fraudes hierarquizadas de acordo com gravidade.

"Fraudes Leves", conceituadas como aquelas consideradas "Pequenas Fraudes", do chamado dia-a-dia, as mais comuns, com valores envolvidos baixos e pouco esforço para o fraudador. Os exemplos apresentados são:

- Emprestar a carteirinha para outra pessoa utilizar;
- Omitir fatos na história do veículo;
- Aumentar os valores para atingir a franquia;
- Obter mais de um recibo para um mesmo procedimento médico;
- Fazer uma cirurgia plástica aproveitando-se de procedimento cirúrgico;
- Utilizar franquia de terceiros;
- Forjar roubo do aparelho celular.

Para a maioria dos adultos e dos mais jovens, essas fraudes são aceitáveis e perdoáveis. A outra parcela de adultos as aceita, mas condena. Podem ser praticadas por qualquer pessoa, por variados motivos, desde necessidade, fruto de desespero ou desinformação. Na maioria das vezes, são praticadas pela facilidade em levá-las a cabo. Admite-se possam ser praticadas pelos próprios respondentes. Como punição, apenas o cancelamento do seguro, sem nenhuma outra consequência maior.

"Médias / Graves" são mais elaboradas, oferecem riscos maiores para o fraudador. Aparecem na pesquisa como praticadas por "alguém", porém jamais o respondente. Praticadas por pessoas desesperadas, oportunistas que pretendem tirar vantagem de uma situação ou indivíduos sem escrúpulos. Aqui é consensual a maior severidade nas punições, que se reflete em investigação, cancelamento do seguro e processo.

- Aumentar os prejuízos no caso de roubo residencial;
- Forçar a perda total do veículo;
- Forjar a perda/roubo do aparelho celular;
- Declarar bens a mais no seguro-residência;
- Omitir dados na contratação do seguro.

"Gravíssimas" são as fraudes pesadas, que sempre envolvem elevado risco para os fraudadores, requerem bom planejamento, controle na execução, juntamente com minuciosa preparação. Evolvem altos valores pela própria natureza.

Os grupos as julgaram inaceitáveis, apenas passíveis de serem praticadas por indivíduos inescrupulosos, nomeados *criminosos*, *ladrões*, *estelionatários* e *quadrilhas especializadas*. Quanto à punição, a indicação dos participantes dos grupos foi de prisão.

- Simular acidente ou a própria morte;
- Provocar acidentes pessoais propositadamente;

- Simular perda/roubo do carro;
- Declarar roubo não ocorrido;
- Simular roubo na residência;
- Adulteração da apólice;
- Incendiar a própria residência;
- Usar informações falsas fornecidas por médicos na contratação.

Os indicativos levantados na fase qualitativa permitiram concluir que não há nenhuma esfera social isenta de fraudes. Além de acontecer em todas as classes, elas serão praticadas preferencialmente pelos indivíduos de maior poder aquisitivo, e a percepção continua, no sentido de que os de menor possibilidade econômica são zelosos com referência à dignidade, considerada patrimônio maior, condição para só arriscar a cometer uma fraude em caso de extremo desespero. Estes dados também seguiram sendo confirmados com os números obtidos na fase quantitativa.

Quanto às razões para a ocorrência de fraudes, os entrevistados alinharam as seguintes:

- Sabem que é crime, mas acham que não serão apanhados;
- Acham que não existe punição;
- Estão em situação financeira difícil;
- Estão desesperados;
- É uma forma de recuperar o dinheiro investido no seguro;
- Porque é fácil;
- Porque as seguradoras ganham muito dinheiro;
- Porque não sabem que é crime;
- Porque todo o mundo faz;

- Porque ninguém sai prejudicado.

O entendimento do critério *gravidade* tem matizes no que se refere à percepção. Como um dos exemplos de fraude grave, pela omissão propositada de informação, ao "contratar seguro quando se sabe ser doente terminal". Será sempre considerada, pelos entrevistados pertencentes aos grupos da qualitativa, como fraude. Porém, ao mesmo tempo, entrará para a categoria de fraude leve, na medida em que se estabelece uma condescendência. No caso em tela, aquele que fraudava é visto como "em estado de necessidade".

Fica bastante clara a aceitabilidade dessa prática, ainda que esteja enquadrada no rol das puníveis com investigação rigorosa e não-pagamento do prêmio. O assunto *aceitabilidade* fica mais evidente na medida em que é menor a idade do entrevistado. Da mesma forma que, em alguns casos, esse mesmo índice cresce de forma diretamente proporcional à renda e instrução do entrevistado.

A pesquisa IBOPE testou diferentes tipos de fraudes, principalmente as situações de fraude consideradas mais aceitáveis, entre os grupos:

- mais jovens;
- solteiros;
- sem filhos;
- que já pediram indenização;
- que "poderiam fraudar o seguro".

A percepção de que fraudar seguro é "fácil ou muito fácil" igualmente é muito mais forte quanto menor a idade do entrevistado. Para justificar o ato de fraudar, são utilizadas, de maneira sistemática, as chamadas "justificativas cínicas", representadas pela impunidade e pelo lucro das seguradoras.

Interessantes as atitudes em relação à fraude advindas de quem nunca fraudou nem conhece quem já o tenha feito.

- 1% poderia fraudar, se tivesse certeza de não ser identificado;

- 1% poderia fraudar, mas com receio de ser identificado;
- 39% não fraudariam, por receio de serem identificados;
- 55% nunca fraudariam;
- a diferença ficou em NDA, não sabe, não opinou.

O desconhecimento a respeito de prática de fraude está representado por 86% dos entrevistados que afirmaram que "nunca fraudaram, nem conhecem alguém que tenha fraudado".

Já 12% responderam conhecer alguém que fraudou, conhecimento esse das práticas de seguros situado entre os mais jovens, mais instruídos, de maior renda, solteiros, sem filhos, que poderiam fraudar, não confiam, já se sentiram lesados e finalmente já pediram indenização.

Consolidando os dados daqueles que afirmaram que fraudariam o seguro ou não o fraudaram pelo receio de ser descobertos, numa categoria que seria prático rotular de "possíveis fraudadores" ou "que poderiam fraudar", ficamos com 41% dos entrevistados. São eles homens, mais jovens, solteiros e sem filhos. Os pesquisadores assinalam que a tendência dos entrevistados é assumir que conhecem algum fraudador, mas raramente afirmar serem eles próprios os autores. E o conhecimento de alguém que já tenha praticado fraude está sempre relacionado às categorias mais leves, consideradas aceitáveis.

No setor de automóveis, os resultados relativos ao conhecimento de ocorrências de fraudes apontaram para

- 19% superfaturamento combinado com oficinas de conserto de autos;
- 17% omissão de fatos na vistoria de veículo;
- 12% falsificação de dados sobre o sinistro em caso de roubo, incêndio ou colisão.

Esses dados percentuais são os mais elevados de todos os obtidos, sendo os mais próximos a eles os relativos a "atear fogo ao próprio negócio para receber o

dinheiro do seguro", que se encontra na casa de 11%, seguido de "utilizar nota fria para reclamar prejuízos", com 9% apenas.

Há que considerar, porém, uma área bastante sensível e de grande massa de segurados: a relativa ao seguro-saúde. Aqui a inquestionável primazia, nas ações de "abuso", coube a "emprestar a carteirinha de convênio médico para outra pessoa utilizar", com a declaração de praticamente um quarto de todos os entrevistados de conhecimento de ocorrência deste tipo de fraude (24%), logo seguido de 10% dos entrevistados "obtendo mais de um recibo de um mesmo procedimento médico".

A percepção de quem se prejudica com a fraude se concentra em 61% do apurado, que reconhecem recair o prejuízo sobre todos os clientes, ficando os restantes divididos entre a seguradora, com 20%, e ambos – seguradora e clientes – com 14%, cabendo a diferença (5%) a não sabe e não opinou e 1% a nenhum deles.

E quem absorve a fraude e seus prejuízos? Para 40%, são repassados integralmente aos clientes por meio de aumento de preço dos seguros.

Já 39% entendem que há uma divisão, com parte para a seguradora e repasse para os clientes via aumento de preços.

Somente 6% crêem na absorção total dos prejuízos causados pelas fraudes por parte da companhia seguradora.

A maior escolaridade, bem como a renda do entrevistado, confere a crença de que "quem mais perde com as fraudes nos seguros é o próprio segurado" – conforme explicitam os analistas do IBOPE –, com o conhecimento de que "o prejuízo é repassado para os preços". Os mais jovens e os da região Nordeste acreditam ser a seguradora a principal prejudicada.

Os pesquisadores não encontraram nenhuma relação entre recusar-se a praticar fraude contra o seguro e a crença de que os clientes são os maiores prejudicados, nem com o conhecimento de que os prejuízos são repassados para os preços.

Denunciar, caso soubessem de fraude praticada, mereceu resposta positiva de 52%, contra 36% que não informariam caso ficassem sabendo de fraude,



tendência que cresce quanto mais jovem é o entrevistado. De outra parte, também nos de maior renda e educação continua a tendência de não denunciar.

Os entrevistados – pouco mais da metade – que se mostram propensos a denunciar têm menor renda, pertencem à classe D e E , com menor nível de instrução, têm filhos e nunca pediram indenização, e aqueles que declaram nunca fraudariam o seguro.

As principais conclusões encontradas com respeito ao capítulo *fraude* na pesquisa IBOPE são:

- Não se sabe ao certo quais são as punições para as fraude em seguros, embora haja grande conhecimento em relação às fraudes;
- Mais que qualquer outro item facilidade aliada à impunidade são os principais motivadores de fraudes;
- Poucos segurados sabem que os prejuízos acarretados pelas indenizações fraudulentas são repassados aos clientes;
- A propensão a fraudar está em 4 de cada 10 clientes e, ao contrário de que se poderia supor, não está correlacionada com uma imagem negativa do setor;
- Os mais propensos a fraudar são jovens, talvez por tratar-se de fenômeno ligado a valores morais e estilos de vida, junto com o segmento menos informado sobre o repasse dos prejuízos para os preços.

### **2.2.6.1 Análise dos Dados das Pesquisas**

De todas as pesquisas que foram objeto de descrição neste trabalho, merecem destaque alguns dados pela importância que assumem.

São informações que permitirão aos profissionais da área de Marketing abordar melhor o problema para conduzir com mais segurança a estratégia dos negócios das empresas visando especificamente à fraude.

O entendimento ético do comportamento dos segurados foi esmiuçado a partir do balizamento com atividades outras e situações corriqueiras de vida.

Destaca-se com grande clareza, de todas as informações consideradas relevantes, a propensão a fraudar. Por esse motivo, centramos inicialmente a atenção neste ponto, buscando estabelecer coincidências na tentativa de verificar se há um padrão de comportamento.

Na pesquisa americana CAIF, cujo elemento fulcral é a classificação dos respondentes em grupos, identificaram-se níveis de tolerância e de percepção dos motivos que levam as pessoas a fraudar e chegou-se a conclusões interessantes que ensejam comparações entre pesquisas. Pela somatória de percentagem de representantes dos grupos que toleram e justificam o cometimento de fraudes (21,6%) com os que acreditam ser a fraude muito praticada, o que a tornaria mais aceitável (26,4%), encontram-se, portanto, 48% de todos os respondentes. Serão 48%, portanto, aqueles que, pela tolerância com a fraude e os fraudadores, poderão, em princípio, vir a praticá-la, número que coincide com o registrado na pesquisa da Associação Britânica de Seguradoras para a mesma pergunta, mas feita de forma direta. Os respondentes britânicos, entretanto, não descartavam a possibilidade de vir a utilizá-la no futuro.

A pesquisa IBOPE, do Brasil, encerra no seu bojo forte motivo de preocupação para os gestores da atividade seguradora já que detecta que 4 de cada 10 pesquisados têm propensão a fraudar.

Se todos os dados obtidos nas diversas pesquisas pudessem ser consolidados, o que implicaria ajustes metodológicos que ultrapassam o escopo deste trabalho, coincidências ainda maiores seriam encontradas.

Mas, de forma simplista, ao observar os resultados obtidos nas pesquisas com grupos de alemães e de noruegueses que, usando os mesmos parâmetros, replicaram muitos dos aspectos da pesquisa CAIF, pode-se verificar que os grupos de tolerância maior e razoável aceitação têm valores muito próximos dos demais encontrados.

A maior discrepância vai para os alemães, entre os quais se encontram as maiores porcentagens de todos os países e grupos pesquisados, pois correspondem a 31% de aceitação, somados a 29% de razoável aceitação, com um total de 60% .

Os dados relativos a noruegueses, da ordem de 49%, sem o rigor científico e a base técnica de estabelecer as adequadas porcentagens de erro que garantam comparações seguras entre dados de diferentes pesquisas, são, *grosso modo*, iguais aos das pesquisas realizadas no Reino Unido e nos Estados Unidos.

Outro elemento significativo diz respeito à prática da fraude em si. Aqui se encontra a resposta ao mecanismo mais comum, mencionado por unanimidade em todas as pesquisas, sobre a modalidade de fraude aplicada pelo maior número de entrevistados, na eventualidade de vir a acontecer uma situação de sinistro.

Trata-se do mecanismo de elevar falsamente o valor do prejuízo de modo a obter remuneração maior. Essa situação encontra variantes determinadas pelas diversas modalidades de seguro, no caso de serem pleiteadas as indenizações. Um exemplo claro foi obtido na pesquisa americana, em Nova Iorque, onde mais que o dobro da média nacional (11%) aceitaria como normal permanecer mais tempo que o necessário afastado em licença médica. Na mesma pesquisa específica para a área de Nova Iorque, os números apontam 25% de propensos a concordar em que é aceitável aumentar valores de queixas de seguros e geral.

Os dados obtidos pelo Instituto de Seguros da América, excluindo Nova Iorque, que têm como média nacional 20%, contrapõem-se aos do Reino Unido, onde 40% dos entrevistados consideram aceitável exagerar o valor do sinistro.

Entre alemães e noruegueses, o item relativo a falsear o valor de um bem, para, ao exagerá-lo, aumentar o valor ressarcido, embora mostre maior tolerância para o grupo alemão, foi considerado de menor importância, indicando aceitação ao redor de 40%, que os classifica nos mesmos patamares do grupo analisado no Reino Unido.

As conclusões da pesquisa IBOPE, consolidando os dados daqueles que afirmam que fraudariam o seguro ou que não o fizeram simplesmente pelo receio de

virem a ser descobertos – classificados, por isso, como possíveis fraudadores – atingem 41% dos entrevistados.

Essa compreensão não pode ser simplesmente estendida a todas as pesquisas porque desconhecemos se, em algum momento, se questionou sobre o receio de ser descoberta a fraude, como mecanismo de inibição, embora houvesse a vontade manifesta de assim proceder.

É significativo, porém, encontrar para todas as pesquisas números próximos a 40%, relativos a comportamento favorável à fraude, com forte indicação de prática dessa ordem de grandeza.

Sem temor de erro, podemos concluir que a fraude em seguros está inserida de forma significativa não só na prática, refletindo-se em ações diretas, para falsear resultados de sinistros, como para exagerar seus valores, na ordem de quatro em cada 10 segurados.

Contudo, faixas muito preocupantes de atuação criminosa afloram nos resultados. São ocorrências, seguramente engendradas por especialistas no crime, por organizações criminosas, que requerem planejamento minucioso das atividades, ainda que praticadas individualmente, entendidas como *fraudes hard*, ou seja, onde nada há de verdade na reclamação apresentada, sendo totalmente falsas e criadas para aproveitar a existência de um seguro. A magnitude dos números é motivo de séria preocupação.

Essa constatação se mostra clara na pesquisa do Reino Unido, quando 37% dos entrevistados declararam que fariam uma comunicação totalmente falsa. Nas outras pesquisas, aparecem situações que podem induzir a equívoco, se incluídas nessa mesma categoria, já que se referem a 14% do Instituto de Seguros da América, para a área de Nova Iorque, referentes a modificar dados, não havendo elementos para confirmar a amplitude da modificação.

O que deixa claro haver espaço para mais pesquisa nesse sentido, objetivando a zona mais escura da fraude, reconhecida pelos próprios entrevistados sempre como praticada "por alguém", no caso brasileiro do exemplo, de "atear fogo no próprio negócio para receber o dinheiro do seguro", na casa dos 11%.

Não houve maior aprofundamento desses aspectos, talvez porque o objetivo de todas as pesquisas, sempre produzidas sob o patrocínio de alguma entidade de classe, salvo a acadêmica Alemanha-Noruega, fosse limitar-se ao exame das tendências a fraudar e da imagem do setor junto à população, especificamente sua clientela.

Finalmente, a imagem de que as companhias seguradoras tem ganhos excessivos ou que o custo do seguro é elevado demais como razão para cometimento de fraude foi observada na pesquisa Accenture, dos Estados Unidos.

No Brasil, os dados do IBOPE demonstram o conhecimento de que a fraude prejudica a todos (na ordem de 61%), sendo o restante dividido entre repasse integral, de todos os valores de fraude para os clientes (40%) e parcial, ou seja, a perda dividida entre os clientes e uma parte absorvida pelas seguradoras (39%).

### **2.3. Caracterização do Setor**

O Mercado Internacional de Seguros movimenta anualmente US\$ 3,243 trilhões, correspondentes a 8% do PIB mundial.

Interessante observar que os Estados Unidos, desde 1997, ano que marca o início da série de dados utilizados para a análise do setor, ocupa o primeiro lugar no total de prêmios arrecadados. A participação dos Estados Unidos no mercado é de um terço do total mundial. O Japão igualmente se mantém em segundo lugar desde aquele ano, porém em queda contínua: de 23% em 1977 para 15 % em 2004. Segundo os últimos dados disponíveis, que se referem a 2004, o Brasil encontra-se em 21º lugar, com 0,56% da arrecadação global, como se observa na tabela comparativa abaixo.

Japão e Estados Unidos são a força do mercado segurador mundial, sempre com, pelo menos, metade de tudo o que se arrecadou referente a todos os segmentos de seguro.

**Tabela 1. Mercado Mundial de Seguros – 2004**

País	Posição	US\$ milhões	% Mercado	Acumulado
Estados Unidos	1	1.097.836	33,84%	33,84%
Japão	2	492.425	15,18%	49,02%
Inglaterra	3	294.831	9,09%	58,11%
França	4	194.624	6,00%	64,11%
Alemanha	5	190.797	5,88%	69,99%
Itália	6	128.811	3,97%	73,96%
Canadá	7	69.741	2,15%	76,11%
Coréia do Sul	8	68.623	2,12%	78,23%
Países Baixos	9	59.577	1,81%	80,04%
Espanha	10	55.903	1,72%	81,76%
Brasil	21	18.042	0,56%	89,27%
Demais		573.695	17,69%	100,00%
Total		3.243.906	100,00%	

Fonte: Swiss Re, Sigma

Os países altamente industrializados respondem por 90% dos volumes de prêmios nos mercados Vida e Não-Vida, apesar de abrigarem a quinta parte da população mundial. O segmento Vida é extremamente importante nos países asiáticos, visto que países como Japão e Coréia apresentam valores tão expressivos que chegam a registrar 75% e 60%, respectivamente, de sua arrecadação total. No que se refere ao segmento Não-Vida, os Estados Unidos sempre lideraram a o *ranking* mundial, com valores de US\$ 603 bilhões, um volume aproximadamente seis vezes maior que o do Japão, o segundo colocado. O panorama setorial para a América Latina, que consolida os dados referentes ao Caribe, tem a absoluta hegemonia do Brasil, apesar de sua participação vir declinando no mercado da região: de 47,23% em 1997, para 36,58% em 2004, num montante de perto de US\$ 18 bilhões.

Assim, em 1997, o Brasil permanecia em 1º lugar no *ranking*, com o México em 2º lugar e a Argentina em 3º, ultrapassada que foi nesse ano pelo México.

Naquela oportunidade, o volume mundial de prêmios era de US\$ 2,1 trilhões, com quase 57% gerados pelo ramo Vida.

A América Latina contribuía com arrecadação de US\$ 32,9 bilhões, apenas 25% correspondendo ao ramo Vida, aparecendo com uma participação de 1,6% do mercado mundial.

O Brasil produziu 45,7% dos prêmios da América Latina, seguido do México, Argentina, Chile, Colômbia e Venezuela, que juntos somaram 43,3% dos prêmios da região (FENASEG, 1999).

Considerando a década de noventa como "os anos de ouro" do mercado brasileiro de seguros, o Informe FENASEG de 2000 assinala, em editorial assinado pelo Presidente João Elísio Ferraz de Campos, que o volume de negócios quadruplicou nesse período, fazendo com que a participação do setor, historicamente estagnada em torno de 1% do PIB, atingisse a marca de 3% no final de 1999, com faturamento de R\$ 28,3 bilhões.

**Tabela 2. Mercado Latino-Americano de Seguros - 2004**

	Ranking América Latina	Ranking Mundial	2004	% Part. Mercado AL 2004	% Mercado Mundial	% Seguros PIB Local
Brasil	1	21	18.042	36,58%	0,56%	2,98%
México	2	28	12.231	24,80%	0,38%	1,86%
Argentina	3	39	4.098	8,31%	0,13%	2,68%
Chile	4	40	4.026	8,16%	0,12%	3,93%
Venezuela	5	44	2.629	5,33%	0,08%	2,55%
Colômbia	6	45	2.336	4,74%	0,07%	2,28%
Peru	7	56	883	1,79%	0,03%	1,31%
Trinidad y Tobago	8	57	874	1,77%	0,03%	7,85%
Equador	9	64	491	1,00%	0,02%	1,68%
Jamaica	10	69	431	0,87%	0,01%	5,00%
Panamá	11	70	422	0,86%	0,01%	3,07%
Republica Dominicana	12	74	366	0,74%	0,01%	2,05%
El Salvador	13	75	351	0,71%	0,01%	2,28%
Costa Rica	14	76	348	0,71%	0,01%	1,87%
Guatemala	15	82	290	0,59%	0,01%	1,09%
Outros Países			1504	3,05%	0,05%	
			49.322		1,53%	

Fonte: Swiss Re - Sigma

Interessante observar que, para a América Latina, ainda segundo o informe anual de 2000, da FENASEG, a densidade de seguro, considerada como prêmio per capita, é extremamente baixa em todos os países latino-americanos, ficando abaixo de US\$100 per capita.

Nos países considerados desenvolvidos, o valor do prêmio é 10 vezes maior, na casa dos US\$ 1000 per capita, o que significa que a penetração dos seguros, considerada como gastos com seguros em percentuais à renda, oferece uma média de 1,95% do PIB comparada à dos países industrializados, que, naquela oportunidade, encontrava-se na casa de 8,8% do PIB (FENASEG, 2000).

Mercado por acontecimentos traumáticos no cenário internacional, como os atentados terroristas que atingiram diretamente os Estados Unidos, o mercado conviveu com outras preocupações no cenário nacional.

Mais uma vez, o FENASEG, agora de 2002, se refere ao amadurecimento do setor securitário brasileiro, pois o País conviveu naquele difícil ano de 2001 com a



mais séria crise de energia enfrentada, além do perigo da globalização do terrorismo.

Mesmo assim, ainda segundo o relatório publicado em setembro de 2002, foi capaz de crescer e, mais ainda, demonstrou, que, por meio do pagamento de indenizações, benefícios, resgates e outros, devolveu R\$ 20,5 bilhões à sociedade, que correspondem a 65% de toda a sua receita líquida.

No que se refere à densidade, relacionando seguros com habitantes, o Brasil se encontra no 12º lugar em termos de América Latina, mais uma vez salientando possibilidades de crescimento. A relação Prêmio com PIB, que reflete a penetração do seguro, é muito baixa, como em todos os países da América Latina, mas acaba deslocando o Brasil para o 10º lugar, como se lê no informe de setembro 2002, da FENASEG.

O mercado segurador brasileiro apresentou evolução contínua, seguindo os dados setoriais apresentados em 2002, demonstrando que, desde 1995, alcançou um crescimento de 115,75%, considerando o período que se encerrou em 2001 (FENASEG, 2002).

A razão desse crescimento foi a estabilidade da moeda, pois o exemplo mais forte é a previdência complementar aberta, que cresceu fortemente a partir de 1994, registrando nesse período uma expansão de 642,54%.

Finalmente, os dados informativos setoriais apresentados pela FENASEG, que abrangem 2004 e o primeiro semestre de 2005, referem-se ao mercado e à tendência já histórica de consistência em seu fortalecimento, ao registrar expansão de 17,25% no volume agregado de suas receitas, conforme afirma seu presidente, em sua tradicional apresentação, desta vez no FENASEG 2004-2005.

Quanto ao mercado latino-americano, os US\$ 18 bilhões garantiram uma participação de 36,5% e o primeiro lugar, seguido do México, com US\$12,231 bilhões e 24,8%, e da Argentina, com 8,31%, em terceiro lugar, passando assim o Chile, que ocupa agora a quarta posição, com 8,16% (FENASEG, 2005).

Bastante significativo ainda o observado no FENASEG, que ressalta ser a primeira vez que a barreira dos US\$ 100 é ultrapassada em termos de densidade de

seguros, pela relação per capita. O Prêmio Individual evoluiu de US\$72,2, em 2002, para US\$ 86,6, em 2003, e, finalmente, para US\$ 101,1, em 2004.

A última consideração diz respeito à relação prêmios com PIB, que se encontra no Brasil em 3,39%. Na América Latina, a maioria dos índices está abaixo dos 3%, muito distante da média de 10% dos países industrializados (FENASEG, 2005).

**Tabela 3. Evolução do Faturamento de Seguros e Participação no PIB – Brasil**

Ano	Arrecadação (R\$ milhões)	% do PIB	PIB (R\$ milhões)
1993	5.560	1,29%	430.266
1994	11.869	2,11%	561.305
1995	16.320	2,53%	646.192
1996	22.355	2,87%	778.887
1997	25.028	2,87%	870.743
1998	26.181	2,86%	914.188
1999	28.275	2,90%	973.846
2000	32.763	2,98%	1.101.255
2001	37.656	3,14%	1.198.736
2002	42.513	3,16%	1.346.028
2003	51.161	3,29%	1.514.924
<b>2004</b>	<b>59.824</b>	<b>3,38%</b>	<b>1.769.202</b>

Fonte: Susep, IRB, Fenaseg, Bacen, IBGE.

O mercado de seguros brasileiro cresceu 129,0% em 2004 e, com exceção da previdência complementar aberta, a atividade de seguros nos setores de dano, saúde e de pessoas registrou um aumento de receita de prêmios de 20,8%, passando de R\$ 37,3 bilhões, em 2003, para R\$ 45,1 bilhões, em 2004.

Todavia, se utilizarmos uma taxa de crescimento anual composto, a variação anual passa a ser de 8,1%, dado ter-se reduzido a arrecadação em 1999 em 4,6%,

com reflexos negativos em todo o período. Novamente um crescimento bastante modesto em 2002, de apenas 3,2%, seguido de recuperação em 2003, para finalizar com uma variação de 59,5%, no período entre 1998 e 2004.

Ao estudar os agrupamentos de ramos de seguros nos entre os anos de 2001 e 2004, ilustrados na tabela 4, observamos que de forma geral os seguros referentes a Pessoas, que compreendem as modalidades VGBL, Vida e Acidentes Pessoais, figuram entre modalidades que mais cresceram, tornando-se o ramo mais representativo do mercado, respondendo por 47,14% dos prêmios de seguro emitidos no País no ano de 2004. O SwissRe (2005) observou este comportamento do mercado brasileiro, afirmando que o País passou a seguir padrão mundial de seguros, onde as modalidade ligadas à Pessoa têm maior procura que os demais seguros.

**Tabela 4. – Evolução dos Principais Ramos de Seguro no Brasil de 2000 a 2004**

<b>Ramos</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
Pessoas	4.697	5.138	8.180	13.191	17.670
Automóveis	7.244	7.932	8.198	8.941	10.511
Patrimoniais	1.701	2.111	2.744	3.458	3.563
DPVAT	1.206	1.280	1.418	1.470	1.591
Transportes	822	958	1.055	1.177	1.462
Habitacional	898	792	777	771	759
Cascos	151	316	381	543	466
Responsabilidades	154	192	280	413	404
Créditos	672	501	443	252	387
Rural	78	81	105	192	279
Riscos Financeiros	96	123	192	164	236
Riscos Especiais	28	135	134	140	162
<b>Total</b>	<b>17.747</b>	<b>19.560</b>	<b>23.908</b>	<b>30.710</b>	<b>37.488</b>

Fonte: SES/SUSEP Valores em R\$ Milhões

O ramo de Automóveis, que até o ano de 2002 foi o mais representativo do mercado brasileiro, figurou em 2004 como o segundo maior do ramo, sendo responsável por 28,03% dos prêmios de seguros emitido no País. De acordo com dados da FENASEG(2005), apenas 25% da frota nacional de automóveis está segurada.

Os ramos Patrimoniais e de Transportes também demonstraram um considerável crescimento no período, refletindo um melhor desempenho global da atividade industrial brasileira (FENASEG, 2005).

O setor de autos arrecadou 17,8% a mais que em 2003, passando a R\$ 10,5 bilhões, apresentando o melhor desempenho da atividade (FENASEG, 2005).

**Tabela 5. Mercado de Automóveis - Arrecadação e Variação - 1998 a 2004**

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	
<b>AUTOMÓVEL</b>	<b>6.601.831</b>	<b>6.296.512</b>	<b>7.293.101</b>	<b>7.945.472</b>	<b>8.202.439</b>	<b>8.940.534</b>	<b>10.530.878</b>	<b>59,5%</b>
Crescimento anual		-4,6%	15,8%	8,9%	3,2%	9,0%	17,8%	
Variação 1998 para 2004								59,5%

Fonte: FENASEG

### **3. METODOLOGIA**

Para efeito de classificação da pesquisa realizada, adotamos o critério explanado por Gil (2002), que tratou de ordená-las com base em seus objetivos gerais.

O objetivo traçado foi permitir melhor conhecimento do fenômeno da fraude, junto às empresas seguradoras, e a construção de hipóteses relativamente à sua importância no mercado de seguros, sendo essa forma proposta para a realização de pesquisas classificadas como *exploratória*.

#### **3.1 Tipo de pesquisa**

Para a sua consecução, adotou-se um planejamento bastante flexível, visando aprimorar idéias a respeito da matéria e configurar intuições, tudo de acordo com o proposto por Gil (2002). A pesquisa exploratória permite explicitar um problema e leva à construção de hipóteses para estudos posteriores, motivo pelo qual se adequou à natureza deste trabalho, até porque a intenção de examinar a fraude na indústria seguradora, à luz da administração estratégica, é permitir uma gestão organizacional voltada para a sua minimização.

A viabilidade da realização de uma pesquisa exploratória torna-se clara nas palavras de Sellitz et al., (1974), não apenas para formular um problema, a investigação mais exata ou a criação de hipóteses, mas também por outras funções, como aumentar o conhecimento do pesquisador acerca de um fenômeno que deseja investigar em estudo posterior; esclarecer conceitos e, ainda, apresentar um recenseamento de problemas considerados urgentes por pessoas que trabalham em determinado campo.

Para conduzir uma pesquisa dessa natureza, segundo Sellitz et al., (1965), algumas etapas são recomendadas e foram aqui adotadas, conforme segue:

### ***1º) Uma resenha da ciência social afim e de outras partes pertinentes da literatura***

O primeiro passo foi estabelecer as bases para um criterioso levantamento bibliográfico. O exame da literatura centrou-se na busca de trabalhos realizados por acadêmicos e na verificação pormenorizada das pesquisas de opinião patrocinadas pela indústria seguradora em diversos países, desde que essas pesquisas tivessem estudado os mecanismos e comportamentos dos consumidores com relação à fraude em seguros. Verificar as revistas, teses, estudos e artigos científicos que relacionam a ética do consumidor e seu comportamento, especificamente na área de seguros. Houve também a necessidade de pesquisar os fundamentos da indústria seguradora, que é altamente regulada, e suas instituições fiscalizadoras. Finalmente, foram observados os princípios jurídicos que norteiam a classificação dos atos ilícitos, no que tange à contratação ou indenização de seguros. O encerramento se deu pautando-se o trabalho pelas informações institucionais obtidas de entidades de classe, órgãos públicos e órgãos não-governamentais que representam a indústria seguradora em termos globais, de modo a oferecer dados quantitativos merecedores de indiscutível crédito para o estabelecimento do panorama setorial.

### ***2º) Um levantamento de pessoas com experiência prática do problema a estudar***

Foi então possível, com os elementos teóricos levantados, submetê-los a especialistas e colher sua sensibilidade a respeito do assunto objeto da pesquisa. O trabalho de campo, representado pela exposição dos assuntos levantados junto aos chamados *experts* na matéria, também fez parte dos métodos utilizados. Esse objetivo foi configurado partindo da hipótese de que as fraudes teriam influência sobre a atratividade da indústria de seguros, inibindo-a sensivelmente.

## **3.2 Amostra e sujeitos da pesquisa**

Os entrevistados foram selecionados inicialmente em virtude do papel desempenhado na indústria de seguros, sua importância nos aspectos de gestão e tomada de decisão, bem como seu reconhecido saber, configurado pela produção

bibliográfica, constante aparição na mídia como formadores de opinião e, finalmente, pelo critério de acessibilidade. Foram contatados para participar da pesquisa diretores de seguradoras, gerentes da área de sinistros, superintendentes de unidades de investigação especial, dirigentes de corretoras de seguros e advogados dedicados ao setor; todos considerados especialistas: "Tais especialistas adquirem, na rotina de seu trabalho, um extraordinário conjunto de experiências que pode ter muito valor... o objetivo do estudo da experiência é obter e sintetizar essa experiência" Sellitz et al., (1974).

Nesse sentido, a amostra foi composta pelos seguintes entrevistados:

- Issei Abe – Diretor-Executivo, Masahito Hirai – Diretor Departamental e Paula Rimkus – Gerente de Sinistros da Tóquio Marine Brasil / Real Seguros;
- Carlos Antonio Barros de Moura – Diretor da Barros de Moura & Associado;
- Moisés Dorival Ferreira - Superintendente de Unidade de Investigações Especiais / Recuperações - Liberty Paulista Seguros S/A;
- Carlos Aberto Collino - Diretor de Sinistros - HDI Seguradora S/A;
- Profissional da área jurídica – identidade preservada;
- Marcio Narezzi – Sócio-Diretor - Proter Administradora e Corretora de Seguros Ltda;
- Arthur Lippel Junior – Diretor de Sinistros – Chubb do Brasil Cia. de Seguros.

As entrevistas foram precedidas de agendamento, momento em que se explicaram, em grandes linhas, o objetivo, os procedimentos adotados, a necessidade de identificação e os trâmites que se sucederiam, desde a transcrição do material gravado até sua correção e aceitação como definitivo. Cada profissional foi entrevistado no seu local de trabalho, seguindo um roteiro que previa tópicos

relacionados com a Indústria de Seguros, a Estrutura do Mercado, Panorama Setorial, Perspectivas, Fraude, Comportamento do Consumidor, Seguradoras e Imagem do negócio.

Da mesma forma, tomaram conhecimento da metodologia que seria desenvolvida para a obtenção dos dados a cotejar não apenas com o referencial teórico, mas também com as demais pesquisas já efetivadas relativas à fraude e com os dados constantes do panorama setorial.

### **3.3 Instrumento da pesquisa**

Ficou assim determinado o marco teórico da pesquisa a realizar, porém, para operacionalizá-la, além da aproximação conceitual, importava utilizar o instrumento compatível com a abordagem das pessoas que vivenciavam o mundo do seguro. Para considerar os mais variados aspectos do fato estudado com aquelas pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado (GIL, 2002), foi adotada a entrevista pessoal.

Essa forma de obtenção de informações foi escolhida por vários motivos, entre os quais porque permite maior flexibilização, levando em conta a diversidade de papéis desempenhados pelos especialistas da área de seguros. A entrevista conduzida com os especialistas deveria ser a mais abrangente possível, explorando, ao final, vivência, conhecimentos técnicos e de gestão relativamente à fraude em seguros e, notadamente, sua presença no segmento de autos. Portanto, embora não estruturada, foi sempre conduzida com concentração de foco, podendo enquadrar-se como *parcialmente estruturada*, auxiliada por um roteiro de orientação, testado em entrevistas piloto, de modo a verificar-lhe a operacionalidade.

Todas as entrevistas foram gravadas, além de, paralelamente, terem-se efetuado anotações de controle durante todo o tempo, o que permitiu estabelecer as reações e a ênfase dada aos diferentes segmentos discutidos. Devidamente transcritas, foram submetidas aos entrevistados, para eventual correção de distorções e a competente aprovação de sua utilização na pesquisa.



O roteiro devidamente testado passou a incluir os tópicos a abordar durante as entrevistas com os profissionais da área, ordenados de maneira a induzir o assunto partindo de considerações gerais iniciais para progredir até seu ponto crítico relacionado ao objeto da pesquisa. Os tópicos foram examinados sempre pela mesma ordem:

1. Indústria de seguros: função social, estrutura do mercado – regulação, fiscalização;
2. Evolução: panorama setorial das Américas, internacional, mercado brasileiro - segmentos de seguros. Canais de distribuição – corretores;
3. Perspectivas: potencialidade de crescimento. Maiores entraves - fatores inibidores;
4. Fraude: política relacionada à fraude – tolerância. Avaliação de impacto, segmentos vulneráveis. Combate - medidas preventivas e medidas repressivas;
5. O consumidor: comportamento ético. Comprometimento/fidelidade;
6. A empresa de seguros: ética de mercado e auto-regulamentação. Imagem.

O item relativo às fraudes foi explorado buscando a sensibilidade do entrevistado com relação a impacto, depressão e vulnerabilidades, inclusive, se cabia ou não entendê-los como problema. Houve sempre a possibilidade de eventuais considerações a respeito de procedimentos, absorção e até mesmo de pulverização de despesas de origem fraudulenta. Observações relativas à ética e ao comportamento das empresas e dos consumidores, bem como sobre a imagem das companhias, também foram encorajadas.

## 4. RESULTADOS DA PESQUISA

Apesar da inegável contribuição dos estudos estatísticos realizados no Brasil para a produção de conhecimento específico sobre fraude, como os da KPMG (2000), (2002) e (2004), e da A. T. KEARNEY, contratada para definir um Plano Integrado de Combate às Fraudes, restava descobrir um leque de informações sobre o assunto, o que demandava a realização de um trabalho de campo.

As referências teóricas, constituídas pelas pesquisas no exterior e pelas realizadas no Brasil, e suas conclusões, discutidas e analisadas no item 2.2.6, ofereceram significativa produção de conhecimento sobre o fenômeno fraude e sua quantificação, com a vantagem da universalidade, tendo em vista a diversidade de locais em que foram realizadas. A análise das pesquisas selecionadas – complementada pela mais recente de todas, realizada no Brasil pelo IBOPE em 2004, por encomenda da Fenaseg – órgão oficial que representa a indústria seguradora nacional – descortinou a situação brasileira. Ficou mais uma vez demonstrada a máxima de que o mundo sempre aparece para nós como o interpretamos e não como ele é, segundo Larner (*apud* YUNES, 2001).

A partir desse momento, ficaram muito claras as circunstâncias analisadas nos diferentes países, que se traduziram nas conclusões das diversas pesquisas, permitindo estabelecer paralelos, sintonias e, sobretudo, similitudes.

Todo esse material extremamente valioso, com forte poder de instrumentalização para os gestores do setor, balizou o programa das ações de prevenção e repressão, que o mercado indicava como necessárias, repercutindo as descobertas e ensinamentos oriundos das pesquisas. Portanto, parecia adequada uma postura fenomenológica que contribuísse para a compreensão do assunto, e esse foi o caminho adotado. Assim, unindo de forma harmônica, os elementos das pesquisas realizadas e a visão dos especialistas, pôde-se investigar e explorar a percepção desses profissionais acerca do setor, da fraude e de suas particularidades.

O ponto central das entrevistas – a fraude – mereceu um tratamento específico, voltado para a sensibilidade do entrevistado no que se referia ao

impacto, depressão ou inibição sobre a atratividade do setor. E mais: suas vulnerabilidades e eventuais considerações a respeito da absorção ou pulverização dos gastos relativos à fraude, bem como medidas de prevenção e ações para detecção e repressão.

Para estabelecer uma ligação entre as referências conceituais, a indústria examinada, a bibliografia e a caracterização de suas peculiaridades, notadamente no que se refere à fraude em seguros, seguiu-se a indicação metodológica desenhada por Sellitz et al., (1974).

Portanto, a correlação do trabalho de campo, representado pelas entrevistas com os especialistas na matéria, que, devido à convivência com o assunto estudado, ofereceram contribuição imprescindível ao estudo desenvolvido, e do resultado das pesquisas, calcados nos conceitos de *estratégia*, mostrou o possível panorama da indústria de seguros e sua relação com a fraude.

Esperava-se, dessa forma, obter experiências e conhecimento por meio de especialistas, que adquiriram na rotina de seu trabalho um extraordinário conjunto de experiências que pode ter muito valor (SELLITZ et al., 1974).

As entrevistas foram programadas com especialistas que têm profundas raízes na indústria de seguros. Todos os profissionais selecionados têm experiência, representada por anos de atuação, nos diversos setores que compõem o ambiente dos seguros. Para permitir uma visão global desse universo, também foram escolhidos especialistas que estão na ponta da comercialização, em contato direto com os clientes: os corretores. Há ainda a acrescentar que cabe ao corretor proativo escolher o produto que melhor se adapta às necessidades de seu cliente, desenhar os contornos da proposta à seguradora para minimizar riscos e garantir a melhor relação custo-benefício. Seguindo a mesma intenção de análise, com a maior abrangência possível, buscou-se o olhar do profissional engajado na empresa provedora de serviços, representada por companhias seguradoras de grande porte, cuidando de selecioná-los por sua posição de gestor ou específica na área de sinistros, recuperação ou relacionada com a fraude. Passemos aos resultados das entrevistas.

## 4.1 As Entrevistas

### 4.1.1 Tóquio Marine Seguradora / Real Seguros (ABN AMRO)

Abe, Issei – Diretor-Executivo.

Hirai, Masahito – Diretor Departamental.

Rimkus, Paula – Gerente de Sinistros.

Rua Sampaio Viana 44, 10º andar.

Dia 3 de fevereiro de 2006, às 9:00 h

Como considerações iniciais a respeito de fraude no mercado de seguros, deve-se afirmar que as fraudes estão, segundo dados do mercado, entre 20 a 30% do total de sinistros, com cerca de 12 a 14% dos prêmios, porém sua tendência é crescente. Relatórios especializados estimam as fraudes em diversos países – EUA, 9% dos prêmios; Canadá, 7%; Reino Unido, 3,7%. A previsão de tendência crescente também é válida para o Brasil. No Brasil há uma evidente falta de preparo do mercado, pois a fraude está quase que fazendo parte da cultura de “tirar vantagem”.

Fatores estruturais relativamente às fraudes dizem respeito à mão-de-obra pouco profissionalizada e aparelhada (investigadores e vistoriadores), além de reduzida disponibilidade de *softwares* adequados.

A falta de preparo do mercado poderia ser suprida pela de formação de maior número de profissionais, dedicados à área de fraudes, como forma de especialização. Foram fornecidos dados da KPMG Forensic, com expressivas porcentagens relacionadas às entrevistas com 43% dos executivos das maiores seguradoras do País, revelando que: 93% consideram a fraude como uma ameaça para os seus negócios, 79% que o sinistro é a processo mais suscetível à fraude,

42% das fraudes são cometidas por clientes. E também que apenas 10% das fraudes são comunicadas à polícia por 86% das seguradoras.

Como a fraude é avaliada como *esperteza*, não é considerada como *crime*, e há um evidente desconhecimento das implicações legais das fraudes. *Fraude* em seguro é, portanto, um fator cultural, da mesma forma que assim o é o desconhecimento do mutualismo, princípio básico que provoca o aumento do prêmio do seguro. Há também a necessidade de enfatizar campanhas para prevenção, com divulgação adequada de que se trata de crime. De outra parte, deveria haver efetiva punição dos fraudadores, porém tal circunstância não se verifica na prática. Há uma grande impunidade, de um lado, causada pelas seguradoras, que não possuem um sistema de troca de informações sobre fraudes totalmente operacional; e, de outro, pelo poder público, que não responde efetivamente com as práticas de repressão desejadas, que seriam de se esperar face às ações criminosas.

O intercâmbio de informações entre as empresas está centralizado no RNS – Registro Nacional de Sinistros, bem como pelo SIAC – Sistema Automático de Circularização, onde os funcionários cadastrados pelas empresas seguradoras trocam informações sobre sinistros com o mercado segurador.

Há necessidade de um maior cruzamento de informações para a redução de sinistralidade. O fato de as companhias seguradoras no Brasil “não conversarem” entre si com relação ao assunto *fraudes* é circunstância local, pois em outros países essa prática é comum.

Há segmentos de seguros em que se observa uma concentração maior de fraudes. Eles se relacionam principalmente a autos, onde há forte sinistralidade. É interessante notar, inclusive, os casos com determinados veículos, se destacando os da marca Volkswagen, modelo Parati. Em determinado momento, pode haver uma situação de aproveitar-se essa circunstância para fraudar, uma vez que há grande incidência relativa a este veículo em especial.

Outro segmento bastante propício à fraude é o de RD – Riscos Diversos, por variados motivos. Pode-se chamar a atenção para o primeiro, que se refere à não-necessidade de vistoria prévia. Assim, sinistros ligados a incêndios, por exemplo,

podem gerar vantagens para aproveitadores, exacerbando prejuízos, apresentando “notas frias” e demais documentos falsos para lastrear pedidos de indenização.

A fraude, é claro, está ligada ao aumento da massa, mas também há uma situação de falta de cultura do seguro, do entendimento social. Esta situação remonta à história do seguro, da formação das cooperativas com a finalidade de proteção comum, e se manteve até hoje, com as seguradoras ganhando um pequeno *spread*.

Na verdade, nem todo prejuízo é repassado aos clientes. No caso de fraude, há efetivo prejuízo para seguradora, arcado pelas companhias, e que não afeta o prêmio a ser pago pelos segurados, em termos coletivos.

Ainda faz parte da cultura o fato de não denunciar uma falsidade, ou fraude, o que acaba prejudicando a todos, inclusive aos próprios segurados.

A Tóquio Marine tem como filosofia de trabalho estabelecer padrões éticos para suas atividades, denominada de *compliance*, para fazer cumprir regras de conduta pelos funcionários, mas também dedicada ao público externo, demonstrando sua forma de agir. Há ainda uma gestão de qualidade, onde se analisa o comportamento do consumidor pelas reclamações, aceitação de produtos através de uma gerência de atendimento. Pode-se, desta forma, avaliar críticas aos produtos e estabelecer também trabalhos de prevenção.

A prevenção de fraudes em si se realiza de forma técnica pela análise de ocorrências: são estabelecidos perfis que estão baseados em região, características do fato em termos de índices de fraudes. Assim, pode-se focar uma ação em particular, como, por exemplo, o caso de salvados.

É a análise de riscos, voltada especificamente para a fraude, com a finalidade de prevenção.

É importante salientar que este trabalho é interno e de cada seguradora, não havendo uma total disponibilização de dados para o mercado, o que também se reflete na desatualização do RNS - Registro Nacional de Seguros; é bem verdade que seria responsabilidade de todas as seguradoras alimentá-lo, o que se espera venha a acontecer, também para proveito de todos.

De outra parte, a necessária divulgação dos órgãos públicos deixa a desejar, e cada companhia trabalha no seu universo, sem contar com o apoio de informações oficiais.

As iniciativas de combate à fraude no Brasil passam pela já mencionada troca de informações e ações como o GSE - Grupo Especializado no Combate às Fraudes, da Fenaseg, para combate ao crime organizado. O GSE é um grupo composto por representantes das seguradoras eleitos através de votação para ação contra o crime organizado. Seu trabalho se baseia em disque-denúncia, que já é responsável por quase 30% das fraudes identificadas; inteligência onde são tratadas as informações que dizem respeito ao perfil do fraudador e da fraude e, finalmente, pelas trilhas, que são as hipóteses de situações que apresentam desvios de padrão estatístico, que possam ser possíveis fraudes.

A imagem do setor acaba de ser beneficiada por um início de trabalho conjunto, principalmente no que se refere ao crime organizado. É também um movimento tímido, mas que tem tendência de melhorar. É também uma das determinações da SUSEP, que obriga as companhias a comunicar, nos casos de suspeita de lavagem de dinheiro, e de algumas regras para a comunicação de fraudes.

Mas fatores de sucesso relativo ao combate às fraudes repousam em esforço cooperativo entre as seguradoras, que poderiam ser de toda a ordem, desde o banco de dados eficiente relativo a fraudes e fraudadores bem como medidas para melhorar a imagem.

As campanhas para melhorar a percepção do mercado, com relação à fraude, e seus benefícios para a comunidade dão resultado.

Existe também a fraude relativa à corretagem. Uma das modalidades foi minimizada com a cobrança bancária. No passado, os corretores que arrecadavam os prêmios e repassavam para as seguradoras caso até hoje do Japão, e que também era assim no caso brasileiro, até ser modificado por determinação legal. Porém, alguns corretores ficavam com importâncias relativas aos prêmios e não efetuavam o repasse devido, passando a exercer o papel das seguradoras e

bancando, como fosse uma aposta, o seguro efetuado, razão mais que óbvia para alterar os sistemas de cobrança.

O mercado de seguros no Brasil está em fase de crescimento, pois está claramente ligado à economia. Quanto mais próspera a economia, maior seu crescimento, e essa é a tendência esperada, motivo, inclusive, de investimentos de seguradoras no Brasil.

Da mesma forma que a fraude é um risco para o negócio de seguros, ela tende a ser menor com o crescimento econômico, diminuindo as práticas oportunistas.

Porém, deve ter-se em conta que se trata de um verdadeiro risco para o negócio, porque a fraude existe e, em determinados momentos, não se consegue nem inibi-la nem combatê-la, podendo, sim, ser considerada como um dos fatores de depressão do negócio.

Pois como é atividade de risco, trata-se de uma questão de benefício, e, nas economias desenvolvidas, não vale a pena correr o risco de ser fraudador.

Uma outra forma inibidora de risco e que, ao final, também redundaria numa melhoria para todo o setor, com evidente redução de custos, está ligada aos investimentos sociais, principalmente na área da educação.

#### **4.1.2 BarrosDeMoura & Associados, Sbm-Ltda.**

Carlos Antônio Barros de Moura

Diretor Barros de Moura & Associados

Rua Boa Vista, 314 – São Paulo

Realizada em 26 de fevereiro de 2006, às 10:00 h



O Prof. Carlos Antônio Barros de Moura é Diretor e Consultor Sênior de BarrosDeMoura & Associados, Sbm-Ltda., Serviços em Riscos e Seguros. Tem 30 anos de experiência na indústria de seguros, como executivo de empresas seguradoras ou corretoras, como consultor e professor. Graduado em Administração de Empresas pela Escola de Administração de Empresas da FGV – Fundação Getúlio Vargas, com curso de Planejamento Econômico na Universidade de Harvard, nos Estados Unidos da América.

“O mundo dos seguros oferece contato universal, com praticamente todos os ramos de atividade produtiva, e, por meio de suas carteiras, pode-se obter um verdadeiro termômetro da economia, com todas as variações relativas à queda de emprego, aumento de transporte de cargas que acabam se revelando como indicadores do microcosmo da realidade brasileira acompanhados pela indústria seguradora.

O mercado de seguros foi extremamente protegido até o século XX, com domínio total do IRB, que, praticamente dominando o mercado, impôs a venda de produtos independentemente dos desejos dos consumidores, sendo as companhias seguradoras simples agentes de distribuição. Todos operando sob o monopólio da União, numa atividade em que não se trabalhava o verdadeiro consumidor, desde a constituição de 1934, quando se deu a nacionalização do Sistema, que perdurou desde 1939 até 1969/70.

Forte concentração financeira acabou por motivar fusões, principalmente em virtude da necessidade de carta-patente para poder funcionar e, em pouco tempo, as 240 seguradoras dos anos 60 se transformaram em 100 companhias efetivamente em operação.

Com a edição do Dec.-Lei 73, e sua conseqüente regulamentação, instituíram-se as cobranças de todas as apólices pelo sistema bancário. Estava assim aberta a possibilidade de os próprios bancos passarem a operar nos ramos de seguros. E assim aconteceu, de fato, devido à percepção do volume financeiro carreado pelas cobranças.

Esta situação veio a fortalecer o mercado como um todo, não apenas para os acionistas, mas também pelo oferecimento de produtos melhores, com preços menores para o consumidor.

O monopólio sempre questionado do IRB – Instituto de Resseguros do Brasil, sofre alterações pela modernização de sua gestão, porém continua a haver uma forte concentração no segmento, com 70% do mercado dividido entre as maiores seguradoras, e de 85 a 90% do mercado alocado às 10 maiores.

À alta inflação e à falta de referência de longo prazo se atribuiu a estagnação do mercado pelo menos por 15 anos, sempre ao redor de uns modestos valores relativos a 1% do PIB.

Na década de 80, o surgimento do Real como nova moeda e a estabilidade que viria a se consolidar a partir desse momento, importantíssima para os seguros, possibilitaram o início das mudanças.

O reflexo se fez sentir na busca de serviços alternativos àqueles oferecidos pelo poder público. O setor de saúde e o crescimento da previdência privada são seus melhores exemplos.

Banco do Brasil, Itaú e Bradesco lideraram a distribuição dos produtos através da sua rede bancária, contribuindo para o crescimento das maiores carteiras na área.

Na verdade, Previdência Privada não é seguro, pois lhe falta o risco, um dos elementos essenciais inerentes à atividade seguradora; é muito mais um sistema financeiro de capitalização.

A novidade surgida é o setor massificado de seguros, valores relativos baixos, atingindo faixas enormes de população, com milhões de clientes cativos. É o caso dos seguros embutidos em contas de luz, cartões de crédito, entre outros. O sistema de cobrança passa a ser de uma mensalidade de pequeno valor, diretamente debitada na conta de cada consumidor/cliente.

Uma aparente receita pequena, com baixa porcentagem de despesa, sem corretagem, e ligada a uma prestadora de serviço do gênero eletricidade, gás, telefone, etc...

O ramo de automóveis tem tido um crescimento forte e se encontra na faixa de 28 a 30% do total do mercado. Importante fator a considerar foi o crescimento da frota e a indexação com valores confiáveis de indenização, caso da tabela FIPE.

Quanto à visão macroeconômica, o Brasil tem alguns fatores a resolver: questão da abertura do mercado e do resseguro e a SUSEP que passou a desenvolver produtos no lugar do mercado, quando lhe caberia ter a função reguladora e fiscalizadora.

As únicas alternativas de baixar custos para o consumidor estariam na redução ou eliminação do IOF para o seguro de bens, pois chega a ser 7%, e não gerar mais custos para a seguradora com a cobrança bancária, a exemplo de quitar-se débito mediante o uso de cartão de crédito.

Como se trata de uma fonte de aplicação a longo prazo, poderia perfeitamente ser diferido o pagamento do imposto.

É quase como se estivéssemos tratando de um título público, para resgate/pagamento em 10 ou 20 anos.

Na verdade, trata-se de dinheiro de reserva, que, se liberado de impostos onerosos, beneficiaria a todos.

Do ponto de vista microeconômico, a fraude prejudica de forma geral, e seus números são misteriosos, pois se baseiam em cálculos nem sempre possíveis de comprovação, e em estatística bastante complexa. Como, por exemplo, a afirmação de que existem cinco ratos por habitante em São Paulo. Na verdade, a certeza é de que se trata de um fenômeno universal.

A fraude impacta e é recuperada do universo que paga.

Outra dificuldade é que o setor não trabalha adequadamente sua imagem: há uma antipatia quase que universal contra as seguradoras. Está arraigado no subconsciente das pessoas que as seguradoras ganham muito dinheiro. Assim, para

o segurado, não custa nada a tentativa de recuperar um pouco do que gastou com o seguro. Seria, mais ou menos, a mesma reação que as pessoas demonstram ao pagar impostos: a eterna disputa do contribuinte em confronto com o fisco.

Há necessidade de um trabalho que demonstre com clareza os objetivos e transparência com o balanço social, além de clara demonstração especificando os valores devolvidos.

A fraude está para as seguradoras assim como um dente quebrado está para a engrenagem: nada funciona corretamente.

As ações de processar fraudadores muitas vezes acabam por esbarrar em seu arquivamento. Trata-se de um motivo a mais, que também dificulta a repressão. Mas há trabalhos realizados, como o de Negrini, que estabeleceu, junto com a Fenaseg, cadastro com objetivo repressivo e que tem apresentado bons resultados, principalmente no caso de seguro obrigatório de veículos automotores.

Os ramos de auto, saúde, vida são os mais sujeitos a este fenômeno da fraude, inclusive, deve-se ressaltar o de cobertura a furto e roubo de residências.

Há companhias que trabalham com indicadores, uma espécie de luz vermelha, extremamente importante para detectar fraude e/ou preveni-la, como é o caso da Liberty Paulista.

Esse cuidado na prevenção é definitivo e deve ser bem monitorado, pelo risco que apresenta de poder vir a prejudicar inocentes. E, também, pelos custos que pode envolver. Trata-se claramente de observar-se uma relação de custo e benefício, a ser estabelecida e analisada criteriosamente.

No caso da carteira de autos, deve-se trabalhar por amostragem, nas oficinas, evitando conluio entre o consertador e o segurado, ou mesmo com a ação individual tipo "golpe" contra a seguradora.

O Boletim de Ocorrência Policial é o documento para o confronto de verdades e, portanto, seria de se esperar uma sintonia com os órgãos públicos, que, embora desejável, nem sempre está presente.

A tendência geral das seguradoras é tentar recuperar o prejuízo e desistir de processar.

No que tange à fidelidade, trata-se muito mais de fidelidade pessoal, pois, de uma forma ou outra todas as companhias acabam por ser iguais, no oferecimento das mesmas modalidades de coberturas.

O diferencial estaria em oferecer alternativas de compras, com a disponibilização de mais variedades de coberturas. E, certamente em escala maior, portanto, pode-se entender a necessidade de se ter um destaque, para um tipo de seguro, o "seguro empresarial", com clara redução de custos.

Resta ainda estabelecer o problema da imagem, pois, em termos mundiais, o seguro tem por obrigação vender sua importância, seja direta, seja indiretamente.

Exemplos dos furacões nos EUA são significativos: é a função econômica e social do seguro a ser recuperada.

#### **4.1.3 Liberty Paulista Seguros S/A**

Moisés Dorival Ferreira

Superintendente de Unidade de Investigações Especiais / Recuperações

Rua Dr.Geraldo Campos Moreira, 110

Realizada em 15 de fevereiro de 2006, às 9:30 h

A Liberty, ao adquirir a Paulista, desde o ano de 1996, por ser líder nos EUA, no combate à fraude e ter uma relação forte com NICB e IASIU, sendo uma das suas empresas fundadoras, estabeleceu-se no Brasil com os mesmos propósitos no que se refere à fraude. O critério de combate à fraude já fazia parte de sua estrutura, razão pela qual ao propor e implementar uma política de combate à fraude, no Brasil, se tornou *benchmark*, pois, desde aquela data, nada existia no

mercado nesse sentido, nem havia profissionais especializados, nas companhias de seguro.

“Foi trazida para o Brasil a concepção de SIU, "Special Investigation Unit", que tem como objetivo a montagem de um grupo de seguradoras com o mesmo propósito de prevenção à fraude, através da disseminação de *expertise* entre os profissionais.

Foi assim minha entrada nesse setor, pois, com minha experiência anterior na área de oficina de autos, já havia me deparado com muitas fraudes na reparação de veículos sinistrados.

Nesse início, o desejo era montar grupos de seguradoras com o mesmo objetivo: a análise dos dados de cada evento.

Por meio de tratamento de dados, que analisam coincidências e circunstâncias de eventos, as chamadas "coincidências estranhas" são identificadas e permitem entender a existência dos indicadores de fraudes.

As apurações eram feitas apenas pelo *feeling* de quem exercia o papel de sindicante ou determinadas pelo montante de possível prejuízo pela indenização, eliminando por lógica também as ocorrências que, embora estivessem classificadas entre os indicadores, que recebem a denominação de *red flags*, não necessariamente caracterizariam uma fraude.

Esses indicadores são sinais de alerta, identificados por meio de programas com *software* específico, que têm, ao longo do tempo, mostrado que, de cada 100 sinistros, pelo menos cinco apresentam essas "coincidências estranhas".

Importantíssima, em paralelo, a sensibilidade de quem verifica, pois é tão significativa a preocupação em não incomodar o bom cliente quanto em estabelecer critérios para esses alertas.

Como regra de grandes números dos casos examinados, ou seja, 5%, pelo menos a metade (50%) acaba por ter negada a indenização, em virtude da comprovação de alguma irregularidade. Ao final de todos os seguros realizados, 2,5% são carregados de alguma irregularidade.

Portanto, agora analisando valores, de todos os prêmios arrecadados pode-se dizer que de 2,5 a 3% são os casos de irregularidade identificada, comprovada e, portanto, com seu pagamento de indenização negado.

A Liberty, por esse trabalho que faz, investindo fortemente no combate às fraudes, não repassa os valores de fraude aos clientes, pois, ao economizar, tem condições de oferecer vantagens de comércio com preço competitivo.

Esse é o aspecto de competitividade, que só aparece quando há combate à fraude, porque acaba redundando em melhor preço para o consumidor.

Pela razão que, investindo em tecnologia, se torna menos vulnerável às fraudes, cria a necessidade, para continuar a ser competitiva, de ter sempre investimento com esse objetivo e se manter nessa posição de liderança na prevenção, detecção e no seu combate.

Vários segmentos da atividade seguradora são propícios à fraude, como, por exemplo, no ramo de vida, investiga-se também aproximadamente 5% dos casos, mas a margem de fraude dobra em relação à média, pois é de 50% dos casos investigados.

Isso se dá por uma característica do próprio ramo, que é a necessidade de ter grande documentação, desde os oficiais, nos casos de morte, como laudos médicos de IML - Instituto Médico Legal, representados por perícias oficiais. Mas também documentos hospitalares, referindo-se a doenças preexistentes, e ocultadas à época da contratação do seguro são sempre disponíveis.

Enfim, há sempre uma farta prova documental para fundamentar o investigado, quase sempre documentação policial.

Coisa que não acontece no ramo de autos, onde se encontra grande dificuldade na questão documental, exemplificando-se por ocorrências em rodovias e a permanente dificuldade em obter elementos de certeza.

É o mesmo caso de *property*, denominação utilizada para seguro de residências, condomínios, bem como o *marine*, que, por sua vez, também é a denominação utilizada para os seguros de transporte, seja rodoviário, aéreo ou

marítimo, chegando a níveis intermediários entre vida e autos, no caso, a apuração indicando 40% de irregularidade.

Deve-se ter em conta que estamos nos referindo à média de casos apurados, que está sempre nos 5%, e esse valor é indicador mundial.

Porém, devemos também observar outras características da fraude. No caso do auto, pode-se desdobrar em duas vertentes de investigação; a primeira, no caso de roubo/furto, dos casos investigados se comprovam no máximo 10%.

Já no caso de colisão, se comprovam 40%, pois o bem material, o veículo, ali se encontra; e é possível, a partir dessa existência material, tomar uma série de providências.

A investigação de fraude patrocinada pelas seguradoras e seus funcionários dedicados, denominados *sindicantes*, tem que ser feita com tato e, portanto, eles devem ser treinados com muito afinco. Estamos nos referindo a 98% de bons clientes, e não se pode pôr o negócio em risco pela má atuação do pessoal contratado pela seguradora.

Porque uma decisão equivocada leva à perda de cliente, e não apenas daquele da ocorrência em si, mas da publicidade negativa que decorre.

A seguradora conversa poucas vezes com seu cliente, e sempre através de outras pessoas.

O primeiro contato é com o corretor. Na verdade, os negócios são geralmente fechados por um intermediário. O segundo seria uma vistoria prévia, alguém que examina o bem a ser segurado; depois, se houver sinistro, será alguém de oficina. Se estiver na categoria de sinistro suspeito, então será a vez de ser entrevistado por um sindicante.

Assim, são poucas as oportunidades de contato, e, nessa última, com o sindicante, é a hora mais crítica, pois pode haver culpa ou não. Quando não há culpa, sempre há uma indisfarçável irritação, e, no caso de culpa, essa irritação é sempre maior ainda, na medida em que se está lidando com alguém considerado suspeito.



É fundamental que todas as sindicâncias sejam gravadas, não só pela cordialidade e forma com que evoluiu, mas como elemento de prova.

A potencialidade de crescimento do mercado de seguros no Brasil é grande, mas o crescimento está emperrado pela fraude. A Fenaseg estima algo com 20% de fraude; outros mencionam 15%, ou 25% para fraude, mas pode-se dizer que há um grande "chutômetro" nas avaliações de fraude. A Fenaseg iniciou no ano de 2005 um estudo com o objetivo de mensurar a fraude no País, que certamente trará luz sobre o assunto, de forma definitiva.

A Liberty comprovou que 3% são negados, mais 3% são barrados preventivamente na fase de contratação e, se considerarmos outros focos que atingem a seguradora, em valores, podem chegar a uns 10%, poderíamos então finalizar com o máximo de 15%.

Fica claro também, haver seguradoras que não se utilizam de nenhuma prevenção, nem filtros de aceitação e, portanto, podem ter números bem maiores.

A Liberty é bem controlada e desestimula o fraudador. Por essa razão, tem valores limitados de fraude.

Mas, se considerarmos no geral, não será difícil imaginar 20% como um número de mercado. Todavia, dependendo dos ramos, poderemos ter expressivas situações, que é o caso de saúde, onde se pode chegar até a pensar em 40%. Exemplos múltiplos existem em utilização de carteiras de outro, muito recibos ou de muitos médicos para o mesmo procedimento... E assim por diante.

Pode-se mesmo pensar em 20 % do global, sem erro.

No caso dos EUA, com um mercado de mais de um trilhão, a fraude estimada é de 10%. No caso de seguro de automóvel, o prêmio básico é de 300 dólares, ou seja, muito baixo. A relação de quantidade de segurados e o valor dos seguros, que chega a uma participação no PIB de 20%, no que tange ao mercado de seguros, com menos de 10% de fraude. Portanto, a quantidade acaba ajudando: é uma questão de economia de escala.

No Brasil, com menos de 4% do PIB, temos taxa de 20% de fraude.

Como crescer essa porcentagem do PIB, se não baixarmos a fraude?

Alta produção de seguros e baixa fraude: essa é a fórmula americana.

Os prêmios são agravados de 15 a 20 % só por causa das fraudes. É fácil supor que sua inexistência baixaria realmente os valores nessa mesma proporção.

Sou o presidente da IASIU do Brasil, órgão que estamos montando. Na verdade, trata-se de uma ONG, que está em fase de ser implementada, com grandes dificuldades, pela própria natureza de seu trabalho e das obrigações decorrentes.

A Fenaseg e a Funenseg, com nossa parceria, estão com um curso básico de sindicante, com matérias específicas que vão demonstrar para a sociedade e para os que trabalham no setor a seriedade do trabalho.

A base de tudo está no treinamento e na educação.

Só um exemplo: aqui temos 120 indicadores de fraude, porém só 50 são automáticos; os outros 70 devem ser clicados no computador, para poderem ser verificados. Isso exige do pessoal treinamento e formação especializada; eles têm de ter percepção e conhecimento para traçar sua estratégia, além de saber montar um relatório com base em dados que amparem suas alegações.

A fraude contra seguros é sempre uma oportunidade de tirar vantagem. Existe certa tolerância, e há ainda aquele que comete fraude sem saber que está praticando um crime.

A base de dados de sinistros e a quantificação da fraude da Fenaseg, juntamente com um trabalho voltado para a aproximação junto aos magistrados e ministério público, são algumas medidas que estão sendo tomadas.

Há a necessidade da utilização de dados históricos para a prevenção, pois não se pode negar a entrada de um cidadão, mas deve-se ter o indivíduo sob observação.

É o caso da prevenção relativa às quadrilhas, ao crime organizado. Pode-se utilizar diversos mecanismos, inclusive o disque-denúncia, e assim reduzir possíveis riscos para os denunciantes.

Nos diversos países do mundo, a fraude é a mesma, pois pude comprovar esta afirmação ao proferir palestra sobre fraudes representando a América do Sul.

Na Europa, a tolerância é menor e a investigação é metódica e minuciosa, apoiada na tecnologia. No caso nosso, há uma grande dose de desconfiança, que causa a diferença, mas há mais tolerância e menos punição.

A fraude está se globalizando: delito praticado em um local acaba refletindo em seguradora de outro local ou mesmo País, tudo o que acontece em um país acaba refletindo-se em outro”.

#### **4.1.4 HDI Seguradora S/A**

Carlos Aberto Collino

Diretor de Sinistros

Avenida Eng. Luis Carlos Berrini, 901

Dia 20 de fevereiro de 2006 – 10:00 h

Carlos Alberto Collino é engenheiro pós-graduado, administrador de empresas, com vinte e um anos de experiência em seguros, sendo dezessete na área de sinistros, e três em reparação de veículos sinistrados. Diretor de Sinistros da HDI Seguros S/A, de todos os ramos, foi Gerente Executivo da Itaú Seguros em sinistro de autos e Diretor Técnico da CesviBrasil S/A, tem participação internacional na Europa, e nos Estados Unidos, junto à IASIU- International Special Investigation Units.

“O mercado segurador tem potencial para crescer no Brasil, porém há necessidade de antes estabelecermos alguns pontos, pois o mercado deve ser segurador de verdade, e isso significa responsabilidade”.

O conceito de seguro está baseado na garantia que se dá para cobrir o risco de eventuais danos a terceiros.

No caso brasileiro, há uma inversão dessa premissa: o seguro é feito para garantir o segurado e seus bens. Não há a idéia de oferecer proteção a terceiros, que eventualmente venham a ser prejudicados por qualquer ação do segurado. Sempre o seguro de terceiros é deixado em último plano.

Para crescer, o mercado segurador precisaria iniciar ensinando o que é seguro e, então, permitiria fossem escolhidos os melhores produtos para a proteção coletiva. Portanto, se o seguro é caro, fica óbvio, no caso de autos, que está relacionado à grande quantidade de roubos e à fraude, principalmente no caso de dano parcial. Só pode haver uma fórmula: obrigatoriamente o menor valor está relacionado à massa, à maior quantidade de seguros.

Ao observarmos nossas ruas, nos deparamos com uma imensa frota de veículos antigos, absolutamente sem condições, que jamais poderão fazer seguro. É esse pessoal que deveria ter seguro contra terceiros, e o primeiro passo estaria na condições de dirigibilidade.

Tudo estaria assim ligado a um outro conceito – o de responsabilidade – que iria desembocar no sistema judiciário trabalhando efetivamente contra a impunidade. Estou-me referindo a um combate responsável, e a fraude deveria ser encarada com seriedade e, portanto, seu combate também deveria ser sério.

Nada mais do que simplesmente fazer cumprir as leis, pois há tantas...

Acredito que o maior entrave para o crescimento do seguro é realmente o fator cultural, e este está ligado ao anteriormente colocado, que diz respeito à responsabilidade para com o próximo, que por sua vez, também está ligada à impunidade. Desde que causado um mal, seja ele voluntário ou não, há a enorme possibilidade de não ocorrer o ressarcimento. Ao se oferecer essa possibilidade,

está mais uma vez colocado em risco o equilíbrio natural que a atividade seguradora permite.

No caso dos EUA, as indenizações no que se refere a terceiros atingem valores astronômicos, são, portanto, absurdas, mas têm um grande efeito intimidador, porque, caso venham a ser consideradas como devidas, serão realmente executadas.

No caso europeu, os valores são bastante menores, mas também intimidadores, porque a questão responsabilidade é levada a sério, e como talvez o melhor dos exemplos, poderíamos citar a Inglaterra.

A fraude prejudica o mercado como um todo, se manifestando em vários momentos. No ramo de autos, há certas circunstâncias que merecem estudo mais aprofundado, pois são emblemáticas.

É o caso dos desmanches, onde se realiza um comércio de peças usadas muito pouco controlado e quase sempre com grandes ilegalidades. Não há como negar que as ações policiais dirigidas aos desmanches, em determinadas regiões, reduzem drasticamente o número de roubos de veículos, pois a maior parte dos desmanches é alimentada por veículos de procedência criminosa.

A inibição do mercado segurador, nesse caso, pelos elevados valores de seguros, só pode ser resolvida por meio de leis e ações governamentais, chegando mesmo ao extremo de proibir esse tipo de mercado clandestino. É um mal a ser sanado.

Claro que a fraude também inibe o mercado, e essa fraude deve ser considerada como aquela do cliente, que vai do roubo inexistente a ações criminosas de envergadura, como causar morte para receber indenização. Há sempre a mesma premissa: o volume de dinheiro desperta para a ação criminosa. Há também aquela que envolve o público interno das seguradoras, esta bastante diminuída, pelo que vem sendo observado em comparação com o passado. É, no caso de autos, como exemplo, a participação de peritos de seguradoras, comprometidos com estruturas montadas para onerar os gastos em detrimento da empresa.

O sempre presente fator de levar vantagem faz com que a fraude oportunista seja uma constante e o resultado é que o valor do seguro seja um pouco aumentado, por sua conta.

Finalmente, as fraudes da bandidagem, das gangues e das quadrilhas, sempre difícil e onerosa, de difícil combate pelas seguradoras, pois se trata de uma questão de segurança pública.

Resumindo, há então os dois aspectos a serem levados em conta: um deles seria a tolerância, que faz com que haja uma visão de normalidade na ação de fraude ou dos fraudados; o outro, a impunidade, onde fica quase que a certeza de que quem provoca danos não tem responsabilidade e nada lhe vai acontecer.

Cabe à seguradora estabelecer um adequado perfil de seu cliente, do segurado, e isso nem sempre acontece. Mas, como exemplo das vantagens desse procedimento, estabelecendo um filtro inicial, cita-se o sistema americano utilizado para a locação de veículos.

Se o conceito de fraude for verdadeiramente abrangente e se estivermos atentos a pequenas minúcias, sem considerar valores, porque partimos do princípio filosófico do que é fraude e de seu cunho ilícito, independentemente de seu impacto econômico, chegaremos a 50%.

Estou-me referindo que 50% do total dos valores das indenizações se devem à fraude. Assim, considerando o universo do segmento de autos, seriam as fraudes oportunistas dos clientes, aquelas de quadrilhas organizadas, juntamente com as internas, de reguladores, peritos e terceiros prestadores de serviço, além, é claro, das oficinas de reparo de veículos.

Deixo bem claro que esta é uma sensação pessoal, pois são raros os sinistros no ramo auto que não tenham alguma fraude, inclusive pelo conceito de levar vantagem, que é bastante latino.

Referi-me ao conceito latino pois, com minha experiência internacional na Mapfre Seguradora, trabalhando na Espanha, verifiquei as mesmas modalidades e os mesmos princípios de fraude nos países europeus de base latina. Assim, o Curso de Apuração de Fraudes da Mapfre Espanha é perfeito para aplicar no Brasil.

As diferenças estão na agressividade de combatê-la, juntamente com uma grande severidade do judiciário, encontradas na Europa.

No que se refere à fidelidade do cliente, pode-se afirmar que ela não existe; tudo fica reduzido a uma questão de preço.

Os fatores a serem considerados para isso dizem respeito a condições financeiras, onde sempre há dificuldade na contratação do seguro. Também as vantagens que o corretor recebe de determinadas seguradoras, fazendo que ele "empurre" um produto, independentemente de sua melhor adequação ao cliente, apenas para receber comissão mais vantajosa.

De todos os clientes das seguradoras, apenas 10 a 12% recebem atendimento e têm contato direto com a seguradora.

Na verdade, a seguradora não tem contato com seus clientes e estes, por sua vez, não enxergam a diferença entre as seguradoras.

Não há aquele momento em que a seguradora diz: "Ei! Estou aqui".

Portanto, em termos mercadológicos, é importante lembrar a possibilidade da equipe de sinistros atuar para a fidelização dos clientes, pois terá contato com eles em um momento crucial.

Minha sugestão sempre foi transformar a área de sinistros da empresa em pós-venda, estabelecendo um relacionamento dedicado à retenção do cliente. E mais pela experiência dos riscos, do efetivo acontecimento do sinistro, há enorme potencial para desenvolver atividades de prevenção, não só para minimizá-los, mas também como lidar com suas circunstâncias.

Esse relacionamento pode ocorrer no meio da vigência, oferecendo vantagens para os clientes que tomarem determinadas ações tendentes à redução de risco. Exemplo: verificação de pneus, amortecedores, estado dos componentes de segurança, só para citar exemplos práticos.

Assim procede a "State Farm Insurance", nos EUA, ensinando como lidar com enchentes, com temperaturas muito baixas, gelo e neve.

Lamentavelmente, sobra muito pouco espaço promocional, pois o custo de distribuição é relativamente elevado, motivado, no caso da carteira de autos, pela alta incidência de furto/roubo e das fraudes.

O Brasil, embora lidere o *ranking* da América Latina, está com quantidades de seguro infinitamente aquém de sua população e oferece pouca qualidade por não haver a consciência de seguro e o perfeito entendimento do que trata todo esse assunto.

Auto, sem dúvida, é o carro-chefe, mas Responsabilidade Civil Familiar é praticamente desconsiderado.

No caso de vida, o que se pretende não é gerar recursos para quem será o beneficiário, mas garantir alguma coisa específica. Cita-se, como exemplo, a educação dos filhos, no caso da perda do chefe da família. Portanto, ao contratar este tipo de seguro, deve-se efetuar um estudo criterioso do que se pretende e qual o real propósito a ser atendido.

Enfim, o mercado deverá ser adaptado à inexistência de um IRB centralizador – e mero repassador –, que é o caso atual.

A entrada para as resseguradoras estrangeiras é um imperativo – e seguramente deveria ser aberto esse monopólio, para permitir novos produtos para grandes empresas.

Mais uma vez, ter como objetivo a criatividade, a oportunidade de trabalhar com apólices que, ao contrário de citarem explicitamente o que cobrem, teriam apenas cláusulas de exclusão. Estamos mencionando a situação de um determinado tipo de seguro, que cobre todas as atividades de certa indústria, menos aquelas claramente especificadas. Seria então a restrição de cobertura, facilmente inteligível, desde que estivesse, de forma explícita, excluindo o não que está assegurado.

Permitir-se-ia assim uma saudável concorrência entre empresas seguradoras, inclusive com crescimento de setores, a exemplo do agrícola, que tem enorme potencial.



#### 4.1.5 Entrevista número 5

Profissional da Área Jurídica (solicitou fosse preservada sua identidade)

São Paulo

Dia 9 de março de 2006, às 9:00 h

“Iniciando pela estruturação da atividade de seguro, saúde e previdência, creio que a função social do seguro, como se dá no segmento saúde, é a razão de ser de sua existência. São ferramentas de proteção e bem-estar social, ferramentas de alavancagem do desenvolvimento sustentável de um país. Quem sabe, o melhor exemplo do que me refiro é o dos Estados Unidos, que têm mais de US\$7 trilhões em reservas de previdência e seguro de vida, o que justifica, e explica, a diferença de capacidade de investimento deles e nossa.

O setor brasileiro tem avançado no sentido de preencher a sua missão social com muita rapidez, de 1994 até nossos dias. Porque houve um amadurecimento dos principais executivos, reposicionamento das principais companhias, uma mudança grande no mercado, que fica clara, se verificarmos a participação muito pesada das companhias internacionais do setor aqui no Brasil. E isso, por si só, implicou um aumento da transparência das corporações.

Por outro lado, a SUSEP também passou por um processo de amadurecimento, que implicou maior transparência, e uma melhor visualização do setor como um todo, mas, principalmente, nas questões reguladoras. Respondendo à pergunta, o mercado hoje responde, sim, pela sua função social, tanto no seguro como nos planos de saúde e previdência privada.

A regulação tem sido eficiente, principalmente nos aspectos de transparência e de segurança para o consumidor, e a Susep tem sido bastante eficiente. É claro que ela padece de algumas limitações legais graves, previstas no Dec.-Lei 7366, que é uma Lei Complementar, que, para ser modificada, necessita de maioria qualificada no Congresso Nacional, o que torna o assunto, por si só, difícil. Porém,

*grosso modo*, a Susep tem respondido bastante pelas questões nas matérias de controle e de fiscalização do mercado.

Com relação à evolução do mercado a esse panorama setorial do Brasil, no que se refere aos quase 4% do PIB, há a necessidade de observar esses números com muita atenção. Antes de tudo, seria de se lembrar que o principal número do Brasil é o salário mínimo e, com um salário de R\$ 300 mensais, percebido por uma grande parcela da população, não há como permitir acesso ao seguro. Essa seria a primeira questão. Apenas como curiosidade, o salário-desemprego alemão, no Brasil, estaria pagando imposto sobre a renda.

Portanto, em termos de renda, isso tudo faz uma diferença sem precedentes, pois é o que permite ao cidadão contratar um seguro.

O segundo grande impedimento quanto à contratação do seguro é a questão da escolaridade no Brasil, pois, quanto menor seu nível de informação, menos capacidade terá de proteger seu patrimônio. É a grande tragédia nacional, que, por conta disso, a classe média e a rica estão bastante bem protegidas, garantindo inclusive coisas que não necessitariam ser garantidas, em virtude do risco e patrimônio do cidadão. Por outro lado, o menos favorecido, em condições de desastre, não tem qualquer proteção que reponha seu patrimônio.

Essa a grande distorção do mercado brasileiro: a falta de renda e a falta de escolaridade.

Com relação à classe A, o Brasil conta com nível de proteção absolutamente igual ao de qualquer país desenvolvido.

O problema não está na quantidade de habitantes em relação à renda; não é o caso de renda média, é realmente a desigualdade da renda do cidadão, a desigualdade da escolaridade, enfim, a desigualdade de sua formação social.

Os canais de distribuição de seguros para as classes média e rica são adequados. Até funcionam bem para A, B e C, porém para a classe C (-) e D, não existem canais de distribuição.

O maior problema se coloca na dificuldade da cobrança, pois não há como cobrar R\$ 3,00 por boleto bancário, com custo maior que a própria cobrança. É bem verdade, trata-se de uma exigência legal, mas a Susep tem flexibilizado um pouco, permitindo cobrança via prestadores de serviço público, enfim, conta de água, luz, etc., possibilitando uma capilarização maior. O acesso a determinados tipos de seguros tem sido viabilizado por esse meio.

Outro grande problema está nos custos administrativos e comerciais das seguradoras, que são muito grandes, muito pesados para poder atingir essa classe social.

A potencialidade de crescimento é imensa. Acho que teremos capacidade, independentemente do que aconteceu nos anos 90 e no começo de 2000, com a previdência privada.

Creio que temos uma capacidade de suprir demanda consistentemente e, bastante interessante, o seguro tem tranqüilamente espaço para, pelo menos, dobrar de faturamento e eventualmente quadruplicar em número de segurados, porque estaremos tratando de seguros de baixa sinistralidade. Sem contar que ainda a previdência privada tem um significativo espaço para continuar crescendo. Serão, com certeza, taxas muito menos elevadas do que no passado recente, mas, do modo que a projeção da ANAP entende, atingiremos 100 bilhões de reservas no final deste semestre de 2006.

Essa reserva tem condição de crescer e tranqüilamente chegar a R\$ 200 bilhões, tem espaço até para mais R\$ 150 bilhões, nos próximos cinco anos, com, é claro, o Brasil vivendo um cenário estável.

Há entraves que, pode-se adiantar, dificultam o crescimento setorial. Entendo que o maior deles seria retornar a uma política econômica desfavorável, que venha ameaçar a economia nacional, citando-se como exemplo políticas intervencionistas, controle de câmbio ou indução equivocada de desenvolvimento.

Outro dos entraves enormes é o altíssimo custo do setor público nacional, e aí nos deparamos com números como o de 40% do PIB apenas para custeio da máquina pública.

Um entrave pouco lembrado, mas da maior importância, da maior seriedade, inclusive para futuros empreendimentos no País, é a falta de segurança jurídica.

Essa falta de segurança jurídica se caracteriza por uma falta de confiança no judiciário, por inúmeras razões. Poderíamos iniciar lembrando a demora exagerada nos processos, que se verifica em todo o País. Depois, pela aplicação de sentenças alternativas, que desrespeitam regras legais contratuais claramente pactuadas, em nome de sua própria interpretação. Aí temos os planos de saúde, que já estão com suas regras claras de reajuste, uma decisão judicial que contraria as regras, quebra o princípio do mutualismo, inviabiliza a base do que é seguro, de sua própria definição. Não é apenas desrespeitar um contrato, mas a quebra do mútuo, que inviabiliza, por sua vez, a contraprestação, desequilibrando por uma sentença judicial a estrutura do mútuo.

Há inúmeros casos de sentenças contrariando todas as evidências. O de uma juíza de um estado do nordeste, que mandou indiciar toda diretoria de uma seguradora, por crime contra a economia popular. Ela decidiu, baseando-se em um seguro contratado apenas para incêndio, em caso de desmoronamento do edifício, fosse efetuado pagamento pela seguradora. Não faz sentido, era evidente não haver a contratação de cobertura para o evento ocorrido...

Daí pode-se imaginar o reflexo de circunstância como essa em termos de futuros investimentos ou de mensagens para parceiros no exterior. Isso causa uma grande apreensão, nos gestores de multinacionais, quando da decisão de investimentos de centenas de milhões de dólares no País.

Essa é uma fraude que pode ficar muito clara quando se examinam processos nas regiões Norte e Nordeste, inclusive na Amazônia, contando com a participação evidente do judiciário, envolvido no golpe. Golpes esses contra seguradoras e principalmente contra bancos.

A fraude não pode ser tolerada em hipótese alguma; é questão de princípio. Assim, não existe fraude grande ou fraude pequena. O que existe é fraude e, portanto, crime.

O brasileiro adora colocar uma ordem e grandeza na fraude, e enganar a seguradora é uma coisa normal.

A fraude pode ser colocada em quatro grandes grupos. Um deles, pouco levantado, seria o primeiro desses grupos: é o da chamada *fraude interna*.

Essa fraude interna é aquela que ocorre quando é praticada por funcionário e prestadores de serviço da própria seguradora. São seus contratados roubando a seguradora, é o vistoriador que se "acerta" com o dono de oficina e exagera enormemente o valor do conserto. Essa fraude é seriíssima e a seguradora tem prejuízo pela freqüência, que é menor, mas de valor maior.

A segunda fraude, de origem no crime organizado, não requer nenhuma consideração, pela obviedade.

A terceira fraude é a decorrente da dificuldade econômica do brasileiro. É aquela que se poderia até denominar *fraude do desemprego*, de tentar resolver a dificuldade econômica utilizando um seguro preexistente.

E, finalmente, a quarta é essa leniência, de padrão comportamental, que caracteriza o brasileiro. De querer levar vantagem mesmo, e que se reflete em emprestar carteira de plano de saúde, deixar o carro afundar na praia, consertar o lado do carro que nada tem a ver com a ocorrência, assumir culpa de terceiros. Esses exemplos todos são de fraudes que não se tem como combater com eficiência e fazem parte do oportunismo.

Não é um assunto do Brasil, pois já acontece de forma semelhante em todos os países do mundo. Há um estudo da Munich RE que dá conta de a fraude na Europa estar saindo do patamar de 20 para 25%.

A outra consideração a ser feita é que isso representa uma imensa injustiça para com todos os outros segurados, que vão pagar o custo da fraude do malandro.

Mas essa circunstância é de muito difícil entendimento, inclusive no próprio judiciário, que não se dá conta que, muitas vezes, ao determinar se faça um pagamento eivado de fraude, quem irá arcar não é a "poderosa" seguradora, mas

todos os segurados. E o raciocínio é simples: a seguradora examina sinistralidade e estabelece valores que vão onerar todos os contratantes.

Os números de Brasil, que são "chutados", me remetem a uma sensibilidade pessoal, da ordem de 10 a 15%, sem nenhum critério estatístico.

Uma concentração de fraude é evidente no automóvel; a grande malandragem aí se encontra. Na verdade, o que qualifica essa afirmação é a ordem de grandeza, que não é o caso do roubo residencial, onde os valores são pequenos. Portanto é fraude, existe, mas de pouco impacto.

A frota de veículos segurada, que hoje está na casa de 27 a 28%, é exponencialmente maior que a de residências seguradas, que é infinitamente pequena. Cito um estudo de pouco tempo atrás, onde se mencionava a possibilidade de seguro residencial para mais de 19 milhões de residências no Brasil, que não contavam com nenhum tipo de proteção. Trata-se, claro, de residências seguráveis, que representem valor, desconsiderando habitações de baixa renda.

Certamente, há muita tentativa, e até algum sucesso, mas a ordem de grandeza é pequena.

Já no caso automóvel, a fraude já começa na contratação, quando se falseia o perfil do motorista. É, portanto, um segmento vulnerável, na verdade, o mais vulnerável de todos, onde a fraude aparece em todos os momentos, desde a contratação, no meio e depois, ao final. É tão vulnerável que todas as seguradoras estão perdendo dinheiro no segmento automóvel. Aliás, só ganham pela alta taxa de juros; é um ganho no financeiro, mas a captação é francamente negativa.

No que se refere à prevenção, já são adotadas pelas seguradoras medidas de premiação, de acompanhamento, de bônus, de equipamentos tipo alarmes de toda a ordem, que reduzem alguma coisa.

A principal ação está na uniformidade de sistemas de informação, a exemplo de um Cadastro Nacional de Veículos, quando, até pouco tempo, o Estado de Minas Gerais não fazia parte desse universo. É evidente que um veículo roubado

simplesmente voltava para o mercado sem dificuldade, via documentação de outros Estados, fruto da desinformação.

Sem dúvida, uma sintonia fina com a polícia será altamente desejável, e tudo isso passa por um reequipamento da aparelhagem policial, que tem carências de toda ordem.

A primeira coisa a pensar seria uma efetiva informatização de toda a ação policial. Na verdade, a ação policial é eficaz quando permitem que a polícia trabalhe.

Com relação ao comprometimento ético do cliente da seguradora, não resta dúvida de que a imensa maioria tem um comportamento absolutamente ético: 85% são absolutamente corretos.

E, como contrapartida, pode-se afirmar que há também fidelidade. A questão preço não é a única; essa fica reservada para os "espertos", que vão gerar problemas mais à frente.

O segurado-padrão tem um comportamento com nível de fidelidade bastante forte, ou seja, nível de renovação próximo a 70%, que é um bom número.

A imagem da seguradora, do mercado segurador, é ruim, seja aqui seja na Inglaterra ou Estados Unidos. Essa imagem do "bicho papão" que quer tudo para si e não devolve nada.

Mas não corresponde à realidade. O exemplo fica com os dados da Swiss RE, que dão conta de que, em 2004, as catástrofes climáticas deram prejuízo de US\$ 200 bilhões somente naquele ano. Pois bem, desses US\$ 200 bilhões, US\$ 70 bilhões foram pagos pelas seguradoras, que é um número bastante expressivo.

#### **4.1.6 Proter - Administradora e Corretora de Seguros Ltda.**

Marcio Narezzi – Sócio-Diretor

Rua Augusta 1939 - 2º andar São Paulo

Realizada em 14 de março de 2006, às 9:30 h

- Formado em Ciências Atuariais pela PUC-SP
- Corretor de Seguros e Comissário de Avarias - pela Funenseg
- Experiência de 29 anos no mercado segurador, com atuação junto a Segurados, Corretoras e Seguradoras.
- Gestão em todos os ramos, especialmente em Transportes, Responsabilidade Civil e Grandes Riscos.

“A função social do seguro tem suas raízes na Antiguidade, antes de Cristo. É uma ferramenta de reparo de danos, que serão suportados por uma comunidade. Hoje, são as seguradoras que fazem esse papel. É, portanto, um instrumento que confere segurança aos negócios e, inclusive, segurança pessoal. Coloco dessa forma por se tratar de um reparo financeiro por algum prejuízo material sofrido decorrente de algum sinistro específico. É por isso, que existem os seguros, com suas apólices de características próprias de riscos cobertos, justamente para fazer face a esses eventos.

No que se refere à estrutura do mercado segurador, como se apresenta atualmente, creio poderia ser melhor, principalmente devido ao fato de ter-se um instituto ressegurador monopolizado. Este monopólio acaba gerando preços muito maiores do que aqueles que poderiam ser praticados caso o mercado fosse aberto, com coberturas mais amplas. Também a velocidade é maior na obtenção de coberturas que envolvem grandes riscos. Devido a limites técnicos muito baixos, algumas seguradoras têm de recorrer ao IRB - Instituto de Resseguros do Brasil, que, por sua vez, também tem seus limites, nem tão altos.



Há então, nesses casos, um retorno ao mercado por parte do IRB, mas esse processo é muito lento e nem sempre atende às necessidades empresariais, que têm uma dinâmica própria.

A atividade do ponto de vista do panorama setorial é observada sob a ótica de percentuais. No caso do PIB, ao redor de 4%, comenta-se ser pequeno, que poderia ser duas ou três vezes maior. Todavia, esses grandes números existentes em outros países também são influenciados por riscos de ordem climática, verdadeiras catástrofes não encontradas em nossa região. Talvez pudéssemos considerar um bom índice porcentual, com verdadeiro crescimento, imaginar algo em torno do dobro existente, que já seria, por si só, um grande salto. Deve-se considerar que nossos riscos são menores do que em muitos países, pois aqui não existem esses danos de grande monta, que são muitas vezes até assegurados pelos próprios governos, e que aqui nem existe este tipo de carteira.

De qualquer forma, há, com certeza, uma grande possibilidade de crescimento para este mercado, sendo de se considerar um dos segmentos que, em minha opinião, mais tendem a crescer o de responsabilidade civil. Porque, a partir do momento que se tenha uma ação tanto do poder judiciário como da justiça como um todo que corresponda aos anseios de rapidez e eficiência, seguramente haverá uma demanda de seguros para garantir essas responsabilidades, que, nos dias de hoje, é muito pequena, mas tem grande potencial.

Outro mercado com tendência de crescimento é o de seguro agrícola, pois há problemas de toda ordem no setor, desde safras prejudicadas por pragas, interferências climáticas, que não são transferidos nem minimizados. O risco agrícola está todo sendo encarado pelos produtores rurais. É um mercado potencial grande, que aí está para ser explorado.

Com relação aos seguros de veículos, caso dos veículos automotores, no Brasil não há uma frota que possa ser considerada tão velha, porém existe um mercado paralelo de peças de tal ordem, alimentado pelo próprio consumidor que, buscando suprir suas necessidades com esse tipo de comércio, acaba incentivando o furto/roubo de veículos. Por conta desse índice de sinistro, o seguro se torna caro e deixa de ser acessível para a maioria das pessoas. É o fator perverso, pois

peças de menor renda se utilizam desse mercado paralelo com muita freqüência e, por conta disso, também não conseguem arcar com o preço encarecido do seguro. Só haverá uma solução com melhor controle, melhor policiamento, enfim, com fiscalização efetiva.

Os canais de distribuição de seguros são adequados, contanto que se tenha um corretor de seguros que esteja preparado para entender os riscos de seus clientes e oferecer a melhor solução em termos de proteção.

Uma situação bastante observada hoje é a dos bancos, que oferecem seguros como troca para poder receber vantagens; é uma troca por interesse comercial. Esse tipo de negociação nem sempre é salutar para o setor. A função do corretor como intermediário é ser o intérprete do segurado/cliente nas comunicações com a seguradora. Por estar perfeitamente inserido no contexto da indústria, tem a capacidade de entender as necessidades de ambos. É a pessoa que mais conhece o "segurês". Apenas para citar a contratação de seguro de autos, cada seguradora, ao traçar o perfil do cliente, o faz de uma forma, com perguntas diferentes. Cabe ao corretor orientar bem seu cliente, pois, às vezes, numa tentativa de "levar alguma vantagem" na contratação, pode vir a ficar sem a cobertura, no momento de sinistro.

O mercado de seguros é extremamente promissor. Como mecanismo muito antigo, veio-se modernizando, porém nunca deixará de existir.

Assim mesmo, encontram-se entraves. O grande entrave, no Brasil, é o IRB, um mecanismo lento; o monopólio é, em minha opinião, o maior entrave. O outro se refere ao pessoal prestador do serviço, seja ele aquele que trabalha na seguradora, que, para se proteger, cria barreiras para a consecução do negócio.

Não se está aqui advogando a tese de que qualquer tipo de risco deve ser aceito, mas que os riscos devem ser mais bem entendidos. Há riscos aparentemente ruins, mas, na verdade, são mal gerenciados, mal policiados. Para este tipo de trabalho, deve ser desenvolvido um adequado plano de gerenciamento de riscos, antes inclusive da contratação. É a oportunidade de se transformar o chamado *risco ruim* em risco bom. Todos estarão bem servidos: o cliente, com preço menor, pois toma precauções com relação ao risco, e a seguradora também, porque vê com bons olhos esses fatores de proteção.

Trata-se de desenhar adequadamente uma apólice, eliminando uma série de fatores de risco, que interessa a ambos, viabilizando os negócios.

O ato de desenhar a apólice permite também entender alguns fatores que, se extrapolados, são indicadores de possível fraude. Exemplifico com seguro de vida: uma cobertura adequada de vida é aquela de até 50 vezes o valor da renda mensal, para morte natural, ou o dobro, para morte acidental. Qualquer valor abaixo disso dificilmente pode configurar uma fraude, mas com muito menos probabilidade. A única exceção seria uma garantia adicional, caso alguma dívida tenha sido contraída no período, com o objetivo de vê-la saldada; é o caso de aquisição de imóvel. Essa primeira análise, no caso de ser superior a 50 vezes, deve ser motivo para verificação. Anotar se houve aporte recente e ter aquele momento como ponto de investigação. Fatalmente será encontrado um motivo: o mais comum é o conhecimento de doença preexistente. É luz vermelha...

A política relacionada à fraude está muitas vezes relacionada a um fator estranho: o interesse comercial, ou seja, pode funcionar também como mecanismo de compensação. Assim, ao verificar-se o que se perde ou se ganha, muitas vezes a relação é determinada quase que por um processo histórico, desde o início dos tempos, onde existe uma acomodação.

No caso da fraude oportunista, o fator predominante é o "levar vantagem", bastante diferente da planejada, que, fatalmente, implica em atividade criminosa organizada.

A fraude está "na conta" e fica determinada pelos cálculos atuariais. Não há jogo para perder; a seguradora repassa aos demais clientes. E isso se dá, nos dois casos, tanto de fraudes que não conseguem ser prevenidas, quanto naqueles em que o custo de prevenção ou controle é maior que a fraude em si.

Não me atrevo a estabelecer porcentagens. Fala-se em 20%, mas é um número absurdo, pois não sei se estamos falando de quantidade de sinistros contratados. Talvez a viabilidade desse número esteja nos valores; são números totalmente diferentes.

A quantidade de sinistros em si não deve ser mais de 5%, mas, em relação a valores, poder-se-ia pensar em 10 a 15% para ter algo mais próximo da realidade.

A vulnerabilidade está em certos segmentos. Entendo que o seguro-saúde é um deles; em segundo lugar automóvel, e os demais em proporção menor.

As medidas de combate às fraudes são, particularmente, um dos pontos importantes, quando se procura exercer, junto às seguradoras um trabalho de responsabilidade. No caso empresarial, ao desenhar-se uma apólice, já se estão minimizando riscos e criando condições para o melhor negócio possível para as partes. No caso de sinistro, nem sempre os métodos de levantamento e investigação são corretos, e pode haver casos de um entendimento equivocado em detrimento do cliente, que não é um criminoso.

Esta situação é deplorável e, se levarmos em conta que justamente já se efetuou todo um trabalho voltado para inibir essa condição de fraude, a seguradora caminha contrariamente. Pois, na hora da venda do seguro, tudo pode, e, na hora de pagar, há restrições seriíssimas, que abalam as relações comerciais.

A imagem das companhias, quando se servem de investigadores ou de sindicantes que não exercem seu papel de forma competente, fica prejudicada.

O comprometimento ético do segurado também é relativo, mas o corretor tem o dever de inibir que este segurado tenha acesso à apólice com intenção de fraude. O próprio trabalho do corretor já é um filtro, porque a idéia é também manter uma relação de alto nível com a própria empresa seguradora.

A relação de fidelidade sempre é difícil de ser respondida, o preço é extremamente importante e dificilmente há condição de rastrear toda a concorrência. São, por exemplo, mais de 100 seguradoras atuantes. Há, de outra parte, uma gama de clientes, talvez da ordem de 20%, que se coloca apenas pelo preço. Essa não é nossa carteira dominante; há sempre outros benefícios a serem considerados.

Mas, voltando à imagem do setor, é ruim, e poderia melhorar.

É um segmento de jogo de risco: a seguradora só quer tomar para si o que não representa risco e, por outro lado, o segurado só quer repassar aquilo que

enxerga com bastante risco. É um conflito. Assim, nunca se terá nesse segmento uma visão de mercado justo, porque é o de uma imagem desgastada. Até porque, não se encontrando sempre contratos transparentes, será gerada uma permanente margem de dúvida”.

#### **4.1.7 Chubb do Brasil Cia. de Seguros**

Arthur Lippel Filho

Diretor de Sinistros

Avenida Maria Coelho Aguiar, 215 - Bloco F

Realizada em 19 de abril de 2006 às 09:30 h

“Importante mencionar ser a Chubb uma seguradora que trabalha com clientes de padrão elevado, e pode não ter os mesmos problemas que outras empresas do mesmo setor eventualmente venham a apresentar. Portanto, ofereço uma visão de mercado, sem estar necessariamente me referindo à situação vívida na empresa. Apenas como exemplo, para se poder categorizar, a Chubb só trabalha com seguros, no ramo de autos, acima de R\$ 100 mil.

Discute-se muito a função social do seguro na empresa e verifica-se que, indiscutivelmente, o seguro tem uma função social importante, e ela é sempre ressaltada. Importante também verificar o entendimento do seguro, como ele é compreendido na relação entre as partes.

O mercado brasileiro de seguros é bem estruturado e bem regulamentado. Aliás, de se ressaltar a atuação da SUSEP, que tem mantido seu papel fiscalizador e imposto restrições e sanções absolutamente necessárias para manter o mercado nos padrões desejados.

Muitas ferramentas de gestão estão disponíveis, permitindo ser efetuada uma checagem e, da mesma forma, facilitando sua regulação. O setor se adaptou bem à

nova legislação e se encontra totalmente profissionalizado. Deve-se muito disso à Fenaseg, por sua participação na consolidação do setor.

Continua, todavia, o problema do monopólio ressegurador do IRB, que impede a livre concorrência.

Com relação ao panorama setorial, o Brasil tem destaque no volume de negócios, mas seguramente se encontra muito aquém do que poderia realizar devido à centralização do IRB.

No caso Chubb, com certeza, poderia disputar em igualdade de condições com as seguradoras de grande porte, em um mercado aberto sem as imposições atuais de limites de retenção. Pode-se ter como exemplo o mercado do Chile, que não se pauta pelo monopólio, e tem expressivos resultados.

O Brasil tem um enorme potencial de crescimento em produtos, conforme se pode verificar pelos de Responsabilidade Civil, que são bom exemplo, pois a descoberta de novas possibilidades de proteção encontra consumidores ávidos por sua obtenção. Este é o caso específico de um produto Chubb que foi pioneiro no mercado: trata-se do seguro de responsabilidade civil para executivos. Este seguro prevê cobertura para profissional, que poderá ser obrigado, por atos de gestão praticados durante sua atividade, a responder com seu patrimônio pessoal.

A posição brasileira no cenário internacional e latino-americano poderia ser de muito mais destaque com o final do monopólio do resseguro.

Os canais de distribuição são adequados e o corretor é o principal parceiro Chubb na venda de seus produtos.

Voltando às potencialidades de mercado, a recente descoberta dos chamados *seguros massificados*, que têm na ACE um bom exemplo, mostra mais uma das possibilidades de crescimento do setor.

Há certos segmentos que vivem concorrência predatória, caso dos seguros de grandes complexos comerciais, que acabam por ter prêmios muito pequenos em relação às possibilidades de risco. "Property" é, portanto, um dos um dos pontos a

examinar, pois que oferece, em muitos casos, taxas mais baixas do que seria de se admitir.

Os fatores de maior entrave ao crescimento, independentemente do país, são sempre de ordem econômica, figurando a instabilidade como o principal. No caso Brasil, acrescento o problema de monopólio do resseguro. Porém, numa visão micro, claro que os fatores culturais pesam enormemente, destacando-se o "levar vantagem", que poderia ser considerado junto com dificuldades econômicas pessoais, como forte inibidor.

Outro entrave de crescimento está na falta de conhecimento dos produtos. Cito como exemplo os mercados brasileiro e americano. Nos EUA existe uma gama de seguros que cobre praticamente todas as possibilidades, "existe seguro para tudo". Já no Brasil, a responsabilidade civil, que é assustadora nos EUA, praticamente não existe, nem é levada em consideração. E aí talvez resida uma grande contradição entre a situação de "levar vantagem", pela possibilidade de indenizações milionárias devido a um "escorregão no supermercado", e a realidade brasileira, onde nem se cogita uma ação dessa natureza.

Será uma falta de cultura jurídica em processar ou, quem sabe fruto da própria justiça brasileira, que não assegura uma solução em prazos compatíveis com o bom senso?

As fraudes custam muito caro para as instituições. Não se trata apenas do custo direto, mas da pesada despesa que significam os encargos de prevenção. A manutenção de ferramentas de controle e os custos administrativos gerados pela fraude são, por si sós, realmente expressivos. Tome-se por base a CPI dos Desmanches, que mostra claramente a cadeia formada de vários elos juntados para causar prejuízo, por meio de ganhos ilícitos. Desde o furto/roubo de veículo, até a participação de oficinas, vistoriadores, o comércio clandestino de peças e, finalmente, o cliente, que pretende minimizar despesas e aumentar lucros.

O mercado combate fortemente as fraudes, pois percebe a necessidade de oferecer uma barreira forte contra a ação ilegal por elas representada.

Os setores onde se manifesta com mais intensidade seriam, a meu ver, pela ordem de importância, o de autos, de vida e de transporte.

A Fenaseg, por meio de seus programas de prevenção, e as companhias trabalhando em conjunto na troca de informações representam uma primeira etapa de bloqueio. As ferramentas de informação e, principalmente, os *softwares* especializados, acabaram, junto com a TI, por formar uma indispensável atividade que se torna extremamente importante. Para efetivar a gestão da fraude, muitos recursos de marketing acabam sendo incorporados. Alguns desses recursos, ainda que não empregados especificamente para combatê-la, como é o caso dos rastreadores, são oferecidos pelas seguradoras e constituem um pacote de prevenção e uma ferramenta de gestão para os próprios segurados.

O comportamento ético do consumidor está muito ligado ao que ele recebe em troca de ações: a revolta em pagar imposto demonstra claramente isso. Mas, de outra parte, a situação de levar vantagem também expõe o consumidor a uma situação de perigo. Essa situação só é vivenciada pela classe média, que está fortemente exposta ao rigor da lei, pois um cidadão de classe média não consegue sobreviver caso deixe de ter seu CPF imaculado.

Fidelidade só existe quando o atendimento é de tal ordem personalizado, garantindo ao cliente que jamais se incorrerá no "pecado" de faltar-lhe na hora de maior necessidade, causando-lhe inclusive decepção. Essa fidelização se torna mais forte e é efetiva quando existe o sinistro e há o cumprimento do acordado. Mas, seguramente, também resvala em preço, em modalidade de produto, mas volto a afirmar que o atendimento é de grande importância.

Tudo porque a imagem das seguradoras no passado estava relacionada a empresas que não gostavam de saldar seus compromissos pagando por sinistros e, deve-se concordar, esta imagem ainda perdura. Todavia, também é de concordar ter-se transformado para melhor a imagem do setor de seguros.



## **4.2 Análise das Entrevistas**

### **4.2.1 Indústria de Seguros:**

#### **a) Função Social**

O seguro tem uma importante função social e é um instrumento que confere segurança nos negócios, reparando danos que serão suportados por uma comunidade, afirma Narezzi. O setor brasileiro tem avançado com muita rapidez, de 1994 até hoje, no cumprimento de sua missão social, que se estende pelos planos de saúde e pela previdência privada, nas palavras do quinto entrevistado.

#### **b) Estrutura do Mercado, Regulação e Fiscalização**

Quanto à estrutura do mercado, existe praticamente unanimidade entre os entrevistados no que se refere ao IRB – Instituto de Resseguros do Brasil, que detém o monopólio da atividade resseguradora no País. Segundo Barros de Moura, uma das questões a resolver é a abertura do mercado de resseguros. Collino afirma que o mercado deverá adaptar-se à inexistência de um IRB centralizador e mero repassador, dado que é imperativo que ingressem no mercado as resseguradoras estrangeiras em condições de introduzir novos produtos para as grandes empresas. Um instituto ressegurador monopolizado acaba gerando preços muito maiores do que aqueles que poderiam ser praticados caso o mercado fosse aberto, e com coberturas mais amplas, afirma Narezzi, complementando que o IRB tem retorno lento ao mercado e nem sempre atende às necessidades que a dinâmica própria das empresas requer. Segundo Lippel, o Brasil tem destaque no volume de negócios, mas, seguramente, se encontra muito aquém do que poderia realizar, devido à centralização do IRB. Por outro lado, os entrevistados avaliaram positivamente o trabalho desenvolvido pela autarquia SUSEP - Superintendência de Seguros Privados, caso de Lippel, quando se refere ao seu papel fiscalizador, impondo restrições e sanções absolutamente necessárias para manter o mercado nos padrões desejáveis. A 5ª entrevista se refere ao processo de amadurecimento por que a SUSEP passou, implicando maior transparência e melhor visualização do setor como um todo, mas, principalmente, nas questões reguladoras, em que o

órgão respondeu a contexto pelas questões nas matérias de controle e de fiscalização do mercado. Barros de Moura salienta um aspecto negativo ao afirmar que a SUSEP passou a desenvolver produtos no lugar do mercado, quando, na verdade, lhe caberia apenas função reguladora e fiscalizadora.

#### **4.2.2 Perspectivas do Mercado**

##### **a) Potencialidade de crescimento**

O mercado de seguros no Brasil está em fase de crescimento, dada a sua ligação com a economia: quanto mais próspera a economia, maior seu crescimento, o que motiva os investimentos de seguradoras no Brasil, afirmam os entrevistados da Tóquio/Real Seguros<sup>3</sup>.

Collino lembra a possibilidade de crescimento do mercado no Brasil, em setores específicos, a exemplo do agrícola, que tem enorme potencial, com o que concorda Narezzi, acrescentando que essa modalidade demonstra tendência de crescimento devido aos problemas de toda ordem do setor. E complementa que o risco agrícola é totalmente encarado pelos produtores rurais e representa potencial grande, todo aí para ser explorado. Na 5ª entrevista é mencionado que a potencialidade de crescimento é imensa, com capacidade de suprir uma demanda consistente para dobrar em faturamento e quadruplicar em número de segurados. Narezzi, por sua vez, da mesma forma que Lippel, lembra o segmento de responsabilidade civil, que tende muito a crescer, e Collino se refere à falta de responsabilidade, uma vez que os seguros que protegem terceiros são sempre deixados por último. Para Lippel, produtos como o seguro de responsabilidade civil, um nicho de mercado aberto por sua empresa nos moldes americanos, para proteção de executivos devido a atos de gestão, tem enorme potencial de crescimento. A novidade fica por conta dos seguros massificados, com

---

<sup>3</sup> A Tóquio Marine adquiriu 100% das operações da Real Seguros A Tóquio Marine & Nichido Fire Insurance resolveu enfrentar seu maior desafio – a distribuição – para entrar definitivamente no varejo de seguros brasileiro. No fim de abril, ela pagou R\$ 897 milhões aos holandeses do ABN AMRO pelo controle da Real Seguro, derrotando a espanhola Mapfre, tida até então como favorita na disputa. Em uma única tacada, a Tóquio Marine ganhou 1.589 pontos de venda e elevou sua posição no ranking do 24º para 7º lugar. *Jornal Valor Econômico* (24/05/2005).

possibilidades de enormes carteiras de segurados. Nas palavras de Barros de Moura, seriam milhões de clientes cativos, embutidos em contas de luz e cartões de crédito, entre outros. Lippel também vê a recente descoberta dos seguros massificados como uma das potencialidades do mercado, que tem na ACE um bom exemplo de crescimento.

Na análise dos produtos da ACE Seguradora<sup>4</sup>, é interessante comentar dois aspectos de sua estratégia:

a) Inserção das Classes C/D/E como consumidoras de seguros

Segundo pesquisas, as classes C/D/E no Brasil representam 67% da população e, especificamente, a classe C (renda entre quatro e 10 salários mínimos) responde por 28% do consumo total da economia. Historicamente, o consumo desse tipo de consumidor tem crescido muito nos últimos anos, mas somente agora começou a ser estudado e integrado ao “marketing” de forma mais intensa.

b) Maiores entraves – Fatores Inibidores

Para Lippel, os fatores de maior entrave ao crescimento, independentemente do país, são sempre de ordem econômica, sendo a instabilidade o principal deles. Barros de Moura lembra a estagnação do mercado – sempre modestos valores ao redor de 1% do PIB – por pelo menos 15 anos devido à inflação. O quinto entrevistado considera o maior entrave, que poderia dificultar o crescimento setorial, uma política econômica desfavorável, que venha a ameaçar a economia nacional, citando como exemplo as políticas intervencionistas nos moldes de controle de câmbio. Analisa ainda outros fatores inibidores do mercado, como a renda, afirmando que ela não permite o acesso ao seguro para a maior parte da população

---

<sup>4</sup> Na sua estratégia, a ACE se tornou, em curto espaço de tempo, a principal seguradora brasileira no mercado de seguros massificados, oferecendo diversos produtos para esse segmento específico. Isso se deu graças a parcerias com canais de distribuição inovadores, sempre em conjunto com os corretores de seguros. Todos esses parceiros se caracterizam por trabalhar com um grande banco de dados de clientes e um mecanismo regular de cobrança. Assim, foi possível oferecer produtos com preço baixo, compra por adesão simples, com múltiplas coberturas e com serviços acoplados (por exemplo, assistência 24 horas e sorteios).

Os diferenciais nas operações de massificados estão no processo operacional, devendo parceiros e seguradora estar bem alinhados em uma estratégia comum. O potencial deste negócio, no qual a ACE já ganhou boa experiência, é muito bom (para alguns, pode chegar a mais de 30 milhões de consumidores).

[www.anspnet.org.br/adm/CED/Arquivos/ACE](http://www.anspnet.org.br/adm/CED/Arquivos/ACE) – acessado em 20 de abril de 2006

brasileira; depois se refere à escolaridade, visto que, quanto menor o nível de informação, menos capacidade de proteger seu patrimônio.

Outra dificuldade lembrada por ele envolve custos administrativos e comerciais das seguradoras, por demais pesados, aliados ao altíssimo custo do setor público nacional: cerca de 40% do PIB. São, segundo ele, indicadores que podem dificultar o crescimento do setor, associados ainda à falta de segurança jurídica – entrave da maior importância, inclusive para futuros empreendimentos. Suas considerações, basicamente de falta de confiança no judiciário, vão ao encontro das apresentadas pelos outros entrevistados que se referem à impunidade, como Collino, que complementa a esse respeito o sério obstáculo interposto pelo fator cultural no que tange à responsabilidade com o próximo. Portanto, para crescer, o mercado segurador deveria iniciar ensinando o que é seguro e quais os melhores produtos para a proteção coletiva.

Narezzi lembra a necessidade de ação do poder judiciário, e da justiça como um todo, que corresponda aos anseios de rapidez e eficiência, para garantir seguros de responsabilidade civil, afirmando que seguramente haverá uma demanda de seguros para garantir tais responsabilidades, muito pequenas nos dias de hoje, mas com grande potencial. Lippel também menciona a falta de conhecimento dos produtos, concordando com Collino, mas refere-se ainda à falta de cultura jurídica em processar – quem sabe fruto da própria justiça brasileira? – e não assegurar solução em prazos compatíveis com o bom senso.

O assunto fraude mereceu de todos destaque como inibidor de crescimento: os entrevistados da Tóquio Marine/Real afirmam ser um verdadeiro risco para o negócio, pois ela existe, e, em determinados momentos, não é possível nem inibi-la, nem combatê-la, consistindo num dos fatores de depressão do negócio. Barros de Moura refere-se aos prejuízos generalizados que causa a fraude, ressaltando seu impacto no universo que a absorve. Collino diz que a fraude prejudica o mercado como um todo e, portanto, é patente seu poder de inibição no mercado. Ferreira salienta que, no Brasil, com menos de 4% do PIB, temos taxas de fraude de 20% e questiona como aumentar a porcentagem do PIB se a fraude não se reduz.

### 4.2.3 Fraude

#### a) Política relacionada à fraude – tolerância

Para os entrevistados da Tóquio Marine/Real no Brasil, há uma evidente falta de preparo do mercado para lidar com ela, pois a fraude faz parte da cultura de levar vantagem. A fraude é avaliada como *esperteza*, não é considerada crime, vigendo evidente desconhecimento das implicações legais da fraude, avaliam os entrevistados da Tóquio Marine/Real. Segundo eles, deveria haver efetiva punição dos fraudadores, porém tal circunstância não se verifica na prática, pelo contrário, apenas uma grande impunidade, que as seguradoras, por ainda não disporem de um sistema eficiente de troca de informações perfeitamente operacional, não conseguem coibir. De outra parte, viceja a impunidade sob as asas do poder público, que não responde efetivamente com as práticas de repressão que dele se espera diante das ações criminosas. A fraude ainda está relacionada à falta de entendimento social, falta de cultura do seguro – que não entende a proteção comum nem assimilou a cultura de que não denunciar uma falsidade ou fraude acaba por prejudicar a todos, inclusive os próprios segurados. Finalizando, indicam dados sobre comunicação de fraudes às autoridades, que apontam a omissão de informar em 86% das seguradoras, que, mesmo assim, só reportam 10% das ocorrências. Barros de Moura, por sua vez, afirma que a tendência geral das seguradoras é tentar recuperar o prejuízo e desistir de processar.

Ferreira levanta o outro ponto de unanimidade – o ato de "tirar vantagem" –, mencionando que a fraude contra seguros é sempre uma oportunidade de tirar vantagem, uma vez que existe certa tolerância, além do caso de quem comete a fraude sem saber que está praticando crime. E complementa que nos diversos países do mundo a fraude é a mesma, mas que no Brasil há mais tolerância e menos punição. Para Collino, falta encarar a fraude com seriedade: seu combate deveria ser sério, deveria ser responsável. E que o sempre presente fator de levar vantagem faz com que a fraude oportunista seja uma constante, e que o valor do seguro seja aumentado por sua conta. Observa ainda que há dois aspectos a levar em conta: um deles, a tolerância, que faz com que haja certa visão de normalidade, na ação de fraude ou do fraudador; o outro, a impunidade, devido à quase certeza de que nada vai acontecer. A diferença, segundo Collino, entre a fraude nos outros

países e no Brasil está na agressividade em combatê-la, associada a uma grande severidade do judiciário. A fraude não pode ser tolerada em hipótese alguma, é questão de princípio, razão porque não existe grande ou pequena fraude, mas sempre crime, embora agrade aos brasileiros fixar ordem de grandeza na fraude, e enganar a seguradora é coisa normal. Há um padrão de comportamento leniente, nas palavras do 5º entrevistado, de querer levar vantagem, e que faz parte do oportunismo, como afirma Narezzi. Aliás, Narezzi aponta para circunstância que não foi objeto de consideração dos entrevistados, apesar de bastante sensível, referindo-se à política relacionada à fraude, muitas vezes estranhamente ligada a um interesse comercial, funcionando como mecanismo de compensação. Sua observação induz a uma relação de custo e benefício, onde o interesse comercial funciona como acomodação, independentemente de qualquer ilícito apurável. Lippel, por sua vez, salienta que o mercado combate fortemente as fraudes, pois compreende a necessidade de oferecer uma barreira forte contra a ação ilegal por elas representada.

## **b) Avaliação de impacto**

Segundo os entrevistados da Tóquio Marine/Real, as fraudes, pelos dados de mercado, estão entre 20 e 30% do total de sinistros, porém, em termos de valores, correspondem a 12 e 14% dos prêmios, apresentando tendência crescente. Barros de Moura salienta que as fraudes prejudicam de forma geral e que seus números são misteriosos, pois se baseiam em cálculos nem sempre de comprovação possível. Ferreira acredita haver um grande "chutômetro" nas avaliações de fraude, porém concorda com os dados da Fenaseg de 20%, porque, segundo a experiência mostrada por seu trabalho na Liberty, pode-se mesmo pensar em 20% do global. Collino vai além, e diz que, se forem consideradas as pequenas minúcias, sem levar em conta valores, apenas baseando-se no ilícito, independentemente de impacto econômico, 50% do total dos valores das indenizações se devem a fraudes. O quinto entrevistado aponta para os números da Munich RE, que indicam a fraude na Europa saindo do patamar de 20 para 25%, porém considera sem nenhum critério estatístico, apenas pela sua sensibilidade e experiência profissional, estarem possivelmente no Brasil entre 10 e 15%. Narezzi, também baseado em experiência

profissional avalia não serem mais de 5%, na quantidade de sinistros, porém representando de 10 a 15% em termos de valores, mas considera que a fraude está embutida na conta e fica determinada por cálculos atuariais, porque não há negócio que se realiza para perder; a seguradora repassa aos demais clientes o custo da fraude. E afirma que isso se dá nos dois casos: tanto nas fraudes que não se consegue prevenir, quanto naquelas em que o custo da prevenção ou controle é maior que a fraude em si.

### **c) Segmentos vulneráveis**

Todos os entrevistados concordam que o segmento de mais forte sinistralidade e com maior concentração de fraudes é o de autos. Barros e Moura observa que o ramo de automóveis tem tido um crescimento forte e se encontra na faixa de 28 a 30% do mercado, considerando importante para isso, além do crescimento da frota, a indexação de valores a uma tabela, no caso a da FIPE, com valores confiáveis. E indica serem mais sujeitos à fraude os ramos de auto, saúde e vida. Para Ferreira, o de autos, seguido de vida, é o mais vulnerável e chama a atenção para "property" e "marine", respectivamente seguros residenciais e de transportes. A concentração da fraude no ramo de autos é evidente, segundo o quinto entrevistado, e começa pela contratação, momento em que se falseia o perfil. O que qualifica essa afirmação é a ordem de grandeza, pois cerca de 27 a 28% da frota de veículos está segurada e, no caso de seguro residencial, também há fraude, mas exponencialmente menor pela quantidade de residências seguradas. Autos, de todos, é o segmento mais vulnerável, no qual a fraude aparece em todos os momentos, desde a contratação, no meio e no final. É tão vulnerável que as seguradoras estão perdendo dinheiro nesse segmento. Aliás, só ganham pela elevada taxa de juros, caracterizando ganho financeiro, pois a captação é francamente negativa. Para Narezzi, o problema só pode ser resolvido com fiscalização efetiva, com melhor controle e policiamento, pois o assunto envolve os "desmanches", fator perverso, no que é totalmente apoiado por Lippel, que, inclusive, menciona a "CPI dos Desmanches" e os participantes dessa cadeia criminosa de ganhos ilícitos. Lippel também avalia os setores, por ordem de importância, em que a fraude se manifesta com mais intensidade: autos é o primeiro,

seguido de vida e de transporte. Para Tóquio Marine/Real, um segmento bastante propício à fraude é o de RD – Riscos Diversos, por variados motivos, um dos quais é a dispensa de vistoria prévia, o que permite falsear a verdade e exacerbar perdas. Finalmente, Narezzi entende que o segmento vida tem maior peso em termos de fraudes, seguido pelo de autos.

#### **d) Combate – medidas preventivas – medidas repressivas**

Mais uma vez, há consenso no que se refere ao combate à fraude, mas a obrigação de adotar, além de ferramentas de gestão e de adequados sistemas de informação, de pessoal especializado é ressaltada pela Tóquio Marine/Real, no sentido da dificuldade de contar com mão de obra profissionalizada. O mercado carece de profissionais dedicados à área de fraudes. Outra dificuldade diz respeito à falta de comunicação adequada entre as seguradoras no que se refere aos eventos de fraude. As companhias seguradoras brasileiras, ao contrário das de outros países, não compartilham dados quando o assunto é relacionado a fraude. O mesmo ocorre com órgãos públicos, cuja divulgação de informações deixa a desejar, fazendo com que cada companhia seguradora trabalhe com universo próprio, sem contar com apoio de informações oficiais. Todavia, medidas propostas pela Fenaseg tiveram sucesso e demonstraram a sua validade, como é o caso de grupos de trabalho relacionado ao combate ao crime organizado. Mas, mesmo assim, espera-se que um cadastro, que deveria ser atualizado por todas as seguradoras, venha a ser efetivamente alimentado para benefício comum e proveito de todos. Barros de Moura indicou a Liberty Paulista<sup>5</sup> como empresa que trabalha com indicadores, extremamente importantes, para detectar ou prevenir fraude. Ferreira, presidente da IASIU, informa ter 120 indicadores de fraude – que são sinais de alerta –, dos quais 50 são automáticos e os restantes 70 devem ser trabalhados por pessoal especializado, de modo a traçar sua estratégia de ação a cada caso apresentado.

---

<sup>5</sup> A Liberty Paulista Seguros é a única seguradora no País filiada à International Association of Investigation Units (IASIU), unidade especialmente criada pelas seguradoras norte-americanas para auxiliar no combate às fraudes. Os profissionais da IASIU recebem treinamento de agentes da CIA, FBI, Scotland Yard, entre outros.

A Liberty Paulista utilizou o modelo americano para criar sua própria UIE, para que ela possa beneficiar você com um preço justo para o seu seguro. -

[http://www.libertypaulista.com.br/sinistros/sinistro\\_disque\\_fraude.htm](http://www.libertypaulista.com.br/sinistros/sinistro_disque_fraude.htm) - Acesso em 20/04/2006.



Esses indicadores são as chamadas "estranhas coincidências" e estão relacionados em *softwares* específicos: de cada 100 casos analisados, normalmente cinco apresentam essas características. Os entrevistados concordam que uma sintonia fina com a polícia seria extremamente desejável, passando por reequipamento da aparelhagem policial, que tem carências de todas as ordens, a começar por informatização, pois a ação policial é eficaz, quando permitem que a polícia trabalhe.

Lippel acrescenta que as fraudes custam muito caro para as instituições, não apenas nos custos diretos, mas na despesa pesada representada pelos encargos de prevenção, na manutenção de ferramentas de controle e nos expressivos custos administrativos gerados pela fraude. Recursos como ferramentas de informação e *softwares*, junto com TI, formam, para Lippel, uma indispensável atividade; além da primeira etapa de bloqueio representada pela Fenaseg, com seus programas de prevenção, e as companhias trabalhando em conjunto para trocar informações. No que se refere especialmente à prevenção, além do trabalho institucional das empresas e dos órgãos de classe, mencionados pelos entrevistados, existem situações pontuais, de oferecimento de bônus e vantagens para a adoção de determinados mecanismos de proteção. Esses mecanismos de proteção são os rastreadores e os alarmes de todos os tipos, para o segmento de automóveis. Lippel ainda esclarece que tais pacotes de prevenção, além de sua função, podem também transformar-se em ferramentas de gestão para os próprios segurados. Narezzi explica que o papel do corretor também pode ser de filtro, inibindo acesso à apólice ao consumidor com intenção de fraudar, mantendo assim uma relação de alto nível com a seguradora. Finalmente, para os entrevistados da Tóquio Marine/Real, a prevenção da fraude se realiza por meio de técnicas, pela análise de ocorrências, pelo estabelecimento de perfis adequados a cada região; e também pelas *trilhas*, como se denominam as hipóteses de situações que apresentam desvios de padrão estatístico que possam ser possíveis fraudes.

#### **4.2.4 O Consumidor**

##### **a) Comportamento ético**

Muitas vezes, o comportamento do consumidor se resume a uma questão de benefício, pois, como nas economias desenvolvidas, não vale a pena correr o risco de ser um fraudador, conforme observou um dos entrevistados da Tóquio Marine/Real. Para a Liberty, um dos maiores problemas é lidar com 98% de bons clientes, podendo pôr em risco uma relação em consequência de uma decisão equivocada, que leva à perda do cliente, seguida da possível publicidade negativa. Para o quinto entrevistado, existe uma circunstância que poderia ser denominada *fraude do desemprego*, decorrente da dificuldade econômica do brasileiro, que tenta resolvê-la utilizando-se de um seguro preexistente. Mas, também admite, a imensa maioria de todos os consumidores e seguros tem comportamento absolutamente ético. Praticamente todos os entrevistados se manifestaram no sentido de que a maioria dos consumidores espera, em determinado momento, poder ressarcir-se dos montantes pagos para efetuar o seguro: é a situação de ter vantagem, sem ter incorrido em nenhuma ilegalidade antecedente. Barros de Moura compara o comportamento do segurado ao do pagador de impostos na tentativa de recuperar um pouco do que gostou com o seguro. Para Lippel, o comportamento do consumidor está muito ligado ao que recebe em troca das ações praticadas, e o pagamento de impostos também mostra isso, mas, de outra parte, a situação de levar vantagem pode expor o consumidor a situação de perigo. E relata que essa é a situação do consumidor de classe média, que só sobrevive com seu CPF absolutamente imaculado.

##### **b) Comprometimento e fidelidade**

Não há consenso no que se refere à fidelidade. Para alguns entrevistados, fidelidade não existe, e tudo se resume a preço. Para Barros de Moura, trata-se muito mais de fidelidade pessoal, pois, de uma forma ou outra, todas as companhias acabam por ser iguais, oferecendo as mesmas modalidades de cobertura. Na entrevista de número cinco temos que: fidelidade não é só preço, pois o cliente-padrão de determinadas seguradoras tem nível de renovação próxima aos 70%.

Para Narezzi, a pergunta relacionada à fidelidade é sempre difícil de responder já que o preço é extremamente importante, porém, de outra parte, é muito difícil rastrear todas as seguradoras para obter condições, mas, com certeza, pelo menos 20% decidem apenas pelo preço. Lippel afirma que fidelidade só existe, e se torna mais forte e efetiva, quando existe o sinistro. E também quando o atendimento é de tal ordem personalizado de modo a garantir ao cliente que jamais a seguradora vai faltar-lhe na hora de maior necessidade. Mas, seguramente, também resvala em preço, em modalidade de produto, porém a ênfase está no atendimento.

#### **4.2.5 A Empresa**

##### **a) Ética do mercado e auto-regulamentação**

Para a Tóquio Marine/Real, há uma filosofia de trabalho de estabelecer padrões éticos para as suas atividades, é a *compliance*, para fazer cumprir as regras de conduta pelos funcionários, mas também dirigida ao público para demonstrar sua forma de agir. É uma gestão de qualidade, que analisa as reclamações e a aceitação de produtos por meio de uma gerência de atendimento. Narezzi apresenta um ponto de vista relativo à dificuldade das seguradoras em pagar por sinistros, pois, na hora da venda do seguro, tudo pode, e, na hora de pagar, há restrições seriíssimas, que abalam relações comerciais. Lippel menciona a concorrência predatória, caso de seguros de grandes complexos comerciais, que apresentam prêmios muito pequenos em relação às possibilidades de risco, oferecendo taxas muito mais baixas do que seria de admitir.

##### **b) Imagem**

Para a maioria dos entrevistados, a imagem do setor de seguros é ruim. Para a Tóquio Marine/Real, o combate às fraudes poderia ser aproveitado para melhorar a percepção do mercado e da imagem. Para Barros de Moura, o setor não trabalha adequadamente sua imagem; há uma antipatia quase universal contra as seguradoras, arraigado em seu subconsciente que as seguradoras ganham muito dinheiro. Cumpri realizar um trabalho que demonstre com clareza os objetivos e

mostre com transparência um balanço social, além de claramente especificar os valores devolvidos. Para o quinto entrevistado, a imagem da seguradora, do mercado segurador é ruim, e não importa onde se esteja: a imagem é de que quer tudo e nada devolve. Para Narezzi, a imagem do setor é ruim e poderia ser melhor, mas trata-se de um segmento de risco, onde a seguradora só quer tomar para si o que não representa risco e o consumidor só quer repassar aquilo que enxerga com bastante risco. Trata-se de um conflito. Assim, nunca se terá nesse segmento uma visão de mercado justo, porque é o de uma imagem desgastada; até porque, não se encontrando sempre contratos transparentes, será gerada uma permanente dúvida. Para Lippel, a imagem era, no passado, de empresas que não gostavam de saldar seus compromissos advindos de sinistros e, deve-se concordar, essa imagem ainda perdura, mas vem melhorando.

## 5. Considerações Finais

O assunto fraude, ou engano lesivo é pouco agradável e chega a ser considerado de menor importância por administradores de diversos segmentos de mercado. No caso do setor de seguros, a fraude assume características pouco comuns, pois sua ocorrência é bastante freqüente implicando a utilização de variados mecanismos de controle, que incluem ferramentas tecnológicas e de informação e requerem um profundo conhecimento das suas práticas.

Os relatórios publicados pelas principais empresas de auditoria, relativos à fraude, indicam patamares bastante sensíveis na maioria das atividades, embora tais fraudes afetem apenas as empresas fraudadas (ou vítimas da fraude) No caso da atividade seguradora, o prejuízo ultrapassa a empresa e atinge seu consumidor, causando um efeito perverso, pois se, de um lado, reduz a atratividade do setor, de outro, pode inviabilizar as operações, aniquilando todo o esforço empenhado na continuidade dos negócios.

Certamente é muito maior o apelo para trabalhar os fatores de crescimento, de desenvolvimento e buscar alternativas de aumento de faturamento, do que trabalhar com assuntos relacionados à ilicitude. Mesmo assim, é forçoso encarar as situações desencadeadoras da fraude e mitigar sua ofensiva. É uma tarefa difícil, que exige o domínio de circunstâncias de difícil controle, nem sempre passíveis de avaliação. Constatou-se, ao longo da pesquisa, a existência de fraudes que não podem ser evitadas e que oferecem extrema dificuldade combate. Há uma série de evidências também, ainda que não haja consenso, de que o volume de fraudes chega à casa dos 20% das indenizações pagas, correspondendo a um valor anual de cerca de R\$ 1 bilhão. Trata-se de uma grande perda de valor, que altera de forma significativa a face do setor, deprimindo sua rentabilidade e perspectivas de crescimento, além de prejudicar os próprios segurados, e que, portanto, demanda cuidados especiais.

As seguradoras que exercem maior controle sobre a fraude, com medidas preventivas que atuam como filtros para evitar futuros problemas, e se apóiam em ferramentas de TI que estabelecem controle, verificação e cruzamento de indicadores de fraude obtêm melhores resultados e oferecem condições mais

vantajosas para os clientes. Cabe ao gestor, para continuar oferecendo seus produtos com a necessária competitividade, desenvolver estratégias e implementar planos de ação que evitem o impacto negativo da ação do fraudador. Deverá buscar alternativas para melhorar a competitividade do negócio, por meio da criação de diferenciais reconhecidos e valorizados pelo mercado que possibilitem a conquista de vantagens competitivas.

As fraudes, e principalmente as oportunistas, como se observou na tipologia estudada, estão totalmente banalizadas. Os fraudadores descobriram que a fraude contra o seguro é um meio barato de conseguir dinheiro, principalmente em função das baixas penalidades ou até da disseminada impunidade. Da mesma forma, a fraude elaborada por quadrilhas especializadas continua a proliferar, embora mais sofisticada e, portanto, requerendo efetivas medidas de segurança pública.

O setor de seguros apresenta inúmeros segmentos suscetíveis de vitimização por fraude, dentre os quais o de automóveis. Um dos resultados do trabalho, fundamentado pelas referências bibliográficas com base em pesquisas internacionais e em levantamentos brasileiros, embasado na opinião dos especialistas, é que em todos os países ocorre, em maior ou menor grau, a inibição do setor de seguros devido às fraudes no segmento de automóveis. Essa inibição tem a dinâmica de um círculo vicioso, pois, quando os prêmios se elevam em excesso, o consumidor evita contratar seguro e as companhias, por sua vez, se vêem obrigadas pelos cálculos atuariais a absorver os custos das fraudes e repassá-los sob a forma de prêmios maiores, realizando menos operações de venda, todos, ao final, a perderem.

Embora muitas seguradoras afirmem não repassar aos seus clientes as perdas devidas à fraude, entrevistas que realizamos na revelam que a essa prática se recorre com freqüência, ficando embutido no valor da apólice o custo da fraude.

A pesquisa permitiu constatar que, no ramo de automóveis, a captação de seguros já está negativa ou próximo disso para algumas seguradoras. A sobrevivência do segmento se dá pelas aplicações financeiras, a despeito do seguro de veículo ser um serviço extremamente importante, devido à grande probabilidade de

ocorrências de acidentes, furtos ou roubos, conforme as notícias diárias dos grandes centros urbanos.

Tal situação evidencia a importância de um tratamento mais estratégico do problema da fraude, no sentido de melhor compreendê-lo e combatê-lo, visando melhorar os retornos e as perspectivas de crescimento do setor ou sua atratividade. Nesse sentido, as parcerias com autoridades de segurança, para diminuir furtos e roubos e coibir com seriedade a atuação dos "desmanches", entre outras medidas externas às empresas, são providências importantes para reduzir a sinistralidade, embora ainda reste muito a fazer. É indiscutível, porém, que cabe às autoridades a iniciativa das ações com a severidade e seriedade exigidas pela sociedade como um todo.

São recorrentes as perguntas sobre defender mais dos segurados do que das seguradoras o combate à fraude e se ela não é um fenômeno cultural já arraigado ou, como ficou registrado nas entrevistas, apenas está atrelada a dificuldades momentâneas, sujeita a variações e ao sabor de fatores econômicos. As respostas foram, de certa forma, encontradas nos resultados da pesquisa realizada neste trabalho.

A fraude passou a ser estudada primeiro, sob a ótica de entender seus mecanismos, a influência de fatores econômicos, sua tipologia e sua prática; depois, como é sentida pelos consumidores de seguro e pela população em geral. O seu entendimento, buscado nas pesquisas junto a consumidores, ofereceu resultados que mostravam falta de compromisso com a ética. As observações de comportamento revelaram tolerância generalizada para com aquele que pratica um ilícito junto às seguradoras visando alguma vantagem, mesmo que indevida, o que contribui prova eloqüente do rebaixamento dos padrões éticos de nossa sociedade. Inicialmente, esses maus procedimentos foram debitados apenas à formação cultural.

O relaxamento de valores éticos foi muito explorado em inúmeras pesquisas junto aos consumidores, as quais comparam consumidores de seguros e consumidores em geral, além de sua forma de agir em outras circunstâncias do cotidiano. Há evidências de que certos atos de desonestidade não ficam restritos a

um "comportamento latino", como alguns pretendem. Pelas pesquisas nos Estados Unidos, Inglaterra, Alemanha e Noruega, também se observou claramente a situação de valer-se das circunstâncias, indicando que o oportunismo, e a fraude assim gerada, estão globalizados.

O *jeitinho brasileiro* não é prerrogativa do consumidor de seguros nacional no que tange ao aspecto de *levar vantagem* na sua relação com a seguradora em oportunidade de sinistro. É interessante observar que as porcentagens encontradas pelos pesquisadores, tanto na Europa como nos Estados Unidos, são bastante significativas.

Em que pese a elevada tolerância à fraude, conforme pesquisa IBOPE/Fenaseg, também se verifica reprovação generalizada às fraudes graves e gravíssimas, julgadas inaceitáveis, expondo um marco divisório bem definido entre ser ou agir como "esperto" ou, de outro lado, como criminoso.

Todavia, por constituir comportamento que se dissemina, a sinistralidade aumenta e prejudica a todos, desde as empresas seguradoras, pela inibição de seus resultados, até os consumidores que jamais se permitiriam o menor deslize. Nesse sentido, mereceu ênfase nas entrevistas realizadas o princípio da mutualidade - pois não existe seguro isolado - distribuindo os custos do risco e a todos agravando. Portanto, quando os índices de sinistralidade crescem, devido à fraude, os preços aumentam, com evidente repasse para todos os segurados.

Adicionalmente, obteve-se a informação de que a imagem do setor é ruim, talvez pela impressão de que desfruta de elevados ganhos, devido a preços considerados abusivos, o que justificaria a existência e a ação dos oportunistas. Muitas das observações dos especialistas se referem à falta de transparência, de clara especificação dos valores devolvidos sob a forma de indenizações. Pode-se concluir que a imagem ruim do setor, devido a múltiplas razões – algumas pontuais, perdidas no passado –, vem sendo resgatada pelo esforço institucional das seguradoras e de sua entidade representativa, a Fenaseg. Descortina-se, de qualquer forma, a oportunidade para que novos estudos verifiquem a dimensão desse prejuízo, motivado pelo sentimento negativo do consumidor.



Impõe-se treinar e aperfeiçoar os funcionários das empresas seguradoras mostrando haver oportunidades de mercado para prestadores de serviço, bem como a formar mão-de-obra especializada para atuar contra fraudes.

Verifica-se também, pela análise das entrevistas com os especialistas que as empresas seguradoras têm muito poucas oportunidades de contato direto com seus clientes, oportunidades que quase sempre se dão por razões devidas a reclamações de indenização por sinistros ocorridos. Portanto, é premente a abertura de canais adequados de comunicação entre as seguradoras e seus clientes, independentemente da ocorrência de eventos negativos. Um dos caminhos a seguir foi mostrado na pesquisa que relaciona a experiência dos consumidores com as atitudes a respeito da fraude em seguros. É forçoso reconhecer que quanto maior for a experiência e conhecimento da indústria de seguros, menor a propensão a fraudar.

Nesse sentido, as empresas deveriam ter estratégias de marketing voltadas ao bom atendimento, buscando criar vínculos fortes com seus clientes, além de ações de *compliance* para a manutenção de padrões de qualidade, respeitando valores éticos. De forma institucional, cumpriria divulgar melhor os aspectos relacionados aos retornos – sob forma de indenizações – que chegam aos consumidores, vindo ao encontro da necessidade de maior transparência sugerida nas entrevistas. Finalmente, salientaram os entrevistados de forma contundente a necessidade de revisão do sistema legal brasileiro, que possibilita a impunidade dos fraudadores. A sensação de não haver resposta adequada do Poder Judiciário, lento e ineficiente, às questões relevantes, o permanente entrave causado pela burocracia legal e o risco representado pela falta de segurança jurídica foram pontos destacados que aguardam solução.

Este trabalho tem limitações derivadas em parte da dificuldade dos gestores e demais atores em discutir o tema, que, embora relacionado a situações corriqueiras das seguradoras, é delicado e pode, em certos momentos, expor as empresas e fazer crer numa inexistente fragilidade. De qualquer forma, as entrevistas com especialistas e as múltiplas fontes de referência reforçam a importância do tema e estimulam e remetem a futuras pesquisas mais específicas.

Embora este trabalho não seja conclusivo, por tratar-se de pesquisa exploratória e qualitativa, encontraram-se evidências na revisão bibliográfica, nas pesquisas secundárias e nas entrevistas com especialistas de que a fraude tem significativa importância no setor de seguros brasileiro. Há evidências, também, de que ela prejudica tanto as seguradoras, cuja rentabilidade e crescimento se deprimem, quanto a sociedade – representada por segurados, que pagam prêmios mais elevados do que seria necessário com menores níveis de fraude, e por potenciais segurados, sem acesso ao mercado de seguros devido aos prêmios elevados.

Por tudo que se apresentou e analisou pode-se concluir que o objetivo da dissertação foi plenamente atingido.

Julho 2006

## 6. BIBLIOGRAFIA

ABI – Association of British Insurers. What is dishonest? *Crime and Fraud Prevention Bureau. Facts on Fraud* N° 1: Newsletter, 2002.

AMADOR, Paulo, *Atividade Seguradora no Brasil: fundamentos, história, regulamentação e prática*. Rio de Janeiro: Fenaseg, 2001.

ANDREASEN, Alan R. e KIRBY, Susan D. *A ética do marketing para quem faz o marketing social* In: ANDREASEN, Alan R.(Org.) *Ética e Marketing Social*. 1ª ed. São Paulo: Futura. 2002. cap. 6, p. 155.

ANSOFF, H. Igor. *Nova Estratégia Empresarial*, São Paulo, Atlas, 1991.

ARRUDA, Leôncio. *Mercado discute fraude no seguro*. Revista Apólice: A Revista do Mercado de Seguros. Ano X, nº 86, São Paulo, 2005.

ARRUDA, Maria Cecília C. de et. al. *Fundamentos da Ética Empresarial e Econômica*. São Paulo: Atlas 2001.

BESSANKO, David et. al. *A Economia da Estratégia*, 3ª ed., Porto Alegre: Bookman, 2006.

BERNSTEIN, Peter L. *Desafio aos Deuses: A fascinante história do risco*. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

BERTON, Luiz H. e FERNANDES, Bruno H. R. *Administração Estratégica: da competência empreendedora à avaliação de desempenho*. São Paulo: Saraiva, 2005.

BOULTON, Richard. *Decifrando o Código de Valor*. 1ª ed.. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

BRINKMANN, Johannes, and LENTZ, Patrick. *Are Insurance Companies Getting the Customers they Deserve? Paper presented at the 11th. Annual International Business Ethics Conference*. Chicago. Oct. 2, 2004.

CAIF – Coalition Against Insurance Fraud – *Four Faces: Why some Americans do – and do not – tolerate insurance fraud-A Study of Public Attitudes*. Oct 1997. Disponível em: <http://insurancefraud.org/four-faces.htm.paper>. Acesso em Abril 2005.

CATA PRETA, Horácio. *Entrevista*. Cadastro Nacional de Notícias contra a Fraude. v.1, n. 7. Rio de Janeiro: 1999.

CEA – Comitê Europeu de Seguros. *Guia do Anti-Fraude ao Seguro na Europa. Cadernos de Seguros*. Caderno Especial. Rio de Janeiro, ano XVII, n. 89. Funenseg. p. 1-61. Março / Junho 1998.

- CESVI BRASIL - Centro de Experimentação e Segurança Viária. <<http://www.cesvibrasil.com.br/revista/asp>> Acesso em Maio 2005.
- COSTA MARTINS, M. *Considerações sobre fraudes em Seguros*, . *Anais do VIII<sup>o</sup> Congresso Ibero Latino Americano de Direito de Seguros*, CILA – Comitê Ibero Latino Americano da Associação Internacional de Direito de Seguros. Rio de Janeiro: Aida, 2003.
- DEL FIORI, Alexandre. *Dicionário de Seguros*. Rio de Janeiro: EMTS, 1996.
- DRUCKER, Peter F. *What is Business Ethics? Across the Board*. p.23 Oct. 1991
- DUQUE ESTRADA, Sergio. *Um crime com vítimas: a Fenaseg e as ações necessárias para reforçar e ampliar o combate à fraude*. *Cadernos de Seguros*. Ano XXIII n. 120, setembro 2003. Rio de Janeiro: Funenseg, 2003.
- FENASEG. *Estatísticas*. Disponível em <<http://www.fenaseg.org.br>>
- FERREL, O.C & HARTLINE, M . *Marketing Strategy*. 3<sup>a</sup> ed. São Paulo: Thomson, Mason Ohio, 2004.
- FUKUKAWA, Kyoko. *Developing a Framework for Ethically Questionable Behavior in Consumption*. *Journal of Business Ethics*. Vol. 41. pg. 99. Nov/Dec 2002.
- FUNENSEG. *Plano de Ação de Combate à Fraude*. *Cadernos de Seguros*. Rio de Janeiro. Ano XXIII nº. 120, Setembro de 2003.
- GIL, Antonio Carlos. *Como elaborar Projetos de Pesquisa*. 4<sup>a</sup> ed.. São Paulo: Atlas, 2002.
- \_\_\_\_\_ *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 4<sup>a</sup> ed.. São Paulo: Atlas, 2002.
- GOMES, Luiz F. (organizador) *Código Penal Brasileiro*. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 1999.
- HITT, Michael, IRELAND Duane R, HOSKISSON, Robert E. *Administração Estratégica*. 1<sup>a</sup> ed. São Paulo: Thomson, 2001.
- HUNT, Shelby D. and VITTEL, Scott J. *A General Theory of Marketing Ethics*. *Journal of Business and Ethics*. Spring, 1989.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/censodefautl.php>> .Acesso em 12 de junho 2005
- IRC - Insurance Research Council. *Insurance Fraud: A Public View*. Disponível em: [http:// www.irg.cpcu.org](http://www.irg.cpcu.org)> . Acesso em 9 de maio 2005.
- ISAZA POSSE, Maria C. *El Fraude em el Seguro – Colômbia*. *Anais do VIII<sup>o</sup> Congresso Ibero Latino Americano de Direito de Seguros*, CILA – Comitê Ibero

Latino Americano da Associação Internacional de Direito de Seguros. Rio de Janeiro: Aida, 2003.

KPMG Forensic. *A Fraude no Brasil. Relatório de Pesquisa*. São Paulo: KPMG, 2000.

\_\_\_\_\_. *A Fraude no Brasil. Relatório de Pesquisa*. São Paulo: KPMG, 2002.

\_\_\_\_\_. *A Fraude no Brasil. Relatório de Pesquisa*. São Paulo: KPMG, 2004.

LAS CASAS, Alexandre. L. *Marketing de Seguros*. Rio de Janeiro: Iglu, 1998.

LICHT, René e ROMBOLI, Silton M. *Ética nas Organizações: Um estudo sobre a cultura ética de instituições de ensino superior no ABC Paulista*. Caderno de Pesquisas de Pós-Graduação /IMES. São Caetano. Nº. 6. 1º Semestre de 2002.

MAGALHÃES, R.A. *O Mercado de Seguros no Brasil*. Funenseg. Rio de Janeiro, 1997.

MANAGÃO, Keila C. Z. *A fraude e o contrato de seguro à luz do novo Código Civil Brasileiro. Anais do VIIIº Congresso Ibero Latino Americano de Direito de Seguros, CILA – Comitê Ibero Latino Americano da Associação Internacional de Direito de Seguros*. Rio de Janeiro: Aida, 2003.

MARQUES, Lúcio M. *Fraude. Cadernos de Seguros*. Rio de Janeiro, ano XVII, nº. 89. Funenseg.. p. 4. Março/Junho 1998.

\_\_\_\_\_. *Fraudes, problemas e soluções*. Seguro Moderno. Rio de Janeiro, Edição Especial, p.28-32, Set. 2002.

MINTZBERG, Henry. *Safari de Estratégia: um roteiro pela selva do planejamento estratégico*. Porto Alegre: Bookman, 2000.

MUNCY, James A. and Vittel, Scott J. *Consumer Ethics: Na Investigation of the Ethical Beliefs of the Final Consumer*. Journal of Business Research. New York. Vol. 24. Iss. 4 pg. 297. Jun. 1992.

NASH, Laura L, *Ética nas Empresas*. São Paulo: Pearson, 2001.

PEREIRA, Maria Dusolina R.C. *Fraudes e Má Utilização no Sistema de Saúde Complementar e os Reflexos para o Consumidor*. 1ª ed. Cadernos de Seguros: teses, v. 7, n.15. Rio de Janeiro: Funenseg, 2002.

PARODI, Lorenzo. *Prevenção da Fraude no Seguro*. VI Fórum de Acadêmicos da ANSP – Academia Nacional de Seguros e Previdência – Palestra em Dezembro 2004 disponível em <[http:// www.anspnet.org.br/ativ \\_ academicas/index.asp](http://www.anspnet.org.br/ativ_academicas/index.asp)> acesso em 22 abril 2005.

\_\_\_\_\_. *Manual das Fraudes*. Rio de Janeiro: Brasport, 2005.

PORTER, Michael E. *Estratégia competitiva: técnicas para análise de indústrias e da concorrência*. 2ª. Edição. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

\_\_\_\_\_ *Vantagem Competitiva: criando e sustentando desempenho superior*. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

POVOAS, Manoel S. *Gestão de Marketing na Atividade de Seguros*. Rio de Janeiro: Apec, 1979.

RANDALL, Donna M. and FERNANDES, Maria F. *The Social Desirability Response Bias in Ethics Research*. Journal of Business Ethics.. ABIN/INFORM Global. 10.11 pg.805. Nov. 1991.

SANTOS, Ricardo Bechara. *A fraude e boa fé no contrato de seguros, antinomias que necessária e infelizmente devem sempre ser lembradas*. Anais do VIII<sup>o</sup> Congresso Ibero Latino Americano de Direito de Seguros, CILA – Comitê Ibero Latino Americano da Associação Internacional de Direito de Seguros. Rio de Janeiro: Aida, 2003.

\_\_\_\_\_ *Quem tolera fomenta: a fraude e a boa-fé no contrato de seguros*. Cadernos de Seguros. Ano XXIII nº 120, setembro 2003. Rio de Janeiro: Funenseg, 2003.

SHIH, Frank L. *Os princípios do Direito Securitário*. Estudos Funenseg n. 3, Outubro. Rio de Janeiro: Funenseg, 2002.

SECOVNIE, Robert. *Insurance Fraud* - 2005. Insurance Training Institute, Inc. Disponível em: <<http://iti-ny.com>. > Acesso 17 de abril de 2005.

SELLTIZ, C. ET AL. *Métodos de Pesquisas nas relações Sociais*, E.P.U., 1974.

SILVA, Affonso. *A fraude no Contrato de Seguros*. 2005. Disponível em <<http://www.affonsosilva.com/artigos/htm>> . Acesso em março de 2005.

SLYWOTZKY, Adrian. *Migração de Valor*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997

SOUZA, Antonio Lober Ferreira. et al.. *Dicionário de Seguros: vocabulário técnico conceituado de seguros*. 2ª ed.rev. e ampl. Rio de Janeiro: Funenseg, 2000.

SWISS RE. *Insurance Fraud: epidemic or deceit*. 1993. Disponível em <<http://www.swissre.com> > .Acesso em: 13 de março de 2005.

SUSEP – Superintendência de Seguros Privados - Ministério da Fazenda. *Sistema de Estatística da Susep*-Disponível em < <http://www.susep.gov.br/menuestatistica>

TENNYSON, Sharon. *Economic Institutions and Individual Ethics: A Study of Consumer Attitudes toward Insurance Fraud*. Journal of Economic Behavior and Organization, Amsterdam vol.32.Iss 2: pg. 247. Feb. 1997.

\_\_\_\_\_ *Insurance Experience and Consumer's Attitudes toward Insurance Fraud*. Journal of Insurance Regulation ABI/INFORM Global .vol.21. pg. 35. Winter, 2002.

TRACY, Michael e WIESERMA, Fred. *A Disciplina dos Líderes de Mercado: escolha seus clientes, direcione seu foco, domine seu mercado*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Rocco, 1995.

U.S. Department of Justice – FBI - Federal Bureau of Investigation. *White Collar Crimes: Facts and Cases*. PWC, 1997.

VITTEL, Scott. J. *Consumer Ethics: An Investigation of the Ethical Beliefs of Elderly Consumers*. Journal of Business Ethics. ABI/INFOR Global v. 10. 5 pg. 365. May 1991.

VITTEL, Scott J. *Consumer Ethics Research: Review, Synthesis and Suggestions for the Future*. Journal of Business Ethics. ABI/INFORM Global. v. 43, pg. 33. Marc. 2003.

YUNES, Maria Ângela Mattar. *A Questão triplamente controvertida da Resiliência em famílias de baixa renda*. 2001.155 f. Tese (Doutorado em Psicologia da Educação) – Faculdade de Psicologia da PUC, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

Sites acessados:

[www.conning.com](http://www.conning.com), consultado em fevereiro de 2006.

[www.federalreserve.gov/pubs/oss/oss2/scfindex.html](http://www.federalreserve.gov/pubs/oss/oss2/scfindex.html), consultado em 31 março 2006.

[www.detransp.gov.br](http://www.detransp.gov.br), consultado em 12junho 2005.

[www.hdi.com.br](http://www.hdi.com.br), consultado em fevereiro de 2006.

[www.libertypaulsta.com.br](http://www.libertypaulsta.com.br), consultado em fevereiro de 2006.

[www.tokiomarine.com.br](http://www.tokiomarine.com.br), consultado em fevereiro de 2006.