

---

## 2 Produtos e Serviços de Microsseguro

---

## 2.1 Desafios e estratégias para estender aos pobres o seguro saúde

Ralf Radermacher, Iddo Dror e Gerry Noble<sup>1</sup>

*Os autores agradecem as excelentes sugestões apresentadas por Shabnaz Ahmed (consultor), David Dror (Universidade Erasmus, de Rotterdam), Klaus Fischer (Universidade Laval, Canadá), Jens Holst (consultor) e Priyanka Saskena (consultor).*

---

O seguro saúde tem várias peculiaridades que o distinguem de outros tipos de seguro, como o de vida e o de bens. Este capítulo analisa estas características, dando especial atenção às divergências de pontos de vista entre seguradoras e segurados.

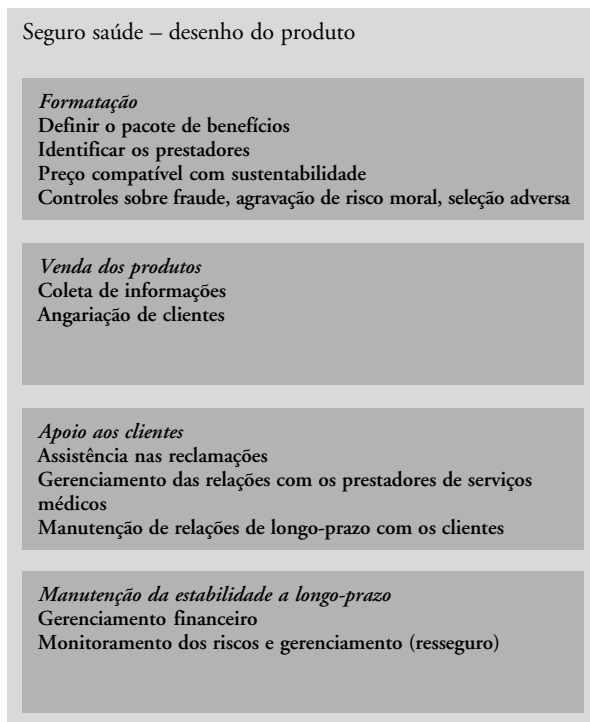
Falar de microsseguro saúde requer, em primeiro lugar, um acordo sobre a respectiva definição. Este capítulo define o seguro saúde como um mecanismo de transferência de risco pelo qual uma seguradora assume um certo risco, em favor de um segurado, em troca do pagamento de um prêmio. Os prêmios são pagos adiantadamente, em troca de uma indenização que será paga no caso de o evento segurado vir a ocorrer. No seguro saúde, os riscos segurados são definidos de acordo com os eventos relacionados à saúde que venham a gerar custos. No microsseguro saúde, está implícito que os prêmios cobrados serão adequados a clientes de baixa renda; isto implica em os benefícios pagos serem fortemente diminuídos para que sua viabilidade seja mantida. Quando ocorre tal diminuição, é preciso que os produtos tenham um recorte que bem os adapte às necessidades dos diferentes segmentos do mercado.

Esta adaptação dos produtos é importante porque a exposição a riscos difere, por exemplo, de mineiros para fazendeiros ou para pescadores ou barraqueiros de mercado, para citar apenas algumas ocupações. Quem trabalha no campo frequentemente está descalço e sua exposição a mordidas de cobra ou a leptospirose é bem maior do que a dos mineiros, que, por sua vez, estão mais sujeitos a problemas respiratórios do que os pescadores, e assim por diante. Da mesma forma, outras diferenças ocorrem devido a sexo, idade, região e outras características. Em consequência, a prioridade atribuída aos diversos benefícios variará de grupo para grupo.

<sup>1</sup> Alguns exemplos neste capítulo não são provenientes dos estudos de caso mas sim da experiência pessoal dos autores, inclusive as referências ao Microcare and Panworld no Uganda, e BAIF e Uplift Health, na Índia.

Para que a oferta de microsseguro saúde seja sustentável, é preciso considerar os quatro aspectos sumarizados na Figura 6: formatação do produto, sistema de venda, sistema de pós-venda e manutenção a longo-prazo da estabilidade da operação. Este capítulo analisará cada um desses aspectos do microsseguro saúde.

Figura 6



## 1 Formatação dos produtos

Todas as considerações começam pela formatação dos produtos. Em sua forma mais simples, este processo envolve decisões sobre a montagem do pacote de benefícios e sua precificação. No entanto, os parâmetros escolhidos afetarão os processos de venda e de atendimento aos clientes (pós-venda), bem como a manutenção da estabilidade.

Para desenhar o produto, vários elementos devem ser definidos: um grupo-alvo de clientes, a demanda por seguros, a composição do pacote de benefícios, os prestadores de assistência médica, além dos controles para evitar agravamento de risco moral e seleção adversa. Numa dimensão indireta, há que considerar a sustentabilidade dos preços que garantirá a estabilidade das operações, assim como um gerenciamento confiável das reclamações e a satisfação do desejo dos clientes por segurança (Albrecht, 1992). A formatação do produto será a base para esta dimensão indireta.

### 1.1 **Agravação de risco moral, seleção adversa e fraude**

Agravação de risco moral, seleção adversa e fraude são geralmente considerados os principais problemas do seguro saúde, embora outros fatores, como a seleção de risco, também contribuam fortemente para fracassos operacionais. Antes, porém, de investigar outros componentes da formatação do produto, é conveniente que se defina bem estes problemas e que se explique por que eles constituem um desafio especial para o seguro saúde.

**Agravação de risco moral** ocorre quando a pessoa que tem um seguro usa mais serviços do que usaria se não tivesse, simplesmente porque sabe que está protegida. Às vezes, o seguro funciona como um incentivo para provocar um sinistro. Um cliente, por exemplo, pode ter um problema de saúde que não era considerado suficientemente grave para ser tratado (por exemplo, uma hérnia ou prolapso do útero). Após fazer um seguro, no entanto, o cliente pode decidir tratar o problema com a cobertura do seguro.

**Seleção adversa** ou anti-seleção ocorre quando o perfil de risco do grupo segurado mostra-se pior do que o esperado com base na população a que o grupo pertence. Há duas causas para isto:

1. O grupo segurado não é realmente um grupo pré-existente, mas sim um grupo em que foram introduzidas pessoas doentes com o fim específico de obter os benefícios do seguro. Um exemplo disto ocorreu em um sistema de saúde comunitário, em Uganda, destinado a membros de cooperativas agrícolas. Alguns grupos apresentaram índices de sinistros acima do esperado. Uma investigação revelou que estes grupos não existiam como grupos antes da contratação do seguro e que talvez tenham sido formados especificamente para se beneficiar dele.

2. Grupos pré-existentes, com um número de doentes acima da média, aderem ao programa de seguro, ao passo que outros grupos mais saudáveis não aderem. Isto se torna um problema mais grave se os grupos são pequenos. Por exemplo, a Microcare (Uganda) tinha um seguro saúde em grupo com FINCA, uma microfinanceira que usa a clássica metodologia bancária de aldeia, formando grupos de 30 ou mais famílias. Ela transferiu seu programa para outra microfinanceira, Pride Uganda, que admite grupos de 5 famílias. Pequenos grupos com vários associados doentes rapidamente aderiram ao programa, enquanto que a adesão de outros grupos com associados saudáveis mostrou-se menos provável.

Em qualquer caso, o custo do seguro dessas pessoas será mais alto do que o esperado e, com frequência, o valor dos sinistros superará o valor total dos prêmios, resultando num programa deficitário.

**Fraude:** o seguro saúde é particularmente sujeito a fraudes em todo mundo, qualquer que seja o nível de renda dos segurados. Mesmo em mercados sofisticados, como o dos Estados Unidos, as seguradoras gastam bastantes recursos na detecção e controle de fraudes. O risco deste tipo de abuso decorre de:

- O cliente tentar obter tratamento para pessoas não cobertas pelo programa, apresentando falsa identidade,
- O prestador de serviços médicos tentar, por exemplo, submeter falsas reclamações, ou inflar o custo de reclamações legítimas, cobrando medicamentos mais caros do que os que foram realmente empregados,
- Os próprios funcionários da seguradora tentarem processar sinistros falsos ou pagar sinistros verdadeiros duas vezes, talvez em conluio com um provedor desonesto,

ou qualquer combinação dos fatores acima.

Como os programas podem facilmente fracassar devido a fraudes, é essencial que os mecanismos para preveni-las estejam montados antes do início da operação. No final dos anos 1990, uma das maiores seguradoras de Uganda, a Panworld, entrou em colapso poucos meses depois de introduzir um seguro saúde, principalmente devido ao elevado nível de fraudes na operação.

Agravação de risco moral, seleção adversa e fraude existem em todo tipo de seguro. São fatores especialmente problemáticos no seguro saúde em virtude da natureza subjetiva dos eventos segurados. No seguro de vida, por exemplo, o evento é objetivamente verificável – a pessoa ou está morta ou viva. Ou tomando como exemplo o seguro contra condições climáticas: uma edificação pode estar segurada contra danos causados por ventos com velocidade superior a 100 km/h ou mais – um fenômeno objetivo e mensurável. Embora a agravação de risco moral seja uma realidade, poucas pessoas estarão dispostas a morrer somente para receber uma indenização (o suicídio é uma exceção, motivo pelo qual ele é excluído na maioria dos seguros de vida). Semelhantemente, o incêndio proposital ou criminoso é uma agravação de risco moral sobre um seguro de bens, mas, é relativamente fácil de investigar e detectar.

Uma doença, no entanto, é algo subjetivo. Um prestador de serviços médicos pode constatar uma doença, motivado por um desejo de vender seus serviços. Enquanto poucas pessoas escolherão fazer uma cirurgia de coração apenas porque têm seguro, o mesmo não pode ser dito sobre um tratamento ambulatorial. No seguro saúde, a agravação de risco moral pode ser causada tanto pelo segurado quanto pelo prestador do serviço, o que torna sua detecção particularmente difícil.

A seleção adversa não ocorre apenas no seguro saúde. Pessoas que fumam ou consomem álcool estão mais sujeitas a doenças e têm uma expectativa de vida mais curta. Um fumante ou bebedor contumaz que esconda este fato da segura-

dora quando solicita um seguro saúde torna-se um caso de seleção adversa, que pode afetar a estimativa de sinistros. Como este exemplo demonstra, é mais fácil esconder uma informação sobre o estado de saúde do que, por exemplo, sobre os bens que se possui ou a colheita que se fará.

Daí se vê que a seleção adversa ocorre mais facilmente no seguro saúde, quando uma pessoa que sabe que seu risco é mais alto do que a média compra um seguro (ou pessoas de baixo risco não o fazem). Por exemplo, ao saber que está grávida, uma mulher entra num plano de saúde com generosos benefícios para maternidade, ou alguém que se sabe HIV-positivo se inscreve num plano que forneça drogas antiretrovirais. O custo desses segurados acaba por empurrar o custo do prêmio para cima e, em consequência, as pessoas com baixa utilização dos serviços médicos do seguro podem considerar que ele ficou muito caro – e optar por sair. A AssEF, uma associação feminina de auto-ajuda do Benin, incluía em seu pacote de benefícios consultas pré-natais e parto. A adesão era aberta para toda a família, mas era efetivada principalmente por mulheres. A situação se agravou quando muitos associados se retiraram do programa e, com isto, o número de mulheres grávidas ficou desproporcional aos associados restantes. Assim, a seleção adversa passou a afetar a distribuição de risco do programa e pôs em risco sua viabilidade econômica.

Analisando-se o seguro saúde focado apenas nos aspectos teóricos e técnicos, pode-se correr o risco de ignorar as condições específicas do financiamento deste seguro no mundo em desenvolvimento, onde o microseguro pode se tornar um importante componente da proteção social. Aquilo que poderia ser considerado como uma agravação moral provocado pelos usuários pode ser nada mais do que a expressão de uma real necessidade de tratamento epidemiológico e clínico. Em outras palavras, não se trata de um uso abusivo do seguro saúde depois de conseguir adesão, mas sim de uma subutilização antes de aderir. E muitas microseguradoras querem atacar precisamente esta questão.

Seja como for, num dado contexto, a microseguradora tem de definir alvos prioritários e dispor de medidas concretas para controlar a agravação moral e a seleção adversa. As abordagens aplicáveis ao contexto específico do microseguro saúde serão tratadas em maior detalhe mais adiante nesta seção; a seguir, o capítulo entra na discussão dos vários elementos a serem considerados na formatação do produto, começando pela definição do grupo-alvo.

---

## 1.2

### Definir o grupo-alvo

O primeiro passo para definir o formato de um produto é determinar o grupo-alvo. Em geral o microseguro saúde trabalha apenas com grupos pré-existent; o prêmio necessário para cobrir pessoas reunidas ao acaso seria proibitivamente alto devido ao custo associado a uma seleção adversa. Acresce que, como já mencionado, produtos para diferentes grupos ocupacionais serão diferentes (ou pelo

menos, deveriam ser, uma vez que não se pode pensar numa cobertura ampla e os benefícios devem ser forçosamente restritos). Mas, o tipo de ocupação não é o único fator a considerar ao definir um grupo; sexo pode ser a mais importante característica, e diferenças regionais também podem representar um papel crucial. *Bienestar Magisterial* de El Salvador, por exemplo, oferece um programa para professores do setor público; a *Union de Mutuelles de Santé de Guinée Forestière* (UMSGF) define seu grupo-alvo como os residentes de uma certa área. Neste caso, o tipo de ocupação não importa, mas o ingresso no grupo é restrito pela área.

A definição do cerne do grupo-alvo não necessariamente exclui outras pessoas. Pode ser do interesse da seguradora incluir outros membros da família, uma vez que os ônus de uma doença recaem geralmente na família como um todo. Muitas microseguradoras reconheceram este fato. Na Índia, o grupo-alvo da VimoSEWA é de mulheres autônomas, e só elas podem comprar apólices. No entanto, elas podem incluir maridos e filhos na cobertura. Similarmente, os clientes da Yeshasvini (Índia) precisam ser filiados a uma cooperativa, mas também podem incluir suas famílias. O plano de seguros pode até exigir a inclusão de toda a família (quem sabe, oferecendo para isto uma redução de custo). A Uplift Help, da Índia, espera que todos os membros de uma família sejam incluídos, e sua não-inclusão resulta na duplicação do custo dos prêmios.

Seja qual for o critério para a definição de um grupo, será importante fazer uma seleção que favoreça a coesão do grupo. Se não houver fortes laços entre seus membros ou se lhes faltar capital social, será mais provável que eles tenham um comportamento egoísta, com um grau maior de agravação de risco moral e seleção adversa e que, após um ano sem sinistros, as renovações sejam poucas.

---

### 1.3

#### Estudar a demanda

Uma vez definido o grupo-alvo, suas necessidades devem ser cuidadosamente entendidas. Para este fim, o Karuna Trust na Índia recorreu a um instituto de pesquisa para que fizesse um estudo básico da população-alvo. Uma pesquisa domiciliar coletou dados sobre comportamento saudável, gastos com saúde, conhecimento sobre seguro e disposição para pagar por ele. Com base nos resultados, foi dimensionado o pacote de benefícios. Como o custo dos remédios se mostrou como uma das maiores dificuldades para as famílias, um fundo para remédios foi incluído no plano de seguros. Por causa dos altos custos indiretos da enfermidade, o Karuna decidiu também compensar a perda de vencimentos quando o segurado é hospitalizado. Outras instituições usam seu pessoal de campo para fazer pesquisa de demanda. BRAC (Bangladesh), por exemplo, fez consultas a seus grupos e membros individuais sobre as respectivas preferências; a VimoSEWA toma por base as informações coletadas por seu pessoal de campo.

#### 1.4 Definir o pacote de benefícios

O pacote de benefícios pode então ser definido, com base nas informações colhidas pelos estudos de demanda. A definição dos benefícios do produto e do prêmio que os tornará possíveis constitui o núcleo da formatação do produto. Ambos os aspectos determinam as oportunidades de mercado para o produto e o equilíbrio entre as necessidades e os desejos do grupo-alvo.

Em seguros – e os microsseguros não são exceção – agrupar os riscos num *pool* é a chave do negócio. No entanto, nem todo risco pode receber este tratamento. As seguintes pré-condições têm de ser satisfeitas para que o risco seja segurável e transferível para uma solução de seguro (Churchill et al., 2003); Brown e Churchill, 1999, (Vaté e Door, 2002):

- **Aleatoriedade:** a ocorrência de uma perda ou dano precisa ser imprevisível. Caso contrário, uma poupança sistemática será mais eficaz, porque o ingresso num *pool* de seguros não ensejará uma diminuição dos prêmios.
- **Baixa probabilidade de ocorrência:** se for provável que a maioria dos associados venham a ter uma perda, os prêmios serão semelhantes ao valor de uma provisão individual.
- **Independência dos riscos:** as possibilidades de perda de riscos individuais segurados em conjunto devem ser independentes umas das outras, para não ameaçar a estabilidade a longo-prazo do programa.
- **Incontrolabilidade das perdas ou danos:** a perda ou dano não pode ser causado pelo segurado.
- **Irrefutabilidade:** a seguradora precisa verificar a ocorrência e a extensão da perda.
- **Existência de interesse segurável:** para que um indivíduo tenha interesse numa solução de seguro, é preciso que a perda tenha consequências financeiras adversas. O valor potencial da perda deverá ser alto em relação ao custo do prêmio.

Os riscos seguráveis devem ter uma baixa probabilidade de ocorrer, mas fortes consequências adversas se acaso acontecerem. É aqui que entra o mecanismo da distribuição de risco pelo grupo. Uma vez que parte do risco individual é suportada por todo o grupo de segurados, os prêmios pagos por cada um podem ser relativamente baixos face ao valor da perda potencial. Quanto mais frequente for a ocorrência da perda, maior será a dificuldade de fazer seguro. Quanto maior a chance de um evento ocorrer, mais perto estará o valor do prêmio do valor da perda potencial, de modo que, em última análise, o evento acabará por não ser segurável por um preço que os clientes achem aceitável.

Clássico caso de um evento segurável no campo da saúde é a hospitalização, que tem baixa probabilidade de ocorrência, mas, alto custo. VimoSEWA reem-

bolsa a seus segurados o custo de hospitalização até um certo montante. Mas as preferências do grupo-alvo podem ir além de eventos de baixa frequência, e as famílias podem também querer cobertura para eventos frequentes. Um simples tratamento contínuo sem internação, com custos mais baixos, mas, probabilidade mais alta, cai na categoria dos riscos difíceis de segurar, do ponto de vista da seguradora, pois os custos administrativos da regulação de sinistros são frequentemente muito altos.

Este ponto esclarece uma diferença principal entre as preferências das seguradoras e as dos segurados. Os primeiros preferem cobrir eventos de ocorrência rara e alto custo, e não gostam de sinistros pequenos e frequentes, que aumentam o custo administrativo. Os segurados, ao contrário, preferem produtos que indenizem essas pequenas perdas, o que lhes dá a sensação de uma cobertura mais proveitosa.

Além deste conflito de interesses, há outros que são inerentes ao programa de seguro. Se doenças menos graves não tiverem a cobertura do seguro, isto funcionará como um incentivo para o segurado adiar o tratamento até que a doença se torne tão séria que justifique uma reclamação. Um tratamento adiado pode vir a se tornar muito caro para a seguradora. Incentivos à parte, para muitos pobres é difícil, ou mesmo impossível, pagar pelo tratamento de um mal menor em períodos de baixa renda (por exemplo, trabalhadores agrícolas cuja renda é sazonal). Ainda há outro incentivo perverso, que ocorre quando um médico resolve internar desnecessariamente um paciente, somente porque há cobertura de seguro.

A postergação do tratamento pode levar a uma severa deterioração da saúde do segurado e, ao final, provocar custos mais altos para a seguradora. Portanto, é do interesse desta encorajar seus segurados a se tratar logo, mas procurando evitar que eles usem os serviços médicos em demasia ou sem uma real necessidade. A prevenção e os check-ups regulares fazem parte da mesma categoria. O pacote de benefícios do Yeshasvini Trust está focalizado em cirurgia e tratamentos raros, mas de alto custo, como cirurgia de coração, por um prêmio razoável; mas, também oferece cobertura para consultas ambulatoriais para encorajar os segurados a procurar tratamento precoce. No entanto, a frequência com que um segurado recorre a este tipo de consulta, caso não seja estipulado um limite, fica inteiramente a critério dele e, desta forma, a condição “incontrolabilidade das perdas” não é satisfeita. O mesmo se aplica a clínicas de check-up, cirurgias eletivas e partos. A rigor, são procedimentos cujos riscos não podem ser *risk-pooled*, mas, apesar disso, muitos programas julgam necessário incluí-los.

Os programas que cobrem eventos frequentes, mas, de custo relativamente baixo, têm de limitar o escopo dos benefícios ou aumentar as taxas cobradas. Uma mútua da UMSGF oferece serviços e medicamentos a pacientes externos por uma taxa fixa adicional ao prêmio. A Grameen Kalyan (Bangladesh) provê uma gama de serviços, mas limita a cobertura a uma certa porcentagem do custo real dos benefícios fornecidos por prestadores de serviços médicos externos. Tal restrição – quer recaia nos diversos benefícios, quer no valor total cober-

to, quer na obrigação de um pagamento adicional – é uma consequência lógica do prêmio limitado que a seguradora pode cobrar de seus clientes.

Um assunto problemático é o tratamento de doenças crônicas e seus efeitos a longo-prazo. Com frequência, elas são difíceis de identificar e, portanto, constituem uma fonte potencial de seleção adversa e de conflito com os segurados. Isto também é verdade para doenças como HIV/AIDS, para as quais o tratamento de longo-prazo é necessário e oneroso, geralmente excedendo a capacidade financeira da pessoa. Contudo, um tratamento consequente e abrangente de portadores do HIV/AIDS pode ser altamente compensador, como ficou provado no caso do Brasil (Holst, 2005b). Como os preços internacionais de medicamentos para tratamento antiretrovirais vêm caindo, o custo deste tratamento pode se tornar aceitável até para o microseguro (Jamison et al., 2006). A inclusão e a cobertura dependerão do princípio da solidariedade e do grau de capital social do grupo-alvo. Os programas de microseguro estão, portanto, diante de um desafio, que é obter, a curto prazo, recursos suficientes para tratar o HIV/AIDS adequadamente e prevenir o alastramento da doença. A longo-prazo, eles se beneficiarão pela redução dos custos de sinistros de pessoas que vivem com a doença.

Os clientes da Microcare definiram, eles próprios, seu grau de solidariedade com os doentes crônicos de seu grupo. Em vez de excluí-los do grupo, eles optaram por não incluir no pacote do seguro os medicamentos para doenças crônicas, como insulina para diabéticos, inalantes para asmáticos ou antiepilépticos para epilepsia. Tal exclusão foi sugerida originalmente por clientes de baixa renda das MFIs durante o programa piloto que precedeu o seguro, quando eles viram o quanto seria necessário subir o valor dos prêmios para cobrir estes custos. Eles decidiram que “essas pessoas já estão pagando por medicamentos de longo-prazo. Deixemos que eles continuem pagando, mas não os excluamos dos demais benefícios do programa”.

Como uma alternativa para o problema das doenças crônicas, elas podem ser deixadas a cargo de um financiamento por terceiros. O Karuna Trust resolveu algumas dessas limitações através de colaboração com provedores de saúde pública, que dão tratamento gratuito para pessoas que estão na linha de pobreza. Desta maneira, o pacote de benefícios do Karuna pode focalizar a complementação da infra-estrutura pública e abordar algumas de suas deficiências. Nos casos de hospitalização, os clientes do Karuna têm direito a receber drogas não disponíveis nos serviços públicos e também recebem indenização por sua perda salarial durante o período de internação; em casos de emergência, Karuna lhes dá transporte grátis em ambulância. Também está sendo introduzida cobertura para HIV/AIDS, graças a um subsídio das Nações Unidas (UNDP).

Finalmente, há que se definir o prazo durante o qual os benefícios são oferecidos a pessoas, famílias ou grupos. A grande maioria das microseguradoras usa o prazo de um ano, quando então se dá a renovação. Um período mais curto não

faz sentido, porque dificulta o equilíbrio do risco e também porque as pessoas podem aderir ao programa apenas quando estão doentes ou quando estão num período mais arriscado do ano, como a estação chuvosa, quando aumenta a chance de contrair malária.

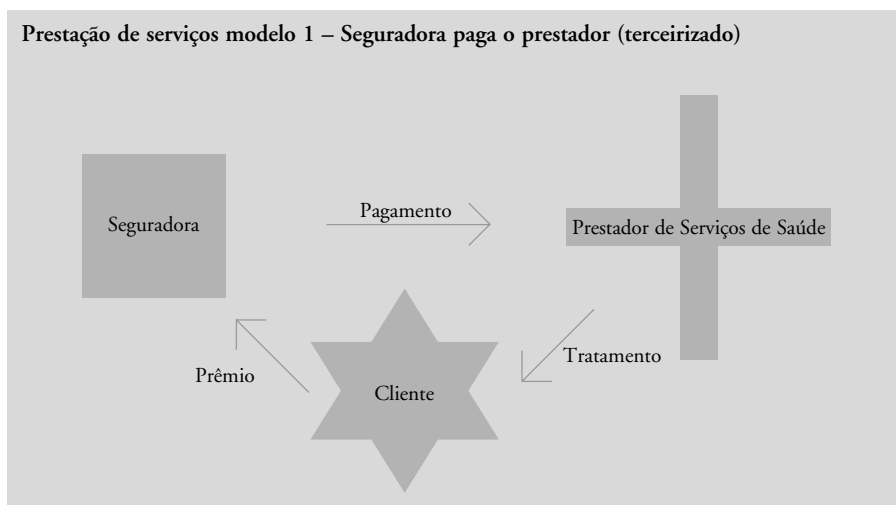
### 1.5 Definir os prestadores

Além de definir os benefícios, é preciso estabelecer os procedimentos para fornecer o serviço, bem como os procedimentos técnicos. Os primeiros determinam as relações com os prestadores dos serviços de saúde, ao passo que os segundos definem como as reclamações de sinistros serão processadas e quem serão os envolvidos no processo.

Há três modos principais para determinar a relação com os prestadores dos serviços de saúde:

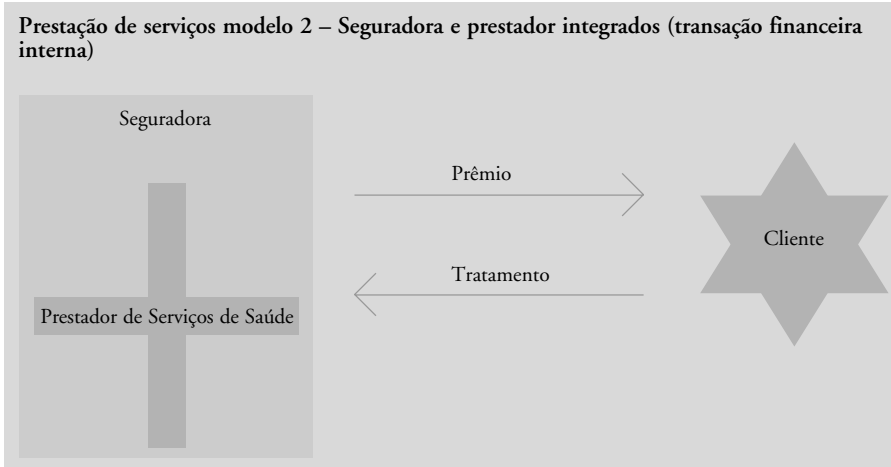
1. A seguradora seleciona prestadores específicos para uso dos clientes e fecha **um contrato formal com tais prestadores** (*Figura 7*). A seguradora geralmente paga diretamente ao prestador pelos serviços prestados ao cliente. Esta solução é do tipo pagamento em serviço, segundo a qual o cliente recebe os serviços em vez de dinheiro para pagá-los. O Yeshasvini Trust estabeleceu uma rede de 150 hospitais, principalmente privados, que prestam os serviços a um preço predefinido. Os pacientes não recebem dinheiro, recebem benefícios em forma de serviços, previamente aprovados pelo administrador da seguradora.

Figura 7



2. Outra maneira de prestar serviços sem pagamento direto é através de uma **combinação de seguradora com prestador dos serviços** (*Figura 8*). Neste caso, a seguradora monta seu próprio serviço de saúde, seja para internação do paciente, seja como um serviço móvel, para atendimento externo (ou então um prestador de serviços de saúde monta um serviço de seguros). Se a seguradora tem apenas uns poucos profissionais de saúde permanentes, e numa região específica, a vantagem da economia de escala é perdida – este é o problema atual da ServiPerú. Nesta situação, certos serviços não poderão ser oferecidos ou, se o forem, não terão um custo suportável. No entanto, em regiões com uma fraca estrutura para serviços de saúde, esta pode ser a única maneira de oferecer tais serviços (*Quadro 17*).

Figura 8



Quadro 17

### Serviços de Saúde da BRAC – uma abordagem em três frentes

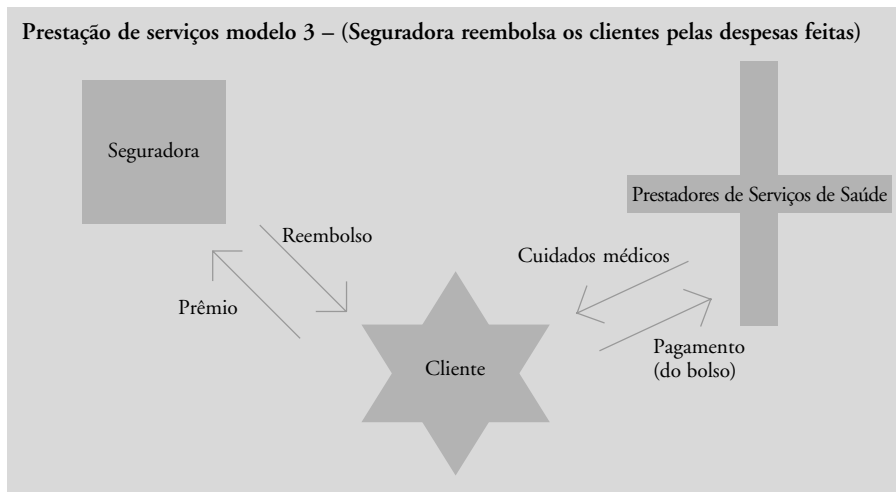
O programa de saúde da BRAC (Bangladesh) visa principalmente à comunidade, em especial mulheres e crianças, embora os homens não sejam especificamente excluídos. O sistema é implementado em três frentes. A primeira é um grupo de assistentes de saúde trabalhando em tempo parcial na comunidade, chamados Shashtho Shebikas (SS), constituído principalmente de mulheres da turma de campo do Programa de Saúde da BRAC. Elas vão de porta em porta instruindo os membros da comunidade sobre aspectos críticos da saúde, providenciam tratamento para doenças básicas, distribuem artigos essenciais para a saúde, ajudando, assim, a criar uma consciência sobre o assunto. A segunda frente é um quadro de paramédicos, todo de mulheres, chamado de Shashtho Kormis (SK). Elas supervisionam os serviços dos SS, proveem cuidados relativos a partos e organizam fóruns sobre educação sanitária, nos quais as preocupações de saúde da comunidade são abordadas. A terceira frente é constituída por uma rede de clínicas de saúde, chamadas BRAC Shushasthos, que dão apoio técnico aos outros dois grupos, que encaminham a esses centros os pacientes que eles não conseguem tratar.

Os Shushasthos prestam serviços de diagnóstico e de tratamento, possuem laboratórios bem equipados, ambulatórios e enfermarias, todos guardados por médicos e enfermeiros diplomados.

*Adaptado de Ahmed et al., 2005.*

3. A terceira opção é reembolsar os clientes por suas despesas com saúde (*Figura 9*). Os clientes podem consultar um médico ou escolher um hospital de sua confiança, pagar pelos serviços e depois enviar a conta para a seguradora, para reembolso. Esta solução dá ao segurado uma escolha mais ampla (embora muitos programas trabalhem com prestadores de assistência médica que devem preencher certos requisitos). Esta opção, porém, sobrecarrega financeiramente o cliente, enquanto ele espera o reembolso. Falta de dinheiro é a principal dificuldade para a população de baixa renda e pode dificultar a busca por tratamento, especialmente em grupos vulneráveis (os mais pobres, as mulheres, as crianças). A VimoSEWA opera sob esta abordagem, mas reconhece que não é a ideal para seus associados. Consequentemente, ela lançou um projeto-piloto para resolver a questão: quando chegam a um hospital para se internar, seus clientes podem contatar um assistente social e pleitear um adiantamento de até 80% do valor estimado da internação.

*Figura 9*



Nesta terceira opção, o risco de fraude aumenta, porque o segurado pode forjar ou modificar uma receita para obter mais dinheiro. Também se torna mais difícil para a seguradora verificar a veracidade de um pedido de reembolso se ela lida com vários prestadores e não tem com eles um contrato formal. Negar um sinistro também prejudicará a relação da seguradora com seus clientes (e sua reputação), pois serão eles os penalizados pela recusa, e não os prestadores do serviço médico.

Em qualquer destas opções, a seguradora tem de definir com os prestadores como serão processados os pedidos e os pagamentos. Por exemplo, as cobranças poderão se referir a um cliente ou a um tipo de serviço. Há uma grande variedade de procedimentos para acertar as contas, cada qual com seus diferentes incentivos para os prestadores quererem oferecer mais ou menos serviços aos segurados.

Qualquer que seja a maneira de se organizar os serviços de assistência médica, é essencial que se tenham mecanismos para verificar os serviços prestados. A tarefa de verificação é realizada na fase de pós-venda. Não obstante, a questão sobre como controlar a qualidade dos serviços, como assegurar que os pedidos de pagamento são válidos e como evitar reclamações fraudulentas precisa ser considerada e estabelecida já no processo de formatação do produto.

---

#### 1.6 Mecanismos para evitar agravações de risco moral

Como destacado no início desta seção, o seguro saúde envolve altos riscos de fraude e agravação de risco moral, isto é, ações que violam o espírito do contrato. Pela dificuldade em coletar as necessárias informações, é impossível à seguradora se certificar se o segurado realmente incorreu numa perda ou se, por negligência, simplesmente permitiu que ela ocorresse. Provar que serviços médicos estejam sendo utilizados em excesso é igualmente difícil. Um mecanismo tradicional para atacar este problema é estabelecer um co-pagamento, processo usado por UMSGF, BRAC, Grameen Kalyan e outros. Interessante notar que Grameen Kalyan aumentou sua taxa de co-pagamento não para reduzir a superutilização, mas, sim para sinalizar sobre a boa qualidade de seus serviços, pois os clientes percebiam custo baixo como sinal de baixa qualidade no tratamento.

Mas, deve ser dito que o co-pagamento tem algumas fraquezas teóricas e desvantagens empíricas (Arhin-Tenkorang, 2000). Primeiramente, o uso excessivo não parece ser um grande problema nos países em desenvolvimento, nos quais há uma deficiência de serviços de saúde adequados e, em consequência, o acesso a eles é restrito indiretamente. Em segundo lugar, a co-participação no custo não é compatível com o sistema de adiantamento usado pelas microsseguradoras. Cobranças sobre os usuários têm um impacto negativo justamente sobre os mais necessitados, que acabam impedidos de buscar os serviços. Desta forma, os serviços ficam “racionalizados” em vez de “racionalizados”. No Mali, as mútuas da UTM (Union Technique de la Mutualité) foram fundados especialmente para ajudar os membros a pagar a co-participação nos serviços de saúde.

A natureza do benefício oferecido influencia a possibilidade de agravação moral. Por exemplo, o Yeshasvini Trust parte do princípio que ninguém se submete a uma cirurgia desnecessária. Em contraste, Microcare sempre cobrou co-pagamentos em programas comunitários, embora eles sejam baixos (entre US\$ 0.30 e 0.80 para serviços no Mission Hospital). Tais pagamentos não são considerados como um meio de recuperar custos, são antes uma maneira para desen-

corajar uma utilização exagerada dos serviços por clientes que residem nas proximidades do hospital ou clínica.

A Microcare também usa o sistema de co-pagamento para diferenciar o nível dos serviços prestados por diferentes clínicas dentro de um mesmo plano de saúde. O co-pagamento em clínicas privadas urbanas é mais alto (US\$ 1 a 3). Alguns clientes consideram que seu tempo é valioso e preferem pagar um extra para serem rapidamente atendidos numa clínica privada e poderem retornar a seu ganha-pão em seus pequenos negócios.

---

### 1.7 Precificação

Para formatar um produto que corresponda às preferências dos clientes, é preciso obter informações sobre os montantes que eles estão dispostos a pagar e a maneira preferida para pagamento. Tais informações devem fazer parte do estudo de demanda descrito anteriormente. Para calcular o prêmio ideal usando métodos de cálculo atuarial, a seguradora deve, em primeiro lugar, definir a unidade de risco. A UMSGF, por exemplo, define como unidade segurável uma família, o que reduz o risco de seleção adversa por distribuí-lo dentro da unidade.

Como descrito no Capítulo 3.5, os custos totais dos benefícios do seguro podem ser estimados usando-se o número provável de utilizações do serviço e o respectivo custo. Somando-se os custos administrativos esperados, reservas de contingência – e margem de lucro, no caso de uma seguradora que vise a obter lucro na operação – a seguradora pode calcular sua necessidade de fundos. Em princípio, quanto maior for o grupo segurado (esperado), mais baixo será o custo administrativo (fixo) por apólice. Operando através do departamento de cooperação do Karnataka, que tem alguns milhões de associados, o Yeshasvini Trust atingiu uma grande população-alvo e, desta forma, reduziu consideravelmente o custo administrativo (fixo) por segurado.

Para evitar a desconfiança dos segurados, mudanças frequentes ou substanciais nos prêmios devem ser evitadas. Quando Yeshasvini constatou que precisaria dobrar o valor dos prêmios, um terço de seus clientes não renovou suas apólices. Da mesma forma, o Karuna Trust teve de se engajar num programa maciço de sustentação de credibilidade quando seu programa de seguro deixou de ser subsidiado. Metade dos segurados saiu do programa e, somente depois de um intenso esforço de seu pessoal de campo, o Karuna conseguiu voltar a aumentar seu número de segurados.

Enquanto este último caso foi provocado por um erro do doador, o caso da Yeshasvini poderia ter sido evitado se dados confiáveis estivessem disponíveis. É preciso obter dados confiáveis sobre o custo dos serviços e a frequência de utilização. A Yeshasvini estabeleceu como parâmetro de custo uma taxa global pagável a todos os hospitais da rede; no entanto, a frequência de utilização veio a se mostrar muito mais alta do que a esperada.

Na maioria dos produtos de consumo, o custo de produção é conhecido de antemão, mas no caso dos seguros tal custo só vai aparecer no futuro. Descontando o erro humano, o ponto central do problema é o caráter estocástico (aleatório) dos sinistros que ocorrerão. Mesmo com estimativas baseadas em dados confiáveis, perdas causadas por eventos estocasticamente desfavoráveis podem representar um perigo para pequenas seguradoras. Na seção sobre manutenção da estabilidade serão discutidos alguns modos de evitar que isto aconteça.

A frequência da cobrança dos prêmios também afeta o total de prêmios a serem pagos. Se os prêmios anuais são pagos adiantadamente, eles podem ser investidos no mercado financeiro para gerar um superávit (a não ser que sejam usados para pagar sinistros). Assim, o acesso ao mercado financeiro pode aliviar o efeito da inflação.

O pagamento anual de prêmios diminui o custo das operações e, teoricamente, aumenta os rendimentos que podem ser investidos, mas pode ser difícil aos membros do grupo desembolsar de uma vez o valor total. De fato, esta é uma outra área na qual os interesses da seguradora e dos segurados são diferentes, porque as pessoas pobres frequentemente preferem pagar US\$ 0.10 por semana do que um prêmio anual de US\$ 5.20. O valor relativamente pequeno dos prêmios e a preferência dos segurados por pagamentos pequenos e frequentes são um outro desafio para as seguradoras.<sup>2</sup>

Como se verá no Capítulo 3.3, as microseguradoras encontraram maneiras inovadoras para resolver a questão do pagamento dos prêmios. O método da VimoSEWA é pedir um depósito fixo numa conta de poupança, cujo rendimento pagará o prêmio anual do segurado. O Karuna Trust criou um fundo para emergências de saúde, para concessão de empréstimos para pagar riscos não segurados e para pagar prêmios também. A Microcare desenvolveu um produto de empréstimo com a FINCA Uganda, pelo qual esta faz um empréstimo para pagar o prêmio correspondente a um ano, recebendo o pagamento do empréstimo em quatro meses. Este plano se mostrou muito popular com os segurados, e a única dificuldade foi a taxa de juros cobrada pela MFI. Sempre que possível, será melhor que a microseguradora ajude os clientes a fazer poupança para pagar o prêmio, em vez de tomar um empréstimo para tal.

As tarefas que devem ser executadas durante o desenvolvimento de um produto estão listadas na Tabela 7.

<sup>2</sup> Interessante notar que a experiência da BRAC neste aspecto é diferente: tendo oferecido a seus clientes a opção de pagar seus prêmios semanalmente, eles alegaram que isto se chocaria com seu programa semanal de poupança e que, portanto, preferiam pagar prestações menos frequentes.

Tabela 7

**Sumário das tarefas envolvidas no desenvolvimento de um produto, com as respectivas características**

<i>Tarefas</i>	<i>Características</i>
Determinação da cobertura adaptada ao grupo-alvo	Análise da demanda (dimensão direta)
Cálculo atuarial do prêmio	Estudo de viabilidade (dimensão abstrata)
Definição dos procedimentos/organização do produto de seguro	Método de cobrança dos prêmios e investimento de saldos para reduzir o valor do prêmio
	Definição de acordo com requisitos atuariais
	Definição de acordo com os requisitos dos clientes

## 2 Venda dos produtos

O processo de vendas pode ser dividido em duas categorias: a) coleta de informações e b) subscrição.

### 2.1 Coleta de informações

Todo processo de venda começa com uma coleta de informações. A característica própria do microsseguro é a necessidade de um grande volume de informações sobre o grupo-alvo, que geralmente não tem experiência com seguros. O vendedor precisa explicar a natureza prospectiva do prêmio e a natureza retrospectiva da proteção contra eventos futuros, explicando também por que o prêmio não poderá ser devolvido (pelo menos totalmente) se não houver a necessidade de serviços médicos. A experiência das microseguradoras que operam com saúde mostra o quanto é difícil explicar a ideia de pagar adiantadamente por um serviço que talvez não será usado. Por isto, elas usam vários tipos de contato com os clientes, como, por exemplo, os agentes de saúde. As firmas AssEF, BRAC e Grameen usam suas equipes de crédito e poupança para promover o uso do microsseguro saúde.

Se um cliente potencial mostra interesse no seguro, o vendedor fornece informações detalhadas sobre os serviços incluídos e os excluídos, bem como os procedimentos para encaminhar pedidos de ressarcimento. Clientes futuros devem estar familiarizados com a documentação necessária e os prazos que devem ser cumpridos para uma pronta liquidação dos sinistros. Se os benefícios e os procedimentos não ficarem claros para os clientes, isto gerará insatisfação. O Yeshasvini Trust, por exemplo, tem uma lista de 1.600 tipos de cirurgia que podem ser feitas em determinados hospitais. Esta grande variedade torna difícil explicar os limites da cobertura do seguro, porque boa parte da informação é de caráter técnico, e isto pode resultar em confusão e insatisfação.

Não é fácil explicar informações técnicas a uma clientela não familiarizada com o assunto. Para reforçar a credibilidade, a informação deve ser transmitida por alguém que desfrute da confiança dos clientes potenciais. Todo mercado

de seguro se apoia fundamentalmente na confiança. Do ponto de vista dos clientes, existe um problema na relação entre a seguradora e seu agente. Por deficiência de informação, os clientes geralmente ignoram como o produto foi projetado (especialmente no que diz respeito a comissões e margem de lucro embutidas no prêmio), bem como não têm certeza se a seguradora vai cumprir seus compromissos ou se vai agir de maneira prejudicial a seus segurados.

Para que os clientes aceitem fechar negócio, será preciso que as obrigações da seguradora possam ser exigidas através de medidas legais. No entanto, no caso dos microsseguros, o custo de um processo judicial facilmente excederá o valor da reclamação e também a capacidade financeira do segurado. Com frequência, o sistema judicial não funciona bem nos países em desenvolvimento. Na falta de um meio eficaz de exigir o cumprimento do contrato, se os clientes potenciais têm dúvidas se a seguradora vai cumprir com suas obrigações, não é provável que eles comprem o seguro. O pagamento antecipado dos prêmios só será possível se houver confiança. Um cliente potencial precisa ter certeza de que a seguradora vai cumprir suas obrigações de duas maneiras:

*1. Confiando na intenção da seguradora de cumprir suas obrigações*

Um cliente potencial precisa acreditar que a seguradora irá liquidar um sinistro justificado. Ele deve acreditar que seja do interesse da seguradora (motivação intrínseca) cumprir sua parte no acordo (confiança em sentido restrito) ou acreditar que ele (cliente) será capaz de influenciar ou pressionar uma instituição (confiança em sentido amplo).

*2. Confiando na capacidade da seguradora de cumprir suas obrigações*

O cliente precisa acreditar que, a longo-prazo, a seguradora terá fundos suficientes para pagar as reclamações apresentadas. O porte da seguradora e a percepção subjetiva dos clientes potenciais sobre a confiabilidade dela (dimensão abstrata) são os dois fatores que determinam a confiança que sustentará um relacionamento a longo-prazo.

Um bom conhecimento do grupo-alvo melhorará a qualidade das informações transmitidas, bem como sua eficiência, não apenas em termos de conteúdo, mas também na maneira e no tipo de canal usado. Os dois primeiros desafios a serem superados no processo de vendas serão a qualidade profissional da informação e o grau de confiança por parte da clientela. No Camboja, para vender seu programa de seguro saúde, o GRET (francês) usa um processo de vendas em três etapas. Ao longo de duas semanas, o pessoal de campo informa os clientes potenciais e responde a suas perguntas. O agente de seguros, que é o encarregado do processo de subscrição só chega na terceira semana (Brown e Churchill, 2000).

A associação SEWA (Índia) se vale de seu longo relacionamento com o grupo-alvo, seu conhecimento sobre as necessidades e preferências do grupo e sua

experiência em se comunicar com os clientes, de forma a ganhar sua confiança. Da mesma forma, o Karuna Trust, BRAC e Grameen trabalharam com saúde e desenvolvimento das comunidades durante anos, antes de entrar no negócio de seguros. De fato, muitos programas de microsseguro saúde começaram com outras atividades e, só mais tarde, introduziram o seguro. A tendência de migrar de operações básicas de microfinanças para a área do seguro saúde é um fator que merece um exame mais acurado, pois a regulamentação e o modus operandi das duas atividades são diferentes, cada qual requerendo uma estrutura apropriada e habilidades profissionais específicas.

A falta de um relacionamento de confiança e de contatos diretos (tanto físicos quanto psicológicos) entre as seguradoras tradicionais e os clientes potenciais usualmente dificulta a entrada direta das primeiras no mercado de baixa renda. Quando uma destas seguradoras resolve se envolver com microsseguro saúde, geralmente uma instituição local (o agente) distribui o produto para ela. Um agente, no entanto, deve ser remunerado, o que encarece o produto em comparação com o modelo que não usa agente. Isto não é um problema para a seguradora, que passa o respectivo custo aos clientes, mas pode elevar o custo de maneira a se tornar proibitivo para os lares de baixa renda. Este conflito de interesses entre seguradora e segurados no processo de vendas será discutido no Capítulo 4.4.

Seja qual for o canal de distribuição, explicar o que é o seguro continua sendo um desafio. A maioria das microsseguradoras de saúde reconhece que precisam achar novas maneiras de apresentar seus produtos no mercado. Como se descreverá no Capítulo 3.2, artistas de rua, volantes, cartazes e cartoons são importantes ferramentas de marketing para o microsseguro. Muitas instituições, como a VimoSEWA, usam grupos de auto-ajuda para disseminar informações sobre as vantagens de se possuir benefícios de um seguro saúde. No entanto, a maioria dos programas afirma que não é suficiente distribuir as informações uma só vez; tal disseminação deve ser um processo contínuo, de modo que as pessoas cheguem a um real entendimento do que seja um seguro, e só então haverá um reflexo positivo nas operações, chegando-se a uma taxa de renovação razoável. O fluxo contínuo de informações para o público faz parte do relacionamento com os clientes e será discutido em mais detalhes na seção sobre a disponibilização do produto.

---

## 2.2

### Subscrição

Após fornecer as informações necessárias, o próximo passo é a emissão da apólice para os clientes que desejam comprar o seguro. Neste processo é necessário coletar os dados e informações sobre o futuro cliente. Dependendo da formatação do produto, isto pode incluir não apenas dados pessoais mas também informações sobre o estado de saúde da pessoa (e. g., alguma doença crônica) e condições pré-existentes que podem ser excluídas da cobertura.

As **exclusões** devem ser definidas para cada unidade segurada, por exemplo, uma família. Informações completas sobre o estado de saúde das pessoas e o tamanho da família têm um impacto significativo no elenco das medidas para obviar a seleção adversa. Um exame de saúde preliminar pode ser uma parte integral do processo de aceitação do cliente, embora muitas microsseguradoras usem métodos mais simples, como uma **declaração de boa saúde**. Nela constarão dados sobre a saúde do cliente, declarados por ele próprio. O objetivo principal da declaração não é revelar alguma doença pré-existente, mas sim alertar as pessoas sobre certas exclusões e fornecer um mecanismo simples para conhecê-las. Essencialmente, a confirmação da validade do seguro passa a ser feita no processo de sinistro, e não na fase de subscrição. (*ver Capítulo 3.4*).

Contudo, a exclusão de um cliente devido a uma doença pré-existente com frequência contradiz a intenção das seguradoras que operam sob um espírito de responsabilidade social. Assim, as sociedades BRAC, Grameen Kalyan, Sociedade para Serviços Sociais (Bangladesh), e também o Seguro Básico de Salud (Bolívia) e o Seguro Materno Infantil (Peru) decidiram oferecer seguro saúde para qualquer pessoa que o desejasse. Para que tal acesso irrestrito seja factível, é preciso por em prática alguns mecanismos adicionais de controle para que o programa tenha estabilidade. Possíveis opções para reduzir a agravação moral são: aumentar o tamanho do grupo coberto e fazer uso da solidariedade e do capital de relacionamento da comunidade. Outra maneira de reduzir a seleção adversa é estabelecer um **período de carência** para certos benefícios. BAIF, com sede perto de Puna, Índia, não cobre despesas com partos nos nove primeiros meses de associação. Ainda outra possibilidade é reduzir os benefícios para novos associados (*ver Capítulo 3.1*).

Para pequenos grupos de segurados, em particular, a aceitação inadvertida de riscos que não seriam normalmente aceitos por seguradoras comerciais pode mudar a estrutura de risco e por em perigo a viabilidade do programa. Quanto mais completas as informações reunidas, maior será a estabilidade do sistema. No entanto, um esforço maior na coleta das informações irá encarecer a operação, o que significará que os segurados terão de arcar com custos mais altos.

Uma vantagem singular do microseguro é a possibilidade de envolver a comunidade no processo de venda, algo que pode diminuir o custo da coleta de informações. Nas comunidades em que há intimidade, as pessoas se conhecem muito bem e, devidamente estimuladas, podem por este capital social a serviço da redução tanto da agravação moral quanto da seleção adversa. Por exemplo, na Uplift Health os membros decidem democraticamente se outras pessoas devem ou não ser aceitas em seu *pool* de risco. Como seu grupo é pequeno (ainda que ligado a outros maiores), eles certamente pensarão duas vezes antes de aceitar um membro de alto risco. O “capital social” também é usado no Karuna Trust, em-

bora não para evitar agravação moral ou seleção adversa. Como eles só aceitam pessoas que estejam abaixo da linha de pobreza, ou pelo menos em seu entorno, os membros do grupo é que decidem se os candidatos satisfazem ou não esta condição.

Uma vez concluída uma apólice de seguro, o primeiro prêmio deve ser cobrado. Quando não é possível usar um método que não envolva dinheiro, o prêmio deverá ser cobrado diretamente do segurado. Quando se tem um número grande de pessoas envolvidas na cobrança, a possibilidade de fraude é uma séria preocupação. Para reduzir o risco, os cobradores do Karuna Trust emitem recibos numerados para controlar o número de apólices vendidas.

Quando um prêmio é pago, a seguradora deve emitir um documento que prove a cobertura comprada pelo segurado. Por exemplo, Yeshasvini Trust dá a cada associado um cartão de identidade com foto. Mas a emissão destes cartões para o 1,45 milhões de clientes da Yeshasvini envolve problemas logísticos, toma tempo e aumenta o custo administrativo, inclusive por causa da foto. O processo de entregar os cartões a cada associado e registrá-los num banco de dados levou três meses. Enquanto este processo estava em curso, os pacientes usavam cartas de suas cooperativas e recibos dos prêmios pagos para provar seus direitos. Para reduzir os custos de renovação das apólices, Yeshasvini adotou um cartão de identificação que pode receber um carimbo de renovação. Também passou a usar o reverso do cartão para vender publicidade, esperando assim obter renda adicional para ajudar a cobrir os custos.

O Karuna Trust também pretende passar a usar um cartão de identidade, mas, por enquanto, aceita os recibos de pagamento do prêmio como prova da participação do segurado. Como é possível que um segurado acrescente nomes em seu recibo, a administração precisa confrontar o recibo apresentado com a cópia que está em seu arquivo. O cartão de seguro saúde da BRAC tem uma foto do chefe da família e uma lista dos familiares incluídos no seguro, com as respectivas idades, tipos sanguíneos e parentesco com o chefe da família.

A Tabela 8 apresenta um sumário das tarefas de vendas e suas características.

Tabela 8

**Sumário das tarefas de vendas e suas características**

<i>Tarefas</i>	<i>Características</i>
Informação	Obtenção de informações bem fundamentadas
	Criação de um clima de confiança
Emissão de apólices	Registro das informações pela seguradora
	Emissão de documentação para o segurado

---

### 3 Pós-venda do produto

O pós-venda do produto (*servicing*) inclui o processamento dos pedidos de indenização, a manutenção do relacionamento a longo-prazo com os clientes e gerenciamento das relações com os prestadores de serviços de saúde.

---

#### 3.1 Processamento dos pedidos de indenização

A documentação necessária para dar entrada num pedido de indenização deve ser verificada quanto a estar completa e a ser elegível. Para evitar a agravação moral e fraude, todos os pedidos devem ser cuidadosamente verificados. Isto pode demandar informações sobre o meio social do segurado e também uma verificação por um médico. Diferentes programas usam procedimentos diferentes, como por exemplo:

- Os segurados da BRAC e da Grameen Kalyan normalmente usam **prestadores de serviços médicos empregados pelo programa**. Apenas 1% dos pacientes é enviado para tratamento em clínicas externas, por causa de doenças mais sérias ou cirurgias. No caso da Grameen Kalyan, os pacientes que usam atendimentos externos submetem sua documentação a uma agência local do Grameen Bank; a decisão sobre o reembolso é tomada em conjunto pelo gerente da agência, o assistente local de saúde e o diretor do centro de seguro.
- Na UMSGF, os segurados devem obter **autorização prévia** para o tratamento. Com a autorização e seu cartão de associado, eles procuram o representante da seguradora no hospital. Para a consulta, é necessário um co-pagamento, mas não há desembolso imediato para as demais despesas da internação. Quando o paciente tem alta, ele recebe uma guia indicando o tratamento feito e o período de hospitalização. Esta guia pode ser usada para pedir o **reembolso do custo do transporte** ao hospital. Mensalmente, o hospital envia um extrato dos serviços prestados à seguradora, que paga diretamente a ele. O extrato é verificado por comparação com as guias entregues pelos segurados.
- O Yeshasvini Trust, assim como os programas governamentais da Bolívia (SBS/SUMI), do Peru (SMI/SIS) e do Paraguai (SI), operam com um sistema que **não envolve dinheiro**. No Yeshasvini, os segurados têm direito a uma consulta grátis, dirigindo-se a um dos 150 hospitais conveniados com seu cartão de identidade e uma carta provando sua associação a uma das cooperativas. Se for necessária alguma cirurgia coberta pelo convênio, o hospital submete um pedido de autorização à **administração terceirizada (TPA)** do programa. Autorizações para cirurgias não-emergenciais podem levar até quatro dias para serem processadas. Emitida a autorização, todos os custos da cirurgia serão cobertos pela seguradora, segundo um valor pré-definido, a ser pago por ela diretamente ao hospital.

- A Microcare usa **cartões magnéticos** que trazem as fotos do cliente e de seus dependentes. O cliente apresenta este cartão no balcão da Microcare que existe nos hospitais ou clínicas participantes, onde a identidade do cliente e seu direito à cobertura são verificados usando um **banco de dados computadorizado** desenvolvido para a seguradora. Os pedidos são processados em tempo real, permitindo rápido pagamento dos serviços prestados.
- O Karuna Trust colabora com três **instituições públicas**, nas quais mantém assistentes sociais. Isto garante **imediate pagamento** quando o paciente recebe alta.

---

### 3.2 Cuidando do relacionamento com os prestadores de serviços médicos

Manter pessoal próprio nas instituições que prestam serviços médicos tem mais utilidade do que simplesmente verificar a qualificação dos pacientes. Este pessoal – como os assistentes sociais do Karuna, as enfermeiras recepcionistas da Microcare ou os auxiliares administrativos do Bienestar Magisterial – oferecem esclarecimentos aos pacientes e cuidam de seus interesses, verificando, por exemplo, se eles são tratados com atenção e se o serviço médico oferecido mantém uma boa qualidade. Um mecanismo semelhante é usado pela Uplift Health; pacientes que precisam de tratamento podem chamar o médico do programa, que os acompanhará ao hospital para garantir que tenham tratamento adequado.

Este dispositivo também ajuda a evitar agravação moral proveniente do prestador de serviços médicos. Em geral, nem a seguradora, nem o paciente pode assegurar que o tratamento tenha sido necessário e executado da maneira mais econômica. O custo para a seguradora apurar se o tratamento foi realmente necessário será alto. Por seu lado, os pacientes, em geral, leigos em matéria médica, recebem o tratamento em confiança. Não podem se assegurar que melhoras em sua saúde tenham decorrido do tratamento feito.

O Yeshasvini procura verificar a necessidade de tratamentos dispendiosos por intermédio de um representante local, que visita os locais onde os serviços são prestados. Esta atividade também serve para prevenir fraudes. Esses coordenadores distritais são apoiados por um médico lotado na sede do programa. Vale notar, no entanto, que os prestadores de serviços médicos são muito mais versados nas particularidades de cada um dos variados assuntos de saúde do que as microseguradoras e, por isto, podem facilmente ludibriá-las.

---

### 3.3 Relações duradouras com os clientes

A manutenção de relações duradouras com os clientes inclui tarefas como fornecimento contínuo de informações, reação tempestiva frente às mudanças nos desejos dos clientes e pronta solução de problemas com os produtos ou com os procedimentos. Experiência positiva com um seguro irá aumentar a confiança

dos clientes e talvez induzi-los a adquirir benefícios adicionais, aumentando o valor do prêmio pago. Um permanente fluxo de informações ajudará a manutenção da satisfação dos clientes e poderá ajudar a atrair novos segurados.

Um elemento importante no relacionamento com os clientes é a renovação dos contratos por anos consecutivos. Os prêmios geralmente não podem ser cobrados por um débito direto em conta corrente. Prêmios cobrados repetitivamente aumentam os custos, a não ser que a cobrança possa ser acoplada a alguma outra atividade do processo (*ver Capítulo 3.3*).

Clientes que não tenham apresentado nenhum pedido de reembolso no último ano representarão um desafio, porque eles precisarão ser convencidos de que vale a pena continuar associados. A taxa de renovação em muitos programas é baixa; o BRAC conseguiu aumentar esta taxa, de 15% no primeiro ano de operação para 50% no terceiro. A taxa de renovação da Grameen Kalyan estacionou em 50%. Considerando que o custo de aquisição de um novo cliente é bem maior do que o de manutenção de um cliente existente, as baixas taxas de retenção no microseguro saúde tornam-se um sério problema. Não obstante, alguns programas vão bem: na UMSGF, 80% dos membros renovam suas apólices.

Outra razão para perseguir e facilitar as renovações é porque renovações tardias podem ser consideradas como novos contratos. Isto implica em impor certas condições que são exigidas de novos associados, como período de carência e exclusão de certos tratamentos, precisarão ser reimplantadas. Na VimoSEWA, por exemplo, condições pré-existentes ficam suspensas de cobertura por seis meses.

Se os clientes estão bem integrados ao sistema, eles se identificarão com a microseguradora e terão um comportamento, provavelmente, mais responsável. Esta vantagem é particularmente visível nos programas comunitários (*ver Capítulo 4.3*). Por exemplo, no programa de seguros mútuos da Uplift Health, os membros se vigiam uns aos outros e pressionam por um comportamento saudável. Se algum membro põe sua saúde em perigo desnecessariamente, os demais membros podem recusar a renovação de seu contrato ou decidir que seus reembolsos serão apenas parciais. Em outros modelos institucionais, resultados semelhantes são obtidos pelo estabelecimento de Comitês de Apreciação dos Pedidos de Reembolso, compostos por alguns segurados e empregados experientes da seguradora. Em geral, quando os segurados participam das responsabilidades da administração do programa, seu “capital social” tem um impacto positivo sobre a agravação moral.

Para este fim, é útil que haja atividades preventivas de saúde integradas ao programa do microseguro, que se mantenha contínua comunicação com os clientes e que se lhes dê algum benefício tangível, especialmente para aqueles que não tiveram doenças e não usaram cuidados médicos. A Microcare, por exemplo, oferece atividades preventivas para o HIV e um programa de prevenção contra a malária, que distribui mosquiteiros tratados com inseticida (*ver Capítulo 3.9*).

A organização e a implementação de programas preventivos e educativos sobre saúde terão valor não apenas para marcar presença no grupo-alvo mas também para diminuir a carga financeira nos custos causada por doenças graves. BRAC e Grameen Kalyan organizam campanhas anuais de check-up para seus segurados. A BRAC também lançou uma campanha de informações sobre o HIV/AIDS entre seus associados e participa – como a Grameen Kalyan – das campanhas governamentais de imunização.

Algumas das tarefas de disponibilização do produto se sobrepõem. Por exemplo, ao verificar o pedido de um cliente, verifica-se também os serviços do provedor. Assim, num único procedimento, a agravação moral pode ser minimizada, tanto a proveniente do paciente quanto do prestador. Os assistentes sociais do Karuna Trust, que ficam nos hospitais, podem fazer suas verificações sobre o cliente e sobre o prestador, monitorando os comportamentos de ambos. Yeshasvini Trust e Bienestar Magisterial pedem uma autorização prévia para cirurgia e podem incluir uma visita de verificação no caso de cirurgias dispendiosas. Uma relação próxima com os prestadores de serviços médicos trará um bom conhecimento de seus pontos fortes e fracos, e dos preços cobrados, o que irá melhorar a qualidade das informações passadas aos clientes sobre consultas.

As tarefas relativas a serviços ao produto e suas características estão resumidas na Tabela 9.

Tabela 9

#### Sumário das tarefas relativas a serviços ao produto e suas características

<i>Tarefas</i>	<i>Características</i>
Suporte ao cliente	Assistência ao cliente (andamento dos pedidos de reembolso)
Relações com o provedor dos serviços	Verificação dos pedidos e redução de agravações morais Controle de qualidade
Relações duradouras com os clientes	Levantamento e processamento de informações Manutenção das relações com o cliente Gerenciamento das renovações

## 4

#### Manutenção da estabilidade a longo-prazo

Uma preocupação fundamental para qualquer programa de seguros é garantir, a longo-prazo, a estabilidade das operações. Isto garantirá que os pedidos de reembolso dos clientes serão atendidos. É a dimensão abstrata do sistema de seguro.

Para manter estabilidade a longo-prazo, é preciso um bom **gerenciamento financeiro**, um monitoramento permanente dos riscos e, principalmente, o gerenciamento do risco atuarial global (*ver Capítulo 3.6*). A existência de uma seguradora está ameaçada quando o agregado das perdas excede a soma dos prêmios pagos com as reservas de capital (risco atuarial). Riscos parciais que ocorram em

subgrupos do grupo segurado não necessariamente porão em risco a existência da seguradora desde que as reservas e os subsídios cruzados sejam suficientes. Portanto, faz sentido dispersar os riscos amplamente, por diferentes subgrupos, para reduzir o risco de perdas co-variantes, isto é, aquelas que se influenciam mutuamente, como no caso de epidemias. O BRAC, por exemplo, não presta serviços apenas aos pobres, mas inclui também clientes de maior poder aquisitivo. No entanto, muitas microseguradoras são pequenas demais para poder distribuir suficientemente seus riscos.

Os clientes de programas de microseguro saúde tendem a ignorar essas considerações técnicas, relativas à estabilidade a longo-prazo. Do ponto de vista deles, o investimento em anos futuros é menos importante do que devolver prêmios “não usados” no ano corrente.

O **risco atuarial** tem dois componentes principais: o primeiro é um “risco paramétrico”, que nasce de informações incompletas sobre a real probabilidade de risco. O segundo componente é um “risco de processo”, que resulta da natureza aleatória dos custos do benefício, que sempre permanecerá devido à aleatoriedade dos acontecimentos, mesmo que a real probabilidade de ocorrência tenha sido determinada (Albrecht, 1992; Dror, 2001). O risco paramétrico pode ser subdividido em inferência estatística (previsões derivadas de dados de acontecimentos prévios estão propensas a erros) e riscos de previsão, que se originam da incerteza sobre a validade de estatísticas passadas para representar o futuro (e. g., mudanças possíveis em doenças). O componente mais importante é justamente o risco de previsão (Albrecht, 1992).

Como consequência, a seguradora precisa se basear num sólido conhecimento profissional, e também em dados confiáveis para garantir a estabilidade a longo-prazo. A coleta de **dados confiáveis** tem de continuar além do processo de formatação do produto, para fins de monitoração e eventual modificação. A escassez de dados, no entanto, é um problema sério para as microseguradoras. Há, portanto, uma necessidade constante de registro eficiente e tempestivo dos dados sobre os riscos segurados, incidência dos eventos e os custos resultantes entre a população segurada. Em última análise, isto pode ser feito utilizando-se um software que viria a simplificar e automatizar o registro e a contabilização das operações, começando pelo registro dos novos membros admitidos até o cálculo dos resseguros a serem feitos. Um software de gerenciamento como o que é usado pela Microcare ajuda na captura dos dados, tornando-os disponíveis para uma fácil análise; um tal programa ajuda a interligar vendas e pós-vendas com a manutenção da estabilidade a longo-prazo e, finalmente, voltar ao (novo) projeto do produto.

As **estatísticas de pedidos por subconjunto** têm de ser verificadas constantemente. Se foram cometidos erros no cálculo dos prêmios, eles devem ser corrigidos imediatamente, talvez por ajustes interativos. Muitas microseguradoras tiveram de **ajustar seus prêmios**. O Grameen Kalyan não usou cálculos atuariais

para estabelecer os prêmios: eles foram estabelecidos por tentativa e erro, e consulta contínua ao associados. Da mesma forma, a ServiPerú, em geral, revê os prêmios todos os anos, tomando em consideração os custos dos vários benefícios pagos. VimoSEWA procurou fechar a brecha da viabilidade subindo o prêmio de Rs. 12 (US\$ 0.24) em 2002 para Rs. 39 (US\$ 0.78) em 2005 para o benefício de saúde<sup>3</sup> e justificou o aumento melhorando o pacote de benefícios. A Yeshasvini, porém, em 2005 dobrou o valor do prêmio em busca da estabilidade, mas não melhorou o pacote de benefícios, o que resultou no declínio de um terço no número de seus associados. Também podem ocorrer ajustes para baixo do prêmio, como se deu com o Karuna Trust quando foi apurado um índice de sinistralidade inferior a 100%. O UMSGF teve uma experiência semelhante, mas decidiu manter o valor vigente do prêmio e criar uma reserva com os saldos obtidos, o que talvez tenha sido uma decisão mais prudente para atingir a estabilidade a longo-prazo.

Uma outra abordagem para a busca de estabilidade é gerar rendimentos com alguma outra atividade. Se os prêmios pagos são bem investidos, as reservas acumuladas podem ser usadas para reduzir o valor dos prêmios ou para cobrir perdas inesperadas. Contudo, na maioria dos programas, a renda proveniente dos prêmios mal cobre as reclamações, por causa da baixa capacidade da clientela para pagar. Portanto, em geral, não é possível investir a receita de prêmios para obter rendimentos adicionais, ainda que haja umas poucas exceções.<sup>4</sup> Algumas organizações, como Grameen Kalyan e VimoSEWA obtiveram rendimentos adicionais investindo subsídios ou fundos doados (*ver Capítulo 6.1*).

Como mostra a Tabela 10, algumas microseguradoras de saúde parecem viáveis, comparando os pedidos de reembolso com os prêmios. Mas quando se computam todas as despesas, fica claro que muitas necessitam de subsídios. O BRAC e o Grameen usam seu próprio corpo de saúde, cujo custo é apenas parcialmente coberto pelos prêmios cobrados; assim, seus custos administrativos são altos em relação à receita de prêmios. É interessante notar que, nos programas mútuos, a taxa de renovação é a mais alta, embora não se possa tirar daí alguma conclusão devido ao número muito pequeno de programas observados.

<sup>3</sup> O produto da VimoSEWA cobre vários riscos. A relação entre o prêmio e os vários benefícios não é conhecida pelos clientes; eles pagam um certo valor pelo pacote fechado, que inclui vida, bens e saúde.

<sup>4</sup> No ano 2000, 0,1% do rendimento obtido pela UMSGF veio de investimento de sua receita, valor que aumentou 2,8% em 2004. O Yeshasvini Trust formou reservas com excesso de contribuições e obteve uma renda de investimentos de Rs. 3.700.000, ou 2,6% dos rendimentos totais do programa. Diga-se, no entanto, que o Yeshasvini recebeu subsídios públicos no mesmo ano.

Tabela 10

## Algumas taxas operacionais expressivas das microsseguradoras de saúde

<i>Empresa</i>	<i>Ano de referência</i>	<i>Reclamações/ total de prêmios (%)</i>	<i>Índice de despesas (%) (Total de despesas/ Renda total)</i>	<i>Custos administrativos/ Prêmios (%)</i>	<i>Prêmios de resseg./ Receita de prêmios (%)</i>	<i>Taxa de Renovação (%)</i>
Karuna	2004	115	n.d.	18	–	n.d.
Yeshasvini	2004	140	n.d.	10	n.d.	69
BRAC	2004	56	452	397	–	51
Grameen	2004	6,9	61	3.918	–	54
VimoSEWA	2004	74	133	137	n.d.	51
AssEF	2004	75	124*	55	–	n.d.
UMSGF	2004	42	27,9	21	2	81
UTM	2003	40	n.d.	15	n.d.	100
ServiPerú	2003	31,5	99**	19,5	15	71

\* sem subsídios; com subsídios, o número é 83%.

\*\* este número reflete a média dos últimos 4 anos.

n.d. – não disponível (ou não aplicável).

Sempre remanesce um elemento de risco. A missão da seguradora é garantir este risco. Uma alternativa para garantir o risco é o **resseguro**, através do qual parte do risco é passada a outra seguradora. Quanto menor for o grupo de risco coberto por uma microsseguradora de saúde, maior a necessidade do resseguro porque os custos imprevistos dificilmente serão cobertos pelas reservas, além do que a variabilidade dos pedidos de indenização é muito maior nos pequenos grupos. No entanto, diferentemente das grandes seguradoras, as microsseguradoras não têm acesso ao resseguro.

Para avaliar se uma seguradora precisa de resseguro é preciso confrontar a magnitude dos riscos assumidos com a capacidade financeira da seguradora e a probabilidade da ocorrência de perdas. Se o tamanho das perdas potenciais é grande, a seguradora deveria procurar o resseguro, mesmo que a probabilidade de ocorrência seja baixa. Perdas de pequeno porte, que são típicas dos grupos do microseguro saúde, devem ser assumidas pela própria seguradora. No entanto, a maioria das pequenas microsseguradoras não consegue acumular reservas suficientes para enfrentar uma série de anos ruins. E, além disto, para assegurar sustentabilidade, o resseguro pode ser um meio mais barato do que o acúmulo de reservas (*ver Capítulo 5.4*).

Um ponto crítico para qualquer programa de seguros é determinar quem gerencia e banca os riscos. Enquanto a natureza participatória dos programas comunitários parece atraente, é preciso considerar que talvez não haja neles expertise suficiente para manejar os riscos, nem haja possibilidade de compartilhá-los com outras entidades (por exemplo, o resseguro). Ligado com o processo de aceitação de riscos está o de gerenciamento das reservas. Um programa que não tenha reservas adequadas pode não conseguir pagar pelos serviços oferecidos, caso haja mais pedidos de indenização do que o estimado. Tal fato pode facilmente erodir

a confiança depositada nos prestadores do serviço médico, o que, por sua vez, irá afetar a qualidade dos serviços e, em última análise, afetar os próprios clientes.

A Tabela 11 resume as tarefas delineadas acima.

Tabela 11

<b>Sumário das tarefas relativas a manutenção da estabilidade a longo-prazo</b>	
<i>Tarefas</i>	<i>Características</i>
Gerenciamento financeiro	Uso do mercado financeiro
	Aplicação dos conhecimentos e da tecnologia
Monitoramento da estabilidade de um <i>pool</i> de seguros	Monitoração das perdas (retrospectiva)
	Monitoração da estrutura de risco (por antecipação)
Gerenciamento do risco atuarial total	Ampla distribuição dos riscos
	Uso do resseguro (se necessário)

## 5

**Conclusão**

Em muitos aspectos, os problemas associados ao seguro saúde também ocorrem com outros produtos do microsseguro. A educação dos clientes, e as informações a lhes serem dadas sobre como funcionam os seguros são uma pré-condição necessária para que eles fiquem satisfeitos. Além disto, os benefícios oferecidos precisam corresponder às necessidades e expectativas dos clientes. Todavia, se para outras linhas de produtos de microsseguro existe um consenso de que os riscos mais interessantes para se dar cobertura são os de alto custo e baixa frequência, isto pode não ser verdadeiro no campo da saúde. As pessoas pobres têm uma noção muito clara sobre quanto pesam os eventos de alta frequência e baixo custo, mas estes são justamente aqueles para os quais é mais difícil para a seguradora oferecer cobertura. Os processos de sinistros geram altos custos, porque a obtenção das informações necessárias à sua verificação é difícil e cara. Para que um programa de saúde seja viável, recomenda-se fortemente que os segurados e a comunidade sejam envolvidos no processo comercial, mobilizando assim seu “capital social”. Quanto maior for a convergência de interesses entre a seguradora e os segurados, mais viável será o negócio.

---

## 2.2 Poupança a longo-prazo e seguros

James Roth, Denis Garand and Stuart Rutherford

*Os autores agradecem a John Pott (Aga Khan Agency for Microfinance) e Ellis Wohlner (consulor da SIDA- Suécia) por suas detalhadas contribuições e sugestões, agregaram substancial valor ao presente capítulo.*

---

Como descrito no Capítulo 1.2, uma das maneiras pelas quais as famílias de baixa renda enfrentam seus riscos é através de poupança. Infelizmente, há um grande número de limitações para a aplicação desta estratégia, entre as quais: 1) a dificuldade para os pobres em acumular bens e 2) a incapacidade de seus escassos recursos para enfrentar perdas maiores. Uma possível solução para o primeiro problema é criar contratualmente uma conta de poupança, também conhecido como um Plano Compromissado de Poupança, que ajuda na formação de uma disciplina de economia e no acúmulo de bens ao longo do tempo. A respeito do segundo problema, o Plano de Poupança pode ser ligado ao plano de seguro, para ajudar no caso de perdas maiores.

Este capítulo explora as possibilidades de estender aos pobres não apenas o seguro, mas também um sistema de poupança contratual. Na primeira seção serão consideradas as razões pelas quais muitas famílias de baixa renda não têm acesso a sistemas de poupança, e como as seguradoras podem oferecer uma base para este tipo de serviço. Em seguida, faz-se um apanhado dos produtos deste tipo que já existem. A seção final examina o que as microseguradoras podem fazer para atender a discrepância entre a poupança insuficiente dos pobres e sua necessidade de participar de algum sistema de poupança. Também serão examinados os riscos e os benefícios de tal política e serão sugeridas maneiras pelas quais tais riscos podem ser gerenciados.

---

### 1 Ajudando os pobres a economizar

Apesar de ser claro que há necessidade de um sistema formal de poupança para as famílias pobres,<sup>1</sup> a oferta real deste serviço é bastante baixa. Um exame dos dados da MIX (2004) sobre o desempenho das 302 microfinanceiras abrangidas no estudo mostra que elas tiveram 62.246 prestamistas ativos, mas somente 33.657 poupadores voluntários.<sup>2</sup> É claro que muitas famílias de baixa renda depositam

<sup>1</sup> Por exemplo, ver a Nota 6 da Microsave: Os Riscos Relativos da Poupança dos Pobres: [www.microsave.org](http://www.microsave.org).

<sup>2</sup> [www.mixmarket.org](http://www.mixmarket.org) verificado em 21 de abril de 2006.

em instituições que não se consideram microfinanceiras e que, portanto, não fornecem dados ao MIX, mas o fato de a oferta de serviços de poupança ser baixa tem uma série de motivos:

- Obstáculos regulatórios dificultam a obtenção de uma licença para aceitar depósitos.
- A política de desenvolvimento econômico favorece a que tanto o governo quanto as organizações doadoras gastem seus fundos para promover iniciativas de empréstimos e não de poupança.
- Ainda com relação ao ponto anterior, é frequente que organizações doadoras façam empréstimos às MFIs com juros muito mais baixos do que os que elas teriam de pagar a seus depositantes, tirando qualquer incentivo para elas procurarem poupadores.
- A agenda para o desenvolvimento presume que a falta de crédito para a microempresa é um ingrediente-chave que impede o desenvolvimento econômico.
- Muitos prestadores julgam que estimular poupança é um processo caro para criar capital.
- Há uma suposição generalizada que os pobres não podem ou não desejam poupar.
- Em geral, falta um sistema seguro e de custo eficaz para angariar a poupança dos pobres.

Hoje em dia, essas razões estão sendo reconsideradas e revisadas. Muitos países têm novos regulamentos para a micropoupança. Os prestadores de serviços financeiros, mais conscientes dos benefícios da poupança para suas instituições e seus clientes, estão tratando de melhorar seus sistemas para que sejam mais eficientes e conquistem a confiança do mercado. Pesquisas têm revelado altos níveis de demanda por serviços de poupança entre os pobres. Por enquanto, porém, a verdade é que muitos poupadores potenciais, mas de baixa renda, não dispõem de serviços que lhes sejam adequados.

Acresce que muitos dos problemas associados a serviços de poupança tornam-se mais graves quando se trata de produtos de longo-prazo – se comparados com cadernetas de livre acesso ou poupança disponível à ordem. Causa especial preocupação aos órgãos reguladores que uma instituição pretenda reter uma soma que pode representar tudo o que um cliente economizou ao longo de toda a vida. Para que os clientes se disponham a deixar suas economias presas por cinco anos ou mais, é preciso um alto grau de confiança nas instituições, o que não é comum em países que passaram por desvalorizações da moeda, falência de instituições financeiras, mercado de capitais mal estruturado, hiperinflação e golpes de estado. Em ambientes tão instáveis, pode não ser possível oferecer produtos para poupança a longo-prazo. Mesmo em países com estabilidade política e macroeconômica, sempre haverá algumas instituições financeiras fracas ou relativamente novas e frágeis.

Sistemas de poupança de longo-prazo interessam às famílias de baixa renda quando elas têm em vista guardar dinheiro para futura educação, casamento, aposentadoria ou outras despesas importantes. Um requisito básico para tal poupança é disciplina. Pesquisas sobre programas de poupança compulsória nas ASCA<sup>3</sup> (Associações de Crédito e Acumulação de Poupança) mostraram que muitos membros participam porque gostam da obrigação de poupar (Aliber, 2001). As pessoas de baixa renda, com frequência, preferem que ao menos parte de suas economias fique sem liquidez, porque é importante preservá-las contra saques irrefletidos ou empréstimos a parentes.

Em alguns países em desenvolvimento, as pessoas chegam a pagar para economizar. Em Ghana, por exemplo, há agentes (chamados *susu*) que vão de porta em porta coletando dinheiro para depósitos – e que cobram por seus serviços. Arranjos semelhantes foram encontrados na Índia e outros locais da Ásia (Rutherford, 2000). A ideia de que os instrumentos de poupança têm um custo, e que o poupador pode ter de pagar por eles não é necessariamente estranha aos pobres. Realmente, para avaliar o valor de um produto sob a visão do cliente, é preciso considerar o custo da transação associado a um depósito, bem como o custo de oportunidade – onde mais poderia a pessoa aplicar seu dinheiro, e qual seria o retorno destas outras oportunidades de investimento?

Numa situação em que haja pessoas pobres que demandam uma poupança de longo-prazo, mas com poucas instituições que ofereçam tal serviço, vale a pena pensar nas seguradoras como uma possível opção. Há muito tempo elas vêm oferecendo produtos que combinam uma poupança contratual com um seguro. Frequentemente, porém, estes produtos são ineficientes, pois as despesas operacionais das seguradoras são altas, e desconhecidas pelos consumidores. Existe a preocupação, por exemplo, sobre o fato de que os seguros dotais tradicionais, que combinam poupança com seguro, terem altos índices de despesas provenientes, entre outras coisas, de altas taxas de cancelamento, e geralmente não agregam valor para os segurados.

Não fica claro, porém, se este desempenho é inevitável ou se há algum método de venda que evite os altos custos e dê segurança e valor para o cliente. Muitas seguradoras tradicionais usam produtos de longo-prazo como sua fonte principal de lucro; ademais, muitos profissionais do mercado julgam estes produtos como necessários para dar viabilidade ao negócio. Outros, porém, desenvolveram organizações seguradoras que vendem produtos que têm valor para os clientes e mantêm custos compensadores. O próximo passo será conseguir manter essas condições em produtos que sirvam ao mercado de pessoas de baixa renda.

<sup>3</sup> As ASCAs são grupos informais de poucos participantes que economizam em conjunto num ritmo regular; a maioria delas oferece a seus membros empréstimos sobre os fundos acumulados. Nas ROSCAs, as pessoas do grupo também economizam juntas, mas o acesso aos fundos é rotativo, cada membro tendo que aguardar sua vez.

---

## 2 Seguros e poupança a longo-prazo

Com base no estudo de casos e literatura sobre o assunto, há várias maneiras de oferecer poupança a longo-prazo e seguro, incluindo: 1) anuidades, 2) apólices dotais, 3) seguro de meta de poupança e 4) poupança de longo-prazo, por si só.<sup>4</sup>

---

### 2.1 Anuidades

Neste sistema, o segurado paga prêmios regulares até uma data especificada, geralmente a data da aposentadoria. Em muitos países, este tipo de pagamento é chamado de anuidades de aposentadoria. Não é necessário, no entanto, que o processo esteja ligado à aposentadoria: ele pode ter como referência qualquer data aceita pela seguradora. A partir da data convencionada, o segurado passará a receber pagamentos feitos pela seguradora até sua morte. Há algumas variantes como, por exemplo, a chamada anuidade reversível, sob a qual os pagamentos continuam a ser feitos ao cônjuge sobrevivente até que ela venha a falecer.

As anuidades funcionam, como qualquer outro produto de seguros, na base da distribuição de riscos (*pooling*). Pode-se esperar que a expectativa de vida do grupo do sistema tenha uma distribuição semelhante à da população em geral, de forma que as contribuições daqueles que falecerão cedo financiarão os que viverão mais.

No entanto, para que o sistema funcione, é necessário que a seguradora tenha dados precisos sobre a idade da população e suas taxas de mortalidade (juntamente com outros dados demográficos), e que também conte com expertise atuarial para prever a futura duração média das vidas. Esta é uma tarefa bastante difícil, mesmo em países desenvolvidos com boas estatísticas, quanto mais em países em desenvolvimento. Até mesmo a determinação correta da idade dos clientes pode ser uma dificuldade. As previsões também são dificultadas porque às vezes pequenas mudanças podem ter efeitos dramáticos na longevidade. Melhorias na provisão de água potável e no saneamento, ou uma campanha eficiente de vacinação ou de distribuição de mosquiteiros podem aumentar a expectativa de vida. Tudo isto torna difícil calcular qual deva ser o valor da anuidade.

Este sistema foi experimentado nas Filipinas por uma instituição respeitável, o Centro para Pesquisa Agrícola e Desenvolvimento (CARD, sigla do nome em inglês). No entanto, como mostra o Quadro 18, o programa de pensões do CARD quase a levou à falência. No início, o Centro ofereceu seguro através de um Fundo Mútuo dos Membros (MMF) criado para dar cobertura ao funeral do participante e cobrir qualquer saldo não pago no caso de morte. Até aí, o produto estava

<sup>4</sup> Uma quinta opção, seguro de poupança, que pode ou não ser de longo-prazo, será discutida no Capítulo 2.3.

dentro dos padrões habituais dos seguros. Com o sucesso do programa e vendo o aumento de suas reservas, a organização resolveu introduzir produtos adicionais e aumentar a complexidade de suas operações.

*Quadro 18*

### **A experiência do CARD com anuidades**

Em dezembro de 1996, com base no sucesso inicial do MMF e levando em conta a necessidade de cobertura para seus associados mais idosos, a direção do CARD resolveu expandir a cobertura, oferecendo um plano de pensão para os que atingissem 65 anos, mediante um pagamento extra de apenas US\$ 0.05 por semana. Com isto, a nova contribuição semanal compulsória passava a ser de US\$ 0.10. O novo plano de pensão foi oferecido aos participantes do grupo sem que tivesse sido feito um teste ou uma avaliação atuarial.

Quando um cliente atingia os 65 anos ou se tornava permanentemente inválido, o novo produto oferecia uma pensão mensal vitalícia entre US\$ 5.45 e US\$ 10.90, dependendo de quanto tempo de associação o associado tinha. Dentro deste sistema, era necessário que o associado pagasse 14 prêmios mensais de US\$ 0.40 para acumular o valor do nível de pensão mais baixo (US\$ 5.45). Não havia um período mínimo de contribuição: a pensão estava disponível logo que a pessoa atingia os 65 anos de idade, embora os novos associados só tivessem direito à pensão mínima.

Na auditoria de 1998, os auditores advertiram a administração de que o programa de pensão era financeiramente insustentável. Eles notaram o passivo se acumulando no MMF. A administração percebeu que este passivo era uma ameaça séria. Ainda que a idade média dos segurados fosse 43,6 anos (37,1 em 2004), a quantidade dos que cedo chegariam ao direito à pensão rapidamente corroeriam o capital do CARD. Todo o progresso obtido seria destruído e talvez a própria instituição. O CARD conseguiu fechar o programa colocando todos os prêmios pagos numa nova associação de benefícios mútuos, de propriedade dos associados do CARD e assim se viu livre do passivo.

*Fonte: Adaptado de McCord e Buczkowski, 2004.*

O programa de pensão do CARD operou de 1996 a 1999. Neste ano, os prêmios pagos foram usados para capitalizar uma associação de benefícios mútuos (MBA) que ofereceu um plano de poupança, com um só pagamento ao final do prazo e sem o componente de seguro.

Este caso ilustra o desastre potencial espreitando uma instituição que entra no arriscado campo dos seguros sem a necessária expertise. O novo MBA do CARD é gerenciado por um profissional de seguros e tem usado intensamente um consultor atuário. Outro aspecto que o exemplo aclara é o do duplo obstáculo de dados insuficientes e a dificuldade de prever as mudanças da taxa de mortalidade nos países em desenvolvimento.<sup>5</sup>

Organizações que queiram operar com anuidades precisam dispor de expertise em riscos de mortalidade e em gerenciamento de investimentos, tais como a compatibilização entre reservas e riscos potenciais. Qualquer programa de poupança com garantias de longo prazo precisa ser analisado por um atuário e administrado de forma a garantir sua viabilidade. E sobretudo, qualquer pessoa ou entidade que pretenda ingressar no mercado de microanuidade precisa antes de certificar de que disporá de dados atuariais suficientes. Como tais dados são geralmente escassos nos países em desenvolvimento, não se pode presentemente recomendar estes produtos. No entanto, caso haja uma melhoria na qualidade dos dados atuariais, talvez o produto mereça consideração.

## 2.2

### Apólices dotais

Produto vendido comumente pelas seguradoras, as apólices dotais combinam um seguro de vida com uma poupança contratual a longo-prazo. Elas envolvem um pagamento regular durante um prazo longo, geralmente de cinco anos ou mais. Se o cliente sobrevive ao prazo, ele recebe uma soma global, e talvez um bônus; se ele morrer antes de decorrido o prazo, e estiver em dia com seus pagamentos, seu beneficiário recebe a soma garantida. Um aspecto interessante das apólices dotais é que elas facilitam o acesso ao crédito, porque seus titulares podem dar como garantia o valor de resgate da apólice. Esta combinação de poupança, crédito e seguro pode ser um instrumento eficaz para ajudar as famílias pobres a enfrentar uma variedade de riscos, desde que o programa seja bem engendrado, tanto na formatação do produto quanto em sua venda, de forma a manter custos compatíveis.

Seguros dotais já são vendidos em grande quantidade para clientes de baixa renda. Na África do Sul, estima-se que, no final de 2004, 300.000 pessoas de baixa renda possuíam este tipo de seguro (Smith e Melzer, 2004). A Delta Life (Bangladesh), a Tata-AIG (Índia) e a ALMAO (Sri Lanka) vendem seguro dotal aos pobres, com resultados variados em demanda, exequibilidade e lucratividade. Essas empresas são todas seguradoras regulamentadas, embora suas agendas não sejam iguais.

<sup>5</sup> Nestes países, a taxa de mortalidade pode decrescer enormemente através do uso de tecnologias para a saúde *já existentes*, como vacinação, bons sistemas de esgoto e água tratada. Nos países desenvolvidos, a melhoria da mortalidade por tecnologias existentes será mais limitada. É claro que, em ambos os grupos de países, novas tecnologias irão melhorar as taxas de mortalidade. Portanto, o tratamento atuarial das anuidades será difícil em qualquer caso.

Quando a Delta Life iniciou suas operações em 1986, ela foi uma das primeiras seguradoras a trabalhar em Bangladesh (logo após a privatização, em meados da década de 1980). Inicialmente, ela vendia apólices para os abastados, mas, logo começou a complementá-las com microseguro. Na venda desse produto, sua missão era explicitamente social. Contratou profissionais de seguros para cuidar das operações da faixa alta, e assistentes sociais para o microseguro. Em 2002, os diretores profissionalizaram também o microseguro, para também visar ao lucro. Mas a despeito de sua louvável motivação, a Delta tem sido criticada por oferecer um produto que não traz os benefícios adequados aos clientes pobres e é vagarosa em pagar as indenizações. Em consequência, mais da metade de suas apólices não foi renovada.

A Tata-AIG inicialmente abriu os microseguros porque na Índia as seguradoras são legalmente obrigadas a atender o mercado dos pobres e o mercado rural. Embora este mercado não seja tão lucrativo quanto outras linhas de seguro, a firma cedo reconheceu que ele lhe trazia outras vantagens, como a divulgação da marca, expansão do mercado e cumprimento de obrigações de responsabilidade social.

Tabela 12

<b>Duas seguradoras com seguros dotais</b>		
<i>Instituição</i>	<i>Tata-AIG (US\$)</i>	<i>Delta Life (US\$)</i>
País	Índia	Bangladesh
PIB per capita (NU, 2003)	564	376
Nome da apólice	Karuna Yojana	Dotal (com lucro)
Prazo	25 anos	15 anos
Prêmio	6,67 por ano, sob as características abaixo (inclui poupança e prêmios do seguro)	6,33 para cada US\$ 100 segurados (inclui prêmios do seguro e da poupança)
Benefícios	Se sacado aos 18 anos, o valor segurado é 556, o benefício na maturação é 112.	de 85 até 1.650 Outros benefícios: após dois anos, direito de fazer empréstimo de até 90% do valor pago num ano, a 20% de juros a.a.

A ALMAO começou em 1991 como um plano informal de seguro da rede Sanasa de cooperativas de crédito e poupança, oferecendo produtos básicos para cobertura de morte, invalidez e hospitalização. A ALMAO também ofereceu às sociedades Sanasa outros serviços, como cobertura de proteção para empréstimos, previdência, seguro de bens e seguro saúde para empregados. Em 2002, ALMAO se registrou como uma companhia seguradora formal. Tal mudança de status estimulou a firma a introduzir uma nova série de produtos dotais gerenciados e precificados profissionalmente. Infelizmente, eles aparentemente não tiveram sucesso em atender às necessidades do mercado-alvo, porque a demanda até agora foi muito pequena.

Como instrumentos para coletar a poupança contratual a longo-prazo dos pobres, as apólices dotais são algo controverso. Em muitos países, tais apólices não dão um bom resultado porque, em comparação com outros instrumentos, as despesas são altas e os pagamentos, baixos. Como elas são vendidas individualmente, em vez de o serem para grupos, as despesas de venda são acrescidas, particularmente na forma de comissões de venda. O sistema de comissões também tende a fomentar práticas que não estão dentro do espírito do microsseguro (*ver Capítulo 3.2*). Produtos dotais são difíceis de formatar e gerenciar. Na garantia de pequenos montantes, os custos às vezes são cobertos fixando-se valores comparativamente baixos para pagamento aos segurados. Por exemplo, muitos segurados pobres recebem de volta bem menos do que pagaram em prêmios por não lhes ter sido possível manter seus pagamentos em dia. Para que os seguros dotais possam realmente beneficiar o pessoal de baixa renda, este e outros obstáculos têm de ser removidos.

---

### 2.3 Seguro de meta de poupança

Uma terceira maneira de abordar as necessidades de poupança de longo-prazo e de seguro do mercado de baixa renda é através do seguro para garantia de uma meta de poupança. O TUW SKOK, o principal provedor de seguros para as uniões de crédito polonesas, oferece este tipo de produto para encorajar os membros associados a desenvolver um programa regular de poupança. O próprio associado estabelece a meta de poupança e o prazo, que é de dez anos, no máximo. A união de crédito possui um software que calcula qual o depósito mensal necessário para atingir a meta. O programa também calcula o prêmio mensal para a cobertura de seguro. Na eventualidade da morte acidental do associado, o TUW SKOK pagará ao beneficiário a diferença entre a meta da poupança e o saldo na data da morte. Há também um componente para invalidez temporária, se o associado ficar sem poder trabalhar por mais de 30 dias.

Este tipo de seguro é particularmente interessante para as uniões de crédito porque ele é bem integrado com sua atividade principal e as ajuda a atingir suas próprias metas tornando a poupança contratual mais atraente. E também torna mais fácil a venda do produto porque o encarregado da venda pode perguntar ao associado se ele deseja pagar o adicional de cobertura do seguro na hora de abrir a conta de poupança.

Uma diferença importante entre o seguro dotal e o seguro para garantia de uma meta de poupança é que, nesta última, o saldo da poupança não fica em poder da seguradora, mas sim da união de crédito. Do ponto de vista da seguradora, trata-se de um produto muito simples: um seguro de vida a prazo com uma quantia segurada decrescente. Mas ele pode ser menos interessante para a seguradora do que um seguro dotal porque a seguradora preferirá dispor do valor dos

prêmios para investi-lo e gerar renda adicional. Mas para os clientes, o seguro de garantia de uma meta de poupança pode ser mais vantajoso, porque suas economias não mais serão usadas como base para pagar comissões de venda ao agente. Ademais, seu preço é mais módico; TUW SKOK, por exemplo, cobra 0,07% por mês de cobertura sobre o saldo que falta para atingir a meta<sup>6</sup>, ao mesmo tempo que a união de crédito paga 3 a 6% por ano sobre o saldo da conta.

#### 2.4 Separando poupança a longo-prazo e seguro

Uma quarta maneira de abordar a questão é oferecer poupança e seguro separadamente. Um seguro de vida temporário é relativamente fácil de obter. O serviço de poupança a longo-prazo, é claro, só poderá ser oferecido por instituições autorizadas a aceitar depósitos e com uma reputação que motive os clientes a confiar nelas. Como dito anteriormente, a oferta desses serviços é limitada, mas há alguns exemplos de instituições que oferecem poupança contratual de longo-prazo (*ver Quadro 19*).

#### Quadro 19

##### O plano de pensões da Grameen

Como parte do “Grameen II” – uma completa reformatação de seus produtos que o Banco Grameen fez em 2001, numa tentativa de recuperar o desempenho declinante da década de 90 – o Grameen começou a oferecer um programa de poupança a longo-prazo para a população pobre, que veio a se tornar um dos maiores (e de mais rápido crescimento) do mundo. O programa está baseado num produto muito semelhante a outro, extremamente bem aceito, que já vinha sendo oferecido pelos bancos comerciais a bengaleses mais ricos. A popularidade do novo produto é um indício de que o baixo uso deste serviço pela população pobre decorre da falta de oferta, e não da falta de demanda.

Os prazos oferecidos são de 5 ou 10 anos, e os depósitos iguais e mensais podem ser tão módicos quanto US\$ 1. No programa de 10 anos, os juros são de 12% a.a. (em termos reais, cerca de 8% a.a., bem melhor do que os pagos por bancos em programas semelhantes, o que gerou uma súbita demanda de famílias não-pobres para se associarem ao Grameen). Atingida a maturação, o depósito pode ser retirado em dinheiro ou sob forma de um rendimento mensal (não uma anuidade, apenas o rendimento sobre o depósito, que é de 12% a.a.). Os poupadores podem também transferir seu depósito para um dos programas de CDB do Grameen, que oferecem rendimentos atrativos. Não entra no programa o fator “seguro”, e nem há uma demanda por ele.

<sup>6</sup> Se a meta de poupança é de 1.000 e o valor atual depositado é 900, a diferença de 100 será segurada por um prêmio anual de 0,84 ( $0,07 \times 100 \times 12$  meses).

Os depósitos são feitos durante as reuniões semanais das quais todos os associados do Grameen têm obrigação de participar. Desta forma, o Grameen usa seus próprios “agentes”, de uma forma muito econômica, pois eles também são os responsáveis pela prestação de serviços aos prestamistas.

O Plano de Pensões do Grameen (GPS), que já existe há cinco anos, atraiu mais de 3 milhões de contas, e o valor total chegou a cerca de US\$ 83 milhões no final de 2005. O GPS foi um dos principais fatores para que Grameen passasse de provedor de microcrédito para um real intermediário financeiro: seu portfólio de poupança, considerando todos os seus produtos, é atualmente de US\$ 450 milhões e excede seu portfólio de empréstimos.

Não é fácil entender por que o programa se tornou tão popular, uma vez que todos os prestamistas com empréstimos de mais de US\$ 125 são obrigados a manter uma conta no banco com saldo mínimo. Não obstante, muitas contas têm saldos acima do mínimo e muitos poupadores têm mais de uma conta. Estes fatos sugerem que o programa tem valor por si mesmo uma conclusão reforçada pelos depoimentos de poupadores, tomados numa pesquisa patrocinada pela MicroSave.

*Fonte: Rutherford, Notas pessoais baseadas numa pesquisa feita para a MicroSave, 2005.*

Após sua desastrosa experiência com anuidades, o Banco CARD acabou por oferecer poupança contratual de longo-prazo. Deixando de lado a preocupação com as complexidades do seguro, o Banco criou um fundo de previdência, no qual todos os associados depositam PhP 5 (US\$ 0.09) por semana. Quando eles atingem 65 anos de idade, eles têm garantido um pagamento único baseado no valor depositado mais juros acumulados (atualmente 8% a.a.).

Em comparação com as outras opções discutidas acima, a principal vantagem para o cliente é que ele pode poupar sem necessidade de seguro. Mas, isto também tem uma desvantagem. Caso o cliente morra ou fique inválido durante o período em que deveria estar poupando, ele (ou sua família) nada terá para se socorrer. Se ele desejar ter um seguro para complementar seu projeto de poupança, ele pode procurar quem lhe faça um seguro. Mas, ao procurar uma cobertura individual, não é provável que encontre uma opção mais barata do que uma apólice temporária oferecida pela organização que administra sua poupança (tal apólice deve ser emitida por uma seguradora).

### 3

#### Aspectos principais para uma oferta de poupança a longo-prazo e seguro

Quando se oferece poupança a longo-prazo e seguro a pessoas pobres, vários aspectos devem ser cuidadosamente considerados, inclusive estabilidade macroeconômica e política, infra-estrutura do setor financeiro, vendas discrepantes, mecanismos de cobrança de prêmios, cancelamentos e valores de resgate antecipados. Alguns destes aspectos afetam aos seguros dotais mais do que aos outros produtos de poupança.

---

### 3.1 Estabilidade macro-econômica e política

Para que qualquer instrumento financeiro retenha seu valor no futuro, a estabilidade macro-econômica e política será um fator-chave. Em todo o mundo, muita gente, rica ou pobre, acordou um dia e descobriu que o dinheiro que havia economizado valia agora quase zero. Os culpados: inflação e/ou desvalorização da moeda. Esses riscos não são banalidades. O estudo de caso da AIG-Uganda relata a história de um segurado que pagou seus prêmios conforme previsto até o dotal atingir a maturação completa. Quando ele chegou ao escritório da seguradora para receber, o valor recebido era menos do que a passagem de ônibus que ele havia pagado para chegar lá.

Em economias instáveis, com alta inflação, é especialmente difícil oferecer poupança de longo-prazo e seguro. Há, no entanto, maneiras de contornar este risco. Por exemplo, a instituição financeira pode oferecer contas em moeda estrangeira e colocar seus investimentos também em outra moeda. Para realizar as complexas operações para se proteger da inflação, as companhias seguradoras tradicionais estarão mais bem preparadas do que as organizadas mais recentemente. Também as taxas de juros e o rendimento dos investimentos podem ser indexados à inflação, com depósitos, prêmios e benefícios sendo aumentados com base na inflação.

A situação financeira das pessoas de baixa renda é precária. Se apólices com componentes de longo-prazo estão sendo comercializadas nesse mercado, elas precisam ser desenvolvidas para oferecer proteção contra instabilidade econômica e ter valor real para os clientes. Qualquer economia está sujeita a inflação não prevista; um produto deve ser projetado para que o comprador tenha um retorno que o proteja contra a corrosão inflacionária. Se a seguradora não puder atingir este objetivo, então, o cliente deve ser encorajado a adquirir bens que mantêm seu valor, como ouro ou gado, e tentar cobrir seus riscos com seguros de curto prazo.

---

### 3.2 Infra-estrutura do setor financeiro

Outro importante requisito para que se faça poupança a longo-prazo e seguro é que exista no país um mercado de capitais e de investimentos que funcione bem. Uma poupança a longo-prazo trará benefícios a todos se a instituição que receber os fundos puder investir numa variedade de instrumentos com prazos variáveis. Investimentos em bônus, letras do tesouro, ações e imóveis seriam formas de poupança a longo-prazo, na medida em que eles correspondam ao desejado cronograma de investimento. A capacidade para classificar os investimentos também seria necessária para a avaliação do perfil do risco. Em alguns países, essas condições não existem, sendo difícil fazer um planejamento adequado para poupanças a longo-prazo.

A falta de um setor financeiro com infra-estrutura tem um efeito maior sobre produtos dotais do que sobre metas de poupança ou poupança simples, porque a seguradora baseia seus rendimentos principalmente no mercado de investimentos. Se as oportunidades de investimento forem limitadas, e se for difícil avaliar os riscos das poucas opções disponíveis, será especialmente difícil ter sucesso com produtos dotais. As uniões de crédito e o Banco Grameen, por outro lado, investem grande parte de suas poupanças, senão a totalidade, no portfólio de empréstimos a seus associados. Tal investimento prescinde de bolsas de valores ou agências de classificação de risco, embora crie uma indesejável concentração de risco (*ver Capítulo 3.6*).

### 3.3

#### Vendas mal feitas

Outro problema com a venda de produtos de longo-prazo é seu potencial para vendas mal feitas, pois o cliente não pode efetivamente avaliar se a instituição financeira e seu agente continuarão confiáveis ao longo do período que decorrerá após a compra do produto. Este ponto é especialmente problemático para apólices dotais (*ver Quadro 20*), mais do que para programas de poupança, porque estes últimos são mais transparentes. Além desta transparência, os vendedores de produtos de poupança geralmente não ganham comissão sobre o volume de vendas e, portanto, não têm a tentação de enfeitar o produto ou pressionar quem não esteja interessado em comprá-lo.

#### Quadro 20

#### Vendas mal feitas na África do Sul

A Black Sash é uma organização sul-africana de direitos humanos que administra escritórios de assistência a diversas questões de defesa do consumidor. Muitos dos casos que chegam à organização se referem a agentes de companhias de seguros que vendem uma superabundância de apólices, incluindo as dotais, a consumidores rurais. Um caso típico envolveu uma empregada doméstica numa agência governamental local.

Até sua aposentadoria, em março de 1993, ela ganhava US\$ 162 por mês. Ela pagava US\$ 37 por mês por apólices de seguro de quatro diferentes seguradoras. Quando ela se aposentou, passou a receber apenas US\$ 58. Resolveu então procurar a assistência da Black Sash.

Depois de uma longa luta envolvendo muitos meses de correspondência com as seguradoras, ela veio a receber US\$ 169 no total (pelo resgate das apólices). Uma das apólices foi resgatada quando ela se aposentou, quatro anos antes da data de maturação. Ela foi “assistida” pelo encarregado de pessoal da agência para a qual ela trabalhava. Ele não a avisou que, se ela esperasse a maturidade, receberia muito mais.

*Fonte: adaptado de Roth, 1995.*

Vendas mal feitas podem ser um problema, mesmo em países com mercados financeiros altamente regulamentados. No Reino Unido estimou-se que 5 milhões de pessoas compraram apólices dotais em vendas mal feitas.<sup>7</sup> Na maioria dos casos, estas pessoas compraram tais apólices em conjunto com uma hipoteca, julgando que a apólice dotal pagaria seus empréstimos quando atingissem a maturidade, só que isto não aconteceu. O Comitê Especial do Tesouro do Reino Unido que investigou a questão estimou uma inadimplência global de £ 40 bilhões (US\$ 69.6 bilhões).

É preciso ter em mente que, enquanto pode ser de interesse do agente fazer uma venda mal feita (dependendo dos incentivos à venda), vendas mal feitas também podem ser de interesse para a seguradora, especialmente se a apólice vier a ser cancelada por falta de pagamento. Planos de seguro dotal que levam em conta cancelamentos podem beneficiar os poucos que mantêm o pagamento dos prêmios, mas são de pouco valor para a maioria da clientela. Felizmente, em alguns países, a pressão dos consumidores fez com que as seguradoras, forçadas pelos supervisores, tivessem de pagar centenas de milhões de dólares aos consumidores enganados. As seguradoras tiveram um grande prejuízo, não apenas em dinheiro, mas também na sua imagem junto ao público.

#### 3.4

### Métodos de cobrança de prêmios e coleta de poupança

Um ponto-chave em todos os produtos sempre será minimizar os custos da cobrança de prêmios e poupança; de outra forma, pode acontecer que a poupança dos pobres sirva apenas para pagar o custo operacional do provedor. Uma maneira de reduzir custos é diminuir a frequência dos pagamentos; no entanto, para o mercado de baixa renda é razoável imaginar que pagamentos periódicos (semanais, mensais ou trimestrais) se ajustarão melhor ao fluxo de caixa do que um pagamento anual (*ver Capítulo 3.3*).

Para poupança a longo-prazo e seguro, há três modelos básicos de cobrança de prêmios: cobrança eletrônica, microagentes e vinculação do produto a outra transação financeira.

**Cobrança eletrônica:** Em países onde as pessoas de baixa renda têm contas bancárias, o pagamento de prêmios pode ser feito por débito em conta, que só exige providências quando o débito não ocorre. É assim que as apólices dotais na África do Sul são vendidas aos pobres, pois as famílias frequentemente têm um membro com emprego formal e uma conta bancária. Nas condições atuais, este modelo não seria apropriado para muitos países de baixa renda, embora constantemente estejam surgindo novas tecnologias que podem abrir novas oportunidades, como fazer cobranças usando telefones celulares.

<sup>7</sup> referência: <http://www.which.net/endowmentaction/index.html>

Nas Filipinas, podem-se fazer depósitos usando um celular por uma taxa de apenas 1 peso (US\$ 0.02) por transação, o que é um preço bem mais baixo do que o simples custo do transporte para ir ao banco (Chermonics, 2006).

**Microagentes:** Na Índia, a Tata-AIG começou trabalhando com uma microfinanceira para vender suas apólices. O programa não funcionou bem, porque havia um conflito entre o curto prazo dos empréstimos da microfinanceira versus o longo prazo das apólices dotais. Cobrar o prêmio de clientes que subscreviam uma apólice dotal, mas, tinham apenas um empréstimo de curto prazo, era difícil. Se, por um lado, é fácil deduzir um prêmio de um empréstimo feito, se o cliente não fizer outros empréstimos, será preciso dispor de algum outro mecanismo de cobrança. Assim, a Tata-AIG lançou mão de agentes individuais, especialmente mulheres de baixa renda, que recebem uma formação num dos Grupos de Segurança Rural das Comunidades (CRIGs), que operam como uma agência. Esses agentes veem seu rendimento como algo suplementar e, assim, se dispõem a trabalhar por comissões relativamente modestas. Este modelo da Tata-AIG será discutido em mais detalhe no Capítulo 4.5.

Delta Life e ALMOA também formaram seus exércitos de agentes com base em donas de casa pobres. Na verdade, os elementos básicos da rotina de cobrança de prêmios porta-a-porta são os mesmos nas três organizações. Este processo funciona bem na Índia, que tem alta densidade populacional e pessoas com nível suficiente de instrução, dispostas a trabalhar por pequenos salários. Não se sabe se este modelo poderia ser aplicado em países que não preenchem essas duas condições.

**Pagamentos vinculados:** Nos exemplos tirados do CARD, Grameen e TUW SKOK, os custos para angariar as poupanças são minimizados, quando estão vinculadas a outra transação financeira. Os clientes do CARD e do Grameen fazem seus pagamentos nos encontros semanais programados, geralmente em locais próximos a seus lares, onde também pagam pelos empréstimos que tenham feito. Na TUW SKOK, quando o associado faz seu depósito mensal, uma pequena dedução é feita automaticamente e, ao final do mês, o valor deduzido é juntado ao valor dos prêmios que a união de crédito deve pagar à seguradora.

---

### 3.5

#### Cancelamentos e o problema dos valores de resgate

Um outro problema que é específico dos produtos dotais é o cancelamento. Na poupança, se o depositante deixar de fazer um pagamento ou parar de depositar, ele pode ter uma redução na taxa de juros, mas não perderá o montante já depositado. Mas se um segurado parar de pagar o prêmio de uma apólice dotal, ela será cancelada e ele terá direito apenas ao valor de resgate, que geralmente corresponde a uma pequena parte da poupança. Devido à irregularidade dos ingressos nas famílias de baixa renda, os cancelamentos são um grande problema para o microsseguro.

O valor de resgate é baixo devido aos custos gerados pela comissão do agente, pela necessária avaliação da situação financeira do poupador, pelo registro dos dados no sistema e pela elaboração do contrato. O agente geralmente recebe sua comissão nos primeiros anos após a venda (*ver Capítulo 3.2*). Ao ocorrer um cancelamento, todos estes custos são deduzidos do saldo do cliente, e ele só recebe o que sobrar. É comum que, nos primeiros anos de vigência da apólice, o valor de resgate seja zero.

Há várias maneiras de lidar com a questão dos cancelamentos. A Delta dá um prazo de trinta dias para o cliente pagar, após o qual o componente de seguro é suspenso. Os segurados podem revalidar suas apólices durante um período de doze meses, desde que paguem uma taxa por atraso e se submetam a uma nova análise de subscrição. Uma apólice pode ser renovada mesmo depois de dois anos, também com uma taxa por atraso e um laudo médico que demonstre condições de saúde aceitáveis. Além de ter introduzido um produto mal-sucedido, que foi o empréstimo para microempresa, que visava a ajudar os tomadores a gerar renda (*ver Capítulo 3.3*), a Delta não adaptou o conceito das apólices dotais para as realidades do mercado de baixa renda, onde se deve esperar que os fluxos de caixa sejam irregulares; acresce que, com os baixos valores segurados, um laudo médico não deveria ser exigido. Contrastando com isto, se os clientes da Tata-AIG atrasam no pagamento de seus prêmios, a seguradora abate o respectivo montante do valor de resgate. Este processo parece estar mais de acordo com as condições do mercado de baixa renda.

Para lidar com a questão dos cancelamentos mais inovações seriam necessárias. Talvez uma área a ser explorada seria a criação de incentivos para pagamento regular, por exemplo, um bônus se os todos os prêmios forem pagos cinco dias antes do vencimento e uma redução de benefícios se forem atrasados, em vez do término de cobertura. O ponto crucial, porém, é que o valor de resgate precisa ser justo e que os clientes estejam cientes das condições da apólice, inclusive do valor de resgate. Ser justo, neste caso, significa o segurado entender quanto do prêmio corresponde ao seguro, e quanto à poupança, e que o rendimento e os ajustes de despesas estejam claramente entendidos antes da compra da apólice.

## 4

---

## Conclusões

A poupança a longo-prazo e o seguro representam uma nova e promissora oportunidade para expandir a fronteira das finanças. A demanda existe. O desafio é encontrar a formatação correta do produto, o mecanismo para disponibilizá-lo e a estrutura institucional para atender à demanda com um custo baixo, que possa gerar valor. Dos três produtos analisados neste capítulo (excluindo a anuidade, que não foi considerada viável, pelo menos nas condições atuais), sob o ponto de vista da forma do produto, parece que os dois que separam a poupança do seguro (ou que não incluem o seguro) têm uma substancial vantagem sobre os produtos dotais.

Serviços de poupança institucionalizados geralmente não estão ao alcance do pobre ou, se estiverem, as organizações que os oferecem não apresentam solidez ou credibilidade suficientes para operar com poupança a longo-prazo. Conseqüentemente, as companhias seguradoras estão em boa posição para oferecer uma alternativa, um produto dotal que pode ser atraente para as famílias de baixa renda, se for formatado de maneira a acomodar as características do mercado de baixa renda e gerar valor.

Os principais resultados encontrados neste capítulo são:

- As instituições financeiras têm sido lentas em ofertar um sistema de poupança a longo-prazo para os pobres, por causa de obstáculos da regulamentação, instabilidade macro-econômica, demanda subestimada, e de seus custos, e da falta de confiança dos consumidores. Tais obstáculos podem ser superados e, em alguns países, tem havido progresso, mas pode-se dizer que, em geral, as pessoas de baixa renda não têm acesso a um serviço de poupança a longo-prazo, apesar de haver forte demanda.
- As seguradoras poderiam ter um papel na superação de muitas das dificuldades para desenvolver o mercado de poupança a longo-prazo, seja por conta própria, seja em parceria com uma financeira popular, como uma união de crédito ou uma microfinanceira.
- O sistema de anuidades não é fácil de ser desenvolvido para clientes de baixa renda em países em desenvolvimento; tais produtos não são recomendáveis atualmente, devido a dificuldades atuariais e aos riscos substanciais de mortalidade e investimento.
- Quaisquer produtos de seguro ou de poupança a longo-prazo são difíceis de vender em ambientes de instabilidade política ou econômica.
- Parece que os produtos dotais atualmente vendidos a clientes de baixa renda ainda não foram formulados de forma a oferecer um valor significativo aos que os compram.
- As principais dificuldades relativas a apólices dotais são: (i) garantir que os prêmios possam ser cobrados de maneira econômica durante um longo período de tempo, o que depende de um sistema de cobrança inovador; (ii) baixos valores de resgate, que resultam em o cliente receber apenas uma fração do prêmio pago; e (iii) vendas mal feitas, um problema que tem sido recorrente mesmo em economias desenvolvidas.
- Organizações doadoras e agentes de desenvolvimento deveriam recomendar apólices dotais somente em países onde elas sejam eficazmente regulamentadas e onde os clientes recebam valores razoáveis em comparação com outras modalidades de poupança.
- Em vez de apólices dotais, uma melhor solução seria combinar o componente poupança de uma MFI com os benefícios de um seguro. Isto teria a simplicidade de oferecer um seguro como um incentivo aos clientes que poupassem.

Para aumentar a disponibilidade de produtos para poupança e seguro, as seguradoras, os banqueiros, as organizações doadoras e as agências de desenvolvimento podem contribuir significativamente para melhorar a formatação de produtos voltados para os pobres, ajudando os reguladores a supervisioná-los e fortalecendo os mecanismos de proteção aos consumidores para garantir que tais produtos terão um formato adequado e serão honestamente vendidos.

Nenhum dos produtos atualmente disponíveis é perfeito. Na verdade, novas concepções são necessárias para que melhores produtos de longo-prazo sejam oferecidos para o mercado de baixa renda. Tais inovações terão de ser julgadas por seu mérito. Serão elas seguras, protegidas contra a inflação e bem regulamentadas? Trarão elas um real valor para os clientes?

## Seguros vinculados a poupança e crédito

Sven Enarsson, Kjell Wirén e Gloria Almeyda

---

*Os autores agradecem as contribuições e sugestões dadas por Bernard Fournier e Catherine Tremblay (DID) e Ellis Wohlner (consultor da SIDA- Suécia).*

---

Nos países em desenvolvimento, pequenas cidades ou povoados têm fornecido tradicionalmente aos residentes formas simples de compartilhamento de riscos ou seguro. Um povoado inteiro, um clã ou um grupo de voluntários têm dado assistência a pessoas afetadas por um infortúnio. Em muitos países, grupos de ajuda atuam em funerais, o que representa uma forma simples de seguro voluntário. As pessoas organizaram associações para assistir a família de um associado quando este falecia. Tal assistência poderia ser em dinheiro ou em serviços, e geralmente se destinava principalmente ao funeral, um evento caro. Alguns acumulavam um fundo para enfrentar a despesa, outros coletavam os recursos quando a morte ocorria. A acumulação de fundos mostra que a conexão entre poupança e seguro tem uma longa tradição.

A poupança formal e as cooperativas de crédito surgiram nas primeiras décadas do século XIX, para servir às pessoas de baixa renda. Uma vez que o mercado financeiro organizado não atingia este nicho de mercado, os pobres trataram de criar suas próprias instituições. Estas cooperativas atingiam muitas pessoas, em cidades e vilas, bem como em áreas rurais. Cooperativas de crédito e poupança ofereciam empréstimos de emergência, que funcionavam como um serviço simples de proteção contra riscos para seus associados. Em estágio posterior, foi introduzido o seguro de crédito, que se tornou uma das primeiras formas de microsseguro, à disposição de um grande número de pobres. Tal seguro cobria o pagamento de um empréstimo em caso de falecimento do prestamista. Um grupo segurador americano, CUNA Mutual, teve um importante papel na introdução do seguro para proteção de empréstimos em muitos países, particularmente junto às cooperativas de poupança e crédito.

Nas décadas de 1960 e 1970, vários programas foram estabelecidos em países em desenvolvimento, para oferecer crédito especialmente para pequenos agricultores. Muitos deles não conseguiram recuperar os empréstimos feitos, para os quais não havia a proteção de um seguro. Todavia, os dirigentes políticos e as organizações doadoras ainda viam a oferta de crédito aos pobres como um importante meio de fomentar o desenvolvimento. Nos anos 80 e 90, foram criadas várias instituições microfinanceiras, frequentemente, sob a forma de uma ONG, que

visavam mais aos empreendedores do que aos agricultores. Na medida em que essas organizações iam se robustecendo, a proteção de empréstimos foi se tornando mais e mais comum.

Pouco a pouco, o seguro fornecido por organizações de poupança e crédito foi se desenvolvendo. Essas organizações, tanto na forma de cooperativas quanto na de ONGs, com frequência, ofereciam, como parte integral de sua operação, uma ou duas opções de seguro como proteção para empréstimos, e às vezes arcavam, elas próprias, com o risco; outras preferiam se tornar agentes de seguradoras comerciais (*ver Capítulo 4.2*). Algumas delas até estabeleceram seu próprio ramo de seguros para oferecer uma ampla faixa de serviços a seus associados (*ver Capítulo 4.1*).

Essa evolução do relacionamento entre os seguros e os produtos de crédito e poupança pode ser resumida em duas dimensões complementares:

1. Intermediários financeiros desejam que haja um seguro protegendo sua carteira de empréstimos.
2. Como eles já estão transacionando com o mercado-alvo, fica econômico para eles oferecer às famílias de baixa renda seguros vinculados a poupança ou a crédito.

Este capítulo está baseado principalmente em dez estudos de casos sobre organizações de poupança e crédito que operam com microsseguros. Os estudos cobrem variados mercados, condições e procedimentos de venda. Embora outras organizações possam operar sob regras algo diferentes, os dez casos exemplificam os aspectos importantes dos seguros ligados a poupança e crédito.

A abreviatura “MFI” será usada para todas as organizações operando neste setor, sejam elas ONGs, bancos de microcrédito ou cooperativas de poupança e crédito. Esta última designação só será usada quando houver uma referência específica a uma delas. Os termos “cliente” ou “associado” serão usados para designar a pessoa que comprou o seguro.

---

## 1 Produtos vinculados a empréstimos

Muitos produtos de seguros podem ser vinculados a empréstimos. Quando eles são desenhados e gerenciados por instituições de microfinanças, tendem a ser simples e estreitamente relacionados com os serviços de crédito. Quando, porém, existe o envolvimento de uma organização seguradora profissional, os produtos são em geral mais afinados com as necessidades dos clientes e, conseqüentemente, menos vinculados às operações de poupança e crédito.

Deve-se assinalar que muitas MFIs só oferecem a seus associados serviços de empréstimo. Elas não aceitam depósitos. Naturalmente, elas são inclinadas a oferecer seguros vinculados diretamente aos empréstimos. Quando estes são

pagos, cessam as transações entre a MFIs e seu cliente, e cessa também a cobertura de seguro.

### 1.1 Proteção de empréstimos

Muitas MFIs introduziram seguro para proteção de crédito, também chamado de seguro de prestamista, para atingir dois objetivos: 1) cobrir a perda que a organização pode ter com a morte de seu prestamista, e 2) aliviar a família do prestamista da obrigação de pagar o saldo devedor do empréstimo, garantindo assim o princípio de que “a dívida morre com o devedor”. Comparada aos outros produtos discutidos neste capítulo, a proteção de empréstimo é o produto que dá a mais limitada cobertura ao cliente e seus beneficiários; no entanto, é também o mais barato e, com frequência, uma parte compulsória da operação de crédito.

Um modo comum de operar um programa de proteção de empréstimos é a MFI integrar o seguro ao próprio empréstimo, o que simplifica a administração. Como o seguro é compulsório, o risco de seleção adversa é minimizado e não é necessário contratar pessoal para a cobrança dos prêmios, pois eles serão cobrados juntamente com as amortizações, através de um pequeno acréscimo nas taxas de juros. As condições da cobertura de proteção para empréstimos são geralmente semelhantes nas diversas organizações. As características principais são:

#### *1. Quem toma o risco?*

Algumas MFIs assumem o risco elas mesmas. Isto é perigoso porque uma seguradora não regulamentada não pode apelar para o resseguro. Em uma operação de seguro não regulamentada, existe também o risco para o segurado de ver seu interesse negligenciado, muito embora se a MFI falir, seus clientes não irão precisar de cobertura para seus empréstimos. A preocupação com a proteção dos direitos do consumidor surge quando a seguradora fornece outros benefícios além da cobertura para empréstimos. Outra preocupação quando os riscos ficam com a MFI é que as reservas para o seguro podem vir a ser misturadas com outros fundos ligados às operações de poupança e crédito. As vantagens e desvantagens do auto-seguro pelas MFIs serão exploradas em maior detalhe no Capítulo 4.7.

#### *2. Quais os riscos segurados?*

Além da cobertura no caso de morte do prestamista, a proteção de empréstimos pode também cobrir invalidez permanente e doença. A inclusão deste tipo de cobertura para as pessoas de baixa renda pode causar problemas e necessita de uma preparação cuidadosa e de termos e condições bem estudados (*ver Capítulo 3.1*).

### 3. *Qual será o preço?*

É difícil calcular o custo de uma proteção de empréstimo por si mesma, porque a taxa pode ser cotada de muitas maneiras. Na Guatemala, a Column cobra das cooperativas 0,71 por Q. 1.000 por mês. Em Zâmbia, a Madison cobra da FINCA 0,8% do valor do empréstimo para uma cobertura de quatro meses, e 3,5% da Pulse, para empréstimos de prazo superior a um ano. No Maláui, OIBM paga 0,35% do valor principal por cada mês de duração do empréstimo, enquanto no México, a Opportunity International calcula o prêmio como  $[(0,0039 \times \text{valor principal}/52) \times \text{prazo do empréstimo em semanas}]$ .

Estes exemplos mostram que a taxa cobrada por um empréstimo, em termos de juros reais sobre o saldo devedor, pode variar de menos de 1% a mais de 8%. Prazos e condições diferentes podem justificar uma variação nas taxas, mas, uma variação tão ampla está mostrando a necessidade de uma melhor regulamentação, uma pesquisa mais aprofundada e uma melhor análise atuarial.

### 4. *Qual o valor segurado?*

Comparar as taxas cobradas é também uma tarefa complexa porque o montante segurado difere de um programa para outro. A Column cobre o **saldo devedor** mais os juros acumulados, o que talvez seja a cobertura mais comumente oferecida. Na FINCA Zâmbia, a cobertura oferecida pela Madison Insurance cobre o saldo devedor, que inclui os juros, porque estes são cobrados por uma taxa global que é somada ao valor do empréstimo no momento em que ele é concedido. Mas no caso das duas associadas da Opportunity International e também no caso do CARD MBA nas Filipinas, o valor segurado é o do **montante já desembolsado**. A OI prefere este sistema porque o prestador tem garantido a totalidade do saldo devedor independentemente de estar ou não o tomador atrasado na data do falecimento. Outra vantagem em comprar um seguro de prestamista sobre o montante desembolsado é que esta modalidade deixa um saldo às vezes substancial para os beneficiários.

### 5. *O seguro é combinado com outros benefícios?*

Proteção de empréstimos pode ser de grande valor para uma família, principalmente se o membro que falecer for justamente o arrimo. Uma deficiência é que a cobertura apenas facilita o pagamento do empréstimo, enquanto os riscos que corre uma família pobre são muito mais vastos. Em consequência, como explicado abaixo, o valor da proteção de um empréstimo pode ser aumentado se forem oferecidos benefícios adicionais, desde que estes também sejam fáceis de administrar.

A proteção de empréstimos é uma forma rudimentar de seguros, frequentemente o tipo de seguro formal com que os pobres entram em contato nos países em desenvolvimento. Se sua implantação for bem conduzida, com amplas cam-

panhas de esclarecimento e divulgação, tal produto poderá melhorar o conhecimento da população-alvo sobre seguros. Infelizmente, como mostram os casos estudados, os clientes e os beneficiários das apólices nem sempre sabem que eles têm esta proteção; assim sendo, a proteção de empréstimos por si só não contribui automaticamente para criar uma cultura sobre seguros. A importância de envolver os clientes no desenho do produto e de lhes dar informações e treinamento é absolutamente fundamental. Outra maneira de sobrepujar algumas das desvantagens pode ser oferecer um seguro de vida obrigatório em vez de um simples seguro de proteção de crédito, como descrito no Quadro 21.

*Quadro 21*

**Seguro de vida como alternativa para proteção de empréstimo**

Em vez de proteção a empréstimos, algumas MFIs oferecem, com o empréstimo, um seguro de vida obrigatório. Por exemplo na Índia, a ASA vinha oferecendo seguros em uma ou outra forma por mais de uma década, mas nunca havia oferecido um seguro de vida prestamista. Em vez disto sua apólice básica de seguro de vida temporário (atualmente oferecida em parceria com três seguradoras, cada uma responsável pelos clientes de determinado ramo) dá um benefício de Rs 20.000 (US\$ 222) ao beneficiário se o titular falecer. Ao receber a indenização, o beneficiário se torna responsável pelo pagamento do empréstimo (menos qualquer poupança retida pela MFI).

A desvantagem deste sistema é a transação extra que tem de ocorrer quando a reclamação é apresentada. Em vez de a MFI receber diretamente da seguradora, ela tem de cobrar dos parentes próximos do morto. A vantagem, porém, é que o sistema deixa as coisas claras. Os tomadores de empréstimo ficam sabendo que também compraram um seguro e quanto pagaram por ele.

Talvez ainda mais importante é que este sistema tem um efeito-demonstração mais forte do que o da proteção de empréstimo, porque ele cria a oportunidade para se fazer uma cerimônia pública na qual o beneficiário receberá o pagamento do seguro de vida. Nesta cerimônia, os membros do grupo de auto-ajuda do falecido, bem como outras pessoas da comunidade poderão testemunhar a seguradora cumprindo sua obrigação contratual – ao passo que o seguro de proteção de empréstimo não provê tal oportunidade para plantar as sementes de uma cultura de seguros.

*Fonte: Adaptado de Roth et al., 2005.*

Se um seguro de vida é oferecido em lugar de um seguro de garantia de empréstimo, o valor segurado deverá ser superior ao valor do empréstimo. Como o tamanho dos empréstimos pode variar muito, há que se fazer uma escolha dos níveis de benefício no seguro de vida. O procedimento para recuperar o saldo do empréstimo também pode ser simplificado, bastando que o cliente dê uma permissão por escrito para que o benefício seja pago através da MFI, que poderá

assim receber o saldo não pago do empréstimo. Uma cerimônia para o acerto de contas pode assim mesmo ser programada. Do ponto de vista de marketing, isto pode até ser mais atraente, pois elimina a necessidade de recuperar o saldo do empréstimo de uma quantia já paga em público.

## 1.2 Proteção de empréstimo combinada com auxílio funeral

O benefício adicional mais comumente combinado com a proteção de empréstimo é o **auxílio funeral para o tomador do empréstimo**. Além da quitação do empréstimo, o seguro provê um auxílio à família para fazer face às despesas com o funeral. Usualmente, o benefício é igual ao montante original do empréstimo, ou ao saldo ainda por pagar, ou por outro valor acertado. Às vezes, o benefício é maior se a morte for acidental.

O auxílio-funeral às vezes é estendido a outros membros da família além do próprio prestamista.<sup>1</sup> Além de assistir o prestamista numa situação difícil, este dispositivo estimula a regularidade dos pagamentos do empréstimo, beneficiando, portanto, a própria MFI. A seguradora também se beneficia porque a admissão da família aumenta o número de pessoas cobertas, tendendo a diminuir o risco pela inclusão de pessoas de baixo risco, como crianças com mais de cinco anos. Como o cliente procurou a microfinanceira para obter serviços de poupança e crédito, não para obter seguro, o risco de seleção adversa sobre os membros da família é reduzido. No entanto, se o auxílio-funeral não for uma parte compulsória do programa de proteção de empréstimo, existe o risco de que esta cobertura adicional seja escolhida mais por pessoas com parentes doentes ou quase à morte do que por outras pessoas com famílias saudáveis.

Embora o auxílio-funeral seja principalmente um benefício para o prestamista e sua família, ele é frequentemente compulsório porque está vinculado à proteção de empréstimo. É uma opção administrativa barata e eficaz para organizações de poupança e crédito; no entanto, não há muito espaço para acomodar soluções flexíveis que levem em conta as necessidades específicas dos associados individuais.

O CARD MBA introduziu um Pacote Geral para Garantia de Empréstimos, obrigatório para os prestamistas (*Tabela 13*). Ocorrendo a morte do prestamista, além de pagar o saldo do empréstimo, o benefício inclui o pagamento, a um beneficiário designado, de uma quantia igual às prestações já pagas. Adicionalmente, o cônjuge e até três filhos são cobertos pelo benefício funeral familiar; como alternativa, se o prestamista for solteiro, ele poderá incluir seus pais. Para controlar os riscos de cobrir cônjuges e genitores, o CARD MBA oferece benefícios mais baixos a novos prestamistas e suas famílias.

<sup>1</sup> No documento de Churchill et al. (2003), a proteção ao prestamista é chamada de Benefício Adicional, ao passo que a proteção para outros membros da família é chamada de Vidas Adicionais

Tabela 13

**Sistema de proteção de empréstimos e auxílio funeral familiar do CARD MBA**

	<i>Características e regras dos produtos</i>
Tipo de microsseguro	Seguro de vida compulsório
Produtos individuais ou de grupo	Transações entre a MBA e os associados sempre feitas através do banco ou da ONG. Sob este aspecto é como se fosse uma apólice coletiva. No entanto, a lei exige que a Associação de Benefícios Mútuos (MBA) emita uma apólice para cada segurado, e o acompanhamento também é individual.
Prazo	As renovações do seguro ocorrem quando o empréstimo é renovado
Coberturas (benefícios)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valor já desembolsado do empréstimo</li> <li>• Único pagamento no falecimento ou na invalidez total e permanente do associado, do cônjuge legal, de filhos legítimos (menos de 21; se maior, só em caso de invalidez; máximo de 3 filhos cobertos), se o associado é solteiro,<sup>2</sup> pode incluir pais legítimos, se com mais de 60 anos</li> </ul>
Exclusão fundamental	Período de contestação de um ano.
Preço e prêmio	Proteção do empréstimo: 1,5% a.a. do valor sacado. Seguro-funeral: PhP 5 por semana (US\$ 0.09)

*Fonte: McCord e Buczkowski, 2004*

### 1.3 Proteção a empréstimo combinada com outros benefícios

Para melhorar o valor para o cliente, como mencionado acima, outros benefícios podem ser adicionados à proteção de empréstimo. A AIG Uganda oferece uma cobertura estendida de proteção de empréstimos que cobre, como costumeiro, a parte não paga do empréstimo no caso de morte não-acidental. Se a morte for acidental, além de pagar o saldo do empréstimo, a seguradora paga uma pequena soma ao beneficiário.<sup>3</sup> O saldo do empréstimo também será pago no caso de **invalidez permanente**. Finalmente, foi também adicionado um elemento chamado de **cobertura catastrófica**, que paga o empréstimo do cliente caso várias microempresas venham a sofrer danos em virtude de incêndio (mas não ajuda a reconstruí-las).

<sup>2</sup> Como mostra a Tabela 21, capítulo 3.1, o benefício varia entre US\$ 18 e US\$ 665, dependendo do tempo de associação ao CARD, se a morte foi natural ou acidental, e se quem morreu foi o titular ou um dependente.

<sup>3</sup> No caso de morte natural, o auxílio-funeral não é pago, porque a AIG não tem licença para operar no ramo vida.

Além da TYM do Vietnam cobrir o saldo de empréstimo e pagar uma pequena soma como auxílio-funeral (US\$ 32 pelo associado, US\$ 13 pelo cônjuge ou filhos), o Fundo de Assistência Mútua paga um pequeno benefício em caso de **doença grave ou cirurgia** – embora o uso deste benefício seja limitado, pois cada associado só pode usá-lo uma vez na vida.

A Madison acrescentou outro benefício relacionado à saúde, chamado de **cobertura para doença**, a seu programa de proteção de empréstimo. Se um prestamista fica doente, o seguro cobre as prestações durante o período, variando conforme a frequência delas: 8 prestações semanais, 5 quinzenais ou 3 mensais. Para reclamar o benefício, a doença precisará ser atestada por um médico, o que pode ser um obstáculo (*ver Quadro 22*). O benefício não cobre as despesas do tratamento; ele garante que a MFI receba suas prestações e para os clientes reduz o risco de tomarem um empréstimo, mas, ainda resta para eles o problema de arranjar meios para pagar o médico e os remédios.

*Quadro 22*

#### **Cobertura para doença num seguro de vida-prestamista?**

Quando o CETZAM introduziu este tipo de seguro, a apólice cobria doença. Se esta durasse por um longo período, a Seguradora Madison pagaria até 3 meses de prestações do empréstimo. A experiência mostrou que era difícil para os clientes solicitar o benefício porque eles não conseguiam obter atestados médicos formais, como requerido pela Madison. Resultou daí que a Madison renegociou as condições para que só o crédito fosse coberto, mediante uma redução do prêmio.

*Fonte: adaptado de Lefley, 2005.*

O seguro de proteção de crédito com benefícios adicionais pode ser um primeiro passo para levar a cobertura de seguro ao mercado de baixa renda. Sendo o produto básico uma parte integrante do empréstimo, os custos da transação podem ser mantidos em níveis mínimos, permitindo destinar uma maior parte dos prêmios arrecadados para pagamento dos benefícios.

Na prática, no entanto, este tipo de cobertura acaba protegendo mais o agente financeiro – por exemplo, se o prestamista fica doente ou sua casa pega fogo, as prestações estão garantidas, mas a assistência para que ele volte à sua vida normal é quase nenhuma. Teoricamente, as microfinanceiras (e seus parceiros seguradores) poderiam prover benefícios mais amplos, mas isto significaria prêmios mais altos, o que pode ser difícil de impor aos compradores, especialmente num mercado de crédito competitivo.

A experiência, especialmente a das cooperativas de poupança e crédito, mostra que as MFIs deveriam ser cautelosas em oferecer benefícios adicionais sem uma preparação cuidadosa e completa. Elas precisariam pesquisar a demanda para entender quais os benefícios que seriam mais úteis para os associados, formatar benefícios simples e fáceis de entender, e assegurar que seus administra-

dores e empregados estejam engajados no processo e sejam recompensados por seu trabalho.

---

#### 1.4 Seguro de vida opcional

Além das coberturas obrigatórias associadas à proteção de empréstimos, as MFIs também podem oferecer um seguro de vida em grupo opcional, mas também ligado a um empréstimo. As principais razões para ligar esses produtos a empréstimos são a eficiência operacional e a modicidade que são assim obtidas. O argumento **eficiência** é o mesmo da proteção de empréstimos; a maioria dos custos da transação para o seguro já está integrada à transação do empréstimo. Quanto à **modicidade**, as famílias pobres têm dificuldade em dispor de meios para pagar os prêmios. Quando elas fazem um empréstimo, no entanto, a questão fica temporariamente resolvida. Geralmente, se pergunta aos candidatos a empréstimos se eles desejam ter cobertura de seguro, de modo que o respectivo custo possa ser deduzido do valor do empréstimo ou acrescentado a ele.

No caso de seguros de vida opcionais ligados a empréstimos, é preciso que a seguradora acerte com o cliente uma maneira prática de pagar o prêmio depois que o empréstimo houver sido pago, de modo que o cliente continue a ter a cobertura mesmo que pare de tomar empréstimos. É preciso que o cliente entenda bem esta combinação para o futuro, para que ele possa continuar desfrutando da cobertura.

Além de vender seguro de vida prestamista, La Equidad vende seguros em grupo opcionais através de suas cooperativas e de uma ONG microfinanceira, chamada Women's World Fund (WWF). Os vendedores deste produto, chamado *Amparar*, avaliam o pedido de crédito do cliente para determinar qual a opção aplicável. São seis opções, desde CoP 3 milhões (US\$ 1,245) até CoP 20 milhões (US\$ 8,290). Em favor da eficiência e da modicidade, os clientes que desejam a cobertura concordam em incluir no valor de seus empréstimos o valor do prêmio anual. O prêmio anual para o menor dos planos é equivalente a 2,3% de um empréstimo de US\$ 500. Os prêmios também podem ser pagos juntamente com as amortizações do empréstimo (tais amortizações podem ser mensais, trimestrais ou semestrais). Mas o programa não está livre do problema comum da não-renovação, por aqueles clientes que cessam de pedir empréstimos.

A ALMAO no Sri Lanka oferece um seguro-funeral por um prêmio baixo, de menos de US\$ 2 por ano. Uma apólice pode cobrir até nove pessoas (o associado, seu cônjuge, filhos, pais e agregados). O benefício de US\$ 100 é pago pela morte de qualquer das pessoas cobertas, mas é limitado a dois falecimentos por ano por família. Um dos objetivos deste produto é usá-lo para introduzir o seguro para associados da Sanasa, um grande movimento de cooperativa de poupança e crédito. O seguro-funeral é um produto popular que complementa os serviços oferecidos por numerosos grupos de auxílio-funeral no Sri Lanka.

Da mesma forma que o seguro para proteção de empréstimos, o seguro de vida pode também englobar outros benefícios que são importantes para os segurados. A Columna, por exemplo, além de oferecer proteção de crédito (discutida acima) e seguro de vida (discutido abaixo), oferece um seguro de vida em grupo, “*Plan de Vida Especial*”, para as cooperativas venderem a seus associados. Embora seja um produto facultativo, do ponto de vista da seguradora, 75% das cooperativas que aderiram ao programa preferem vendê-lo como compulsório para seus novos associados, com vistas a aumentar o volume vendido e agilizar a burocracia.

Por um prêmio de Q. 63,39 por um valor segurado de Q. 10.000 por ano, o principal benefício oferecido é um seguro-funeral que varia entre Q. 10.000 (US\$ 1,235) e Q. 50.000 (US\$ 6,173), dependendo da idade e das preferências dos segurados.<sup>4</sup> A apólice oferece os seguintes benefícios adicionais:

- **Morte acidental:** se a morte for acidental, a indenização terá o dobro do valor.
- **Morte acidental especial:** se a morte ocorrer em virtude de um acidente “especial”, por exemplo, usando transporte público, elevador, ou num incêndio num edifício público, a indenização terá seu valor triplicado.<sup>5</sup>
- **Invalidez total e permanente:** se ocorrer num acidente, o segurado recebe o valor do seguro.
- **Perda de membros:** esta indenização é paga de acordo com a seguinte tabela:
  - 100% do valor segurado para a perda de ambas as mãos, ambos os pés, perda da visão nos dois olhos, perda de uma mão e um pé, ou perda de uma mão ou um pé junto com a perda de uma das vistas.
  - 50% pela perda de uma mão ou um pé.
  - 33,3% pela perda de uma das vistas.
  - 25% pela perda do polegar e qualquer outro dedo na mesma mão.

<sup>4</sup> Este produto tem as seguintes exclusões: suicídio durante os dois primeiros anos; morte natural, durante os primeiros 180 dias; e morte ou invalidez ocorrida durante a prática de atividades ilegais. Para se habilitar, o candidato deve ter menos de 64 anos ao ingressar, e não mais de 74 para renovar.

<sup>5</sup> A alguns técnicos, não agradam os benefícios pagos em valores múltiplos, porque isto pode ser usado como um truque de marketing que raramente chega a ser efetivamente pago. Outra desvantagem está nos custos de verificação do sinistro, porque a seguradora (ou seu agente) terá de determinar se a morte foi, de fato, acidental, um processo que geralmente é mais complicado em comunidades pobres (*ver Capítulo 3.4*)

De forma semelhante, o programa do Fundo Mútuo de Previdência da Yasiru, no Sri Lanka, usou o seguro de vida como base para agregar outros benefícios que foram desenvolvidos em diálogo com os associados. Estes são classificados em quatro categorias dependendo de sua situação doméstica, de forma que famílias menores pagam prêmios mais baixos. Em cada categoria, o associado pode escolher entre cinco níveis diferentes de prêmios mensais para ter direito a uma gama de benefícios (*ver Tabela 14*).

Tabela 14

Classes de benefícios para prêmios mínimos/máximos na Yasiru			
Classe de benefício		Prêmios mensais	
		Mínimo LKR 5-15	Máximo LKR 50-150
1	Morte acidental (após 18 anos e antes de 65 anos)	6.000	60.000
2	Invalidez permanente após 3 meses, antes dos 65 anos, por acidente	12.000	120.000
3	Morte natural (após 18 anos e antes de 65 anos)	3.000	30.000
4a	Morte súbita, antes dos 18 anos	3.000	3.000
4b	Morte súbita, entre os 65 e os 75 anos	3.000	6.000
5a	Hospitalização, por dia, até um máximo de 15 dias	30	300
5b	Tratamento tradicional, por dia, até um máximo de 15 d.	15	150

*Nota: taxa cambial: LKR 100 = US\$ 1.  
Fonte: Enarsson e Wirén, 2005.*

Embora estes produtos de seguro de vida em grupo sejam de aquisição voluntária, as seguradoras e os agentes podem agilizar sua venda e diminuir as etapas do processo distribuindo-os através de organizações de poupança e crédito, tornando-os mais baratos e ao alcance do mercado de baixa renda. Estes produtos trazem mais benefícios aos clientes do que a cobertura associada à proteção de empréstimos; no entanto, sua participação no mercado não é marcadamente alta (*ver Tabela 15*). Uma explicação para estas modestas vendas é o fato de que os vendedores não estão suficientemente motivados, treinados ou bem recompensados para vender um produto que não é o principal negócio. Uma outra explicação pode ser a lentidão com que uma cultura de seguro se desenvolve: na medida em que algumas pessoas começarem a se beneficiar da cobertura, outras passarão a se interessar por ela.

Tabela 15

**Porção do mercado coberta por alguns programas voluntários de seguro de vida**

<i>Organização</i>	<i>Apólices emitidas</i>	<i>Tamanho potencial do mercado</i>	<i>% coberta</i>
La Equidad e suas cooperativas (La Equidad)	18.223	218.000	8,7
La Equidad e WWF (Amparar)	11.150	44.000	25,3
Yasiru e ONGs	9.000	60.000	15,0
ALMAO e Sanasa	2.000	800.000	0,3
Columna e suas cooperativas	54.000	500.000	10,8

Com base nas lições colhidas em diversos estudos de caso, devem ser considerados os seguintes aspectos quando se for implementar um programa de seguro de vida temporário e opcional, vinculado a empréstimo, para o mercado de baixa renda.

#### *1. A demanda é crítica*

O produto terá maiores chances de sucesso se for formatado com a ajuda dos clientes, para que se tenha certeza de que as coberturas mais necessárias serão incluídas. O produto deverá ser simples e de fácil entendimento. A modicidade do prêmio, o valor segurado e o número de dependentes cobertos são fatores críticos, a serem dimensionados segundo uma pesquisa de mercado.

#### *2. Distribuição do produto e cobrança do prêmio*

No microseguro, a maneira mais comum de oferecer seguro de vida temporário é associá-lo a um empréstimo de uma MFI e usar o sistema de cobrança do empréstimo para cobrar o prêmio. Mas, os clientes podem querer o seguro sem que tenham feito empréstimo. Se a MFI operar um sistema de poupança, será melhor associar o seguro a uma conta de poupança. Ela poderá vender seguros de vida a seus poupadores sem esperar que eles tomem um empréstimo.

#### *3. Manter os prêmios a preços módicos*

A melhor maneira de manter a modicidade dos prêmios é cobrá-los a intervalos regulares. Pagamentos frequentes encarecem a cobrança, mas o custo pode ser reduzido se forem usados empréstimos ou contas de poupança para efetuar a cobrança.

#### *4. Seleção adversa*

Para controlar a seleção adversa em seguros de vida voluntários, deve ser introduzido um período de carência – tipicamente um mês. Isto também pode ter um efeito na redução dos cancelamentos, se os clientes forem avisados de que, no caso de atraso de pagamento, eles serão submetidos a um novo período de carência. Tal período deve ser longo o bastante para desencorajar quem tenha a inten-

ção de abusar do produto, mas curto o bastante para não ser visto como proibitivo.<sup>6</sup> Limites estritos de idade, com benefícios reduzidos, podem também ser necessários para evitar a seleção adversa. O efeito negativo de doenças terminais, como a AIDS, é de difícil controle. Sempre será necessário que a MFI tenha um bom conhecimento das condições locais, pois isto será de vital importância para enfrentar não apenas a questão da seleção adversa, mas outros problemas que podem inviabilizar a colocação de seguros de vida. A seleção adversa também será mitigada pelo fato de os associados terem procurado a MFI em busca de poupança ou de serviços de crédito, e não de seguro.

#### *5. Tornar fácil o processo de reclamação*

Um processo complexo para apresentar reclamações acaba por encarecer os custos e causar insatisfação nos clientes. Trabalhando com produtos simples (por exemplo, se a pessoa morreu, nós pagamos) e reduzindo o objetivo da cobertura, os custos serão menores e a satisfação dos clientes, maior. É difícil para um funcionário da MFI avaliar se alguém está realmente doente, mas é fácil constatar que a pessoa morreu.

#### *6. Evitar a contestação por doenças existentes*

Algumas seguradoras exigem que a indenização por uma morte resultante de uma doença existente esteja sujeita a um período de contestação, que pode chegar a um ano. Tal estipulação é difícil de explicar tanto aos clientes quanto aos funcionários que gerenciam os empréstimos, além de ser difícil de exigir, pois com frequência os clientes não dispõem de registros médicos formais.

#### *7. Minimizar o número de exclusões*

Uma longa lista de exclusões é difícil de explicar aos clientes: consome tempo e frequentemente os clientes não chegam a entender o assunto.

#### *8. Um só preço para todas as idades*

A prática padrão das seguradoras é aplicar preços diferenciados para seguros de vida, conforme o sexo e a idade da pessoa. Mas, isto pode ser difícil para os clientes entenderem. Nos casos em que uma simplificação for considerada necessária, uma taxa única pode ser usada se os benefícios forem pequenos (pelo menos até que tanto os clientes quanto os empregados da MFI adquiram melhor conhecimento das práticas do seguro). A taxa única penalizará os clientes mais moços,

<sup>6</sup> Nem todos os técnicos concordam que a carência é um processo eficaz para controlar a seleção adversa. Talvez um mês não seja suficiente para controlar o problema. No entanto, é comum que os segurados paguem a cobertura plena mesmo não tendo proteção durante a carência. Abordagens alternativas da questão serão tratadas no Capítulo 3.1.

mas as importâncias seguradas e os prêmios são tão pequenos que as diferenças serão aceitáveis. Porém, para apólices de maior valor, uma tabela de taxas variáveis será necessária.

### *9. Promoção de vendas simplificada*

O fundamento básico para vender seguros é ter um produto simples que atenda a uma necessidade óbvia. As equipes de vendas e de promoção devem ser bem treinadas. Como discutido no Capítulo 3.2, os argumentos de venda devem se concentrar nos fatores mais importantes: qual o custo, qual o benefício, quem estará coberto? Além disto, deve-se fazer publicidade cada vez que os benefícios estiverem sendo pagos.

---

## 2 Seguro vinculado a poupança

Na maioria dos países, as regulamentações bancárias não permitem que ONGs microfinanceiras ofereçam serviços de poupança. Na última década, porém, diversos países criaram legislação especial para regulamentar as MFIs que recebem depósitos. As cooperativas de poupança e crédito, que constituem a maioria das MFIs em alguns países, normalmente, têm permissão para receber depósitos de seus associados. Nestas organizações, há uma grande vantagem em oferecer seguros vinculados a poupança, em vez de vinculados a crédito, porque assim os associados podem ter cobertura de seguro sem estar devendo empréstimos.

---

### 2.1 Seguro de vida vinculado a poupança

O tipo mais comum de seguro vinculado a poupança é o chamado **seguro de vida vinculado a poupança** (*life savings*). Neste programa, o benefício pago é igual ao valor total poupado quando ocorre a morte do segurado. No caso de morte acidental, é comum que seja pago um valor múltiplo do valor do saldo da poupança, tal como o triplo do valor. Na maioria dos casos, o segurado indica quem serão os beneficiários. A cobrança do prêmio é normalmente feita pela dedução de um percentual do saldo da poupança do segurado. Esta estrutura faz com que este seguro seja muito compensador para as MFIs, em termos de custo.

Uma maneira eficiente de administrar um serviço de seguro de vida vinculado a poupança é o que é usado pela União de Cooperativas de Crédito e Poupança do Maláui (MUSCCO), na qual tal seguro é um benefício adicional para todos os associados. Isto permite que as cooperativas paguem o prêmio numa base coletiva, isto é, a cooperativa faz um pagamento para todos seus associados, calculado com base na soma dos saldos de todos eles. A taxa mensal de prêmio foi recentemente elevada de MK 2,50 para MK 4,00 para cada MK 1.000, principalmente por causa do efeito do HIV/AIDS na taxa de mortalidade.

É difícil engendrar um meio de pagamento mais barato do que este. A grande vantagem é que todos os poupadores estão cobertos e não há perigo de perder tal cobertura por estarem os prêmios em atraso. O risco de seleção adversa também é mínimo. A cobertura máxima oferecida é de MK 100.000 (US\$ 935).

No entanto, o seguro de vida vinculado a poupança também tem suas deficiências. É comum que as pessoas diminuam ou até acabem com suas poupanças em tempo de dificuldades que antecedem um falecimento (por exemplo, para pagar despesas médicas ou compensar falta de rendimentos). Desta forma, o saldo da conta por ocasião da morte é baixo e, em consequência, o benefício também, dando aos beneficiários um valor reduzido. É possível diminuir este problema mudando o cálculo do benefício, baseando-o, por exemplo, no saldo médio da conta (durante um período de seis meses) um ou dois anos antes da morte. Este método, porém, só pode ser recomendado no caso de se possuir longos registros da evolução dos saldos, preferencialmente em computador. Para usar o método será necessário mais trabalho administrativo e expertise atuarial para levar a cabo os cálculos necessários, mas o valor da cobertura será mais substancial.

Se um associado da MFI claramente solicita um seguro de vida, há outras soluções. Uma delas é oferecer a todos os associados uma soma fixa por ocasião de sua morte e pagar pela cobertura uma ou duas vezes por ano, como uma despesa administrativa que é debitada em sua conta de poupança. Isto significa tratar o seguro como compulsório e pagar a todos os associados, ou melhor, seus beneficiários o mesmo benefício. Passa a ser um seguro mais ligado à condição de associado do que propriamente à poupança, que só será usada para facilitar a administração do serviço.

É claro que se poderia oferecer um programa semelhante em base opcional e com uma escolha (limitada) de benefícios. Isto poderia aumentar os riscos de seleção adversa e os custos administrativos, mas seria mais bem adaptado às necessidades dos clientes. Em sistemas computadorizados, os custos ainda podem ser mantidos em níveis razoáveis.

---

## 2.2

### **Outros produtos vinculados a poupança**

Além do seguro de vida vinculado a poupança, da poupança a longo-prazo e de outros produtos de seguro discutidos no capítulo anterior, há outros modos pelos quais a poupança pode servir para levar a proteção de seguros a pessoas de baixa renda. Essencialmente, qualquer tipo de seguro pode ser associado a uma poupança, que servirá para minimizar os custos das operações de cobrança dos prêmios. A Opportunity International começou a experimentar o uso de contas de poupança como método para distribuir seguros em Montenegro, Moçambique e Maláui. Este arranjo permite ao cliente pagar os prêmios gradualmente ao longo do mês, com um débito em sua poupança no fim do mês.

A VimoSEWA e o Banco SEWA usaram o mesmo sistema alguns anos atrás, mas ele não teve sucesso porque muitos correntistas não estavam conscientes de que os prêmios iriam ser deduzidos de suas contas. Como discutiremos em mais detalhes no Capítulo 3.3, o Banco SEWA agora oferece um depósito fixo, cujos juros servirão para pagar o prêmio. Enquanto os depositantes mantiverem aquele dinheiro em suas contas e, desde que os prêmios não aumentem, eles terão cobertura permanente (até uma certa idade) sem que tenham que desembolsar dinheiro para o pagamento; e o depósito na sua poupança continua lhes pertencendo.

No Sri Lanka, temos outro exemplo: a Yasiru oferece seguro para os pobres através de organizações comunitárias (CBOs, do nome em inglês). O sistema tem uma conta para cada associado. Quarenta por cento do lucro anual são distribuídos pelas contas dos associados. Eles têm o direito de sacar o valor mais os juros, cinco anos depois de terem deixado a organização. Infelizmente, a inflação atual no Sri Lanka excede o valor dos juros pagos em contas de poupança e, até mesmo, o rendimento das letras do tesouro, tornando difícil que os fundos tenham um rendimento real. Seja como for, o sistema serve para os associados da Yasiru economizarem algum dinheiro para a velhice.

---

### 3 A questão da formatação e distribuição dos produtos

Com base nas experiências relatadas, pode-se chegar a várias conclusões sobre aspectos, oportunidades e limitações relativas a produtos de seguro vinculados a crédito e poupança.

---

#### 3.1 Opcional vs. Obrigatório

Este ponto envolve uma decisão delicada para a maior parte das MFIs. A cobertura obrigatória é, de longe, a maneira mais barata de vender seguros aos pobres, e protegerá muito mais pessoas do que se o seguro for voluntário. O risco de seleção adversa também é minimizado pela cobertura obrigatória. Muitos programas de microseguros sofrem de uma alta taxa de cancelamentos, o que, com o passar do tempo, mina a confiança do público nos seguros e põe em perigo a viabilidade financeira dos serviços. O sistema obrigatório elimina este risco. Mesmo com um nível de cancelamentos aceitável, a administração de seguros opcionais pode se tornar tão cara que restará apenas uma pequena parcela dos prêmios para pagar os benefícios. Os custos simplesmente consumirão grande parte da receita de prêmios e deixará os clientes com um magro rendimento (benefícios) sobre as taxas que pagaram.

Uma maneira de superar as limitações do seguro obrigatório é através da educação dos clientes. Os clientes das MFIs geralmente sabem muito pouco sobre seguros. A maioria dos programas de microseguros tem dificuldade de fazer com que suas campanhas de marketing, educação, treinamento e conscientização atin-

jam seu público-alvo. Porém, as MFIs bem estabelecidas criaram canais para prover estes serviços a sua clientela, canais estes que também podem ser usados eficazmente para os propósitos do seguro. A estrutura das cooperativas de poupança e crédito lhes dá uma vantagem específica na redução do ceticismo dos associados no que diz respeito à adoção de serviços compulsórios, pois permite a todos eles participar da decisão de adotar o seguro obrigatório.

A estrutura de comunicação e treinamento de uma MFI pode ser usada para envolver seus associados na formatação dos produtos de seguros, o que pode tornar a cobertura obrigatória mais valiosa para eles ou, pelo menos, mais aceitável. A viabilidade dos serviços também é reforçada quando os produtos proporcionam os tipos de benefícios preferidos pelos clientes. Como será discutido em mais detalhes no Capítulo 3.1, o seguro em grupo compulsório pode ser muito útil desde que os clientes saibam por que estão pagando e apreciem o tipo de serviço.

---

### 3.2

#### **Alavancando os ativos**

Como as MFIs já estão envolvidas em transações financeiras com seus clientes, é fácil para elas incluir em suas operações a cobrança dos prêmios de seguros. No entanto, algumas delas adotaram procedimentos complicados e caros usados nas seguradoras comerciais em vez de desenvolver suas próprias rotinas, baseadas em suas vantagens específicas. Por exemplo, em vez de usar o sistema de poupança e crédito de seus parceiros das MFIs, para uma distribuição integrada de seus produtos, a Yasuri, do Sri Lanka, contratou agentes de campo para fazer marketing e cobrança de prêmios.

Todas as cooperativas de poupança e crédito, e um número cada vez maior de outras MFIs, operam com poupança e crédito. Isto cria um serviço de cobrança muito eficaz. Por meio de débitos em conta autorizados pelos correntistas, os prêmios são deduzidos das contas a intervalos especificados. Como a maioria dos sistemas é computadorizada, este processo de cobrança tem custo eficaz.

Comumente, o conhecimento local que as instituições microfinanceiras têm sobre seus clientes facilita as vendas. É mais fácil vender a quem se conhece, e as pessoas aceitam melhor produtos fornecidos por entidades conhecidas. Assim, a publicidade, a cobrança de prêmios e os procedimentos para reivindicar indenizações se tornam mais eficientes e eficazes. Com este conhecimento recíproco, não é comum os clientes quererem trapacear. Em consequência, no setor dos microseguros, diversas simplificações podem ser feitas nos procedimentos para reclamações para acomodá-los às necessidades dos pobres (*ver Capítulo 3.4*).

## 3.3

**Limitações**

Os programas de proteção de empréstimos e formação de poupança têm limitações inerentes. A proteção de empréstimos, às vezes, com um seguro-funeral acessório, termina quando o empréstimo é pago. Embora traga benefícios para a família do cliente, ainda assim ele está preso ao empréstimo. Enquanto ele estiver em vigor, os benefícios também estarão. Não existe, portanto, uma redução dos riscos para o cliente e sua família. Esta limitação pode ser resolvida oferecendo apólices de continuação ou cobertura voluntária para quem parou de tomar empréstimo.

Pode-se dizer que, em geral, os serviços de seguros oferecidos pelas MFIs tendem a ser padronizados, compulsórios e simples. Estas características fazem com que os produtos mantenham custos mais baixos, mas, ao mesmo tempo, os serviços não têm flexibilidade e podem não corresponder às verdadeiras necessidades de cobertura de riscos dos clientes.

A formação de poupança é um serviço de seguro naturalmente prestado pelas organizações de crédito e poupança. Uma óbvia fraqueza do produto é que o saldo da conta do segurado (e, em consequência, o possível benefício) é frequentemente baixo justamente quando falece alguém, em virtude de idade avançada ou doença. Uma maneira de superar o problema é calcular o benefício ao saldo médio da conta durante um período anterior à ocorrência da morte.

Há um grande risco de que funcionários de organizações de poupança e crédito deem prioridade às suas tarefas principais e menos atenção às relacionadas aos seguros. Pode ser necessário que estas tarefas sejam alocadas a funcionários específicos (se as atividades de seguros comportarem os custos) ou dar uma gratificação aos funcionários que trabalham com seguros. Embora ambas as medidas aumentem os custos, elas podem ser justificáveis (*ver Capítulo 3.7*).

## 4

**Conclusões**

Produtos de seguro associados a poupança ou a crédito podem dar uma importante contribuição para a proteção das pessoas de baixa renda, como também podem ser benéficos para as próprias MFIs. Para usufruir este potencial, as MFIs devem explorar em profundidade os sistemas que tenham estabelecido para a educação, o treinamento e a informação de seus clientes, de modo a mantê-los inteirados sobre a sistemática e formar uma cultura de seguros. O envolvimento dos clientes no desenvolvimento dos produtos e seu autêntico conhecimento sobre seguros são fatores essenciais para uma operação de sucesso.

Para a maioria das organizações de poupança e crédito, o seguro de proteção ao crédito é um ponto de partida natural para fazer os seguros chegarem aos pobres. Quaisquer produtos ou benefícios adicionais deverão ser simples, módicos e fáceis de entender. Deverá ser fácil para os segurados continuar pagando os prê-

mios e usufruindo os benefícios, mesmo depois que seus empréstimos tiverem sido inteiramente pagos.

Um requisito essencial para o sucesso dos seguros associados a poupança e crédito é que se tenha tempo e recursos suficientes para o treinamento do corpo de funcionários da operadora (a MFI). Se o seu pessoal participar do desenvolvimento do produto desde o início, provavelmente executarão as vendas e demais operações de maneira adequada. A questão de alocar funcionários específicos para cuidar da venda de seguros ou gratificar os empregados da MFI que tiverem este encargo deve ser discutida logo no início do processo, preferencialmente através de diálogo com representantes dos empregados.

Para introduzir a venda de seguros por uma MFI é preciso assegurar que sua gerência esteja confiante no projeto, pois o negócio principal da firma sempre será poupança e crédito, ao passo que o seguro será apenas um acessório. É importante encontrar maneiras de mostrar que o seguro melhora e complementa a atividade principal; de outra forma, não será provável que ele receba atenção suficiente para ter sucesso.

As organizações de poupança e crédito devem utilizar ao máximo sua capacidade e sua estrutura quando forem introduzir o microsseguro. Em vez de copiar o oneroso sistema de agentes comumente usado pelo setor de seguros, elas precisam desenvolver seus próprios sistemas de comunicação com os clientes e cobrança das amortizações dos empréstimos. Todas as MFIs que operem contas de poupança devem usar o débito direto como forma de cobrança, deduzindo os prêmios das contas dos clientes a intervalos regulares.

É difícil operar lucrativamente programas simples de microsseguro com prêmios módicos. O sistema de seguro obrigatório reduz substancialmente os custos e, por vezes, é a única maneira de tornar viável o programa. Se uma organização de poupança e crédito planeja introduzir o seguro obrigatório, deve envolver seus clientes na decisão. As cooperativas devem usar sua estrutura democrática para obter uma aprovação formal dos clientes antes de implementar o sistema.

---

## 2.4 **Atendendo às necessidades especiais de mulheres e crianças**

Mosleh Ahmed e Gabriele Ramm

*Os autores agradecem a Irma van Leeuwen (Novib), Linda Mayoux (consultora) e Jyoti Tuladhar (OIT) por suas pertinentes observações e sugestões.*

---

Embora a maioria das pessoas de baixa renda que trabalham na economia informal – homens e mulheres que podem ou não receber pagamento – enfrentem em geral riscos semelhantes, sua exposição a tais riscos e o impacto que eles causam são diferentes, devido à situação social, econômica, cultural e política de cada um. As diferenças decorrem de sua ocupação (por exemplo, a construção é uma indústria propensa a acidentes), de seu local de residência (áreas sujeitas a inundação) e outros fatores.

Homens, mulheres e crianças são expostos a diferentes riscos que pedem diferentes soluções. Assim sendo, o microsseguro – como uma possível solução – deve ser projetado para visar às necessidades específicas das mulheres (e dos homens) e das crianças (meninos e meninas). De modo especial, é preciso prestar mais atenção para integrar as necessidades práticas de mulheres e crianças na formatação do produto e nas rotinas operacionais. Contudo, a introdução do microsseguro por si só não pode contribuir para a igualdade sexual. Há causas estruturais de discriminação, de origem legal, social e econômica, que também devem ser abordadas, se houver desejo de melhorar a posição estratégica das mulheres.

Este capítulo começa pela descrição dos riscos específicos que afetam a vulnerabilidade de mulheres e crianças. Depois, dá algumas ilustrações sobre como o microsseguro pode remediar alguns desses riscos. A seção final explica que o microsseguro por si só não poderá resolver este problema; e para que ele atinja seu potencial, serão necessárias mudanças sociais e políticas significativas.

---

### 1 **Riscos especiais que afetam as mulheres e as crianças (meninos e meninas)**

As mulheres formam um grupo particularmente vulnerável. Setenta por cento dos pobres do mundo são mulheres. As mulheres e as crianças estão mais sujeitas à violência, maus tratos e exploração, como prostituição forçada, agressão física e crueldade extrema, ou servidão doméstica ignominiosa. Mulheres e crianças que executam trabalhos domésticos recebem apenas o equivalente a uma fração das longas horas que laboram. Em áreas rurais, cultivar o terreno da família envolve

longas horas de trabalho extenuante pelo qual nenhum pagamento é feito. Nas áreas urbanas, seu trabalho é executado em ambientes insalubres e inseguros, sem proteção legal e sem meios de protestar ou expressar suas opiniões. Em consequência, há uma maior concentração de mulheres e crianças na extremidade inferior de um gráfico que expresse a distribuição de igualdade e segurança na vida.

Esta maior vulnerabilidade resulta em maior temor a riscos. Esta tendência das mulheres pode ser uma resposta racional à sua maior vulnerabilidade e relativa falta de controle sobre suas vidas. Em consequência, suas estratégias para enfrentar riscos se tornam menos eficazes, porque abordagens menos ousadas tendem a resultar em baixos retornos, tornando mais difícil romper o ciclo de pobreza.

Enquanto alguns riscos podem ser tratados com produtos de microsseguro apropriados, será preciso fazer mudanças (nível médio) nas instituições envolvidas, como levar em conta necessidades do sexo feminino e criar linhas de ação dedicadas a mulheres. Acrescente-se que o microsseguro só poderá atingir seu impacto máximo se o status das mulheres na sociedade for melhorado, e se proteção especial para crianças – especialmente meninas – for estabelecida, através de macro-intervenções na estrutura política. Nesta seção, portanto, faz-se uma distinção entre os riscos para mulheres e crianças que podem ser remediados pelos microsseguros e aqueles que requerem uma intervenção do Estado e uma reorientação geral da sociedade no tratamento dispensado a homens e mulheres. As duas estratégias são, na verdade, complementares, e neste capítulo será abordada uma combinação delas. A ênfase, no entanto, será posta nos riscos que podem ser tratados pelos microsseguros e nos mecanismos para implementá-los.

---

### 1.1 Riscos que podem ser (parcialmente) gerenciados pelo microsseguro

Comparado com outros programas para minorar a pobreza, o microsseguro é relativamente novo e a demanda por ele ainda precisa ser explorada. A experiência, no entanto, tem demonstrado a necessidade de criar produtos especialmente formatados para atender às necessidades práticas de mulheres e crianças (de ambos os sexos). Esta seção tratará dos riscos de saúde, riscos patrimoniais e ciclo de vida de mulheres e crianças que podem ser atendidos pelo microsseguro.

#### *Riscos de saúde*

- As mulheres são vulneráveis a riscos específicos de saúde, como alta mortalidade das mães ao dar a luz e complicações durante a gravidez e o parto. Estima-se que 300 milhões de mulheres sofram danos permanentes como consequência de gravidez e parto (Tuladhar, 2003).
- As mulheres são mais susceptíveis a certas doenças, como as que são transmitidas sexualmente (incluindo HIV/AIDS) do que os homens. Este risco aumenta nas sociedades onde impera a promiscuidade masculina.

- Por serem mais susceptíveis a doenças e acidentes, o risco de as crianças ficarem doentes é maior. Acresce que, na falta de creches, muitas mães levam seus filhos para seus locais de trabalho, onde ficam expostos a outros tipos de acidentes.
- A OIT estima que, hoje em dia, 218 milhões de crianças estejam engajadas em trabalho. 58 % delas trabalham em condições arriscadas, como em minas e indústrias químicas e de pesticidas, lidando com máquinas perigosas. Muitas têm menos de 10 anos e sua imaturidade física as torna mais vulneráveis a doenças e acidentes decorrentes do trabalho (OIT, 2006).
- Riscos de saúde também são ligados a condições insalubres de trabalho. Tais riscos nascem de ambientes como os de curtumes, que expõem as pessoas a pesticidas tóxicos e outros produtos químicos; ou de trabalho na indústria de tapetes e de reciclagem, ou nas ruas, que podem causar sérios problemas respiratórios; ou em construção, um setor especialmente sujeito a acidentes.
- Trabalhos domésticos têm um efeito adverso sobre a saúde de mulheres e crianças. Carregar cargas pesadas, como feixes de lenha, pode prejudicar a saúde de meninas, provocando condições como dores lombares crônicas. O contato com a água em regiões tropicais, seja buscando-a em latas, seja lavando roupa, aumenta a exposição a doenças trazidas pela água, como malária e esquistossomose. Outras tarefas domésticas, como cozinhar com lenha ou carvão, podem trazer problemas respiratórios e queimaduras.
- Tradicionalmente são as mulheres que cuidam de crianças, de doentes e de idosos. Em lares chefiados por mulheres, tais tarefas têm conseqüências econômicas, porque esses cuidados afastam as mulheres das ocupações que geram renda.

#### *Riscos patrimoniais*

- As mulheres são muito vulneráveis em casos de divórcio ou viuvez, em virtude do controle desigual sobre os bens da família. Mesmo se são elas que estejam pagando pelo seguro desses bens, elas podem não usufruir a proteção comprada pelo fato de os bens não pertencerem diretamente a elas.
- Devido a seus baixos rendimentos, é menos provável que as mulheres invistam em melhores ferramentas de negócios, ou em gado e culturas resistentes a pragas, ou que possam pagar por serviços veterinários e outras medidas preventivas.
- A vulnerabilidade física das mulheres faz com que seus bens estejam sujeitos a furto e a crimes. Hostilidade por parte de autoridades locais, como confisco de bens ou destruição de bancas de mercado, costuma ocorrer mais com mulheres do que com homens, especialmente quando a mulher é a chefe da família (Mayoux, 2005).
- As mulheres pobres frequentemente residem e trabalham em áreas de maior risco, o que faz com que seus bens estejam mais sujeitos a danos ou destruição (por exemplo, moradias apinhadas são mais sujeitas a incêndios). A situação ainda piora quando as mulheres não dispõem de dinheiro para reagir a algum choque de que sejam vítimas.

*Riscos advindos do ciclo de vida*

- As mulheres são especialmente vulneráveis quando lhes morre o marido porque, com frequência, elas perdem seus bens para outros parentes. Elas também se preocupam com sua própria morte, com medo que o marido venha a gastar o que receber do seguro com outro propósito que não o da educação das crianças.
- Como a maioria das mulheres trabalha na economia informal, elas não têm proteção para a velhice. Criar os filhos sem qualquer bolsa-maternidade resulta em trabalho em tempo parcial, com baixos proventos. Assim, mesmo que uma mulher pobre tenha possibilidades de economizar, isto não seria suficiente para prover as suas necessidades de aposentadoria. Com a dissolução da família em sua forma tradicional, outras formas de proteção à velhice se tornaram ainda mais importantes.
- Um baixo nível educacional obriga as mulheres a aceitar trabalhos não-especializados e aumenta a probabilidade de não encontrarem trabalho.

## 1.2 Riscos originários de discriminação sexual que não podem ser gerenciados com microsseguro

Na maioria dos casos, o microsseguro pode atenuar os sintomas desses riscos, como prover tratamento para quem ficar doente, mas não pode resolver as causas profundas, isto é, a razão pela qual a pessoa ficou doente. Para um bom aproveitamento do microsseguro, há necessidade de mudanças sociais com relação à igualdade sexual. De fato, como as necessidades práticas e os interesses estratégicos são inter-relacionados, a adoção do microsseguro e de uma estratégia mais ampla de igualdade sexual complementam um ao outro.

Na maioria dos países em desenvolvimento, as mulheres são marginalizadas. O baixo status social das mulheres (e meninas), bem como as práticas tradicionais perniciosas em algumas sociedades (mutilação genital, assassinatos por dote ou por alegada desonra, e casamentos precoces) têm efeitos adversos: uma dieta de baixo valor nutritivo aumenta a susceptibilidade a doenças, e a falta de prioridade para a procura de tratamento médico resulta em má higiene.

Durante a infância, as meninas geralmente recebem pouca ou nenhuma instrução, e sua alimentação é menos cuidada que a dos meninos. A má nutrição cria uma reação em cadeia: não apenas enfraquece a criança fisicamente, como também prejudica sua capacidade para o aprendizado. As crianças que não completam a educação básica não adquirem o domínio da língua e dos números, bem como outras habilidades que serão necessárias para obter um trabalho bem pago na idade adulta. Por causa do HIV/AIDS, de conflitos armados, de motins ou perturbações da ordem pública, muitas crianças se tornam órfãs ou são deslocadas, o que aumenta o risco de perderem as aulas e a proteção da família.

Já como adultos, essas crianças desempenham trabalhos penosos e mal pagos. Na economia informal, as mulheres constituem um grande contingente, sem proteção social, com salários baixos além de um alto diferencial entre seus ganhos e os

de seus equivalentes masculinos, mesmo que estes sejam analfabetos. Seus empregos são menos garantidos no setor informal e elas são as primeiras a serem dispensadas quando o trabalho se torna mais especializado e qualificações técnicas passam a ser necessárias.

As mudanças tecnológicas (por exemplo, o tear mecânico) tiram das mulheres alguns meios tradicionais de obter rendimentos. Como elas geralmente têm menos instrução, são as mais afetadas pelos avanços tecnológicos, e sua admissão para serviços industriais mais especializados é extremamente difícil. Esses problemas se tornam mais graves na medida em que a economia informal se expande. As trabalhadoras informais são as mais ignoradas em termos de condições perigosas de trabalho, além de carecerem de apoio durante a maternidade e, às vezes, perderem seu emprego durante a gravidez.

As mulheres também têm problemas com abuso e violência doméstica. De acordo com o Banco Interamericano de Desenvolvimento, somente a violência doméstica acarreta altos custos para tratamento e reabilitação. Mulheres vítimas de violência sofrem de graves problemas de saúde (BID, 1999). Além do sofrimento pessoal das mulheres e meninas vítimas de violência, este fato traz uma pesada e duradoura carga para os sistemas de saúde pública (UNICEF, 2000).

---

## 2 Microseguro para as necessidades especiais de mulheres e crianças

Inicialmente, os microsseguros foram lançados por instituições microfinanceiras com o objetivo de garantir sua carteira de empréstimos e aliviar a carga financeira sobre a família do falecido com relação à parte não-paga do empréstimo. Algumas organizações também oferecem um microsseguro para saúde, por não haver serviços médicos de qualidade e a preços módicos. Muitos grupos se iniciaram com programas de saúde comunitários, especialmente na África (*ver Capítulo 4.3*). Como essas atividades foram tipicamente iniciadas por organizações envolvidas com a amenização da pobreza e a ascensão social das mulheres, o microsseguro ficou ligado ao bem-estar delas e suas famílias.

Uma análise das experiências de microsseguro em curso revela que foi obtido algum progresso para reduzir a vulnerabilidade de mulheres e crianças, mas ainda há diversos desafios a serem superados. Esta seção avalia as experiências de microsseguros para atender às necessidades de mulheres e crianças e identifica onde futuras melhorias podem ser feitas.

---

### 2.1 Desenvolvimento de produtos

É surpreendente que apenas umas poucas microsseguradoras façam distinção entre as necessidades especiais e oportunidades para mulheres e para homens. A maioria das organizações faz referência a “lares” ou a “segurados”, uma nomenclatura que não reflete explicitamente uma perspectiva de diferenciação entre os sexos. Muitas microsseguradoras têm grande número de mulheres entre seus clien-

tes e, por isto, acham que as mulheres já estão se beneficiando. Na prática, no entanto, os produtos que elas oferecem não foram projetados para atender às necessidades especiais de mulheres (e crianças).

Para corrigir isto, antes de se começar uma operação de microsseguro, seria necessário fazer estudos de demanda diferenciados por sexo, para revelar as necessidades específicas do mercado-alvo, incluindo a situação das crianças (separadas em meninos e meninas). Como o microsseguro é apenas uma das ferramentas para gerenciar riscos, as demais estratégias existentes, especialmente as focadas nas diferenças entre os sexos, devem ser analisadas – o microsseguro por si só não pode, e nem deve, resolver todos os problemas relativos a riscos.

Uma vez que se implemente o microsseguro, uma avaliação sistemática da satisfação dos clientes será uma importante fonte de informações para verificar a adequabilidade dos produtos oferecidos, bem como sua eficácia na proteção contra riscos. Além disto, o envolvimento do grupo-alvo na governança e no gerenciamento (por exemplo, comissões consultivas de clientes) pode garantir que as mulheres serão ouvidas quando se estiver tratando da estrutura e da orientação do programa.

---

## 2.2

### Benefícios

Na estruturação de **programas de saúde**, as microsseguradoras devem garantir que as questões de saúde femininas serão cobertas, especialmente, as que se referem a gravidez, parto e maternidade, doenças ginecológicas e HIV/AIDS. Por exemplo, no Benin, os benefícios da AssEF são principalmente focados nas mulheres, com ênfase especial na saúde ligada à reprodução (ginecologia e obstetria). Na Índia, os seguros do Karuna Trust cobrem qualquer internação em hospitais públicos, de modo que partos, cesarianas e outras necessidades femininas estão cobertos.

Alguns planos, porém, não oferecem benefícios de maternidade porque, diferentemente dos acidentes ou doenças, a maternidade é algo sobre o que as mulheres têm (algum) controle, podendo escolher entre ficar grávidas ou não. Em consequência, a gravidez não é um risco que possa ser diluído em um grupo (*pooled*) num estrito senso de seguro. Além disto, o risco de seleção adversa é maior, porque uma mulher pode saber que está grávida quando os sinais ainda não são aparentes e então ingressar num programa de seguro.

Quando a ONG indiana Shepherd estava negociando seu plano de hospitalização UniMicro com a seguradora estatal UIIC, se ela quisesse incluir partos na apólice, o preço quase dobraria e seria introduzido um período de carência de nove meses. Consequentemente, os associados da Shepherd decidiram não incluir partos, não apenas porque encareceriam a apólice mas também porque apenas alguns associados seriam favorecidos. Em vez disto, a Shepherd ajuda a seus clientes na questão de maternidade oferecendo-lhes um empréstimo a juros baixos (*ver Quadro 23*). Isto sugere que, caso uma organização não consiga incluir riscos especificamente femininos em suas coberturas, outras maneiras de enfrentar tais riscos deverão ser oferecidas.

## Quadro 23

**O Fundo Sugam da Shepherd**

Este fundo tem por objetivo assistir as mulheres grávidas que sejam associadas à Shepherd. Ele é capitalizado por contribuições dos associados, juntamente com doações da Friends of Women's World Banking (FWWB, Corporação Mundial dos Amigos das Mulheres). As mulheres podem sacar do fundo empréstimos subsidiados de Rs. 2.000 (US\$ 44) a Rs. 3.000 (US\$ 55). O dinheiro é mantido no âmbito da federação local, para facilitar o acesso a ele; o gerenciamento do fundo fica a cargo do Grupo de Auto-ajuda (SHG). De cada pagamento de prêmio feito pelos associados, uma contribuição de Rs. 5 (US\$ 0.11) vai para o fundo, aumentando seu valor. O fundo também pode ser usado para ajudar no sustento de meninas adolescentes.

*Adaptado de Roth et al., 2005*

Também é importante que haja benefícios para atender às necessidades de saúde das crianças. Um seguro saúde para a família inteira beneficiará as meninas e pode ter o efeito de convencer os maridos a dedicar a elas algum dinheiro, o que pode ser bastante importante, dado o baixo poder de negociação das mulheres.

Por exemplo, a *Previsión Familiar* da ServiPerú oferece cobertura de saúde para até cinco pessoas, em serviços tais como consultas, exames para diagnóstico, serviços médicos de emergência, atendimento médico em caso de acidente, hospitalização por doença ou acidente e serviços funerários. Os serviços de saúde são prestados num centro médico próprio, que oferece serviços para homens e mulheres de qualquer idade. Dispõe de serviços pediátricos e há uma clínica de ginecologia e obstetrícia para mulheres. Além disto, o Centro dispõe dos seguintes programas/clínicas especiais:

- programa de assistência à criança
- programa de assistência à mulher
- programa de assistência ao idoso
- Planejamento familiar
- Medicina preventiva

As apólices de **seguro de vida** também podem contemplar as necessidades especiais de mulheres e crianças. A ALMAO, no Sri Lanka, decidiu abordar este tópico diretamente, criando uma apólice para crianças, chamada “Senehasa”. O plano paga benefícios às crianças se o pai segurado morre durante a vigência da apólice. O que é singular com respeito a este programa é que, em vez de fazer um pagamento único, quando ocorre a morte, paga-se 20% do valor segurado e, a cada aniversário subsequente da morte, mais 20%, durante quatro anos. Este pagamento gradual se adapta bem às necessidades das crianças beneficiadas, porque lhes dá um apoio financeiro continuado enquanto vão crescendo.

La Equidad opera com uma abordagem semelhante de desdobrar os benefícios ao longo de um período. Na Colômbia, quando morre o arrimo de uma família, uma das providências mais comuns para enfrentar a situação é tirar as crianças da escola. O programa *Amparar*, de La Equidad, procura evitar esta eventualidade provendo um benefício-educação por até 24 meses. A família também recebe, durante um ano, um cheque mensal para comprar mantimentos.

A Delta Life, em Bangladesh, desenvolveu uma apólice para dote matrimonial feminino, que funciona como uma conta de poupança para prover o dote de uma filha do segurado quando ela atingir 18 anos. Embora vendida para prover dote, ela pode ser usada também para educação ou outros propósitos. O prazo será entre 5 e 16 anos, dependendo da idade da filha (que obrigatoriamente deverá ter entre 2 e 13 anos quando o prazo se iniciar). Se o segurado falecer durante o prazo, a filha receberá o valor total segurado quando chegar aos 18 anos (desde que os prêmios estejam em dia por ocasião do falecimento). O prazo de maturação tem a intenção de incentivar os pais a esperar até os 18 anos para casar suas filhas.

Esta apólice não foi a primeira tentativa da Delta para atender às necessidades das filhas. Pelo meio da década de 90, a empresa havia criado um produto que pagava um bônus quando a filha do segurado cumpria certas etapas educacionais e previa uma penalidade se ela se casasse antes de uma certa idade. Em colaboração com o governo, a Delta ofereceu um outro produto de seguro e planejamento familiar, que pagava valores mais altos a segurados que tivessem menos filhos. Este produto foi extinto quando o governo mudou sua política, mas é um bom exemplo de engenharia social que poderia ser associado à oferta de seguros para os pobres.

---

### 2.3 Outras características da formatação de produtos

Além do pacote de benefícios, será também importante levar em consideração os efeitos, para as mulheres, de outras características da formatação de produtos.

**Pagamento de prêmios:** como as mulheres de baixa renda são trabalhadoras sazonais ou ocasionais, é difícil para elas pagar prêmios mensais com regularidade, mas também um pagamento anual pode ser igualmente difícil. O melhor arranjo é o de uma cobrança flexível. No entanto, é preciso que a microseguradora tenha capacidade para administrar tal sistema e consiga manter baixos os custos. Em virtude de as mulheres terem rendimentos pequenos e irregulares, a microseguradora deve oferecer uma ampla faixa de opções de pagamento, por exemplo, um período de carência de vários meses e um programa de pagamentos flexível, que permita pequenos pagamentos adaptados à variada situação financeira da cliente em cada ocasião. Tal sistema é especialmente aplicável aos produtos dotais, porque nestes o valor da apólice é significativamente reduzido se o pagamento dos prêmios sofre atraso (*ver Capítulo 2.2*).

**Preço:** O desejo de oferecer aos pobres produtos baratos e a necessidade de manter a viabilidade financeira da empresa são alvos frequentemente conflitantes. Este dilema tem resultado, em alguns casos, na busca de clientes com renda mais alta e na exclusão de mulheres pobres. Cobrar prêmios mais baratos dos pobres pode evitar algumas complicações, especialmente para as mulheres que, em geral, ganham menos do que os homens. Por exemplo, a Grameen Kalyan e a MHIB, da BRAC, em Bangladesh, cobram um prêmio mais barato de clientes das microfinanceiras coligadas, na maioria, mulheres, do que aquele que é cobrado do público em geral.

Outra abordagem seria usar o preço como um incentivo para encorajar certos comportamentos. Por exemplo, na Índia, VimoSEWA oferece um desconto de Rs. 20 para clientes que inscrevam toda a família (*ver Tabela 16*). Outros objetivos, como o planejamento familiar, podem ser favorecidos cobrando-se prêmios mais baratos das famílias pequenas.

Tabela 16

Coberturas e preços (em rúpias) da VimoSEWA				
<i>Programa 1</i>	<i>Associado</i>	<i>Cônjuge</i>	<i>Filhos</i>	<i>Família</i>
Morte natural	5.000	5.000		
Hospitalização	2.000	2.000	2.000	
Perda ou dano a um bem	10.000			
Morte acidental	40.000	25.000		
Morte acidental do cônjuge	15.000			
Prêmio (anual)*	100	70	100	250
<i>Programa 2</i>	<i>Associado</i>	<i>Cônjuge</i>	<i>Filhos</i>	<i>Família</i>
Morte natural	20.000	20.000		
Hospitalização	6.000	6.000	2.000	
Perda ou dano a um bem	20.000			
Morte acidental	65.000	50.000		
Morte acidental do cônjuge	15.000			
Prêmio (anual)*	225	175	100	480

\* VimoSEWA tem também outro sistema de pagamento – a conta de depósito fixo – que está descrita no Capítulo 3.3, mas tal sistema não se aplica ao caso de cobertura para toda a família.  
Nota: Rs. 44 = US\$ 1.

**Exclusões:** Muitas das disposições das apólices de seguro que indicam insensibilidade quanto ao sexo podem estar estipuladas em letras miúdas. Por exemplo, em virtude do alto risco de morte durante o parto, a Delta Life não aceita como segurada uma mulher que esteja em sua primeira gravidez. Em muitos tipos de seguro, limites de idade excluem da proteção as crianças pequenas e os velhos, que são os que mais precisam de proteção. O ideal seria que as microseguradoras fizessem com que seus produtos fossem mais inclusivos.

**Liquidação de sinistros:** Documentação complicada dificulta a liquidação de sinistros. Como as mulheres são menos conhecedoras dos procedimentos escritos oficiais, elas podem apresentar documentação incompleta, levando à recusa do sinistro. Combinando isto com seu baixo status social e pequeno poder de negociação (por exemplo, com os burocratas), pode ser difícil para elas obter os documentos necessários.

**Comissões de venda:** as comissões de venda pagas por renovação são muito mais baixas do que as pagas pela apólice inicial. A experiência revela que os analfabetos – predominantemente mulheres – não se lembram da data de expiração de seus seguros e, por isto, não renovam suas apólices, acreditando que ainda estão seguradas. Se os agentes vendedores receberem comissões muito altas pelos novos contratos, eles irão dar mais prioridade a estes, e não se preocuparão com as renovações, para o prejuízo das mulheres menos instruídas.

---

## 2.4

### Distribuição

Como descrito no Capítulo 4.7, há limitações no uso das MFIs como canais de distribuição para microsseguro. Por exemplo, há registros de que quando a microseguradora está ligada a operações de crédito, existe uma certa falta de transparência; prestamistas de microcrédito em Zâmbia (Manje, 2005) e em Uganda (McCord et al., 2005a) não estavam conscientes das taxas cobradas pelo processamento de empréstimos e do valor de pagamento de prêmios (algumas vezes as mulheres nem sabiam sobre sua cobertura de seguro). O fato de os prêmios serem deduzidos, junto com outras taxas, do valor do empréstimo segurado deixava nos clientes a impressão de que o seguro era parte dos custos para obtenção de um empréstimo. Tais dificuldades ocorrem com quaisquer clientes, mas as mulheres são mais afetadas, por serem menos familiarizadas com contratos e ganharem menos dinheiro.

Cooperativas são também veículos usuais para a distribuição de microsseguro. A pessoa filiada à organização é geralmente o homem. Na organização Columna (Guatemala), os cônjuges dos associados podem comprar um Plano Especial de Vida sem que seja preciso filiar-se à cooperativa, mas, muito poucas mulheres se interessam por esta oferta. Situações semelhantes foram encontradas nas uniões de crédito associadas a TUW SKOK (Polônia) e La Equidad,<sup>1</sup> bem como nas cooperativas associadas com a Yeshasvini (*ver Quadro 24*).

<sup>1</sup> La Equidad resolveu a questão buscando a colaboração de uma instituição microfinanceira que lide predominantemente com mulheres, a WWF (Women's World Foundation, Fundação Feminina Mundial).

## Quadro 24

**O alcance da Yeshasvini**

Embora cerca de 78% da população adulta de Karnataka, Índia, esteja ligada de alguma forma com uma sociedade cooperativa, a maioria dos cooperativados é de homens. O Yeshasvini Trust dá cobertura aos associados das cooperativas e está aberto a suas famílias. No entanto, apenas 40% dos segurados são mulheres. Como elas geralmente não são associadas das cooperativas, é mais difícil para elas obter um seguro com a Yeshasvini: o associado é o primeiro a obter um seguro, e sua família vem depois. Com mudanças, talvez, pela introdução de taxas mais baixas quando da adesão de toda a família ao programa, pode ser aumentado o acesso das mulheres ao seguro e, ao mesmo tempo, reduzir a seleção adversa.

*Adaptado de Radermacher et al., 2005b*

Como se pode ver, estes canais de distribuição não são particularmente eficazes para atingir o mercado feminino. A VimoSEWA adotou uma abordagem oposta, isto é, o acesso aos benefícios é feito através das mulheres. A cliente tem o poder de decidir se quer ou não incluir seu marido e seus filhos na cobertura. Ela não poderia escolher cobertura para si e para sua criança, tendo um marido; ela não poderia escolher cobertura para o marido e excluir a si própria – a prioridade será sempre dar cobertura às mulheres, pois a SEWA (Índia) é uma organização feminina (Self-employed Women's Association, Associação de Mulheres Trabalhadoras Autônomas).

Para que se tenham canais de venda “propícios às mulheres”, é preciso que haja contato direto e regular com elas, através de pessoas confiáveis e bem conhecidas, como o pessoal de campo das ONGS e/ou MFIs, dedicação do pessoal dos serviços de saúde e vendedoras que sejam mulheres. Tudo isto contribuirá para evitar práticas de venda enganosas e confusões no entendimento dos contratos de seguros. A estratégia de marketing deverá incluir um forte componente educacional, porque a falta de entendimento sobre seguros e suas complexas apólices pode resultar num serviço ineficaz, uma vez que as mulheres com pouca instrução não serão capazes de submeter suas reclamações de maneira correta e adequada. A falta de compreensão sobre o assunto é mais acentuada entre as mulheres do que entre os homens, o que fará com que elas tenham mais ser vítimas de vendas fraudulentas.

Por exemplo, a cobrança de prêmios de porta em porta pelos agentes de Delta e Tata-AIG põe seus produtos ao alcance de mulheres que, por várias razões, têm dificuldade de sair de casa. O fato de que a maior parte da equipe é de mulheres também torna o canal de distribuição mais acessível às mulheres. Os vendedores da Tata são mulheres na maioria, e seu foco principal são pessoas já suas conhecidas.

## 2.5 Grupos-alvos e titulares de apólices

Uma das ironias de muitos dos programas de seguros ligados a microfinanceiras é que eles frequentemente cobrem a vida do prestamista, que usualmente é uma mulher. Como resultado, a mulher não pode ter o benefício do seguro, que só se materializa com sua morte. Nas Filipinas, por exemplo, inicialmente o programa de seguro do CARD só previa cobertura para seus associados em caso de morte. Discutindo o assunto com os associados e com seus próprios funcionários, o CARD percebeu que seu programa oferecia pouco benefício para as próprias seguradas. Esta percepção foi importante para que o CARD passasse a oferecer cobertura também para os cônjuges e filhos, aumentando assim os benefícios para as mulheres associadas.

Diversas MFIs, entre as quais ASA, SPANDANA e FINCA Uganda passaram pela mesma evolução. Realmente, uma necessidade prioritária para as mulheres é o **seguro de vida para seus maridos**. Elas precisam dos benefícios de um seguro principalmente quando seus maridos falecem. As microsseguradoras que introduziram cobertura para o cônjuge reconheceram que elas próprias também são beneficiadas, porque uma viúva enfrenta muito maior dificuldade para continuar pagando seu empréstimo quando seu marido falece sem deixar um seguro de vida.

Quando o sistema permite que o segurado escolha quem será e quem não será incluído na cobertura, com frequência as mulheres e as meninas não são incluídas porque suas vidas e saúdes são menos valorizadas por quem toma a decisão. A **cobertura familiar**, como o Plano de Família da ServiPerú ou o seguro saúde da UMSGF (*ver Quadro 25*) é um meio de evitar que os membros de uma família sejam selecionados de modo injusto e, ao mesmo tempo, ajuda a controlar uma seleção adversa. O produto “My Family”, da TUW SKOK, dá cobertura contra morte acidental e invalidez para o associado da união de crédito, seu cônjuge, seus filhos e seus pais até 65 anos. Similarmente, quando a VimoSEWA incluiu os filhos em seu pacote de benefícios de hospitalização, acabou por compreender que deveria dar cobertura a todas as crianças de uma família por um preço único, para evitar que os pais tivessem de escolher que filhos incluir.

Quadro 25

### Cobertura familiar da UMSGF

Na UMSGF (Guiné), a associação a uma MHO (Organização Mútua de Saúde) é baseada na família. Todos os dependentes têm de ser registrados. Os líderes de grupo são responsáveis por garantir que nenhum membro da família (especialmente as crianças) esteja excluído da cobertura. Para facilitar a tarefa deles, as MHOs oferecem cobertura grátis para crianças nascidas no decorrer do ano orçamentário. Em lares polígamos, que são numerosos em certas áreas, os registros das famílias são feitos separadamente para cada esposa e seus dependentes. Cada mãe recebe um cartão de associada, para si e para seus filhos.

*Adaptado de Gautier et al., 2005.*

Uma mulher que tenha cobertura de seguros deve poder escolher o **beneficiário**. Quando elas têm a escolha, é comum que nomeiem suas filhas, de modo que o benefício possa ser usado para sua educação. Se as crianças forem menores de idade e a mulher não confiar que seu marido irá usar o benefício de acordo com as estipulações dela, ela deve poder nomear um curador ou tutor em quem ela confie.

3

### Medidas para melhorar a posição estratégica de mulheres e crianças

Considerando as necessidades e as experiências correntes com o microseguro, há várias medidas que se fazem necessárias para dar uma proteção mais abrangente às mulheres e crianças, principalmente às meninas. Diversas necessidades práticas de mulheres, meninas e meninos poderão ser atendidas mediante um projeto aperfeiçoado de microprodutos, e operações em nível médio, sendo que para atender outros interesses estratégicos serão necessárias mudanças, mais de longo-prazo, na política trabalhista e no status conferido às mulheres na sociedade (a nível macro).

Como este livro está focado no microseguro, as políticas para melhorar a situação social de mulheres e crianças serão discutidas brevemente, por estarem além do que o microseguro pode influenciar por si só. Não obstante, mudanças políticas serão essenciais para reforçar o impacto do microseguro e avançar no caminho que levará a uma igualdade entre os sexos.

**Responsabilidade do Estado na proteção social:** Por mais sucesso que o microseguro obtenha, ele nunca conseguirá uma proteção substancial, como foi analisado no Capítulo 1.3. O papel dos sistemas privados sempre será complementar – a proteção social ampla é responsabilidade do Estado. Reconhecendo esta obrigação, os sistemas de microseguro do Peru (SMI), da Bolívia (SMS) e do Paraguai (SI), todos começaram focalizando as mais importantes necessidades epidemiológicas da gestação e das doenças da primeira infância – riscos que as seguradoras privadas, e mesmo as microseguradoras, geralmente evitam assumir.

Semelhantemente, o Estado tem um papel importante na proteção de grupos vulneráveis contra riscos covariantes, que não podem ser facilmente cobertos pelas microseguradoras, pelo fato de lhes ser difícil ou dispendioso ter acesso ao resseguro. Para famílias pobres, especialmente para as mulheres, estratégias posteriores ao fato não são suficientes para enfrentar perdas resultantes de eventos catastróficos – é necessária a assistência do Estado.

Assim sendo, o uso de influência e o patrocínio advocatício das organizações da sociedade civil serão fatores importantes na obtenção de uma abrangente cobertura para os riscos. A abordagem do assunto, no entanto, deve ser cautelosa, pois uma expansão do microseguro não deve servir de pretexto para um retraimento do papel do governo na provisão de proteção social.

Os mecanismos comunitários de distribuição de riscos são particularmente vulneráveis em virtude de sua limitada capacidade financeira. Perdas catastróficas, riscos peculiares repetitivos e pouco controle podem exaurir suas reservas e levá-los ao colapso. UMASIDA, da Tanzânia, teve de suspender suas operações seis meses após seu início e, passados vários meses, recomeçar após reestruturar seus controles (McCord, 2000). Quando um programa vai à falência, as mulheres pobres em geral sofrem mais do que os homens, por não terem acesso ao microsseguro, possuírem poucos bens e serem limitadas em sua capacidade de ganhar dinheiro.

**Aspectos legais e regulatórios:** Leis formais e informais determinam o tratamento de assuntos como herança, casamento, direitos sobre bens, renda e relações de trabalho – e assim têm um impacto sobre o poder de barganha das mulheres sobre escassos recursos, no lar e na sociedade. Neste contexto, formalizar condições de trabalho e garantir direitos de propriedade igualitários são importantes passos para melhorar a proteção das mulheres e seu status social.

Buscar maneiras de formalizar as relações na economia informal e estimular os empregadores a pagar os encargos sociais seria especialmente benéfico para as mulheres. Criar uma regulamentação adequada, que ajude a promover a formalização do trabalho informal habilitaria as mulheres de baixa renda a ter acesso a benefícios diversos. Nesta regulamentação estaria incluído o reconhecimento oficial da sociedade civil como uma essencial promotora dos microsseguros, e a sugestão de que deveria ter uma compensação financeira por seus serviços (por exemplo, comissões pagas por provedores de seguros ou taxas de administração pagas por entidades governamentais).

Promulgar convenções sobre o trabalho infantil e sobre direitos humanos e, depois, fortalecer o cumprimento destes estatutos também serão essenciais para a proteção das crianças.

**Aperfeiçoamento de serviços existentes:** Fazer com que as mulheres participem no planejamento, gerenciamento e monitoração de programas governamentais sobre centros de saúde e programas de reabilitação após acontecimentos catastróficos aumentará as chances de que estes serviços venham a atender às necessidades delas.

**Reformas econômicas:** Mesmo quando novas tecnologias são introduzidas, o que geralmente aumenta a produtividade e melhora os vencimentos de homens e mulheres, às vezes o efeito sobre as mulheres é negativo. Elas têm menos treinamento e instrução do que os homens e são as primeiras a serem despedidas dos empregos tradicionais. Para os que traçam a política, a consequência é que, sempre que uma mudança tecnológica ocorre, pode ser necessária uma intervenção para evitar que o status das mulheres seja rebaixado. Tal intervenção pode incluir ação afirmativa para criar novas oportunidades, treinamento para qualificação e empregos de melhor qualidade para as mulheres.

## Conclusões

Devido a uma série de fatores sociais, econômicos e políticos, mulheres, homens e crianças estão expostos a diferentes tipos de risco. Acresce que o mesmo risco os afeta de maneira diferente. Seu comportamento face aos riscos e suas estratégias para enfrentá-los também podem variar.

A ideia de que as ONGs e as MFIs trabalham pela melhoria da condição feminina e automaticamente levam em conta as diferenças entre os sexos em suas operações provou-se errônea. É necessária maior atenção para as necessidades específicas de cada sexo. As deficiências aparecem quando, sob a perspectiva do risco, uma família é considerada como uma unidade homogênea. Na verdade, é preciso que se dê ênfase a instrumentos para o gerenciamento de riscos que sejam específicos para cada sexo.

As diferenças entre as necessidades de cada um dos sexos, se levadas em conta, afetarão a formatação de qualquer produto de seguros. A experiência revelou a necessidade de produtos que reflitam as necessidades de mulheres e crianças, especialmente as meninas. Mesmo quando os produtos são desenvolvidos com assistência de clientes mulheres, suas necessidades podem não ser atendidas; com frequência, as seguradoras excluem benefícios relativos a doenças ginecológicas e tratamentos para gravidez. Mesmo quando as microseguradoras exercem seu poder de negociação, há limites sobre quanto as pessoas de baixa renda podem pagar por aquilo que a microseguradora inclui em seu pacote de benefícios. Nestes casos, os produtos do microseguro podem ser complementados com outros instrumentos para o gerenciamento de riscos, como medidas preventivas ou microcrédito. Além disto, é preciso não esquecer que o microseguro privado sempre deve ser considerado como complementar à função de proteção social, que é do Estado.

No geral, as mulheres são mais vulneráveis do que os homens porque elas trabalham predominantemente na economia informal, sem proteção social. Ganham menos do que os homens e têm ínfimo controle e posse de bens, geralmente estão mais envolvidas em cuidar de crianças e idosos. É mais provável que vivam na pobreza e menos provável que tenham seguro saúde e um programa de aposentadoria. Essas condições, somadas a um baixo status social, não podem ser resolvidas pelo microseguro, mas somente através de uma ação política de longo-prazo em nível macro. Se essas circunstâncias forem modificadas de maneira favorável às mulheres (e outros grupos discriminados, como as crianças), a proteção para elas será aumentada e o microseguro poderá alcançar todo o seu potencial.