



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**CENTRO ACADÊMICO DO AGRESTE**  
**NÚCLEO DE GESTÃO**  
**ADMINISTRAÇÃO**

**JOANNA MAYALEN PEREIRA DA SILVA**

**A (IN)SATISFAÇÃO DOS CLIENTES DE PLANO DE SAÚDE: UM**  
**ESTUDO DE RECLAMAÇÕES ON-LINE**

CARUARU - PE

2015

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**  
**CENTRO ACADÊMICO DO AGRESTE**  
**NÚCLEO DE GESTÃO**  
**ADMINISTRAÇÃO**

**JOANNA MAYALEN PEREIRA DA SILVA**

Trabalho de Graduação apresentado ao curso de Administração da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, Campus Acadêmico do Agreste – CAA, como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Administração.

Orientador: Elielson Oliveira Damascena, Mestre.

CARUARU - PE

2015

Catálogo na fonte:  
Bibliotecária – Simone Xavier CRB/4 - 1242

S586i Silva, Joana Mayalen Pereira da.  
A (in) satisfação dos clientes de plano de saúde: um estudo de reclamações on-line. /  
Joana Mayalen Pereira da Silva. - 2015.  
88f. il. ; 30 cm.

Orientador: Elielson Oliveira Damascena.  
Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Universidade Federal de  
Pernambuco, CAA, Administração, 2015.  
Inclui Referências.

1. Planos de saúde. 2. Satisfação do cliente. 3. Serviços ao cliente. 4. Controle de  
qualidade. I. Damascena, Elielson Oliveira. (Orientador). II. Título.

658 CDD (23. ed.)

UFPE (CAA 2015-285)

**JOANNA MAYALEN PEREIRA DA SILVA**

**A (IN)SATISFAÇÃO DOS CLIENTES DE PLANO DE SAÚDE: UM ESTUDO DE  
RECLAMAÇÕES ON-LINE**

Este trabalho foi julgado adequado e aprovado para obtenção do título de graduação em Administração da Universidade Federal de Pernambuco – Centro Acadêmico do Agreste.

Caruaru, 15 de julho de 2015.

---

Prof. D. Sc. Cláudio José Montenegro de Albuquerque  
Coordenador do Curso de Administração

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof. M. Sc. Elielson Oliveira Damascena  
Centro Acadêmico do Agreste - UFPE  
**Orientador**

---

Prof. M. Sc. Luiz Sebastião dos Santos Júnior  
Centro Acadêmico do Agreste - UFPE  
**Banca**

---

Prof. M. Sc. Marcela Rebecca Pereira  
Faculdade Maurício de Nassau – UNINASSAU  
**Banca**

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho à minha mãe, pela dedicação, amor e compreensão diária. Minha avó, que tanto contribuiu de um modo especial para que eu conseguisse atingir este objetivo e ao meu avô (In memoriam) que desde criança me incentivava em nunca desistir dos meus sonhos.*

## AGRADECIMENTOS

Toda esta minha caminhada não seria possível se ela não estivesse traçada nos caminhos de Deus. Deste modo, agradeço a Ele que sempre me deu forças para não desistir, agradeço também pela vida e saúde.

Agradeço de modo especial, ao meu orientador Elielson Damascena, pela motivação, dedicação, disponibilidade e paciência nestes últimos meses. De fato, sem suas contribuições não teria condições de desenvolver e concluir este trabalho, você é nota 10!

Agradeço aos meus familiares, em especial agradeço à minha mãe – Marleide Pereira, minha irmã – Meire Élen, minha avó linda de nome igual ao meu – Joana Vicente e ao meu avô – Amaro Pereira (In memoriam). Minha família, meu alicerce, meu sustento, onde procuro forças e motivação.

Minha mãe que aturou todos os meus estresses durante estes quatro anos e meio da graduação. Mãe, te amo para todo sempre, obrigada pelo apoio, motivação, amor, incentivo e dedicação diária.

Minha irmã, que sempre me incentivou em ir à luta em busca dos meus objetivos. Obrigada por tudo, esta vitória também é sua, te amo ao infinito e além!

Agradeço aos meus avós que me educaram para a vida, que dedicaram grande parte de suas vidas comigo, sempre me motivando a nunca desistir. Meu avô, que infelizmente já se foi há mais de dois anos, foi meu grande influenciador, queria verdadeiramente que você estivesse aqui entre nós para poder comemorar comigo. Eu os amo muito!

Agradeço ao meu namorado, Thun An Chiu, pela parceria, companheirismo e incentivo. Ele que também contribui para este trabalho de forma especial. Meu lindo, obrigada pelo apoio e paciência de sempre.

Agradeço aos meus companheiros de classe, juntos compartilhamos diversos momentos, bons e ruins. Em especial, agradeço aos amigos que a graduação me proporcionou, Joyce Maria, Sabrina Chaves, Rafaela Nunes e Thiago César. Dividimos conhecimentos, compartilhamos desafios e conversas fora de hora também. Os momentos difíceis sempre eram mais leves devido à companhia de vocês. Pessoal, obrigada pela amizade, com vocês os dias chatos eram menos chatos. São amizades que fluíram com um objetivo comum: a graduação, mas que levarei por toda vida.

Agradeço também aos meus amigos do colegial, foram anos de convivência diária. Com o tempo os encontros são quase que impossíveis, mas sei que eles estão sempre lá, quando preciso.

Enfim, sou grata a todos, tantos pelas contribuições com este trabalho quando pelas contribuições em minha vida.

Obrigada!

*“Nunca, nunca, nunca, nunca...desista”.*

***Winston Churchil***

## RESUMO

A satisfação do cliente e a qualidade dos produtos e/ou serviços prestados, tornaram-se fator de grande relevância para as organizações. Prestar um serviço de qualidade que proporcione a satisfação dos clientes deve ser objetivo de toda organização. Esta pesquisa objetiva identificar quais são os fatores críticos para a satisfação dos clientes quanto à qualidade dos serviços prestados por operadoras de planos de saúde. Inicialmente, o tema foi abordado através de uma revisão bibliográfica acerca do assunto. O estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa básica de caráter exploratório. Foram filtrados dados secundários que permitissem a caracterização das operadoras de planos de saúde. Foram coletadas 426 reclamações de clientes de operadoras de planos de saúde, por meio do site Reclameaqui.com. Após a organização dos dados realizou-se uma Análise de Conteúdo. Os resultados mostram que as principais reclamações e insatisfação de seus clientes estão intimamente ligadas à ausência de comunicação e atendimento adequado. Também foi possível identificar sugestões que visam uma performance ideal das operadoras de planos de saúde.

**Palavras-chave:** Operadoras de Planos de Saúde. Satisfação do cliente. Serviços. Qualidade dos serviços.

## **ABSTRACT**

Customer satisfaction and the quality of products and/or services have become a very important factor for organizations. To provide the quality of the services to improve customer satisfaction should be the objective of every organization. This research aims to identify which are the critical factors for customer satisfaction on the quality of services provided by operators of health plans. The study were characterized as a basic qualitative research of exploratory nature. Secondary data were filtered to allow the characterization of the health plan operators. It were collected 426 complaints from clients of health plans' operators, through the website Reclameaqui.com. After the organization of data, it were made a Content Analysis. In addition, data analysis aimed to identify optimal performance for operators of health plans. The results shows that the complaints and dissatisfaction of their clients are closely linked to the lack of communication and appropriate care. It was also possible to identify suggestions aimed at optimal performance of the health plan operators.

**Keywords:** Health Plans Operators. Customer Satisfaction. Services. Quality of Services.

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 4.1</b>	Número de reclamações alocadas por Região	59
<b>Gráfico 4.2</b>	Número de reclamações dos Estados pertencentes à Região Nordeste	60
<b>Gráfico 4.3</b>	Reclamações por dimensão: Atendimento	68
<b>Gráfico 4.4</b>	Reclamações por dimensão: Segurança	69
<b>Gráfico 4.5</b>	Reclamações por dimensão: Tangível	70
<b>Gráfico 4.6</b>	Reclamações por dimensão: Resposta	71
<b>Gráfico 4.7</b>	Reclamações por dimensão: Confiabilidade	72

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 2.1</b>	Diferença entre bens e serviços	27
<b>Quadro 2.2</b>	Diferenças básicas entre a gestão da qualidade em ambiente industrial e ambiente de prestação de serviços	28
<b>Quadro 2.3</b>	Os sete pilares da qualidade	31
<b>Quadro 2.4</b>	Principais dimensões da qualidade na prestação de serviços	32
<b>Quadro 2.5</b>	As cinco dimensões da escala SERVQUAL	33
<b>Quadro 2.6</b>	Definição das operadoras de planos por modalidade e suas principais características	41
<b>Quadro 3.1</b>	1 Dimensões da qualidade utilizadas para análise do <i>corpus</i> de pesquisa	47

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 4.1</b>	Beneficiários de planos de assistência médica por modalidade	48
<b>Tabela 4.2</b>	Beneficiários de planos exclusivamente odontológico por modalidade	49
<b>Tabela 4.3</b>	Beneficiários de planos privados de assistência médica por época e tipo de contratação do plano segundo grandes Regiões	50
<b>Tabela 4.4</b>	Beneficiários de planos privados exclusivamente odontológicos por época de contratação do plano segundo grandes Regiões	51
<b>Tabela 4.5</b>	Taxa de cobertura assistencial dos planos e localização, segundo grandes regiões	52
<b>Tabela 4.6</b>	As dez maiores operadoras de planos privados de assistência médica	53
<b>Tabela 4.7</b>	As dez maiores operadoras de planos privados exclusivamente odontológicos	54
<b>Tabela 4.8</b>	Operadoras de grande porte com mais reclamações por beneficiário	55
<b>Tabela 4.9</b>	Receita de contraprestação e despesas assistenciais das operadoras de planos de saúde, segundo o tipo de modalidade	57

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ANS** – Agência Nacional de Saúde Suplementar

**PMB** – Pesquisa Brasileira de Mídia

**ER** – Estímulo Resposta

# SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	16
1.1	OBJETIVOS.....	21
1.1.1	<b>Objetivo Geral</b> .....	21
1.1.2	<b>Objetivos Específicos</b> .....	21
1.2	JUSTIFICATIVA.....	22
<b>2.</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	24
2.1	OS SERVIÇOS.....	24
2.1.1	<b>Caracterização dos serviços</b> .....	25
2.2	QUALIDADE NOS SERVIÇOS.....	28
2.3	SATISFAÇÃO DO CONSUMIDOR.....	34
2.3.1	<b>Correntes científicas sobre a satisfação do consumidor</b> .....	34
2.3.1.1	A teoria econômica.....	35
2.3.1.2	A teoria behaviorista.....	35
2.3.1.3	A teoria cognitiva.....	37
2.3.2	<b>O conceito de satisfação</b> .....	38
2.3.3	<b>Níveis de expectativa dos consumidores</b> .....	39
2.4	BREVE CARACTERIZAÇÃO DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE 40	
2.4.1	<b>Modalidade das operadoras</b> .....	41
<b>3.</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	43
3.1	CONSIDERAÇÕES ACERCA DA PESQUISA.....	43
3.2	COLETA DE DADOS.....	43
3.3	ANÁLISE DOS DADOS.....	46
<b>4.</b>	<b>ANÁLISE DOS DADOS</b> .....	48
4.1	PARTICIPAÇÃO NO MERCADO DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE 48	
4.1.1	<b>Quantitativo de operadoras de planos de saúde e de beneficiários</b> .....	50

4.1.2	Porte das operadoras de planos de saúde.....	53
4.1.3	Índice de reclamações na ANS das operadoras de planos de saúde .....	55
4.1.4	Receita e despesa das operadoras de planos de saúde.....	56
4.2	ANÁLISE DAS RECLAMAÇÕES .....	58
4.2.1	Análise dos Dados Gerais.....	58
4.2.2	Análise Por Dimensões.....	60
4.2.2.1	Dimensão Atendimento.....	61
4.2.2.2	Dimensão Segurança.....	62
4.2.2.3	Dimensão Tangível .....	64
4.2.2.4	Dimensão Resposta .....	66
4.2.2.5	Dimensão Confiabilidade .....	67
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
5.1	RECOMENDAÇÕES GERENCIAIS .....	76
5.2	LIMITAÇÕES DA PESQUISA.....	77
5.3	SUGESTÕES PARA PESQUISAS FUTURAS .....	78
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>79</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A satisfação do cliente e a qualidade dos produtos e/ou serviços prestados, tornaram-se fatores de grande relevância para as organizações. Conhecer o que proporciona satisfação aos clientes possibilita que as empresas sobrevivam no mercado, cada vez mais competitivo, obtenham lucratividade e se sobreponham em relação aos concorrentes (MELO, 2003). No setor de serviços, mensurar e entender aspectos que satisfaçam o consumidor torna-se um desafio dado às características únicas relativas aos serviços.

Para Arruda e Arruda (1998), o *marketing* de produtos é distinto do *marketing* de serviços. No *marketing* de bens tangíveis os produtos são desenvolvidos e estão disponíveis para a venda. Já no *marketing* de serviços, o processo dá-se de modo contrário, pois os mesmos são vendidos antes de serem produzidos. A maneira com que cada funcionário se porta diante do cliente, seja na realização da venda, esclarecimento de dúvidas, demonstração de benefícios, análise de concorrente, entre outros, pode influenciar positivamente na escolha do cliente em retornar outras vezes.

Kotler (2006, p. 397) define serviços como “[...] qualquer ato ou desempenho, essencialmente intangível, que uma parte pode oferecer a outra e que não resulta na propriedade de nada”. Após um estudo realizado por Berry e Parasuraman (1995), chegou-se à conclusão de que os serviços possuem alguns atributos primordiais para que eles possam ser executados com qualidade, são eles: confiabilidade, tangibilidade, sensibilidade, segurança e empatia. Um atributo essencial é a confiabilidade do serviço, pois quando o serviço é prestado ao cliente de maneira descuidada, o mesmo passa a ter dúvidas sobre os serviços oferecidos por aquela determinada empresa.

Fiebig e Freitas (2011) comentam que no ambiente atual onde prevalece a competitividade e as ofertas são basicamente idênticas, a diferenciação das empresas reside no fornecimento de serviços com qualidade superior.

Durante o século XX, foram desenvolvidos diversos estudos sobre satisfação do consumidor suscitando em diferentes correntes científicas e pontos de vista distintos. Entre as principais correntes estão às teorias econômica, behaviorista e cognitiva. No entanto, a maioria dos estudos apoia o princípio de que a satisfação decorre do atendimento das expectativas e necessidades dos clientes (ARAÚJO; SILVA, 2003). Para Oliver (1997) a

satisfação é uma resposta imediata ao consumo. Na mesma linha de pensamento, Chauvel (1999, p. 5) define satisfação da seguinte forma: “A satisfação é uma avaliação (um julgamento), efetuada *a posteriori* relativa à determinada transação”. Já a satisfação relacionada à prestação de serviços é definida por Linder (1982) como sendo a expressão de uma atitude, e é definida como avaliações positivas do indivíduo acerca de dimensões distintas do serviço prestado.

De acordo com os estudos de Berry e Parasuraman (1995) os clientes possuem dois níveis de expectativas: uma desejada e a outra adequada. O nível de serviço desejado é uma mistura entre o que o cliente acredita que pode ser realizado com o que deveria ser. Entre os dois níveis, há uma zona de tolerância, onde é aceita como sendo satisfatória pelo cliente. Quando o desempenho fica abaixo da zona de aceitação, o resultado gera frustração do cliente. Um desempenho acima da zona de tolerância resultará em uma surpresa agradável no cliente reforçando sua confiabilidade.

As empresas atuantes no mercado de prestação de serviços são avaliadas por seus clientes através do desempenho daquele que lhe prestou atendimento. Além disso, são avaliados: aparência física das instalações e dos equipamentos, prestação do serviço conforme prometido, disponibilidade em solucionar problemas, confiabilidade, cortesia e atenção de modo individualizado. A avaliação do cliente deve ser vista pelas empresas como foco da vantagem competitiva, visto que a partir do momento que o valor cobrado é igual, à qualidade do serviço torna-se fator determinante na escolha por parte do cliente (ARRUDA; ARRUDA, 1998).

Uma maneira de minimizar a expectativa do cliente com o serviço prestado é administrar os aspectos tangíveis associados ao serviço e que levam o cliente a entendê-lo melhor. A ineficiência dos serviços deve ser capitalizada de modo que, a recuperação excelente do serviço seja uma boa oportunidade para reforçar o relacionamento do cliente e criar fidelidade (ARRUDA; ARRUDA, 1998).

Nas organizações que foram criadas com o propósito de cuidar da saúde dos indivíduos, a confiabilidade do serviço prestado é primordial. Trata-se da vida do cliente, que em inúmeras vezes encontra-se debilitado e em situação de risco de morte eminente. A partir do momento que o cliente precisa utilizar os serviços contratados pela primeira vez, e esta experiência é agradável e executada de modo satisfatório, a tendência é que o cliente

mantenha a confiabilidade com a empresa. Ele pode até mesmo fortalecer a marca e indicá-la para outras pessoas por meio da propaganda boca-a-boca. Entretanto, quando a experiência ocorre e a prestação do serviço não atende às expectativas do cliente o índice de confiabilidade conquistado tende a reduzir e o cliente torna-se insatisfeito com a empresa, ele pode até mesmo divulgar a marca negativamente (ARRUDA; ARRUDA, 1998).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988 a saúde no Brasil é um direito universal de todos os indivíduos. Conforme artigo nº 96 da Constituição, “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

Todavia, os serviços públicos de saúde não atendem satisfatoriamente a demanda. Diante deste contexto, as empresas operadoras de planos de saúde surgem no mercado com o intuito de suprir a ineficiência dos serviços de saúde prestados pelo Estado. A má qualidade do serviço e a dificuldade de acesso ao atendimento do serviço público fazem com que grande parcela da população procure os serviços privados de assistência à saúde, muitas vezes mesmo sem dispor de recursos financeiros para pagamento da saúde privada (GERSCHMAN, 2007).

Por tratar-se de um negócio estritamente regulamentado, o mínimo de procedimentos a serem cobertos, conforme cada tipo de plano de saúde contratado é pré-estabelecido pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Agência essa, reguladora vinculada ao Ministério da Saúde e responsável pelo setor de planos de saúde no país. Trata-se de uma lista contendo as consultas, exames e tratamentos, denominada Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, esta lista é válida para os planos contratados a partir de 02 de janeiro de 1999, ou seja, os planos regulamentados pela Lei nº 9.656/1998. Os planos anteriores a esta data, que não foram regulamentados, são compostos de inúmeras restrições em relação à cobertura de procedimentos, e possui direito apenas aos serviços relatados no contrato (ANS, 2015a).

Tratando-se de planos regulamentados, basicamente o que diferencia um plano para outro são os seguintes fatores: a operadora de plano de saúde escolhida, valor do plano, rede credenciada e tipo de plano (ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia). Visto que, os procedimentos cobertos por todos eles são definidos pela ANS (ANS, 2015a).

Com o avanço da tecnologia e o surgimento da internet, o ambiente virtual tornou-se um meio de comunicação onde as pessoas interagem e se comunicam de modo ágil. A internet passou a ser um importante meio de comunicação, no qual os indivíduos relatam problemas, trocam ideias, informações e opiniões sobre produtos e serviços (TORRES, 2012).

De acordo com a Pesquisa Brasileira de Mídia (PBM) 2015, praticamente a metade dos brasileiros, 49%, usam internet, em 2014 esta percentagem era de 48%. O percentual de pessoas que a utilizam todos os dias cresceu de 26% na PBM 2014 para 37% na PBM 2015. A frequência da utilização também é mais intensa do que a registrada em 2014. Os usuários ficam conectados, em média 4h59 por dia durante a semana e 4h24 nos finais de semana, na PBM 2014 os números eram 3h39 e 3h43. A escolaridade e a idade dos entrevistados são os fatores que mais impulsionam a frequência e o uso da internet no Brasil. Entre os usuários com ensino superior, 72% acessam a internet todos os dias, já as pessoas com até a 4ª série este percentual cai para 5% (BRASIL, 2014).

A internet também se tornou um meio de comunicação entre as empresas e seus clientes. Quando este meio de comunicação, bastante utilizado atualmente, é administrado de modo eficiente e eficaz pelas empresas ele pode tornar-se um diferencial estratégico e bastante competitivo (ZAMBALDI, 2013).

Com a chegada das mídias sociais, estabeleceu-se uma nova fase no mercado, já que propiciam meios para que os consumidores dialoguem sobre os serviços e produtos, influenciando a percepção da imagem das organizações. As mídias sociais ganham relevância estratégica, perante a necessidade das instituições exercerem influência sobre o que se fala a seu respeito em plataformas nas quais possuem controle limitado (ZAMBALDI, 2013).

Para Zambaldi (2013) o surgimento das mídias sociais também pode trazer oportunidades às corporações, pois permitem que elas se relacionem com seus clientes quase que instantaneamente e com baixo custo. Para tal, as empresas precisam encontrar meios que consigam dialogar com seus clientes na internet. Seja por meio do site da empresa, fóruns, sites de reclamações, redes sociais, entre outros.

Percebe-se cada vez mais comum o uso da internet, pela população, para relatar experiências negativas, críticas, insatisfações, reclamações e elogios sobre determinado produto, serviço e/ou organização (ZAMBALDI, 2013). De acordo com Schiffman e Kanuk (1995) a divulgação de produtos e serviços por canais interpessoais é também conhecida

como propaganda boca a boca, face a face ou através de algum meio de comunicação. Para o mesmo autor, 80% das pessoas seguem orientações de um familiar, amigo ou profissional ao adquirirem algo. Com a propagação da internet e das ferramentas de comunicação digital, os indivíduos passaram a pesquisar informações dos produtos e serviços também na rede virtual, e a compra passou a sofrer influências dos relatos de experiência de outras pessoas.

Diante do exposto, questiona-se: quais são os fatores críticos para a satisfação dos clientes quanto à qualidade dos serviços prestados por operadoras de planos de saúde, considerando as reclamações on-line?

Na seção seguinte será apresentado o que o trabalho propõe alcançar para solucionar o problema de pesquisa e quais serão as ações desenvolvidas para obtenção de sucesso em sua realização. Em suma, serão apresentados os objetivos gerais e específicos do trabalho.

## 1.1 OBJETIVOS

### 1.1.1 Objetivo Geral

Identificar quais são os fatores críticos para a satisfação dos clientes quanto à qualidade dos serviços prestados por operadoras de planos de saúde.

### 1.1.2 Objetivos Específicos

- a) Apresentar o atual cenário das operadoras de planos de saúde no país;
- b) Identificar os fatores do ambiente físico que mais geram reclamações entre os clientes;
- c) Conhecer os fatores do ambiente social que mais geram reclamações entre os clientes;
- d) Descobrir os fatores para uma performance ideal das operadoras do plano de saúde;

A próxima seção descreve a relevância prática e teórica, que justificam a escolha do tema para a realização do trabalho.

## 1.2 JUSTIFICATIVA

A satisfação do cliente é um tema bastante abordado em pesquisas e trabalhos acadêmicos por todo mundo (ROCHA; SILVA, 2006). Embora o conceito de satisfação seja amplamente abordado, percebe-se que em um ambiente altamente competitivo e que contém clientes cada vez mais exigentes, a satisfação do cliente e a qualidade no serviço prestado tornam-se importantes diferenciais competitivos para as organizações (MELO, 2003). Deste modo, o tema continua sendo bastante atual e propício para o desenvolvimento de estudos acadêmicos.

Destarte, o trabalho visa contribuir com os estudos realizados sobre serviços e satisfação do consumidor, a utilização da internet como ferramenta para desenvolvimento do trabalho também irá colaborar com os estudos realizados na área.

Segundo a ANS 2015b, até setembro de 2014 existiam 886 operadoras médico-hospitalares, 344 operadoras exclusivamente odontológicas e 1.230 operadoras com beneficiários ativos. Há hoje no país 50,6 milhões de consumidores com planos de assistência médica e 21,4 milhões com planos exclusivamente odontológicos. A taxa de cobertura dos planos privados de saúde é de 26,1% para os planos de assistência médica com ou sem odontologia e de 11% para os planos exclusivamente odontológicos. Percebe-se que a maioria dos beneficiários está vinculada a planos coletivos empresariais regulamentados pela lei nº 9.656/1998.

A ANS possui um espaço para as reclamações dos consumidores de planos de saúde que estão insatisfeitos com o serviço prestado. As informações são divulgadas mensalmente no portal da Instituição. Em janeiro de 2015 o índice de reclamações das operadoras de grande porte foi de 1,03, já para as operadoras de médio porte o índice registrado fora de 0,92 e para as operadoras de pequeno porte o índice foi de 0,87. Quanto menor o número indicado significa menos reclamações registradas pelos consumidores na ANS (ANS, 2015c).

Os índices estão disponíveis para o público em geral e podem ser consultados pela população no portal da ANS. Também é possível verificar o índice de reclamação específico de determinada operadora de plano de saúde. Todavia, os tipos e as reclamações relatadas pelos consumidores não são disponibilizados. Além disso, os números informados pela ANS podem não refletir a realidade de insatisfação dos consumidores no que tange à prestação dos

serviços de assistência médica e odontológica. Pois, existem consumidores que não registram as suas reclamações na ANS, por inúmeros motivos.

Por tratar-se de um meio de comunicação em ascensão e bastante utilizado por quase metade da população brasileira, a internet vem sendo fortemente utilizada como ferramenta de reclamação. Os clientes por meio da internet tornam-se mais próximos das empresas. Em um curto espaço de tempo eles têm a possibilidade de entrar em contato com a organização através de páginas existentes na internet e relatar reclamações, insatisfações ou até mesmo esclarecer dúvidas.

Através do estudo, as operadoras de planos de saúde terão mais informações sobre o perfil de seus clientes acerca dos serviços prestados e quais são os fatores que mais contribuem para a sua satisfação. Assim sendo, elas podem desenvolver ações estratégicas para aprimorar o serviço prestado proporcionando a fidelização dos clientes, diferenciando-se assim dos seus concorrentes no mercado.

Considerando que as operadoras de planos de saúde possuem como bem maior a vida de seus clientes, e que a saúde é um direito inerente a todos, é importante o desenvolvimento de trabalhos que propiciem o estudo da saúde e da qualidade do serviço prestado. Pois, a população poderá ter conhecimento da situação da saúde no Brasil, conseqüentemente de como são prestados os serviços privados de assistência à saúde.

Diante do exposto, faz-se necessário estudar este mercado em crescimento no país e de grande importância para a população, já que ele trabalha com vidas e preza a saúde e recuperação de seus clientes.

A próxima seção contempla a abordagem teórica sobre a natureza e o setor de serviços, a qualidade nos serviços e a satisfação do consumidor.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo tem a finalidade de apresentar a revisão dos conceitos e teorias acerca do tema abordado. Nele serão abordados os seguintes tópicos: os serviços, qualidade nos serviços, satisfação do consumidor, e breve caracterização das operadoras de planos de saúde.

### 2.1 OS SERVIÇOS

Essa seção apresentará a definição de serviços de acordo com o pensamento de vários autores, relatar suas principais características, além de esclarecer as principais diferenças entre os bens e os serviços.

Os serviços praticamente dominam a economia moderna, sua participação percentual vem crescendo em quase todas as economias do mundo. Até mesmo em países emergentes é possível perceber que houve uma elevação na produção de serviços, chegando muitas vezes a representar a metade do Produto Interno Bruto (LOVELOCK; WIRTZ; HEMZO, 2011).

A definição de serviço tem sido considerada como difícil e complexa, pois o termo compreende um conjunto de atividades distintas e de diferentes âmbitos (pessoal, empresarial e governamental) que requer uma definição com significado variado, amplo e extensivo (GRÖNROOS, 2003). Além do mais o serviço é intangível, o que torna seu entendimento confuso e de difícil identificação (CLARKE, 2001).

Zeithaml e Bitner (2003, p. 28) consideram que “[...] de maneira simplificada, serviços são ações, processos e atuações”. Em complemento, Kotler (2006, p. 397) destaca os serviços como “[...] qualquer ato ou desempenho, essencialmente intangível, que uma parte pode oferecer a outra e que não resulta na propriedade de nada”. Já de acordo com Lovelock, Wirtz e Hemzo (2011, p. 21) os “Serviços são atividades econômicas que uma parte oferece a outra. Geralmente baseadas no tempo, seu desempenho traz a seus destinatários os resultados desejados, objetos ou outros ativos pelos quais os compradores têm responsabilidade”.

De acordo com Grönroos (2003, p. 65), serviço é:

[...] um processo, consistindo em uma série de atividades mais ou menos intangíveis que, normalmente, mas não são necessariamente sempre, ocorrem nas interações entre o cliente e os funcionários de serviço e/ou recursos ou bens físicos e/ou

sistemas do fornecedor de serviços e que são fornecidas como soluções para problemas do cliente.

Através da troca de dinheiro, tempo e esforço os consumidores de serviços esperam receber dos prestadores de serviço o valor do acesso a habilidades profissionais, mão de obra, bens, instalações, redes e sistemas. Contudo, o cliente não costuma deter a propriedade de qualquer um dos elementos físicos envolvidos na prestação do serviço (LOVELOCK; WIRTZ; HEMZO, 2011).

Diante das definições apresentadas percebe-se que os serviços podem ser entendidos como ações, processos e atuações, de natureza predominantemente intangível que é oferecido por meio de um conjunto de benefícios sem resultar na propriedade de algo, com o intuito de satisfazer a necessidade do cliente. Na maioria das vezes ocorre algum processo de interação entre o prestador e o cliente.

Na seção seguinte serão apresentadas as principais características dos serviços, assim como as principais diferenças entre produtos e serviços.

### **2.1.1 Caracterização dos serviços**

Para Clarke (2001, p.45), “[...] tudo o que permanece de um serviço prestado é aquilo que se lembra dele e a maneira como correspondeu às expectativas”. Os serviços apresentam quatro características principais, são elas: intangibilidade, inseparabilidade, variabilidade e perecibilidade (KOTLER, 2006).

**Intangibilidade** – A intangibilidade é destacada por Zeithaml e Bitner (2003) como a principal diferença entre serviços e bens. Diferentemente dos produtos físicos, os serviços não podem ser vistos, sentidos, ouvidos, cheirados ou provados antes de serem adquiridos. Com o propósito de reduzir essa incerteza, os compradores procuram por evidências da qualidade do serviço. Eles identificam a qualidade do serviço com base nas instalações, pessoas, equipamentos, no material de comunicação, nos símbolos e nos preços percebidos (KOTLER, 2006).

Grönroos (2003) pontua que devido ao alto grau de intangibilidade, muitas vezes, é difícil para o cliente avaliar o serviço. Para o autor é complexo atribuir um valor diferenciado

à confiança ou a um sentimento. Assim, as organizações prestadoras de serviços devem tornar um serviço o mais tangível possível para o cliente, usando evidências concretas e físicas. Na mesma linha de pensamento, Sarquis (2006) acredita que alguns serviços têm propriedades que não podem ser avaliadas com segurança nem mesmo depois do consumo, em função da falta de conhecimento especializado dos consumidores, como é o caso dos serviços de assistência à saúde.

**Inseparabilidade** – De modo geral, os serviços são, até certo ponto, produzidos e consumidos simultaneamente (GRÖNROOS, 2003). Como consequência, a percepção do cliente quanto à qualidade é muito influenciada pela forma como a interação ocorre durante todo o processo e também depende, em certo ponto, da participação adequada do próprio cliente no processo (ZEITHAML; BITNER, 2003).

Para Lovelock, Wirtz e Hemzo (2011), os consumidores que buscam os benefícios de um serviço de processamento de pessoas, onde os indivíduos precisam estar fisicamente presentes durante sua realização, como é o caso dos serviços de saúde, devem cooperar ativamente com sua operação, seja interagindo com o prestador para explicar o que deseja, seja movendo seu corpo para receber melhor atendimento.

Pelo fato do cliente também está presente enquanto o serviço é executado, o processo, especialmente o momento em que o cliente está participando, se torna parte da solução (GRÖNROOS, 2003). No caso da prestação de serviços profissionais os clientes estão fortemente interessados em um prestador de serviço específico. Quando os clientes demonstram uma relevada preferência por determinado prestador de serviço, o preço dele aumenta em relação ao seu tempo disponível (KOTLER, 2006).

**Variabilidade** – Como dependem de por quem, onde e quando são fornecidos, os serviços são extremamente variáveis (KOTLER, 2006). Um serviço prestado a um cliente não é exatamente igual ao mesmo prestado ao cliente seguinte. Sua distinção cria um dos maiores problemas em seu gerenciamento, isto é, manter uma qualidade uniformemente percebida dos serviços produzidos e prestados aos clientes (GRÖNROOS, 2003).

Segundo Kolter (2006) para controlar a qualidade do serviço, as empresas de prestação de serviço podem tomar três providências: investir em bons processos de contratação e treinamento; padronizar o processo de execução do serviço em toda organização e acompanhar a satisfação do cliente.

**Perecibilidade** – Refere-se à impossibilidade de se estocar, revender ou devolver os serviços, sendo necessária à adequada administração da demanda visando reduzir picos e ociosidades na capacidade da prestação dos serviços (ZEITHAML; BITNER, 2003).

Para Kotler (2006), a perecibilidade dos serviços não é um problema quando a sua busca é estável, no entanto, quando a demanda oscila as empresas prestadoras de serviços têm problemas. Para estabelecer um melhor equilíbrio, entre demanda e oferta, as organizações podem praticar preços diferenciados entre os períodos, oferecer serviços complementares durante as altas temporadas, utilizar um sistema de reserva para gerenciar a quantidade de clientes que devem ser atendidos e estimular uma maior participação do cliente no momento da prestação do serviço.

Com o intuito de deixar o conteúdo mais claro, o quadro 2.1 exemplifica as principais diferenças entre bens e serviços.

Bens	Serviços	Implicações decorrentes
<b>Tangíveis</b>	Intangíveis	- Serviços não podem ser estocados e patenteados; - Serviços não podem ser exibidos ou comunicados com facilidade; - É difícil determinar o preço.
<b>Padronizados</b>	Heterogêneos	- O fornecimento do serviço e a satisfação do cliente dependem dos funcionários; - A qualidade dos serviços depende de diversos fatores incontroláveis; - Não há certeza de que o serviço executado atenda ao que foi planejado e divulgado.
<b>Produção separada do consumo</b>	Produção e consumo simultâneos	- Clientes participam, interferem na transação e a afetam mutuamente; - Os funcionários afetam o serviço prestado; - A descentralização pode ser essencial; - É difícil ocorrer a produção em massa.
<b>Não perecíveis</b>	Perecíveis	- É difícil sincronizar a oferta e a demanda em serviços; - Os serviços não podem ser desenvolvidos ou revendidos.

**Quadro 2.1: Diferenças entre bens e serviços.**

Fonte: Zeithaml e Bitner (2003, p. 36).

Nesta seção apresentou-se a definição de serviços de acordo com o pensamento de vários autores, foram relatadas suas principais características, além de esclarecer as principais diferenças entre os bens e os serviços.

Na próxima seção o leitor encontrará uma breve abordagem sobre a qualidade nos serviços, principalmente relacionada aos serviços de saúde.

## 2.2 QUALIDADE NOS SERVIÇOS

É crescente a importância do setor de serviços na economia dos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. Essa importância, cada vez mais marcante do setor, caracteriza a necessidade de empreender esforços em relação à mensuração da qualidade nos serviços prestados (MIGUEL; SALOMI, 2004). Diferentemente do ambiente industrial, o ramo de prestação de serviços envolve a produção de serviços propriamente dita, não há possibilidades de separar o processo produtivo, ambos se confundem. Deste modo, a gestão da qualidade centra-se principalmente na interação com o usuário (PALADINI, 2000).

Com o objetivo de explicar as principais diferenças entre a gestão da qualidade no ambiente industrial e no de prestação de serviços, o quadro 2.2 apresenta algumas informações importantes sobre o assunto.

<b>Gestão da qualidade em ambientes industriais</b>	<b>Gestão da qualidade em ambientes de serviços</b>
O esforço pela qualidade aparece no produto	O esforço aparece na interação com o cliente
Interação com clientes via produtos	Interação direta com clientes
Elevado suporte	Baixo suporte
Baixa interação	Alta interação
Suporte ao produto (qualidade de produto)	Suporte ao serviço (qualidade de serviço)
Cliente atua ao final do processo produtivo	Cliente presente ao longo do processo produtivo
Produção e consumo em momentos bem distintos	Produção e consumo simultâneos
<i>Feedback</i> (retorno do usuário sobre o produto adquirido) pode demorar	<i>Feedback</i> imediato
Expectativas menos sujeitas a mudanças drásticas	Expectativas dinâmicas
Cliente tende a não influenciar o processo produtivo	Cliente participa do processo produtivo
Resulta de um conjunto de elementos (máquinas e pessoas)	Resulta mais do desempenho e capacidade intelectual dos recursos humanos
Condições favoráveis à padronização	Difícil padronizar
Tende a uniformizar-se a médio prazo	Difícil ter um modelo uniforme de execução
Bens tangíveis podem ser patenteados	Serviços não podem ser patenteados

<b>Gestão da qualidade em ambientes industriais</b>	<b>Gestão da qualidade em ambientes de serviços</b>
Bens tangíveis podem ser protegidos em relação a seus processos de fabricação e à forma final como são disponibilizados para comercialização	Serviços não podem ser protegidos

**Quadro 2.2: Diferenças básicas entre a gestão da qualidade em ambiente industrial e ambiente de prestação de serviços.**

Fonte: Paladini (2004, p. 196).

Analisando o quadro apresentado, percebe-se que a principal diferença entre a gestão da qualidade na área industrial para a gestão da qualidade na área de serviços encontra-se nos processos produtivos. A produção e o consumo do serviço acontecem no mesmo momento, diferentemente das organizações industriais, onde o cliente avalia a qualidade do produto após sua elaboração. No setor de serviços, em especial no de prestação de serviços de saúde, há uma difícil padronização e a impossibilidade de patentear, eles dependem do conhecimento intelectual dos envolvidos, principalmente dos médicos e especialistas, que tratam e/ou previnem a enfermidade do indivíduo.

Albrecht (1992) acredita que qualidade dos serviços é a capacidade que uma experiência ou qualquer outro fator tenha para satisfazer uma necessidade, solucionar um problema ou fornecer benefícios a determinada pessoa. Ou seja, serviço com qualidade é aquele que tem a capacidade de proporcionar satisfação. De acordo com os pensamentos de Oliveira (2004) a qualidade está relacionada com o fornecimento do serviço com condição superior aos clientes, tanto internos quanto externos. Já para Carvalho e Paladini (2005, p. 344) a qualidade do serviço é obtida por meio da seguinte fórmula: qualidade do serviço = serviço percebido – serviço esperado.

Para o consumidor, a qualidade está na transformação de suas necessidades futuras. A mensuração dessas atividades leva a possibilidades de construir, projetar e modificar um produto ou serviço no sentido de que cause satisfação, sempre a partir de um preço que seja pago por ele (OLIVEIRA, 2004). Os clientes ficam satisfeitos ou não conforme suas expectativas. Logo, a qualidade do serviço é variável de acordo com cada tipo de pessoa (LAS CASAS, 2008).

Para as empresas alcançarem a satisfação de seus clientes, é preciso que a experiência com a instituição de saúde supere suas expectativas. A avaliação da qualidade pelos clientes ocorre de modo subjetivo e surge de uma expectativa que se confirmará, ou não, ao longo da interação com o prestador de serviço. Para evitar o descontentamento dos consumidores, as instituições de saúde devem desenvolver pesquisas com clientes para ter propriedade de suas demandas e traduzi-las em processos, engajar os colaboradores para que estes executem de modo adequado suas atividades e traduzir corretamente para o mercado o que é possível esperar da empresa (ARAÚJO; FIGUEIREDO; DE FARIA, 2009).

Berwick (1995) afirma que é possível adaptar os conceitos de qualidade aplicados na indústria para o setor de saúde até com certa facilidade, dando exemplos palpáveis da utilização das tradicionais ferramentas da qualidade. Em geral, a avaliação da qualidade é efetuada tendo como base indicadores gerenciais (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006). Para Novaes e Paganini (1992) as condições estruturais do serviço são medidas através do desempenho das características físicas, das habilitações pessoais, e/ou do desempenho dos equipamentos. Outras maneiras de realizar a avaliação se dão por meio de indicadores do processo, função de sensibilidade das tarefas ou especificação da assistência médica.

No ponto de vista de Oliveira (2004), é difícil manter uma empresa de serviços com o mesmo padrão de qualidade em todos os momentos, pois em uma mesma equipe pode haver diferença na prestação do serviço devido à capacidade diferenciada de cada indivíduo. Para obter a satisfação e retenção de seus clientes, a organização deve proporcionar condições para a satisfação e retenção de seus colaboradores. Pois, no processo de prestação de serviço a insatisfação do colaborador pode transparecer, fazendo com que a atividade seja executada de maneira inadequada, resultando na insatisfação do usuário com o modo de como o serviço está sendo prestado (CARVALHO; PALADINI, 2005).

O momento de contato com o cliente deve ser considerado como fator primordial para obtenção da qualidade no serviço. Pois é através destes períodos que o usuário se relaciona com algum aspecto da organização e obtém uma impressão de seus serviços. Sendo assim, deve se empenhar o máximo para que essa experiência transcorra de modo a superar as expectativas do cliente e impressioná-lo positivamente (OLIVEIRA, 2004).

Ainda de acordo com os estudos do autor, não é fácil identificar valores para avaliação da qualidade, não só pelas características pertencentes em cada indivíduo, mas também porque, quando alguém se sente bem-sucedido ou relativamente sucedido na tentativa de possuir qualidade, descobre que as necessidades do consumidor são outras, que concorrentes entraram no mercado, que foram desenvolvidos novos materiais com os quais trabalhar. Além do mais, os clientes são diferentes e possuem necessidades e desejos distintos. Por isso, as organizações só podem atendê-los de maneira adequada naquilo que desejam se houver um entendimento de quais são os aspectos de desempenho a serem trabalhados para suprir suas expectativas (CARVALHO; PALADINI, 2005).

Donabedian (1990), pediatra armênio radicado nos Estados Unidos, foi pioneiro a pesquisar sobre a qualidade nos serviços de saúde. O autor estabeleceu sete atributos como pilares de sustentação que definem a qualidade em saúde, são eles: eficácia, efetividade, eficiência, otimização dos recursos, aceitabilidade, legitimidade e equidade. O quadro a seguir irá descrever cada um dos sete atributos citados.

<b>Pilares</b>	<b>Descrição</b>
Eficácia	Capacidade de contribuir para produzir melhorias, o mais adequado a ser feito nas melhores condições, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.
Efetividade	O melhor possível nas condições existentes, o grau em que o cuidado atinge o patamar de melhoria da saúde.
Eficiência	O melhor resultado a um menor custo, de qual modo que se duas estratégias são igualmente eficazes, a melhor será a de custo menor.
Otimização dos recursos	A melhor relação entre custo/benefício na assistência à saúde, onde o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescido, que tais adições não são rentáveis.
Aceitabilidade	A adaptação dos cuidados de saúde aos desejos, expectativas e valores do paciente e de seus familiares. Incorpora os elementos já mencionados anteriormente como: acessibilidade, efetividade, eficiência e otimização. Trata da relação do profissional da saúde com o paciente.
Legitimidade	De que forma os cuidados propostos são aceitos pela sociedade. Como o cuidado é visto pelos indivíduos e pelos médicos que consideram como o melhor.
Equidade	Princípio pelo qual se julga o que é justo ou razoável na distribuição dos cuidados à saúde e de seus benefícios entre os membros de uma população. Busca equacionar um cuidado aceitável no plano individual e legítimo para a sociedade. Igualdade na distribuição do cuidado e seus efeitos sobre a saúde.

**Quadro 2.3: Os sete pilares da qualidade.**

Fonte: Adaptado de Donabedian (1990, p. 1115).

Segundo Vuori (1991), também fazem parte dos atributos: acessibilidade, adequação e qualidade técnico-científica. D’Innocenzo, Adami e Cunha (2006) acreditam que a criação de indicadores é bastante importante para as organizações avaliarem a qualidade do serviço prestado, pois proporciona uma medida e permite o monitoramento e a identificação de oportunidades de melhoria e de mudanças favoráveis para o seu alcance a um custo razoável.

Existem alguns atributos que podem ser vistos de certa forma como requisitos essenciais para que a organização consiga proporcionar um serviço de qualidade (LAS CASAS, 2008). Essas particularidades são caracterizadas como dimensões da qualidade, podemos considerar como dimensões importantes as necessidades do cliente. Por meio delas, pode-se gerar uma lista de aspectos de desempenho que ajude a organização a focar seus esforços (CARVALHO; PALADINI, 2005). O quadro a seguir apresenta algumas das dimensões da qualidade mais pertinentes no setor de serviços.

<b>Dimensões</b>
<b>Tangíveis:</b> aparência das facilidades físicas, equipamentos, pessoal e comunicação material.
<b>Atendimento:</b> nível de atenção dos funcionários no contato com os clientes.
<b>Confiabilidade:</b> habilidade em realizar o serviço prometido de forma confiável e acurada.
<b>Resposta:</b> vontade de ajudar o cliente e fornecer serviços rápidos.
<b>Competência:</b> possuir a necessária habilidade e conhecimento para efetuar o serviço.
<b>Consistência:</b> grau de ausência de variabilidades entre a especificação e o serviço prestado.
<b>Cortesia:</b> respeito, consideração, e afetividade no contato pessoal.
<b>Credibilidade:</b> honestidade, tradição, confiança no serviço.
<b>Segurança:</b> inexistência de perigo, risco ou dúvida.
<b>Acesso:</b> proximidade e contato fácil.
<b>Comunicação:</b> manter o cliente informado em uma linguagem que ele entenda.
<b>Conveniência:</b> proximidade e disponibilidade a qualquer tempo dos benefícios entregues pelos serviços.
<b>Velocidade:</b> rapidez para iniciar e executar o atendimento/serviço.
<b>Flexibilidade:</b> capacidade de alterar o serviço prestado ao cliente.
<b>Entender o cliente:</b> fazer o esforço de conhecer o cliente e suas necessidades.

**Quadro 2.4: Principais dimensões da qualidade na prestação de serviços.**

Fonte: Carvalho; Paladini (2005, p. 344-345).

Assim, para avaliar a qualidade nos serviços de saúde é necessário levar em consideração uma série de fatores, monitorar indicadores e responder às seguintes questões: onde, com o quê, como, o quê, quando, e por que as empresas estão fazendo algo, e isto implica no interesse de se obter qualidade (D'INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006).

Ainda no que concerne as dimensões e ferramentas para identificar a qualidade no setor de serviços, nas últimas décadas, desenvolveram-se diversos modelos considerando o cliente como foco principal destas avaliações, dentre os quais se destaca a escala SERVQUAL elaborada por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988). A escala é baseada em cinco principais dimensões que os clientes utilizam para julgar a qualidade de um serviço, são eles: confiabilidade, aspectos tangíveis, sensibilidade, segurança e empatia. O quadro a seguir apresentará as cinco dimensões.

Dimensões
<b>Tangíveis:</b> a aparência das instalações físicas, equipamentos e aparência pessoal.
<b>Confiabilidade:</b> a capacidade em executar o serviço conforme prometido de modo confiável e preciso.
<b>Responsividade:</b> disposição em ajudar os clientes e prestar-lhe o serviço prontamente.
<b>Segurança:</b> o conhecimento e cortesia dos funcionários e suas habilidades em transmitir confiança e segurança.
<b>Empatia:</b> o fornecimento de cuidados e atenção individualizada aos clientes.

**Quadro 2.5: As cinco dimensões da escala SERVQUAL.**

Fonte: Parasuraman; Zethaml; Berry (1988, p. 23).

As duas últimas dimensões (segurança e empatia) contêm características que representam outras sete (comunicação, credibilidade, segurança, competência, cortesia, conhecimento e acesso). Portanto, apesar da escala SERVQUAL possuir cinco dimensões distintas, elas capturam a essência das dez dimensões conceituadas originalmente. A SERVQUAL é composta de vários itens que objetivam medir as cinco dimensões principais da qualidade em serviços, tanto com relação às expectativas, como à percepção. Cada item é avaliado em uma escala de sete pontos, variando de “*Concordo plenamente*” (7) a “*Discordo totalmente*” (1), não existem definições para os demais pontos, apenas para os extremos (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988).

A ideia da escala SERVQUAL é a de comparar o desempenho das empresas prestadoras de serviço em relação às expectativas dos clientes através de um questionário como instrumento para aplicação (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988). Deste modo, pode-se distinguir três etapas na aplicação da ferramenta: na primeira são avaliadas as expectativas do cliente, a segunda são avaliadas as percepções, e a última etapa consiste em fazer uma comparação entre os dois grupos de resultados para obter a qualidade do serviço (CABRAL, 2007).

A seção seguinte contempla aspectos sobre a satisfação do consumidor, assim como as três principais correntes científicas sobre satisfação. Abordará também algumas definições sobre o conceito de satisfação, de acordo com a teoria de vários autores, e quais são os níveis de expectativas dos clientes.

## 2.3 SATISFAÇÃO DO CONSUMIDOR

Historicamente, a satisfação do cliente sempre foi um tema importante para as organizações. Todavia, com o avanço da globalização e o aumento da competitividade, ela tornou-se primordial e passou a ser perseguida como forma de garantir a sobrevivência e o sucesso no mercado (MELO, 2003).

Para Milan e Trez (2005), pesquisar a respeito da satisfação dos clientes é uma tarefa fundamental para a gestão das instituições. O seu entendimento pode proporcionar uma avaliação acerca do desempenho das empresas sob a perspectiva do cliente, indicando decisões, tanto estratégicas quanto operacionais, que venham a influenciar o nível de qualidade dos serviços prestados.

Marchetti e Prado (2001) acreditam que satisfazer as necessidades do consumidor tornou-se um dos objetivos centrais das organizações. Em um mundo onde a concorrência é grande e o consumidor está mais informado e exigente, a avaliação da satisfação proporciona excelentes benefícios como forma de realimentar e controlar o esforço de uma empresa sob o ponto de vista de seus clientes.

Levando em consideração que existem diversas opiniões acerca da satisfação do consumidor, na próxima seção serão apresentadas três correntes científicas que relatam pontos de vistas distintos sobre o tema, a saber: as teorias econômica, behaviorista e cognitiva.

### **2.3.1 Correntes científicas sobre a satisfação do consumidor**

Durante o século XX, foram desenvolvidos diversos estudos sobre satisfação do consumidor suscitando em diferentes correntes científicas e pontos de vista distintos, entre as principais correntes estão às teorias econômica, behaviorista e cognitiva.

### 2.3.1.1 A teoria econômica

Os economistas foram os primeiros a abordar o tema da satisfação de clientes, que data do início do século XX (ARAÚJO; SILVA, 2003). Segundo Chauvel (1999), a teoria econômica pressupõe que toda compra envolve uma escolha que busque sua maximização. Para Araújo e Silva (2003), o ser humano é definido como racional, lógico, e analista. Desta forma, o indivíduo distribui seus gastos de modo a obter o maior retorno possível, ou seja, a origem que norteia as escolhas do consumidor é a busca de maximização da utilidade.

Na mesma linha de raciocínio, Giglio (2002) pontua que o consumo é ditado a partir de escolhas racionais sobre a disponibilidade dos serviços e recursos necessários. Para o autor, o homem possui desejos infinitos, porém limitadas possibilidades de satisfazê-los. Todavia, desejar um produto ou serviço intensamente faz com que este seja mais valorizado ao ser conquistado.

De acordo com esta perspectiva, o consumidor distribui seus recursos limitados de modo a obter o maior retorno possível. A partir desta linha de raciocínio, a satisfação resulta de um processo racional que tem como objetivo equacionar, da melhor maneira possível, a renda disponível e o preço dos bens ou serviços adquiridos.

As críticas a esse modelo são inúmeras, basicamente elas apontam o fato de que a análise se restringe a dois fatores de ordem econômica: preço e renda. Em suma, o modelo é acusado de tentar explicar como o consumidor deveria se comportar e não explica efetivamente como ele se comporta (CHAUVEL, 1999). Além disso, a teoria privilegia características do produto ou serviço prestado e não as características dos consumidores, que são subjetivas e têm disposição ao risco (GIGLIO, 2002).

### 2.3.1.2 A teoria behaviorista

A partir da década de 1950 a psicologia traz sua contribuição com a escola de behaviorismo, que foi a propulsora na área de comportamento do consumidor (ARAÚJO; SILVA, 2003). Para Chauvel (2000), a psicologia foi introduzida para considerar o

comportamento humano, percebido não mais do ponto de vista econômico e sim da dinâmica do indivíduo.

Um dos membros da escola behaviorista, Skinner, desenvolveu um esquema denominado E-R, o homem assim como os demais animais, através de um determinado estímulo (E) produziria uma resposta (R) adequada, para cada tipo de situação (ARAÚJO; SILVA, 2003). Segundo Giglio (2002), o comportamento das pessoas é condicionado por meio dos estímulos reforçadores. Ou seja, através da repetição da mesma resposta em ocasiões similares o sujeito estabelece hábitos de como se portar diante de tal situação e os padroniza. Em outras palavras, o ser humano desenvolve rotinas periódicas que fazem parte do seu dia-a-dia, o que torna suas ações previsíveis.

Partindo do pressuposto de Solomon (2002), a teoria supõe que o aprendizado, bem como o consumo, ocorre como resultado de respostas a fatores externos. Assim, as pessoas recebem estímulos durante toda a vida e desenvolvem comportamentos e escolhas como resposta aos estímulos recebidos. Destarte, esta corrente científica acredita que o homem é moldado pelo ambiente, os estímulos, recompensas e punições propiciados pelo meio constroem o seu comportamento, independente de qualquer processo, racional ou não (CHAUVEL, 1999).

Para Chauvel (2000), o ser humano é uma página em branco que é preenchida ao longo do seu desenvolvimento, através das interações com o ambiente. Os estímulos oferecidos resultam em respostas que, por sua vez, serão recompensadas ou punidas, reforçando ou extinguindo determinados comportamentos. Consequentemente, o indivíduo aprende a repetir certos atos, enquanto desaprende outros, moldando aos poucos um conjunto de comportamentos que somados constituem uma espécie de repertório frente ao mundo.

Através dos estudos de Araújo e Silva (2003), a teoria behaviorista trabalha unicamente com aspectos registráveis e observáveis, isto é, com os instintos fornecidos pelo ambiente e suas respostas comportamentais. Tal visão resulta numa concepção direcionada ao reforço, que seria o resultado obtido em decorrência de determinada transação. A obtenção do reforço levará à repetição do comportamento em busca de novas recompensas e, portanto, a tão almejada lealdade do consumidor.

Os behavioristas reduziram os variados agrupamentos humanos assim como suas regras e comportamentos a um modelo simples, pois se apoia nos fatos e no fundamento

lógico (GIGLIO, 2002). A teoria substitui o homem racional proposto pela teoria econômica, por um indivíduo moldado pelo ambiente no qual ele se expõe. O consumidor talvez não tenha consciência do que está fazendo (sua lógica é irracional), mas a ciência pode descobrir porque ele decide optar por esse ou aquele produto ou serviço e identificar aquilo que o satisfaz (CHAUVEL, 1999).

### 2.3.1.3 A teoria cognitiva

A terceira corrente que trata sobre satisfação do consumidor é a teoria cognitiva. Solomon (2002) explica que ao contrário do que defendia a teoria behaviorista, a teoria cognitiva enfatiza a importância dos processos mentais e internos, ou seja, vê as pessoas como indivíduos que solucionam problemas e que utilizam as informações do ambiente em sua volta para dominar seu ambiente e suas escolhas. A teoria acredita que entre o estímulo e sua resposta existem elementos duvidosos, característicos das pessoas que as auxiliam no processo de tomada de decisão. Os estudiosos da área sempre recusaram a ideia de que a satisfação dos clientes é limitada a uma reprodução de um comportamento (ARAÚJO; SILVA, 2003).

Para Chauvel (1999), o ser humano ao longo de sua existência constrói aprendizados e atitudes que orientam suas respostas a determinados estímulos. Deste modo a satisfação não se limita à obtenção do reforço, ela é o resultado da comparação entre aspectos internos e pré-existentes com os elementos resultantes da transação. Em outras palavras, a satisfação é o resultado do confronto de uma referência interna (intangível) com os benefícios ou prejuízos propiciados por determinada transação. Levitt (1990) define que a satisfação do consumidor é para as empresas o único meio de conseguir e manter clientes. Constitui, portanto, um objetivo imprescindível para as organizações.

Para melhor entendimento do conceito, a próxima seção terá como objetivo principal relatar as principais definições de satisfação desenvolvidas ao longo dos anos.

### 2.3.2 O conceito de satisfação

A satisfação relacionada à prestação de serviços é definida por Linder (1982) como sendo a expressão de uma atitude, e é definida como avaliações positivas do indivíduo acerca de dimensões distintas do serviço prestado. A definição descrita pelo autor recai na teoria sócio-psicológica de que a satisfação é a expressão de uma atitude. Assim, ela é definida como avaliações positivas do indivíduo acerca de dimensões distintas do serviço de saúde.

Kotler (1991) define a satisfação como sendo um nível de sentimento do indivíduo, resultante da comparação do desempenho (ou resultado) de um produto ou serviço em relação a suas expectativas. Já para Oliver (1997) a satisfação é uma resposta imediata ao consumo. Para Franco e Campos (1998), a satisfação dos usuários de serviços de saúde vem sendo cada vez mais enfocada como um indicador da qualidade de atenção. De acordo com Donabedian (1988), na assistência à saúde, três componentes são considerados importantes para a satisfação do cliente: atenção técnica, relação interpessoal e ambiente físico.

Na mesma linha de pensamento que Kotler (1991) e Oliver (1997), Chauvel (1999, p. 5) define satisfação da seguinte forma: “A satisfação é uma avaliação (um julgamento), efetuada *a posteriori* relativa à determinada transação”. Corrêa e Caon (2002) afirmam que a satisfação é o resultado da comparação entre as expectativas e as percepções do cliente sobre o serviço, sendo assim um conceito subjetivo. Para os autores a satisfação depende do alinhamento entre o que a empresa vende e o que o cliente compra.

A maioria dos estudos apoia o princípio de que a satisfação decorre do atendimento das expectativas e necessidades dos clientes. Dentre os conceitos de satisfação do cliente, um dos mais simples define a satisfação como o resultado de uma experiência de consumo (PRADO, 2002).

Para Levitt (1990), tão importante quanto criar e entregar valor aos clientes é lembrá-los regularmente do que estão recebendo ou receberam, reforçando a percepção dos benefícios e conseqüentemente da satisfação proporcionada. No presente estudo será utilizada a definição desenvolvida por Chauvel (1999), onde a satisfação é advinda de uma avaliação efetuada pelo cliente sobre determinada transação. De acordo com a autora, o resultado desse processo comparativo pode ser positivo, negativo ou neutro, gerando assim satisfação ou insatisfação.

Para Chauvel (1999), o termo “avaliação” pressupõe a existência de um parâmetro. Sendo assim, os seguintes fatores são comparados:

- As expectativas anteriores, isto é, suas crenças sobre o desempenho do produto ou serviço antes de sua aquisição.
- Equiparam as normas baseadas em suas experiências. “Essas normas são o reflexo de um compromisso entre as necessidades e desejos do consumidor e aquilo que ele julga possível em função de suas experiências anteriores” (EVRARD, 1995, p. 9).
- Comparam a razão custo benefício da transação e o valor desta razão para o vendedor.
- Relacionam os desejos e os valores. Neste caso, os objetivos do cliente fazem parte da referência utilizada como termo de comparação.

No contexto brasileiro, a satisfação do paciente com a assistência recebida nos serviços de saúde também pode ser influenciada pelas características sociodemográficas (MENDONÇA; GUERRA; DIÓGENES, 2006).

Na próxima seção serão abordados quais são os níveis de expectativa dos consumidores sobre a satisfação com o serviço prestado.

### **2.3.3 Níveis de expectativa dos consumidores**

A satisfação das necessidades do cliente está diretamente relacionada com a qualidade do produto ou serviço prestado (PIVA, 2007). Reichheld (2006) acredita que uma empresa obtém um balanço positivo quando consegue encantar o cliente a tal ponto que eles voltam por vontade própria para comprar e indicá-la para outras pessoas.

De acordo com os estudos de Berry e Parasuraman (1995) os clientes possuem dois níveis de expectativas: uma desejada e a outra adequada. O nível de serviço desejado é uma mistura entre o que o cliente acredita que pode ser realizado com o que deveria ser. Entre os dois níveis, há uma zona de tolerância que o cliente aceita como sendo satisfatória. Quando o desempenho fica abaixo da zona de aceitação, o resultado gera frustração do cliente. Um desempenho acima da zona de tolerância resultará em uma surpresa agradável no cliente, reforçando sua confiabilidade.

Para que o cliente realize uma recomendação positiva da organização ele deve acreditar que a empresa oferece valor superior ao preço, qualidade, funcionalidade, facilidade de uso e valores praticados. Além disso, o cliente precisa se sentir bem com o relacionamento da empresa, e acreditar que ela o conhece, entende, escuta e valoriza seus princípios (PIVA, 2007).

As empresas de assistência médica dependem muito do trabalho de profissionais altamente qualificados, pois grande parte de sua capacidade de prestação dos serviços desejados por seus clientes reside da cabeça dos indivíduos (PIVA, 2007). Deste modo, para um provedor de serviço a experiência do cliente é iniciada quando ele toma conhecimento de suas ofertas e chega até a compra, suporte técnico, cobrança entre outros. Se qualquer uma dessas etapas for insatisfatória há poucas chances do cliente tornar-se um promotor (REICHHELD, 2006).

A seção seguinte contempla as características, bem como as modalidades das operadoras de planos de saúde atuantes no país.

## 2.4 BREVE CARACTERIZAÇÃO DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

O mercado de planos de saúde é caracterizado pela atuação das seguradoras de saúde, das empresas de medicina de grupo, das cooperativas médicas e das entidades de autogestão (OCKE-REIS; ANDREAZZI; SILVEIRA, 2006).

De acordo com o glossário temático de saúde suplementar, elaborado pelo Ministério da Saúde, em conjunto com a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, entende-se como operadora de plano privado de assistência à saúde a pessoa jurídica constituída sob a modalidade empresarial, associação, fundação, cooperativa ou entidade de autogestão, registrada obrigatoriamente na ANS, que administra ou comercializa planos privados de assistência à saúde (BRASIL, 2012).

Por possuir características distintas, as operadoras de planos privados de assistência à saúde são separadas por modalidades. A próxima seção irá apresentar quais as principais características de cada modalidade e também o que as distinguem uma das outras.

### 2.4.1 Modalidade das operadoras

As operadoras de planos de saúde são classificadas de acordo com suas características e divididas por modalidades, são elas: Administradora de benefícios; Autogestão; Cooperativa médica; Filantropia; Medicina de Grupo; Seguradora especializada em saúde; Cooperativa odontológica; Odontologia de grupo (BRASIL, 2012).

Com o intuito de explicar quais as principais características de cada operadora de plano de saúde e quais são os atributos que as diferenciam foi elaborado o quadro 2.6.

Modalidade	Definição	Principais Características
Administradora de benefícios	Pessoa jurídica que propõe a contratação de um plano privado na condição de estipulante ou que presta serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados coletivos, previstas em regulamentação específica da ANS.	- Empresa especializada na viabilização e administração de benefícios coletivos; - É o intermédio entre a operadora e os clientes.
Autogestão	Entidade que administra serviços de assistência à saúde ou empresa que se responsabiliza pelo plano destinado, exclusivamente, a oferecer cobertura aos colaboradores ativos de uma ou mais empresas, associados pertencentes a uma determinada categoria profissional, aposentados, pensionistas ou ex- colaboradores, bem como seus dependentes legais. Podem ser classificadas em autogestão por recursos humanos, autogestão com mantenedor e autogestão sem mantenedor.	- Não há custos para comercialização; - Maior conhecimento dos riscos; -Administra apenas planos coletivos.
Cooperativa médica	Operadora que se constitui na forma de associação de pessoas sem fins lucrativos, nos termos da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, formada por médicos e que comercializam ou operam planos de assistência à saúde.	- Podem possuir rede própria para a prestação dos serviços.
Filantropia	Modalidade na qual é classificada a operadora que se constitui em entidade sem fins lucrativos, que opera planos de saúde devidamente certificada na entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social.	- Podem possuir rede própria para a prestação dos serviços.
Medicina de grupo	Constitui em sociedade que comercializa e opera planos de saúde, exceto as classificadas nas demais modalidades.	- Podem possuir rede própria para a prestação dos serviços. - Podem vender serviços para outra operadora.
Seguradora especializada em saúde	Empresa constituída em sociedade seguradora com fins lucrativos que comercializa seguros de saúde e obrigatoriamente oferece o reembolso das despesas médico-hospitalares ou odontológicas, ou que comercializa ou opera seguro contendo a garantia de assistência à saúde, estando sujeita ao disposto na Lei nº 10.185, de 12 de fevereiro de 2001, sendo	- Facilidade ao capital financeiro; - Possuem maior conhecimento sobre sua carteira de beneficiários; - Não podem possuir rede própria para prestação dos serviços.

	vedada a operação em outros ramos de seguro.	
Cooperativa odontológica	Modalidade de operadora constituída por uma associação de pessoas sem fins lucrativos nos termos da Lei nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, composta por odontólogos e que comercializa e opera planos de assistência à saúde exclusivamente odontológicos.	- Podem possuir rede própria para a prestação dos serviços; -Comercializa apenas planos odontológicos; - Podem vender serviços para outra operadora.
Odontologia de grupo	Sociedade que comercializa ou administra planos exclusivamente odontológicos.	- Podem possuir rede própria para a prestação dos serviços; -Comercializa apenas planos odontológicos; - Podem vender serviços para outra operadora.

**Quadro 2.6: Definição das operadoras por modalidade e suas principais características.**

Fonte: Brasil (2012); Andreazzi (2002).

Observa-se que duas das modalidades são operadoras exclusivamente odontológicas, sendo as outras, exceto as Administradoras de benefícios e as Autogestões que apenas administram os planos de saúde, definidas como Operadoras Médico-Hospitalares, que podem ofertar tanto planos médicos quanto planos odontológicos (SOUZA, 2014).

Atualmente, entre as modalidades de operadoras de planos de saúde duas delas (administradora de benefícios e autogestão) podem apenas exercer atividades exclusivamente para planos coletivos. Já as demais modalidades podem ofertar tanto planos médicos quanto odontológicos, bem como planos individuais e coletivos (SOUZA, 2014).

No presente estudo foi escolhida, como foco principal, a modalidade de cooperativas médicas, uma vez que a empresa elegida para análise faz parte do grupo de cooperativas médicas atuantes na venda de planos de saúde e planos odontológicos no Brasil. No capítulo reservado para a análise dos dados, serão apresentados alguns dados importantes relativos ao atual momento do setor.

O capítulo seguinte aborda os procedimentos metodológicos utilizados no estudo. Os assuntos abordados serão os seguintes: tipo de pesquisa, coleta de dados e tratamento de dados.

### **3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

Este capítulo apresentará quais os métodos utilizados para investigar o fenômeno estudado. Neste sentido, eles irão auxiliar a pesquisa no que tange responder ao problema proposto. De maneira sucinta, o capítulo abordará qual o tipo de pesquisa utilizado para investigar o fenômeno, bem como as estratégias utilizadas para coleta e análise dos dados.

#### **3.1 CONSIDERAÇÕES ACERCA DA PESQUISA**

O atual estudo classifica-se como uma pesquisa qualitativa básica (MERRIAN, 2002), de caráter exploratório, visto que o tema abordado é pouco trabalhado. Ou seja, são poucos os estudos que se dispõem a analisar quais os fatores críticos quanto à qualidade dos serviços prestados por operadoras de planos de saúde.

Para Arker, Kumar e Day (2010) a pesquisa exploratória é aplicada quando normalmente existe pouco conhecimento daquilo que se pretende conseguir. Os métodos utilizados são flexíveis, não estruturados e qualitativos. Para os autores, os métodos utilizados na pesquisa exploratória, em geral, são flexíveis porque o pesquisador pode iniciar o seu estudo sem concepções pré-estabelecidas sobre aquilo que será encontrado. A falta de uma estrutura rígida permite que se investiguem ideias e indícios diferentes sobre a situação e por fim, utilizam-se dados qualitativos para conhecer melhor aspectos que não podem ser observados e medidos diretamente.

Na seção seguinte o leitor irá conhecer qual o método utilizado para realização da coleta de dados.

#### **3.2 COLETA DE DADOS**

Para obtenção das respostas ao problema de pesquisa o estudo irá trabalhar com dados secundários. Segundo Arker, Kumar e Day (2010) os dados secundários são aqueles

coletados por pessoas, instituições ou agências com objetivos distintos que o proposto para análise e resolução do problema específico do estudo.

A primeira coleta realizada visou identificar os dados de interesse para o presente estudo e que possibilitassem apresentar o atual cenário das operadoras de planos de saúde no país. Foram filtrados através dos periódicos publicados pela ANS e também por meio de sua página eletrônica, dados que permitissem a caracterização das operadoras de planos de saúde. Para apresentar o atual cenário das operadoras, foram utilizados dados secundários. Estes coletados no site da ANS e em periódicos também publicados pela instituição. A ANS só disponibiliza dados quantitativos para consulta, os tipos de problemas mais relatados pelos clientes não são disponibilizados, tampouco a descrição de suas reclamações. Por isso, a necessidade de utilizarmos outra fonte de reclamações para obter detalhes de quais são os problemas geradores de demandas e possivelmente de insatisfação à cooperativa.

No presente estudo foi escolhida, como foco principal, a modalidade de cooperativas médicas, uma vez que a empresa elegida para análise faz parte do grupo de cooperativas médicas atuantes na venda de planos de saúde e planos odontológicos no Brasil. Segundo dados da ANS (2015), a Unimed Norte/Nordeste foi a operadora de planos de saúde que mais recebeu reclamações durante o mês de fevereiro de 2015, sendo a segunda colocada em número de reclamações dos últimos seis meses (2.568 reclamações), perdendo apenas para a Unimed-Rio Cooperativa de Trabalho Médico do Rio de Janeiro (3.986 reclamações), por este motivo que a escolhemos para análise.

Ainda com o intuito de responder ao problema de pesquisa, a segunda coleta objetivou identificar, de modo qualitativo o *corpus* da pesquisa. De acordo com Aaker, Kumar e Day (2010), a pesquisa qualitativa visa descobrir o que o consumidor tem em mente. Os dados são coletados para se conhecer melhor alguns aspectos que não podem ser observados e medidos diretamente, sejam eles sentimentos, pensamentos, intenções ou comportamentos.

Já para identificar os fatores críticos relativos à qualidade e satisfação dos clientes e identificar os fatores para uma performance ideal das operadoras de planos de saúde, foram coletadas reclamações dos usuários da Unimed Norte/Nordeste por meio do site ReclameAqui.com. Trata-se de uma ferramenta bastante utilizada pelos consumidores, na internet, para relatar reclamações e realizar buscas de informações acerca de serviços e

organizações antes da realização de alguma troca comercial. O site atua há 13 anos como canal de comunicação entre consumidores e empresas de todo o país.

O ReclameAqui.com é um site que atua como intermediário entre os consumidores e as empresas e é muito importante para que o consumidor consiga resolver os seus problemas com as empresas. A postagem de reclamações no site ocorre de modo gratuito, basta apenas cadastrar-se no site. As empresas também podem dar suas respostas aos consumidores no ReclameAqui de forma totalmente gratuita (RECLAME AQUI, 2015a).

O ReclameAqui em parceria com a Revista Época, criaram um prêmio com a finalidade de incentivar as empresas a buscarem excelência no atendimento, ele aponta quais as empresas que melhor se relacionam com os clientes na hora de resolver problemas e atender reclamações. Para ser um finalista, a organização precisa ter sido avaliada pelos clientes como boa ou ótima ou ter ganhado um selo de qualidade do ReclameAqui durante seis meses consecutivos. Além disso, cada categoria tem uma nota de corte, que é a média das reclamações resolvidas (RECLAME AQUI, 2015b).

Após a etapa de identificação as empresas são divididas em categorias e submetidas à votação popular. Para votar, o consumidor precisa ser cadastrado no site, os votos também possuem pesos distintos. Se um consumidor reclamou de uma empresa e votar nela seu voto vale mais pontos do que aquele consumidor que nunca teve problemas com a organização. Finalizada a votação é iniciada a etapa de contagem, realizada pelo ReclameAqui. Após isso, a revista Época publica o “Guia das Melhores empresas do Consumidor”. Existem também duas premiações especiais que são “A Super Campeã” e “A equipe campeã de atendimento” (RECLAME AQUI, 2015b).

De acordo com Creswell (2010), existem dois pressupostos importantes quando se define estratégias quanto à coleta de dados, são eles: (1) os sujeitos devem possuir experiência vivida do fenômeno a ser estudado, ou seja, as reclamações são elaboradas por sujeitos que tiveram contato com os serviços oferecidos por uma operadora de plano de saúde; e (2) os sujeitos devem ter a capacidade de articular e externar, conscientemente, suas experiências acerca do vivido, nesse caso, as reclamações retiradas do reclameAqui.com são articulações textuais das experiências derivadas da relação entre os consumidores e as operadoras.

Os dados foram coletados durante os meses de março, abril e maio do presente ano. No entanto, as reclamações, são em termos temporais referentes a abril de 2014 até abril de

2015. Em relação ao *corpus* de pesquisa, que de acordo com Bauer e Gaskell (2002) trata-se de uma coleção finita de materiais que serão trabalhadas pelo pesquisador, ele é formado por 242 páginas de reclamações, estas resultaram em 426 reclamações dos clientes da Unimed Norte/Nordeste, extraídas do site ReclameAqui.com. O *corpus* também contempla as respostas da operadora de planos de saúde sobre os problemas relatados por seus clientes.

A próxima seção contempla informações sobre a análise dos dados coletados para responder ao problema de pesquisa.

### 3.3 ANÁLISE DOS DADOS

As reclamações dos clientes coletadas por meio do site ReclameAqui serão analisadas e organizadas através das principais dimensões da qualidade na prestação de serviços definidas por Parasuraman, Zethaml e Berry (1988), Donabedian (1990) e Carvalho e Paladini (2005), apresentadas no capítulo sobre fundamentação teórica.

A partir das dimensões elencadas pelos autores, realizou-se uma junção, aquelas que convergem, foram agrupadas em uma única dimensão. Afinal, mesmo que possuam nomes distintos elas tratam do mesmo assunto. Será por meio delas que se dará a análise dos dados coletados. O quadro a seguir apresenta a junção das dimensões utilizadas para realização da análise.

Dimensões	Descrição	Autor(es)
Tangíveis	Aparência das instalações físicas, equipamentos, pessoal e comunicação material.	Parasuraman; Zethaml; Berry (1988), Carvalho; Paladini (2005).
Confiabilidade	Capacidade de executar os serviços conforme prometido de modo confiável e preciso.	Parasuraman; Zethaml; Berry (1988), Carvalho; Paladini (2005).
Resposta	Disposição em ajudar o cliente e prestar-lhe o serviço de modo ágil.	Parasuraman; Zethaml; Berry (1988), Carvalho; Paladini (2005).
Segurança	Conhecimento e cortesia dos funcionários e suas habilidades em transmitir confiança e segurança. Essa dimensão contém características que representam outras sete: comunicação, credibilidade, competência, cortesia, conhecimento e acesso.	Parasuraman; Zethaml; Berry (1988), Carvalho; Paladini (2005).
Empatia	Fornecimento de cuidados e atenção individualizada aos clientes.	Parasuraman; Zethaml; Berry (1988),
Atendimento	Nível de atenção dos funcionários no contato com o cliente, honestidade, confiança e rapidez para iniciar e executar o atendimento.	<b>Carvalho; Paladini (2005).</b>

**Quadro 3.1: Dimensões da qualidade utilizadas para análise do *corpus* de pesquisa.**

Fonte: Adaptado de Parasuraman; Zethaml; Berry (1988, p. 23); Donabedian (1990, p. 1115); Carvalho; Paladini (2005, p. 344-345).

Para possibilitar o alcance dos objetivos, realizou-se uma Análise de Conteúdo. Bardin (1994) conceitua a análise de conteúdo como uma técnica de investigação que tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo do manifesto da comunicação. Minayo (2003) enfatiza que a análise de conteúdo visa verificar hipóteses e ou descobrir o que está por trás de cada conteúdo manifesto.

Deste modo, a análise de conteúdo visa não somente identificar o que está escrito nos relatos, o pesquisador faz inferências para interpretar as mensagens e atingir uma compreensão de seus significados em um nível que vai além de uma leitura comum (MORAES, 1999). O *corpus* relativo às reclamações foi organizado em um *software* de acordo com as categorias apresentadas no Quadro 3.1.

No capítulo seguinte serão apresentados os resultados do estudo. Nele estarão contidas as respostas ao problema de pesquisa e quais são os dados analisados que visam identificar o objetivo geral e os objetivos específicos do estudo.

## 4. ANÁLISE DOS DADOS

Este capítulo tem a finalidade de apresentar os dados obtidos por meio das pesquisas realizadas. Nele estão contidos dados sobre o atual cenário das operadoras de planos de saúde, análise das reclamações do *corpus* de pesquisa e análise das reclamações por tipo de dimensão.

### 4.1 PARTICIPAÇÃO NO MERCADO DAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

Diante dos dados apresentados, percebe-se que as dez primeiras operadoras de planos privados de assistência médico-hospitalar representam 35% do mercado, restando 65% para as 876 operadoras restantes de menor porte. Nos planos exclusivamente odontológicos, as dez maiores operadoras representam 61% do mercado, as 332 operadoras restantes dividem os outros 39% (ANS, 2014a).

Fragmentando os beneficiários por tipo de modalidade de cada operadora de plano de saúde têm-se os seguintes dados:

**Tabela 4.1: Beneficiários de planos de assistência médica por modalidade.**

Modalidade	Beneficiários de Assistência Médica	Participação no mercado %
Autogestão	5.548.763	11
Cooperativa Médica	19.467.059	38
Filantropia	1.204.900	2
Medicina de Grupo	17.007.503	33
Seguradora Especializada em Saúde	7.581.024	15
Total	50.809.249	100

Fonte: ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar – TABNET – Data Base – Dezembro/2014  
Site ANS/Perfil do Setor/Dados e Indicadores do setor.

Analisando a tabela 4.1, percebe-se que as cooperativas médicas, tipo de modalidade analisado no estudo, possuem maior quantidade de beneficiários em relação às outras operadoras de planos de saúde. Conseqüentemente, sua participação no mercado também é maior, cerca de 38% dos beneficiários de assistência médica possuem planos de saúde por

meio de cooperativas médicas. A medicina de grupo é a segunda modalidade que mais possui beneficiários vinculados, são cerca de 17.007.503, esse número representa 33% do mercado.

As cooperativas médicas cresceram 4,9% no período de 12 meses (setembro 2013 a setembro 2014). Em segundo lugar entre as modalidades está medicina de grupo, seu crescimento fora de 0,4% no período. O destaque fica com a modalidade seguradora que representa 15% do mercado e cresceu 7,9% nos últimos 12 meses (UNIMED DO BRASIL, 2014).

**Tabela 4.2: Beneficiários de planos exclusivamente odontológicos por modalidade.**

Modalidade	Beneficiários Exclusivamente Odontológicos	Participação no mercado %
Autogestão	63.745	0
Cooperativa Médica	417.003	2
Filantropia	114.358	1
Medicina de Grupo	3.625.635	17
Seguradora Especializada em Saúde	713.868	3
Cooperativa Odontológica	3.188.704	15
Odontologia de Grupo	13.287.046	62
<b>Total</b>	<b>21.410.359</b>	<b>100</b>

Fonte: ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar – TABNET – Data Base – Dezembro/2014.  
Site ANS/Perfil do Setor/Dados e Indicadores do setor.

De acordo com os dados apresentados na tabela 4.2, as odontologias de grupo possuem maior quantidade de beneficiários em relação às outras operadoras de planos exclusivamente odontológicos. Cerca de 62% dos beneficiários possuem planos exclusivamente odontológicos através das odontologias de grupo. A medicina de grupo é a segunda modalidade que mais possui beneficiários vinculados, são cerca de 3.625.635, esse número representa 17% do mercado. Já as cooperativas médicas, tipo de modalidade analisada no estudo, representam apenas 2% da população de beneficiários que possuem planos exclusivamente odontológicos.

No Brasil existem mais de mil operadoras de planos de saúde que possuem beneficiários ativos, elas estão espalhadas por todas as regiões do país. A ANS realiza o controle e quantificação de todas elas, a próxima seção irá apresentar mais dados acerca do tema.

#### 4.1.1 Quantitativo de operadoras de planos de saúde e de beneficiários

Segundo a ANS, até setembro de 2014 existiam 1.230 operadoras com beneficiários ativos, destas 886 são operadoras médico-hospitalares e 344 operadoras exclusivamente odontológicas. Há hoje no país 50,6 milhões de consumidores com planos de assistência médica e 21,3 milhões com planos exclusivamente odontológicos. Percebe-se que a maioria dos beneficiários está vinculada a planos coletivos empresariais regulamentados pela lei nº 9.656/1998.

As tabelas 4.3 e 4.4 irão detalhar a quantidade de beneficiários de planos privados de assistência à saúde por tipo de plano e contratação. Para maior clareza, as informações estarão dispostas de acordo com cada região existente no país.

O termo “beneficiário” relatado na tabela refere-se a vínculos aos planos de saúde, podendo incluir vários vínculos para o mesmo indivíduo. Entende-se como plano novo os planos comercializados a partir de 2 de janeiro de 1999. Plano antigo refere-se aos planos privado de assistência à saúde comercializados antes da vigência da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998.

**Tabela 4.3: Beneficiários de planos privados de assistência médica por época e tipo de contratação do plano, segundo grandes Regiões.**

Grandes Regiões	Total	Novos		Antigos		
		Coletivo	Individual	Coletivo	Individual	Não Informado
<b>Brasil</b>	50.619.350	36.263.246	8.569.477	4.066.870	1.321.652	398.105
<b>Norte</b>	1.957.053	1.271.607	459.913	178.298	22.594	24.641
<b>Nordeste</b>	6.758.592	4.296.444	1.604.037	556.461	240.966	60.684
<b>Sudeste</b>	31.792.585	23.351.635	4.980.200	2.370.866	841.724	248.160
<b>Sul</b>	7.064.942	5.039.903	1.139.714	656.591	178.031	50.703
<b>Centro-Oeste</b>	3.036.143	2.296.823	385.562	301.525	38.316	13.917
<b>Exterior</b>	6	-	-	1	5	-
<b>UF não identificada</b>	10.029	6.834	51	3.128	16	-

Fonte: Caderno de Saúde Suplementar, ANS (2014a, p. 19).

A Unimed Norte-Nordeste, empresa estudada, está localizada na região Nordeste e possui sede administrativa na cidade de João Pessoa – PB. Através dos dados apresentados na tabela 4.3, percebe-se que a região nordeste é classificada em números como 3ª região do país

que possui mais beneficiários vinculados a algum plano privado de assistência médica. A região Sudeste é a que mais possui indivíduos com planos de saúde, seguida pela região sul, segunda região a possuir mais beneficiários de planos privados de assistência médica.

**Tabela 4.4: Beneficiários de planos privados exclusivamente odontológicos por época e tipo de contratação do plano, segundo grandes Regiões.**

Grandes Regiões	Total	Novos		Antigos		
		Coletivo	Individual	Coletivo	Individual	Não Informado
<b>Brasil</b>	21.256.657	16.927.266	3.860.169	380.851	12.799	75.572
<b>Norte</b>	1.017.330	646.940	353.548	12.069	374	4.399
<b>Nordeste</b>	4.120.593	2.665.912	1.391.714	46.087	4.021	12.859
<b>Sudeste</b>	12.313.629	10.305.291	1.718.159	229.759	7.452	52.968
<b>Sul</b>	2.205.737	1.892.224	233.420	76.545	433	3.115
<b>Centro-Oeste</b>	1.599.207	1.416.814	163.252	16.391	519	2.231
<b>Exterior</b>	-	-	-	-	-	-
<b>UF não identificada</b>	161	85	76	-	-	-

Fonte: Caderno de Saúde Suplementar, ANS (2014a, p. 20).

Já em relação aos planos privados exclusivamente odontológicos, a região Nordeste é a 2ª a possuir mais beneficiários, perdendo apenas para o Sudeste. São 4.120.593 beneficiários, tanto de planos individuais quanto de planos coletivos, que possuem algum tipo de plano odontológico na região Nordeste, quantitativo este que representa 19% da população brasileira que contratou algum tipo de plano privado exclusivamente odontológico.

Menos da metade da população brasileira possui algum tipo de plano de saúde, seja ele médico ou exclusivamente odontológico. A taxa de cobertura assistencial é o índice que mede o percentual de indivíduos que são cobertos pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde. Segundo a ANS (2014a), até o terceiro trimestre de 2014 26,1% da população tem planos de assistência médica com ou sem odontologia e de 11% tem planos exclusivamente odontológicos.

Os planos de assistência médico-hospitalar garantem a prestação de serviços à saúde que compreendem os procedimentos clínicos, cirúrgicos, obstétricos, odontológicos e

atendimentos de urgência e emergência determinadas no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e no contrato de adesão. Já os planos exclusivamente odontológicos garantem a cobertura de procedimentos realizados em ambiente ambulatorial que estejam determinados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e em contrato de adesão (BRASIL, 2012).

A tabela 4.5 apresenta a taxa de cobertura assistencial por regiões e por tipo de plano.

**Tabela 4.5: Taxa de cobertura assistencial do plano e localização, segundo grandes Regiões.**

Grandes Regiões	Assistência médica com ou sem odontologia				Exclusivamente odontológico			
	Região (%)	Capital (%)	Região Metropolitana (%)	Interior (%)	Região (%)	Capital (%)	Região Metropolitana (%)	Interior (%)
<b>Brasil</b>	26,1	45,3	39,4	20,1	11,0	21,8	19,0	7,6
<b>Norte</b>	12,0	27,0	25,9	5,3	6,2	15,6	16,4	2,1
<b>Nordeste</b>	12,5	34,4	28,1	6,5	7,6	20,9	18,0	3,9
<b>Sudeste</b>	39,0	57,5	48,3	32,7	15,1	23,1	20,2	12,4
<b>Sul</b>	25,5	53,1	39,5	21,3	8,0	25,1	17,2	5,4
<b>Centro-Oeste</b>	21,0	33,8	27,6	13,5	11,1	22,2	18,9	4,6

Fonte: Caderno de Saúde Suplementar, ANS (2014a, p. 24).

Percebe-se que a região norte possui a menor taxa de cobertura assistencial, ou seja, apenas 12% da população é acobertada por algum tipo de plano de saúde com assistência médica. O Nordeste também possui um dos menores índices de cobertura assistencial, somente 12,5% da população possui algum tipo de plano de saúde com assistência médica. A região que possui a maior taxa de cobertura assistencial é a Sudeste, com 39% da população possuindo planos de saúde de assistência médica.

As operadoras de planos privados de assistência à saúde são divididas de acordo com a quantidade de usuários e conseqüentemente por tipo de porte (pequeno, médio e grande). Na próxima seção serão apresentados os requisitos que as classificam de acordo com a quantidade de beneficiários e quais são as maiores empresas operadoras de planos de saúde atuantes do país.

#### 4.1.2 Porte das operadoras de planos de saúde

Para facilitar a apresentação e acompanhamento dos dados, as operadoras de planos de assistência à saúde são divididas por tipo de porte, ou seja, pela quantidade de beneficiários vinculados à operadora. São consideradas de pequeno porte aquelas que possuem até 20 mil beneficiários. As operadoras de médio porte possuem entre 20 mil e 100 mil beneficiários, já para ser caracterizada como uma operadora de grande porte a empresa deve conter mais de 100 mil clientes (ANS, 2015d).

As tabelas 4.6 e 4.7 irão apresentar as dez maiores operadoras de planos de assistência médica com ou sem odontologia e das operadoras que possuem planos exclusivamente odontológicos.

**Tabela 4.6: As dez maiores operadoras de planos privados de assistência médica.**

Operadora	Modalidade					Participação no mercado %
	Autogestão	Cooperativa Médica	Filantropia	Medicina de Grupo	Seguradora especializada em saúde	
Bradesco Saúde S/A	0	0	0	0	4.090.572	8
Amil	0	0	3.261.640	0	0	6
Hapvida	0	0	1.987.933	0	0	4
Sul América	0	0	0	0	1.689.342	3
Central Nacional Unimed –	0	1.585.032	0	0	0	3
Intermédica Sistema de Saúde S/A	0	0	0	1.349.044	0	3
Unimed Belo Horizonte	0	1.257.990	0	0	0	2
Unimed – Rio	0	1.149.418	0	0	0	2
Amico Saúde Ltda	0	0	0	787.721	0	2
Unimed Paulista	0	772.869	0	0	0	2

Fonte: ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar – TABNET – Data Base – Dezembro/2014. Site ANS/Perfil do Setor/Dados e Indicadores do setor.

Mesmo não estando entre as dez maiores empresas operadoras de planos de saúde do país, a Unimed Norte-Nordeste também é classificada como uma operadora de grande porte. Segundo dados divulgados pela ANS (2015d), a empresa possui 196.642 beneficiários, divididos entre planos privados de assistência médica e exclusivamente odontológica.

**Tabela 4.7: As dez maiores operadoras de planos privados exclusivamente odontológicos.**

Operadora	Modalidade						Odontologia de Grupo	Participação no mercado %
	Autogestão	Coop. Médica	Filantropia	Med. de Grupo	Seg. esp. em saúde	Coop. Odontológica		
OdontoPrev	0	0	0	0	0	0	6.567.859	31
Amil	0	0	1.191.154	0	0	0	0	6
Hapvida	0	0	1.090.036	0	0	0	0	5
Interodonto	0	0	0	0	0	0	831.237	4
Odonto Empresas	0	0	0	0	0	0	701.656	3
Metlife	0	0	0	0	0	0	670.843	3
Odonto System	0	0	0	0	0	0	591.033	3
Dental Uni	0	0	0	0	0	0	515.233	2
Prodent	0	0	0	0	0	0	485.734	2
Uniodonto de Campinas	0	0	0	0	0	356.528	0	2

Fonte: ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar – TABNET – Data Base – Dezembro/2014  
Site ANS/Perfil do Setor/Dados e Indicadores do setor

A odontologia de grupo OdontoPrev é a empresa que possui a maior fatia do mercado de plano privado exclusivamente odontológico. São 6.567.859 clientes, quantitativo este que representa 31% da população brasileira que possui algum tipo de plano com esta modalidade.

A ANS divulga periodicamente o índice de reclamação das operadoras de planos de saúde, a próxima seção irá tratar com mais propriedade sobre o assunto.

### 4.1.3 Índice de reclamações na ANS das operadoras de planos de saúde

A ANS tem entre suas atribuições, o atendimento de demandas dos beneficiários de planos de saúde por informações, reclamações e denúncias referentes aos planos privados de saúde. O número de reclamações atendidas é utilizado na construção do índice de reclamações para permitir a comparação da atuação das operadoras do ponto de vista do consumidor, que em alguns momentos sente que o seu direito não foi respeitado dirigindo-se à ANS para solicitar orientação, análise e julgamento da questão (ANS, 2015c).

De acordo com a ANS (2015c), o índice de reclamações é calculado a partir do total de reclamações que a ANS recebe dos consumidores de planos privados de saúde. São incluídas no cálculo as reclamações procedentes sobre negativa de cobertura, reclamações procedentes de outros temas e reclamações cuja apuração encontra-se em andamento. São excluídas do cálculo as reclamações julgadas como não procedentes pela ANS e as reclamações dos beneficiários que não estão vinculados a operadora pela qual a reclamação foi realizada.

As informações são divulgadas mensalmente no portal da instituição. Quanto menor o número indicado significa menos reclamações registradas pelos consumidores na ANS. A próxima tabela irá apresentar as 10 maiores operadoras que obtiveram maior índice de reclamações por beneficiários durante o mês de fevereiro de 2015.

**Tabela 4.8: Operadoras de grande porte com mais reclamações por beneficiário**

Operadoras	Classificação no mês	Classificação no mês anterior	Fev/15	Reclamações 6 meses
Unimed Norte/Nordeste	1	1	26,63	2.568
Unimed-Rio	2	2	5,35	3.986
Medisanitas Brasil	3	4	3,59	247
Unimed Paulistana	4	3	3,56	1.632
Vitalis Saúde S/A	5	5	2,19	343
Golden Cross	6	6	2,01	629
Caixa Seguradora	7	8	1,84	119
Grupo Hospitalar do Rio de Janeiro	8	9	1,82	335
Unimed Seguros Saúde S/A	9	7	1,82	777
Sul America	10	10	1,69	2.024
<b>Média do setor</b>	-	-	<b>0,99</b>	<b>30.952</b>

Fonte: ANS, 2015c.

Por meio dos dados apresentados na tabela 4.8, a Unimed Norte-Nordeste foi a operadora de planos de saúde que mais obteve reclamações durante o mês de fevereiro do ano corrente. No mês anterior, a empresa também ocupou o primeiro lugar no *ranking* das reclamações. Durante os últimos seis meses (setembro de 2014 - fevereiro de 2015) a Unimed Norte-Nordeste perdeu, em números de reclamações, apenas para a Unimed Rio. Foram registradas 2.568 reclamações na ANS. Já a Unimed Rio, durante o mesmo período, recebeu 3.986 reclamações.

A situação financeira das operadoras também é um assunto bastante importante e que deve ser explanado. Até mesmo no momento da compra o cliente pode pesquisar sobre a situação financeira da organização e perceber se ela poderá arcar com as despesas médicas de seus clientes. Na próxima seção será abordada a situação financeira das operadoras de planos de saúde, de acordo com sua modalidade, durante o ano de 2013.

#### **4.1.4 Receita e despesa das operadoras de planos de saúde**

Outro ponto importante que deve ser abordado é a sinistralidade das operadoras de planos de saúde. De acordo com os dados apresentados no caderno de informação de saúde suplementar elaborado em dezembro de 2014, a despesa assistencial referente aos três primeiros trimestres de 2014 fora de R\$ 78.218.364,39 e a receita de contraprestações do mesmo período chegou a atingir R\$ 93.068.446,40 (ANS, 2014a).

A tabela 4.9 apresenta as receitas e as despesas das operadoras de planos de saúde durante o ano de 2013 por modalidade.

**Tabela 4.9: Receita de contraprestações e despesas assistenciais das operadoras de planos de planos privados de saúde, segundo o tipo de modalidade.**

Modalidade da operadora	Receita (R\$)	Despesa assistencial (R\$)	Despesa administrativa (R\$)	Sinistralidade (%)
<b>Operadoras médico-hospitalares</b>	<b>108.538.004.530</b>	<b>90.911.616.152</b>	<b>14.109.628.087</b>	<b>83,8</b>
Autogestão	12.322.053.586	11.392.399.222	1.662.366.261	92,5
Cooperativa médica	37.988.869.488	31.752.603.097	5.047.197.053	83,6
Filantropia	2.298.838.384	1.892.133.679	1.653.154.412	82,3

Modalidade da operadora	Receita (R\$)	Despesa assistencial (R\$)	Despesa administrativa (R\$)	Sinistralidade (%)
Medicina de grupo	31.605.848.883	26.028.476.658	4.207.809.925	82,4
Seguradora especializada em saúde	24.322.394.189	19.846.003.496	1.512.100.436	81,6
<b>Operadoras exclusivamente odontológicas</b>	<b>2.477.025.202</b>	<b>1.140.363.107</b>	<b>687.554.414</b>	<b>46,0</b>
Cooperativa odontológica	557.561.443	343.046.946	189.520.047	61,5
Odontologia de grupo	1.919.463.759	797.316.161	498.034.367	41,5
<b>Total</b>	<b>111.015.029.732</b>	<b>92.051.979.259</b>	<b>14.797.182.501</b>	<b>82,9</b>

Fonte: Caderno de Saúde Suplementar, ANS (2014a).

A sinistralidade das cooperativas médicas, grupo que a Unimed Norte-Nordeste faz parte, fora de 83,8%, este número significa a relação, expressa em porcentagem, entre a despesa assistencial e a receita obtida. Em outras palavras, a sinistralidade é um indicador financeiro que mede a utilização dos recursos de saúde, quanto maior a utilização do plano de saúde maior será o sinistro. Uma relação de sinistralidade aceitável pelas operadoras de planos de saúde é na faixa de 70% - 75%.

A próxima seção possui o objetivo de apresentar o resultado obtido por meio das análises de reclamações coletadas no site Reclameaqui.com. Os questionamentos foram realizados por clientes da Unimed Norte/Nordeste acerca do serviço prestado pela operadora.

## 4.2 ANÁLISE DAS RECLAMAÇÕES

### 4.2.1 Análise dos Dados Gerais

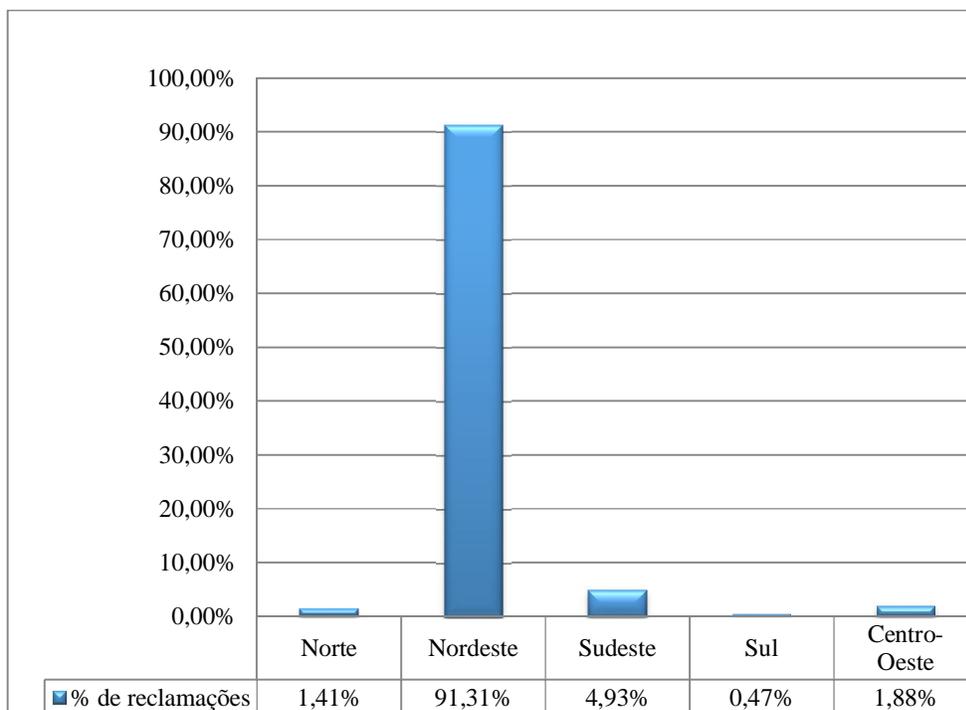
Conforme informado no capítulo anterior, foram coletadas e analisadas 426 reclamações no site Reclameaqui.com. Percebe-se que, na maioria dos casos, os clientes relataram na própria contestação mais de um problema, ou seja, tratando de várias dimensões em uma mesma reclamação. Os questionamentos foram agrupados de acordo com as dimensões estudadas, assim, as 426 reclamações puderam ser divididas em 712 reclamações por dimensão.

Constatou-se que a maioria das reclamações advém das mulheres, cerca de 46,01%. Ou seja, no presente estudo, elas demonstraram serem mais críticas do que os homens, reivindicando seus direitos e uma melhor qualidade na prestação dos serviços. Da relação de reclamações identificadas, apenas 24,88% foram originadas de pessoas do sexo masculino, diferença bastante significativa entre os sexos. Além disso, de acordo com o Foco Saúde Suplementar, elaborado pela ANS em setembro de 2014, enquanto nos planos coletivos há uma distribuição similar entre homens e mulheres, nos planos individuais as mulheres são maioria, especialmente a partir das idades adultas. (ANS, 2014a). Informação esta que também pode ajudar na interpretação de tal indicador, pois é possível interpretar que no Brasil há mais mulheres com planos de saúde do que homens.

Ainda de acordo com a análise, constatou-se que em cerca de 75% dos casos as reclamações foram originadas de clientes que residem nas capitais. Este indicador pode ser justificado mediante a diferença entre o nível de satisfação daqueles que moram em capitais e aqueles que moram no interior. Nas cidades mais distantes da região metropolitana, na maior parte dos casos, não existe um número significativo de operadoras de planos de saúde. Consequentemente, a relação de credenciados é menor, em algumas situações pode até ocorrer monopólio. Deste modo, diante da situação, as expectativas dos usuários que residem no interior podem ser menores do que para aqueles que residem nas capitais.

Corroborando com a justificativa, Kotler (1991) define a satisfação como sendo um nível de sentimento do indivíduo, resultante da comparação do desempenho (ou resultado) de um produto ou serviço em relação a suas expectativas. Deste modo, a expectativa de quem mora no interior pode ser menor, em virtude do cenário pelo qual ele está inserido. Além de que, conforme informações apresentadas no capítulo de fundamentação teórica, para Mendonça, Guerra e Diógenes (2006) no contexto brasileiro, a satisfação do paciente com a assistência recebida nos serviços de saúde também pode ser influenciada pelas características sociodemográficas.

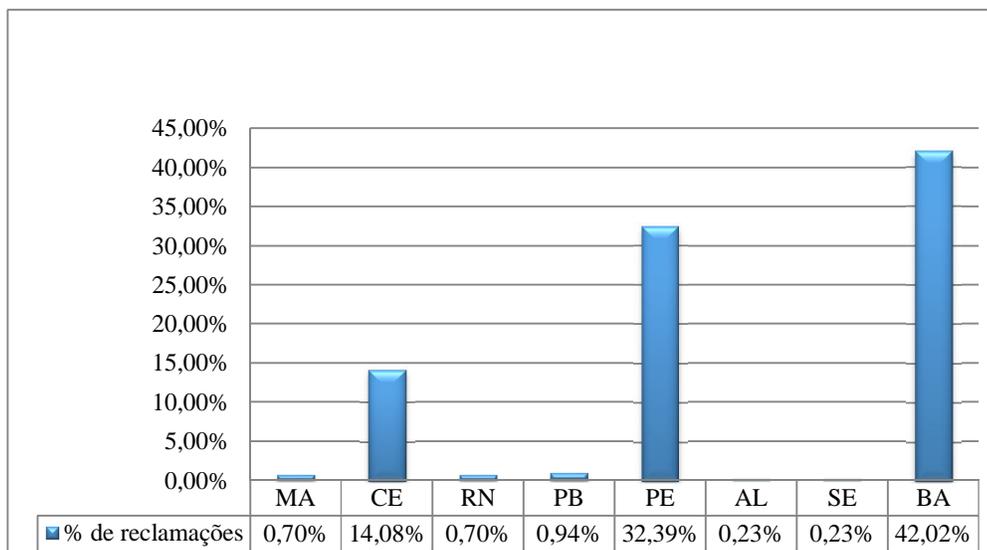
Mais de 50% das queixas são advindas da região nordeste do país. O gráfico a seguir irá apresentar o quantitativo de reclamações por tipo região.



**Gráfico 4.1: Número de reclamações alocadas por região.**

Fonte: Elaborado pela autora.

Conforme dados apresentados no gráfico acima, percebe-se que a maior parte dos relatos negativos ocorreu por beneficiários que moram na região Nordeste, em segundo lugar está a região Sudeste, seguida pela região Centro-Oeste. Diante do cenário apresentado, o gráfico 4.2 tem o objetivo de demonstrar qual Estado mais demandou reclamações.



**Gráfico 4.2: Número de reclamações dos Estados pertencentes à região Nordeste.**

Fonte: Elaborado pela autora.

Através do gráfico, é possível verificar que a Bahia foi o Estado que mais demandou reclamações, seguido de Pernambuco e Ceará.

Percebeu-se também que, das 426 reclamações, 294, ou seja, 69,01% foram provenientes de ex-clientes da Camed, operadora de medicina de grupo que também presta serviços de assistência à saúde. Por meio dos relatos, os usuários que faziam parte da carteira de clientes da Camed Vida, foram migrados para Unimed Norte/Nordeste a partir do dia 01 de outubro de 2014. Fato este, que causou bastante insatisfação nos clientes pertencentes à carteira, ocasionado um número significativo de reclamações.

A seção seguinte irá abordar os tipos de dimensões analisados, o que cada uma delas significa e quais foram as principais insatisfações dos clientes sobre cada uma.

#### **4.2.2 Análise Por Dimensões**

A presente seção contempla a análise do *corpus* da pesquisa através das dimensões encontradas nas reclamações dos clientes. Das seis dimensões relatadas no Quadro 3.1, cinco

delas foram encontradas, quais sejam: atendimento, segurança, tangível, resposta e confiabilidade. A única que não foi relatada por nenhum usuário foi à dimensão “empatia”, que para Parasuraman, Zethaml e Berry (1988), está relacionada com o fornecimento de cuidados e atenção individualizada aos clientes.

#### 4.2.2.1 Dimensão Atendimento

De acordo com Carvalho e Paladini (2005), a dimensão atendimento está relacionada com o nível de atenção dos funcionários no contato com os clientes, respeito, consideração e afetividade no contato pessoal. A credibilidade, honestidade, tradição, confiança no serviço, proximidade e contato fácil também são características pertencentes à dimensão. Outro fator importante é a comunicação, manter o cliente informado em uma linguagem que ele entenda auxilia na eficiência e eficácia do atendimento. Além disso, a rapidez para que o atendimento seja iniciado e executado também é um dos fatores primordiais para sua satisfação.

Das 712 reclamações por dimensões, cerca de 48% são oriundas de algum problema com o atendimento. Observou-se que a maioria das insatisfações surgiram porque os clientes não conseguiram entrar em contato com a Unimed Norte/Nordeste, principalmente por meio dos telefones para contato. Percebe-se que, provavelmente, trata-se de um problema de fácil resolução, mas que causa bastante desgaste e insatisfação aos usuários.

“A central de atendimento da empresa é uma situação de desrespeito total com o usuário, já passei mais de 1 hora aguardando atendimento.” (RECLAMAÇÃO N. 01).

“[...] o tempo de espera nas ligações do 08007226090 é de 15 a 20 minutos e ainda por cima a central parece um pátio de feira livre, você mal consegue ouvir os atendentes de tanto barulho.” (RECLAMAÇÃO N. 25).

“[...] e os números para contato só dão sinal de ocupado, minhas tentativas começam as 7h da manhã e alterno horários para ver se consigo, mas sempre sem sucesso.” (RECLAMAÇÃO N. 29).

Como a empresa possui inúmeros clientes espalhados por todo o Brasil e apenas um posto para atendimento presencial, localizado em João Pessoa (PB), a maioria dos contatos com a Unimed Norte/Nordeste ocorrem por meio de telefones, e-mails, e interações no portal

da cooperativa, pois é praticamente inviável o deslocamento do cliente até a empresa para um atendimento presencial.

“[...] o fale conosco dessa operadora de plano de saúde não responde as suas solicitações e o 0800 fiquei 35 minutos e não fui atendido.” (RECLAMAÇÃO N. 45).

“Unimed Norte/Nordeste, uma operadora sem estrutura para atendimento, nenhum canal de atendimento ao cliente funciona, já tentei contato por e-mail, vários números de telefones e nada.” (RECLAMAÇÃO N. 281).

Há dois dias estou tentando autorizar uma ultrassonografia pois era cliente satisfeita Camed e nunca precisei pegar autorização, pois bem, não consigo nem o contato pelo 08007226090, e nem ninguém me responde o e-mail fale conosco. (RECLAMAÇÃO N. 228).

Outro problema relatado é o modelo para solicitação de cancelamento do plano. Em algumas reclamações, pode-se perceber que determinados clientes solicitaram o cancelamento de seus planos de saúde por e-mails. No entanto, nunca obtiveram qualquer confirmação. Já outros clientes, foram orientados a enviar um formulário de cancelamento assinado, através dos Correios, para exclusão do plano. Entretanto, ele só seria cancelado quando a carta chegasse à empresa, o que pode levar dias ou até meses.

“No dia 10/03 mandei o requerimento para exclusão do plano por email preenchido é assinado assim como informado. Não obtive retorno da empresa.” (RECLAMAÇÃO N. 37).

[...] fui informada no call center que somente através de um formulário enviado pelo correio poderei fazer isto. Deixo aqui minha reclamação, pois a atendente informou que somente quando eles receberem a carta é que minha exclusão será feita, porém estou solicitando antes da fatura vencer, não devendo pagá-la. (RECLAMAÇÃO N. 120).

Na seção seguinte estão contidos dados relacionados à dimensão segurança e suas principais implicações, de acordo com a perspectiva dos clientes.

#### 4.2.2.2 Dimensão Segurança

A segurança, segundo Parasuraman, Zethaml e Berry (1988), está relacionada com o conhecimento e cortesia dos funcionários e suas habilidades em transmitir confiança. Também faz parte da dimensão a inexistência de perigo, risco ou dúvida. Além do mais, essa

dimensão contém características que representam outras sete: comunicação, credibilidade, segurança, competência, cortesia, conhecimento e acesso.

A segurança foi a segunda dimensão mais abordada nas reclamações dos clientes. Acredita-se que tal fato ocorreu mediante a migração dos ex-clientes Camed para Unimed Norte/Nordeste. Das 712 reclamações, fragmentadas por dimensão, cerca de 235, ou seja, 33,01%, foram sobre problemas que de algum modo infringiram a segurança do cliente com o plano de saúde.

Durante o processo de transição para a Unimed Norte/Nordeste, os ex-clientes Camed receberam um comunicado informando sobre a migração, mas que em nada iria atingi-los, pois, todos os serviços prestados iriam permanecer inalterados. Todavia, não foi dessa forma pacífica que a modificação de operadora foi realizada. Hospitais, clínicas e consultórios que os clientes da Camed estavam habituados a frequentar não estão credenciados com a Unimed Norte/Nordeste, causando assim dúvidas, insatisfação e indignação dos usuários. Cerca de 69% as reclamações foram oriundas da migração entre a Camed e a Unimed Norte/Nordeste.

Acredita-se que faltou transparência por parte das operadoras para com seus clientes. Algumas vezes, a linguagem das empresas é bastante técnica, ocasionando assim um entendimento distorcido por seus clientes acerca da realidade. Fazendo com que a empresa perca credibilidade e confiança.

Apesar da Unimed Norte Nordeste ter enviado para os portadores de plano de saúde Camed comunicado que seriam mantidos TODOS OS HOSPITAIS ANTERIORMENTE CREDENCIADOS, ao contrário, substituiu os principais hospitais que prestavam serviço ao assegurado por hospitais e clínicas de segunda e terceira categoria (RECLAMAÇÃO N. 391).

“Sempre fomos atendidas no Hospital Memorial São José e no Real Hospital Português. Desde que houve a migração do plano precisei levar minha filha a emergência duas vezes e tive o atendimento negados nos dois hospitais.” (RECLAMAÇÃO N. 114).

A autorização de procedimentos também foi um problema bastante abordado nas reclamações analisadas. Principalmente quando se trata dos ex-clientes da Camed, pois eles estavam acostumados com um prazo menor para autorização de exames e cirurgias, assim como um formato mais simplificado, onde diversos exames eram autorizados no mesmo instante. De acordo com as queixas, a Unimed Norte/Nordeste é lenta para autorizar os procedimentos.

“No dia 12 de fevereiro fui até o setor de intercâmbio, na Ilha do Leite, da Unimed Recife e dei entrada na guia de liberação do procedimento. Quando era cliente Camed só os procedimentos caros eram liberados na própria Camed [...]” (RECLAMAÇÃO N. 8).

“Bom dia, vou fazer um procedimentos (colocar o DIU Mirena) dia 27/03 a tarde e estamos aguardando o plano dar uma resposta referente a autorização desde o dia 18.03.2015. Preciso urgente dessa autorização no máximo até amanhã dia 26.03.2015.” (RECLAMAÇÃO N. 36).

O descredenciamento de alguns prestadores também gera reclamações dos usuários. Algumas vezes pelo fato de ser difícil o atendimento com determinada especialidade mais escassa no mercado, ou até mesmo porque foi realizado o descredenciamento de tal médico, clínica ou hospital.

“Tentei marcar uma consulta com o pediatra do meu filho e fui informada que ele não atendia o novo plano.” (RECLAMAÇÃO N. 47).

“Preciso marcar uma consulta com um alergista e não tem nenhum que atenda pelo convênio unimed norte-nordeste.” (RECLAMAÇÃO N. 419).

A seção seguinte contempla as informações coletadas sobre os relatos de insatisfação dos clientes acerca da dimensão tangível.

#### 4.2.2.3 Dimensão Tangível

Os aspectos tangíveis estão relacionados com a aparência das instalações físicas, equipamentos, aparência pessoal e comunicação material (CARVALHO; PALADINI, 2005).

Foram analisadas 111 reclamações, cerca de 15,59%, que tratavam de algum modo sobre os aspectos tangíveis da empresa. Seja o não envio da carteira de identificação do beneficiário, o não envio do boleto para o endereço do cliente, ou até mesmo a ausência de um posto de atendimento presencial em certos Estados da região Nordeste.

“No Recife, com quase 50 mil clientes, eles não tem escritório e quem quer cancelar, tem que enviar pelos correios um formulário, sem nenhuma garantia. Me sinto humilhado.” (RECLAMAÇÃO N. 360).

“Uma empresa que nem sede física tem numa cidade como Fortaleza, isso é tudo um desrespeito, é uma vergonha.” (RECLAMAÇÃO N. 68).

Cerca de 43,24% das reclamações, relacionadas aos aspectos tangíveis, são referentes ao não envio da carteira de identificação do usuário. No entanto, trata-se de uma das principais funções das operadoras de planos de saúde, enviar a carteira de identificação para que o usuário possa ser atendido em sua rede credenciada. Percebe-se que tal problema, provavelmente, também seja de fácil resolução, em virtude da Unimed Norte/Nordeste ter posse de conhecimento e prática de como o problema pode ser solucionado. Fato este que causou bastante descontentamento dos clientes e demasiadas reclamações.

“Fiz o plano de saúde Unimed Norte Nordeste para minha filha, já paguei a taxa no valor de 153,00 (cento e cinquenta e três reais), e ainda não recebi o cartão para que ela possa ter atendimento médico.” (RECLAMAÇÃO N. 33).

“A adesão do meu plano foi em 01/09/2014, esperei contar 30 dias da carência e marquei uma consulta no cardiologista. Sendo que hoje 08/10 minha carteirinha ainda não chegou, já liguei 03 vezes e não obtive retorno.” (RECLAMAÇÃO N. 352).

O segundo maior problema relatado pelos consumidores, foi o envio do boleto para pagamento do plano de saúde fora do prazo, ou até mesmo o não envio. Algumas pessoas têm mais facilidade para buscar alternativas e tentar solucionar o problema. No entanto, as operadoras de planos de saúde possuem clientes de públicos diversos, sendo que alguns deles só conseguem realizar o pagamento do plano caso o boleto chegue à sua residência.

“O vencimento do meu plano de saúde é amanhã, dia 25 e até esta data (hoje pe 24/11) ainda não recebi o boleto para pagamento.” (RECLAMAÇÃO N. 171).

“O plano de saúde do meu filho vence dia 22, hoje é 21 e não recebi o boleto, não consigo gerar pelo site e os telefones não atendem, é um descaso total.” (RECLAMAÇÃO N. 182).

Como terceiro maior problema, relatou-se os guias médicos. Seja pelo fato de não ter sido entregue para o usuário, por possuir informações desencontradas, ou porque o portal da operadora está com algum problema e não possibilita visualizar a relação de credenciados.

“Minha filha é usuária da Unimed Norte/Nordeste há mais de quatro meses. Ocorre que apesar de reiteradas solicitações via telefone, esta empresa jamais enviou o Guia Médico.” (RECLAMAÇÃO N. 35).

“Estou já uma hora tentando ver a listas dos profissionais de terapia ocupacional e nutricionista, pois não abre de maneira alguma a lista”. (RECLAMAÇÃO N. 14).

Na seção seguinte serão apresentados dados sobre a análise das reclamações relacionadas ao tempo de resposta.

#### 4.2.2.4 Dimensão Resposta

Para Parasuraman, Zethaml e Berry (1988) e também segundo os pensamentos de Carvalho e Paladini (2005) esta dimensão está relacionada com a disposição da empresa e de seus funcionários em ajudar o cliente e prestar-lhe o serviço prontamente. Também está associado com a vontade de ajudar o cliente e fornecer serviços rápidos.

Em alguns casos, os funcionários ficaram de verificar o problema relatado pelo cliente e retornar o contato informando sobre o que foi resolvido. Entretanto, de acordo com as reclamações sobre o tema, houve apenas a promessa do *feedback*, causando assim perda de confiança e insatisfação do usuário. Aproximadamente 80,95% das reclamações, foram relativas a este problema.

“A operadora (Unimed Norte Nordeste) ficou de entrar em contato em 5 dias úteis, mas não recebi nenhuma resposta, e o prazo de 5 dias úteis para dar a resposta já se esgotou.” (RECLAMAÇÃO N. 74).

“A Unimed me informou que em 1 mês me ligaria para confirmar o dia da consulta e até o presente momento, não recebi NENHUMA ligação.” (RECLAMAÇÃO N. 239).

“Já entrei em contato com a empresa, pois sei que de acordo com a RN 259 da ANS, eles são obrigados a marcarem uma consulta pra mim. Mas, até agora nenhuma resposta, estou indignada com tanto descaso.” (RECLAMAÇÃO N. 419).

“Enviei comunicação através do site, fale conosco, e várias semana depois não obtive resposta; fiz ligação interurbana para João Pessoa, e simplesmente não fui atendido; escrevi até mensagem inbox no perfil do facebook, e não obtive resposta.” (RECLAMAÇÃO N. 135).

Compreende-se que embora a organização disponibilize diversos canais de comunicação, e os clientes demostrem conhece-los, o processo é falho por falta de *feedback*.

A seção seguinte contempla as informações coletadas sobre os relatos de insatisfação dos clientes acerca da dimensão confiabilidade

#### 4.2.2.5 Dimensão Confiabilidade

A confiabilidade está relacionada com a capacidade de executar os serviços conforme prometido de modo confiável e preciso (PARASURAMAN; ZETHAML; BERRY, 1988).

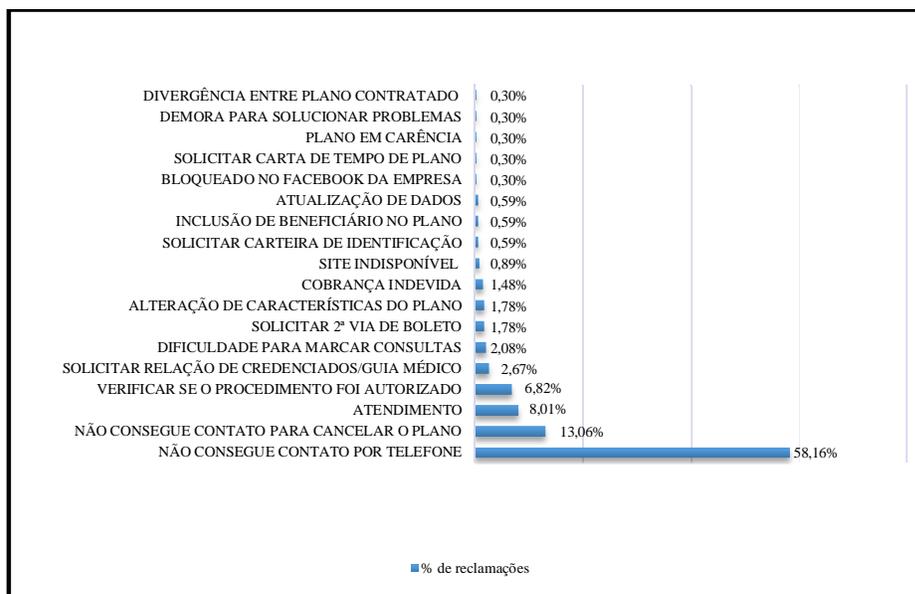
Esta dimensão foi a que recebeu menos reclamações dos clientes, apenas 1,12% das insatisfações foram relacionadas com a confiabilidade. Por meio das análises, percebeu-se que os questionamentos são relacionados ao modo com que cada funcionário informa sobre determinado assunto. Ou seja, para o mesmo problema existem diferentes respostas, ficando o cliente em dúvida sobre qual informação é verídica e como proceder.

Segue algumas reclamações dos clientes que tiveram problemas com a empresa relacionada à dimensão confiabilidade:

No dia 23/03 foi recebido na Unidade da Unimed Norte Nordeste, no endereço que consta no site para envio do formulário de cancelamento, o pedido de cancelamento do plano do meu marido. Estou ligando quase todos os dias para o 0800 e cada atendente me dá uma informação diferente (RECLAMAÇÃO N. 34).

Conforme remarcação, voltamos a unidade hospitalar 04/12/14 às 08h, que de acordo com a informação da atendente mencionada acionada acima, me informou que o exame estava autorizado. E para minha surpresa, o médico não atendeu minha filha me informando que o convênio não liberou a realização do exame (RECLAMAÇÃO N. 140).

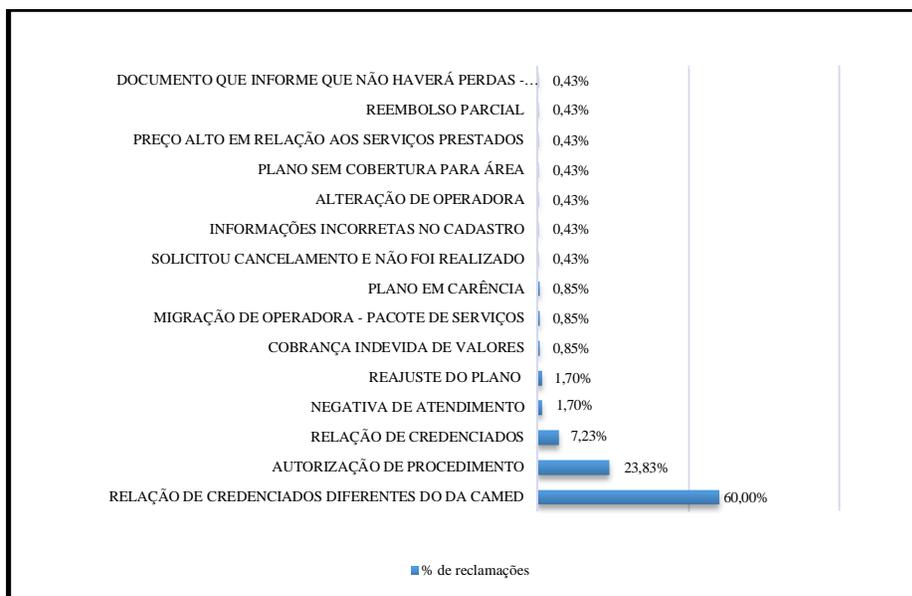
Abaixo serão apresentados alguns gráficos com o objetivo de exibir visualmente as análises apresentadas durante toda seção.



**Gráfico 4.3: Reclamações por dimensão - Atendimento**

Fonte: Elaborado pela autora

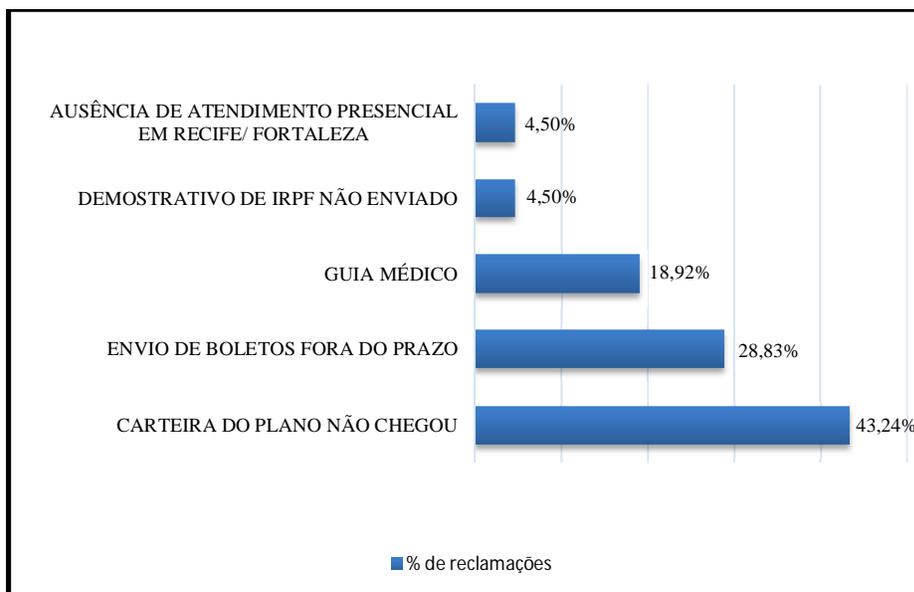
Conforme dados contidos no gráfico 4.3, que aborda as reclamações da dimensão atendimento, mais da metade dos clientes não conseguem entrar em contato com a operadora através do telefone. O segundo maior problema relatado também está relacionado com o primeiro, cerca de 13,06% dos clientes não conseguem orientações sobre o processo de cancelamento do plano de saúde.



**Gráfico 4.4: Reclamações por dimensão - Segurança**

Fonte: Elaborado pela autora

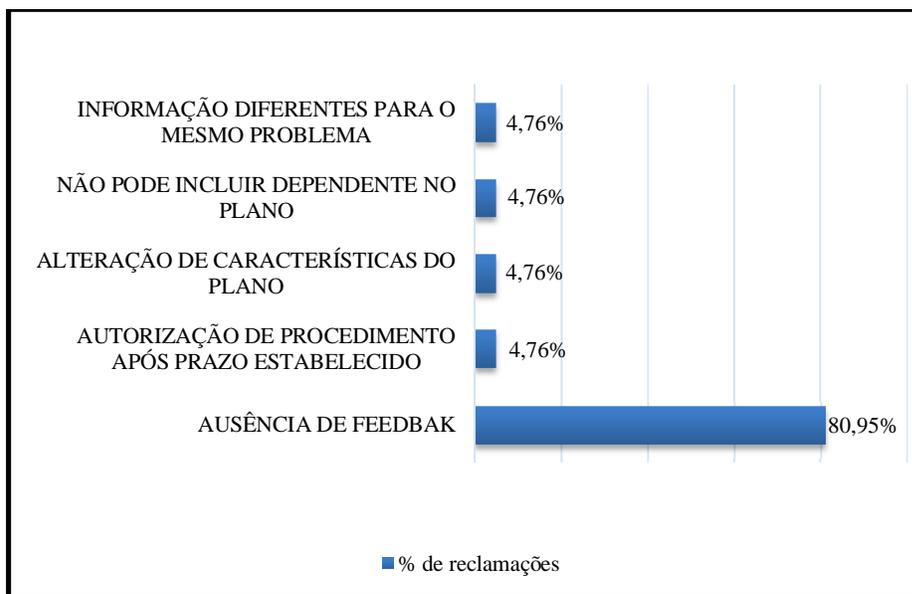
O gráfico acima, apresentou as reclamações dos clientes relacionadas à dimensão segurança. A maior parte das reclamações foram oriundas da migração dos ex-clientes Camed para a Unimed Norte/Nordeste. Cerca de 60% das reclamações são sobre a distinção entre a relação de credenciados que atendiam aos planos da Camed e dos que atendem aos planos da Unimed Norte/Nordeste. A segunda maior reclamação da dimensão, é sobre o processo de autorização de consultas, exames e cirurgias. Na operadora anterior, para realização da maioria dos procedimentos não era necessário a autorização. Contudo, com a migração estes clientes sentiram dificuldade, pois o processo de autorização da nova operadora era distinto e mais complicado, segundo eles.



**Gráfico 4.5: Reclamações por dimensão – Tangível**

Fonte: Elaborado pela autora

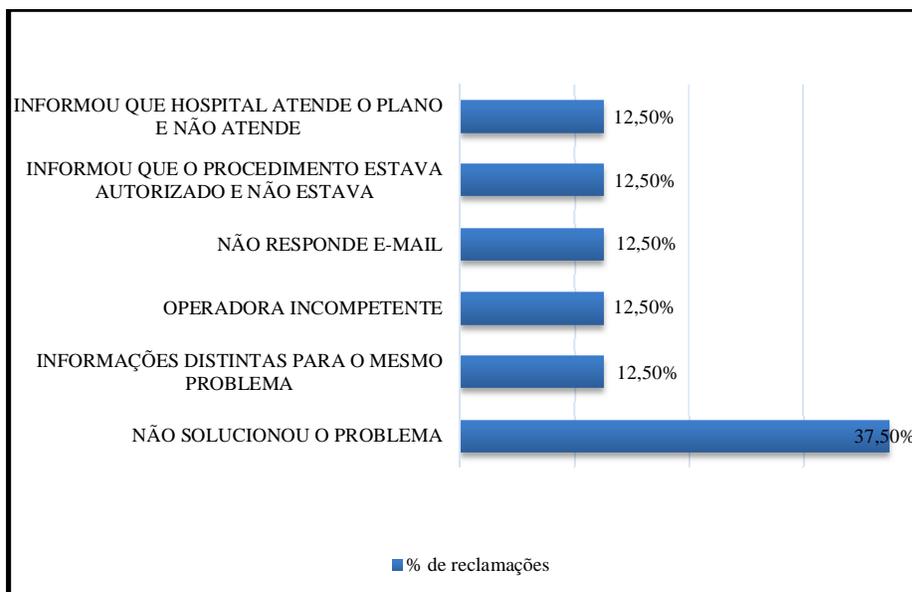
A partir das informações contidas no gráfico acima, é possível perceber que os relatos de insatisfação sobre a dimensão tangível foram mais distribuídos em relação as demais dimensões. Entre as reclamações mais abordadas estão o não envio da carteira de identificação do plano de saúde, atraso na entrega dos boletos para pagamento da mensalidade, ou até mesmo o não envio e como terceiro maior problema relatou-se os guias médicos,



**Gráfico 4.6: Reclamações por dimensão – Resposta**

Fonte: Elaborado pela autora

Conforme dados do gráfico 4.6, mais de 80% das insatisfações relacionadas à dimensão resposta foram originadas da ausência de *feedback*. A Unimed Norte/Nordeste, por meio de seus colaboradores, comprometia-se em retornar para o cliente e informar sobre a resolutividade da demanda e este contato não realizado.



**Gráfico 4.7: Reclamações por dimensão – Confiabilidade**

Fonte: Elaborado pela autora

No gráfico acima, foram relatadas aquelas reclamações oriundas da dimensão confiabilidade. Esta dimensão foi a que recebeu menos reclamações e a maiorias das queixas estão relacionadas com a forma distinta que cada funcionário orienta o cliente sobre o mesmo problema. Percebe-se então, que o processo está falho e que provavelmente ele não foi padronizado.

Por meio dos dados apresentados, as principais reclamações analisadas de cada dimensão foram: não conseguir entrar em contato com a empresa por meio de telefones, relação de médicos credenciados diferentes da Camed, carteira de identificação do beneficiário não foi entregue no endereço do cliente, ausência de *feedback* para o cliente e problema não solucionado. Ainda por meio da análise conclui-se que a dimensão mais lembrada negativamente pelos clientes foi à dimensão atendimento, seguida pelas dimensões segurança, tangível, resposta e confiabilidade.

Foi possível perceber que algumas dimensões estão bastante relacionadas. A confiabilidade, por exemplo, tem forte relação com o atendimento. Pois no momento do contato com o cliente, surgem algumas circunstâncias onde a empresa por meio das informações prestadas, acaba perdendo a credibilidade. Além disso, como se trata de uma organização que não disponibiliza posto de atendimento presencial para maior parte dos clientes, é natural que as reclamações quanto à dimensão tangível estejam relacionadas aos

aspectos destacados acima. Por isso o atendimento, que está fortemente ligado à resposta e confiabilidade, possui tanto peso nas reclamações.

Existe também uma relação muito forte entre as dimensões atendimento, resposta e empatia. A dimensão empatia, mesmo que não tenha sido visualizada nas reclamações, está presente intrinsecamente na maioria delas. Os clientes procuram sempre entrar em contato com a empresa para tentar solucionar seus mais variados problemas. Entretanto, quando o atendimento é prestado e o atendente se compromete em retorná-lo e não o faz, ocorre um problema tanto de atendimento, quando de resposta e empatia.

Na próxima seção serão apresentadas as considerações finais acerca da pesquisa, assim como recomendações gerenciais, limitações do projeto e sugestões para novas pesquisas.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa teve como objetivo geral identificar quais são os fatores críticos para a satisfação do cliente quanto à qualidade dos serviços prestados por operadoras de planos de saúde. Mediante a pesquisa percebeu-se que de fato existem diversos problemas que dificultam a qualidade dos serviços das operadoras de planos de saúde. No entanto, acredita-se que a maioria deles pode ser contornada, proporcionando assim uma melhor qualidade nos serviços prestados.

Quanto ao primeiro objetivo específico, que foi apresentar o atual cenário das operadoras de planos de saúde no país, destaca-se que o mercado de planos de saúde é uma área bastante regulamentada e controlada pelo Governo por meio da ANS. Existem inúmeras Resoluções Normativas e também a lei 9.656/98 que regula o setor. Atualmente existem no Brasil mais de 1.000 operadoras de planos de saúde que possuem beneficiários ativos, elas estão espalhadas por todas as regiões do país.

Há hoje no Brasil cerca de 50,6 bilhões de consumidores, com algum tipo de plano de assistência médica com ou sem odontologia e 21,3 milhões com planos exclusivamente odontológicos. A maioria deles vinculado a planos coletivos empresariais. O indicador pode ser explicado pelo fato do valor praticado em planos coletivos, na maioria dos casos, ser menor do que o comercializado em planos individuais. Além disso, algumas empresas pagam 100% do valor do plano do colaborador, outras dividem os custos com ele, fazendo com que os contratos coletivos sejam mais atrativos em virtude, principalmente, do preço. Também é interessante perceber que menos da maioria da população possui algum tipo de plano, seja exclusivamente odontológico ou de assistência médica com ou sem odontologia.

Foi possível perceber que as cooperativas médicas é a modalidade de operadora que mais possui beneficiários de planos de saúde de assistência médica. Além disso, a região Nordeste é a terceira do país que mais possui beneficiários com planos de saúde. Cerca de 26,1% da população brasileira tem plano de saúde de assistência médica com ou sem odontologia e 11% possui algum tipo de plano exclusivamente odontológico. Já na região Nordeste apenas 12% da população possui algum tipo de plano de assistência médica. A maior operadora de plano privado de assistência médica é a Bradesco Saúde S/A, e como maior operadora de plano exclusivamente odontológico têm-se a OdontoPrev.

Com relação ao segundo objetivo, identificar os fatores do ambiente físico que mais geram reclamações entre os clientes. As instalações telefônicas demonstraram não suprir à demanda, sendo um dos principais e mais numerosos motivos de reclamações. Partindo do pressuposto de que, na maioria dos casos, quando o cliente se depara com um problema um dos primeiros canais utilizados para contato com a empresa é o telefone. Para atender as necessidades dos clientes a ferramenta deve funcionar de modo eficiente.

Outro fator físico que gera bastante insatisfação dos clientes é a ausência de médicos, clínicas e hospitais credenciados, principalmente quando se trata de especialidades escassas no mercado. A partir do momento que a empresa deixa de fornecer o guia médico atualizado, as carteiras de identificação dos beneficiários e também os boletos para pagamentos, ocorre grande insatisfação por parte dos clientes. Pois trata-se de procedimentos básicos que toda empresa inserida no mercado de planos de saúde deve executar. Também houve reclamações sobre a ausência de um ambiente físico para atendimento presencial. A operadora atende diversos Estados, contudo, só possui sede administrativa em apenas um deles.

O terceiro objetivo propôs identificar os fatores do ambiente social que mais geram reclamações entre os clientes. Foram verificados aspectos relacionados com a segurança dos serviços prestados pela operadora. Percebeu-se que a lentidão para autorização de exames e cirurgias, ou até mesmo a negativa de autorização, causa bastante descontentamento. A ausência de comunicação também faz com que o nível de qualidade dos serviços não seja satisfatório. Ou seja, quando o cliente tenta entrar em contato com a empresa, através dos meios de comunicação disponibilizados por ela, e não obtém resposta o usuário passa a desacreditar na empresa.

A ausência de padronização das informações também ajuda no processo de insatisfação dos clientes e redução na qualidade dos serviços. Quando o cliente procura a empresa para solucionar seu problema e obtém diversas informações distintas de como resolvê-lo, ele passa a ficar em dúvida de qual processo seguir, fazendo com que a empresa perda confiança.

Com relação ao último objetivo, identificar fatores para uma performance ideal das operadoras de planos de saúde, acredita-se que tal performance está relacionado com o atendimento às necessidades do cliente. Deve-se melhorar a eficiência dos canais de comunicação, existem empresas que possuem os mais variados meios de comunicação, porém

o mau uso dificulta o contato do cliente. Além disso, a comunicação deve ser trabalhada e explorada para não gerar problemas com ausência de informações confiáveis ou até mesmo a falta de informação. Ou seja, a performance ideal está intimamente ligada ao processo de comunicação com os clientes e ao atendimento de suas necessidades.

Na seção seguinte, serão apresentadas algumas recomendações gerenciais que objetivam auxiliar uma performance ideal das operadoras de planos de saúde.

## 5.1 RECOMENDAÇÕES GERENCIAIS

Os compradores são à base de qualquer negócio. Não existe organização sem cliente. Partindo desse pressuposto, é perceptível que todas as empresas já passaram por alguma situação que resultou na insatisfação de, no mínimo, um cliente. No entanto, para uma organização obter sucesso os problemas precisam ser frequentemente verificados e solucionados.

No momento em que a empresa decide disponibilizar meios de comunicação, com objetivo de auxiliar o relacionamento, estes devem ser bem administrados para não ocasionar insatisfação. Isto posto, é aconselhável que todas as reclamações, dúvidas ou sugestões sejam respondidas. Além disso, independente do tipo de reclamação, as respostas devem ser customizadas de acordo com o usuário e seus questionamentos.

Recomenda-se que as empresas instalem e gerenciem um setor de pós-venda para manter o relacionamento com os clientes após sua adesão ao plano. Também é interessante a implementação de um setor de relacionamento com o cliente, este seria responsável para atender as demandas de primeira instância, direcionando o problema para o setor responsável e acompanhando sua evolução até a resposta final do problema. Outra sugestão de melhoria para as operadoras de planos de saúde é investir em treinamento constante, orientando os colaboradores sobre a importância de atender o cliente com qualidade e desenvolver treinamentos contínuos de atualização sobre os principais assuntos tratados rotineiramente.

As empresas também podem desenvolver uma cartilha de instruções para padronizar o modelo de atendimento ao cliente, explicando como o colaborador deve se portar mediante situações de estresse com o usuário, entre outras situações.

Outro problema bastante recorrente é a comunicação com os usuários. As empresas podem trabalhar o relacionamento através de informativos enviados para o endereço eletrônico do cliente ou também através do boleto para pagamento.

Sobre os problemas com envio das carteiras de identificação é interessante disponibilizar no portal da empresa a opção para impressão de carteira temporária, esta solucionaria o problema de imediato e o cliente poderia utilizá-la até que a permanente chegasse em sua residência. Já para amenizar o número de reclamações sobre o envio de boletos após seu vencimento, as operadoras de planos de saúde podem disponibilizar ao cliente uma opção para envio automático por meio do e-mail cadastrado, ou até mesmo disponibilizar a opção de débito automático. No que tange às instalações físicas, as operadoras podem implementar postos de atendimento presencial em cidades onde possuem uma quantidade significativa de clientes demandam mais atendimentos.

Com as sugestões de melhorias propostas, acredita-se que as operadoras de planos de saúde, atuantes no Brasil, possam desempenhar seus procedimentos com melhor qualidade e atingir um maior nível de satisfação de seus usuários.

## 5.2 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

A maior limitação da pesquisa está relacionada com a análise dos dados. Foram analisadas apenas as reclamações originadas no site Reclameaqui.com, sabe-se que à ANS também recebe demandas de reclamações das operadoras de planos de saúde. Infelizmente, a ANS não disponibiliza as reclamações relatadas pelos clientes das operadoras, tampouco quais foram os problemas mais abordados por eles. É disponibilizado apenas o quantitativo de reclamações pertencentes a cada operadora.

### 5.3 SUGESTÕES PARA PESQUISAS FUTURAS

É recomendável a realização de pesquisas com vistas a identificar qual o perfil dos usuários de planos de saúde, analisando o poder econômico, quais suas maiores necessidades e preferências. Recomenda-se também o estudo para desenvolvimento de um modelo gerencial que objetive a obtenção da qualidade no atendimento nas operadoras de planos de saúde. Estudar outros tipos de modalidade de operadora de planos de saúde, com o intuito de verificar se as reclamações e problemas relatados são divergentes ou não também é uma proposta de estudo. Outra sugestão seria aplicar a mesma pesquisa com outras operadoras de planos de saúde para comparar os resultados.

## REFERÊNCIAS

AAKER, David A; KUMAR, V; DAY, George S. **Pesquisa de marketing**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

ALBRECHT, Karl. **Revolução nos serviços**. São Paulo: Pioneira, 1992.

ANDREAZZI, M. F. Siliansky. **Teias e tramas: relações público-privadas no setor saúde brasileiro na década de 90**. Rio de Janeiro, 2002.

ANS. **Caderno de informação da saúde suplementar: beneficiários, operadoras e planos**. Rio de Janeiro, 2014a.

\_\_\_\_\_. **Foco Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro, 2014b.

\_\_\_\_\_. **O que seu plano de saúde deve cobrir?**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/o-que-o-seu-plano-de-saude-deve-cobrir>>. Acesso em: 10 fev. 2015a.

\_\_\_\_\_. **Dados gerais**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>>. Acesso em: 10 fev. 2015b.

\_\_\_\_\_. **Índice de reclamações**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/espaco-da-qualidade/indice-de-reclamacoes>>. Acesso em: 10 fev. 2015c.

\_\_\_\_\_ **Novas regras ajustam normas de acordo com o porte das operadoras.** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/operadoras-e-servicos-de-saude/992-novas-regras-ajustam-normas-de-acordo-com-o-porte-das-operadoras?highlight=WyJwb3J0ZSIImRhcysIm9wZXJhZG9yYXMiLCJwb3J0ZSBkYXMiLCJwb3J0ZSBkYXMGb3BlcmFkb3JhcysImRhcysBvcGVyYWRvcml0I0=>>>. Acesso em: 14 Abr. 2015d.

ARAUJO, Claudia; FIGUEIREDO, Kleber; DE FARIA, Marina Dias. **Qualidade em serviços de saúde.** Qualit@s Revista Eletrônica, v. 8, n. 3, 2009.

ARAÚJO, Geraldino Carneiro de; SILVA, Roberto Pereira da. **Teorias da satisfação dos clientes.** Araçatuba, 2003.

ARRUDA, M. C. C; ARRUDA, M. L. de. **Satisfação do Cliente das Companhias Aéreas Brasileiras.** São Paulo: RAE-Revista de Administração de Empresas, v. 38, n. 3, jul-set, 1998. p.25-33.

BARDIN, I. **Análise de conteúdo.** 70. ed. Lisboa, 1994.

BAUER, M; GASKELL, G; **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som.** Petrópolis: Vozes, 7. ed. 2008.

BERRY, Leonard L; PARASURAMAN A. **Serviços de marketing: competindo através da qualidade.** Tradução: Beatriz Sidou. 3. ed. São Paulo, 1995.

BERWICK, D. M. **Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde.** São Paulo: Makron Books, 1995.

BRASIL, **Constituição: República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Glossário temático: saúde suplementar**. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar – 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria de Comunicação Social. **Pesquisa brasileira de mídia 2015: hábitos de consumo de mídia pela população brasileira**. Brasília: Secom, 2014.

CABRAL, Leane Lima Dias. **Qualidade percebida dos serviços hospitalares: uma avaliação utilizando o método dos fatores críticos de sucesso e a escala SERVQUAL**. Recife, 2007.

CARVALHO, Marly Monteiro de; PALADINI, Edson Pacheco. **Gestão da qualidade: teoria e casos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

CHAUVEL, M. A. **A satisfação do consumidor no pensamento de marketing: revisão de literatura**. XXIII ENANPAD. Anais Eletrônico. Foz do Iguaçu-PR. Anpad, 1999.

\_\_\_\_\_. **Consumidores insatisfeitos: uma oportunidade para as empresas**. Rio de Janeiro: Mauad, 2000.

CLARKE, G. **Marketing de serviços e resultados: teoria e prática para ações e campanhas bem-sucedidas**. São Paulo: Futura, 2001.

CORRÊA, Henrique L; CAON, Mauro. **Gestão em serviços: lucratividade por meio de operações e de satisfação dos clientes**. São Paulo: Atlas, 2002.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa: Métodos Qualitativo, Quantitativo e Misto.** Tradução de Magda França Lopes. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010. Título original: Research Design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches, 3rd edition.

D'INNOCENZO, Maria; ADAMI, Nilce Piva; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. **O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 59, n. 1, p. 84-88, 2006.

DONABEDIAN **The seven pillars of quality.** Archives of pathology and laboratory medicine. Northfield, v. 114, p. 1115-1118, nov, 1990.

DONABEDIAN A. **The quality of care: how can it be assessed?** J Am Med Assoc. 1998.

EVARD, Y. A. **A satisfação dos consumidores: situação das pesquisas.** Rio Grande do Sul, 1995.

FIEBIG, Émerson Adriano; FREITAS, Ernani Cesar de. **Canais de atendimento, satisfação e lucratividade de clientes em serviços: um caso bancário.** READ. Revista Eletrônica de Administração. Porto Alegre, v.17, n. 3, dez. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141323112011000300007&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141323112011000300007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 27 jan. 2015.

FRANCO S.C.; CAMPOS G. W. S. **Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário.** Caderno de Saúde Pública, 1998.

FREITAS, André Luís Policani; BOLSANELLO, Franz Carvalho; VIANA, Nathália Ribeiro Nunes Gomes. **Avaliação da qualidade de serviços de uma biblioteca universitária: um estudo de caso utilizando o modelo Serqual.** Ciência da Informação. Brasília, v. 37 n. 3 p. 88-102, 2008.

GERSCHMAN, Silvia et al . **Estudo de satisfação dos beneficiários de planos de saúde de hospitais filantrópicos**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, abril. 2007.  
Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000200025&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200025&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 19 fev. 2015.

GIGLIO, Ernesto. **O comportamento do consumidor**. 2. ed. São Paulo: Pioneira, 2002.

GRÖNROOS, C. **Marketing: gerenciamento e serviços**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003. 3ª reimpressão.

KOTLER, Philip. **Administração do marketing: análise, planejamento, implementação e controle**. São Paulo: Atlas, 1991.

KOTLER, Philip; KELLER, K.L. **Administração de marketing**. 12. ed. São Paulo: Pearson, 2006.

LAS CASAS, Alexandre Luzzi. **Qualidade total em serviços: conceitos, exercícios, casos práticos**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

LEVITT, Theodore. **A imaginação de marketing**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1990.

LINDER, Pelz S.U. **Toward a theory of patient satisfaction**. Soc Sci Med, 1982.

LOVELOCK, Christopher; WIRTZ, Jochen; HEMZO, Miguel Angelo. **Marketing de serviços: pessoas, tecnologia e estratégia**. Tradução de Sônia Midiori Yamamoto. 7. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2011.

MARCHETTI, Renato; PRADO, Paulo H. M. **Um tour pelas medidas de satisfação do consumidor**. São Paulo: RAE – Revista de Administração de Empresas, v. 41. N. 4, p. 56-67, dez, 2001. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75902001000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902001000400007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 Abr. 2015.

MELO, Antônio A. A. **Avaliação do nível de satisfação do cliente de telefonia fixa no novo modelo brasileiro de telecomunicações: O caso de Pernambuco**. Recife, 2003.

MENDONÇA, Karla M. P. P. de; GUERRA, Ricardo Oliveira; DIÓGENES, Talita P. Macêdo. **Influência das características sociodemográficas na satisfação do paciente com o tratamento fisioterapêutico**. Fisioter Mov. 2006.

MERRIAM, B. **Qualitative Research in Practice: Examples for discussion and analysis**. New York: Jossey-Bass, 2002.

MIGUEL, Paulo Augusto Cauchick; SALOMI, Gilberto E. **Uma revisão dos modelos para medição da qualidade em serviços**. São Paulo, 2004.

MILAN, G. S; TREZ, G. **Pesquisa de satisfação: um modelo para planos de saúde**. RAE – eletrônica, v. 4, n. 2, jul-dez, 2005.

MINAYO, M. C. DE S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MORAES, Roque. **Análise de conteúdo**. Revista Educação, Porto Alegre, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999.

NOVAES, H. M.; PAGANINI, J. M. **Garantia de qualidade em hospitais da América Latina e do Caribe: acreditação de hospitais para a América Latina e do Caribe.** Brasília: Editora da Federação Brasileira de Hospitais, 1992.

OCKE-REIS, Carlos Octávio; ANDREAZZI, Maria de Fátima Siliansky de; SILVEIRA, Fernando Gaiger. **O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do estado?** Revista de economia contemp., Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, Abr. 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-98482006000100007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-98482006000100007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 28 Mar. 2015.

OLIVEIRA, Otávio J. (Org). **Gestão da qualidade: tópicos avançados.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

OLIVER, Richard. **Satisfaction: a behavioral perspective on the consumer.** Boston: Irwin McGraw-Hill, 1997.

PALADINI, Edson Pacheco. **Gestão da qualidade: teoria e prática.** 2. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. **A conceptual model of service quality and its implications for future research.** Journal of Marketing, Chicago, v. 49, n. 3, p. 41-50, 1985.

\_\_\_\_\_. **Servqual: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality.** Journal of Retailing, New York, v. 64, n. 1, p. 12-40, Spring, 1988.

PIVA, Luciana Cláudia. **Relação entre satisfação, retenção e rentabilidade de clientes no setor de planos de saúde.** Revista de Ciências da Administração, p. 54-80, jan. 2007. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/adm/article/view/1433/12687>>. Acesso em: 21 abr. 2015.

PRADO, Paulo H. M. **Integração da qualidade percebida, resposta afetiva e satisfação no processo de compra/consumo de serviços**. Anais do 26º Enanpad, 2002.

RECLAME AQUI. **Como funciona?** Disponível em:  
<<http://www.reclameaqui.com.br/comofunciona/>>. Acesso em: 10 fev. 2015a.

\_\_\_\_\_. **Sobre o prêmio**. Disponível em: <<http://premio.reclameaqui.com.br/sobre-premio/>>. Acesso em: 10 fev. 2015b.

REICHHELD, F. F. **A pergunta definitiva: você nos recomendaria a um amigo?** São Paulo: Campus, 2006.

ROCHA, A. da; SILVA, J. F. da. **Marketing de serviços: Retrospectiva e tendências**. RAE – Revista de Administração de Empresas. v. 46, n. 4, out-dez, 2006.

SARQUIS, Aléssio Bessa. **Estratégias de marketing de serviços: a prática de segmentação, diferenciação e posicionamento de agências de comunicação de Santa Catarina**. 2006. São Paulo, 2006. Disponível em:  
<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12139/tde-09042007-110500/>>. Acesso em: 27 mar. 2015.

SCHIFFMAN, Leon, KANUK, Leslie. **Consumer behavior**. New Jersey: Prentice Hall, 1995.

SOLOMON, M. R. **O comportamento do consumidor: comprando possuindo e sendo**. Porto Alegre: Bookman, 2002.

SOUZA, Rodrigo Mendes Leal de. **O mercado de saúde suplementar no Brasil: regulação e resultados econômicos dos planos privados de saúde**. Rio de Janeiro, 2014.

TORRES, C. Marketing digital: **Como influenciar o consumidor no meio virtual**. GV-executivo, v. 11, n. 2, jul-dez, 2012.

UNIMED, do Brasil. **Painel de inteligência de mercado**. 3. ed. conjuntural – Fevereiro 2015 – Unimed do Brasil, 2014. Disponível em:  
<[http://www.unimed.coop.br/portaunimed/flipbook/unimed\\_brasil/painel\\_inteligencia\\_de\\_mercado\\_fevereiro\\_2015/#6](http://www.unimed.coop.br/portaunimed/flipbook/unimed_brasil/painel_inteligencia_de_mercado_fevereiro_2015/#6)>. Acessado em: 13 Abr. 2015.

VUORI, H. **A qualidade da saúde**. Caderno Ciência e Tecnologia, v. 3, p. 17-24, 1991.

ZAMBALDI, F; MASCARENHAS, A. O; NATRIELLI, F. M. **O duplo foco da gestão de marcas nas redes sociais**. GV-executivo, v. 12, n. 1, janeiro-junho, 2013.

ZEITHAML, V. A.; BITNER, May Jô. **Marketing de serviços: a empresa com foco no cliente**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2003. São Paulo: Bain & Company, 2006.