

Universidade de Brasília

Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de
Políticas Públicas
Departamento de Administração

JADE COSTA DA CRUZ

**RESPONSABILIDADE SOCIAL CORPORATIVA E
RECLAMAÇÕES: estudo em operadoras de planos de
saúde atuantes no Brasil no período de 2019 e 2020**

Brasília - DF

2022

JADE COSTA DA CRUZ

**RESPONSABILIDADE SOCIAL CORPORATIVA E
RECLAMAÇÕES: estudo em operadoras de planos de
saúde atuantes no Brasil no período de 2019 e 2020**

Monografia apresentada ao Departamento de Administração como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Administração.

Professor Orientador: Dr. Carlos André Melo

Brasília - DF

2022

JADE COSTA DA CRUZ

RESPONSABILIDADE SOCIAL CORPORATIVA E RECLAMAÇÕES: estudo em operadoras de planos de saúde atuantes no Brasil no período de 2019 e 2020

A Comissão Examinadora, abaixo identificada, aprova o Trabalho de Conclusão do Curso de Administração da Universidade de Brasília do (a) aluno (a).

Jade Costa da Cruz

Banca Examinadora

Dr. Carlos André Melo
Professor-Orientador

Ms, Olinda Maria Gomes Lesses
Professora-Examinadora

Dr, Evaldo Cesar Rodrigues
Professor-Examinador

Brasília, 6 de maio de 2022

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pela minha vida, por me ajudar a ultrapassar todos os obstáculos desta jornada e por permitir mais essa vitória em seu nome.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Carlos André de Melo Alves, com sua paciência, organização e direcionamento que foram fundamentais para que esse trabalho fosse possível.

Ao meu marido Diego Silva Lima, que por vezes me motivou e me incentivou a todo momento dessa jornada, por todas as tardes e noites que me auxiliou e por todas as palavras de incentivo durante toda minha caminhada na faculdade.

Aos meus pais Celso da Cruz e Maria José Carlos Costa da Cruz por me passarem a fé que foi primordial durante todos esses anos e minha vida, todo carinho e ensinamentos que guardo, vocês foram fundamentais para me tornar a mulher que sou hoje.

Aos meus irmãos Jackeline Costa, Jonathan Costa e Jessica Costa, por todo apoio e por acreditarem a todo momento que eu era capaz.

As minhas colegas de curso Luiza Galvão, Vinicius Alexandre e Lívia Penke, obrigado por trilharem essa caminhada durante esses anos comigo, pelo companheirismo e pela troca de experiências que me permitiram crescer não só como pessoa, mas também como formanda.

Aos meus avós Darcy Cruz e Edith dos Anjos (in memoriam) por me ensinarem sobre companheirismo e serem prova viva do amor de Deus no mundo.

A todos amigos e familiares, obrigado por compreenderem a minha ausência enquanto eu me dedicava à realização deste trabalho.

Aos meus colegas de trabalho, pelos incentivos com palavras de encorajamento, força e puxões de orelha.

RESUMO

O objetivo geral deste trabalho foi investigar os índices de reclamações efetuadas pelos beneficiários das operadoras de planos de saúde ativas no Brasil, considerando o porte e a modalidade dessas operadoras, no período de 2019 e 2020. O referencial teórico aborda o setor de saúde suplementar, as Operadoras de Planos de Saúde - OPS, Responsabilidade Social Corporativa - RSC com ênfase nas reclamações dos beneficiários dessas operadoras, em especial no Índice Geral de Reclamações – IGR. Trata-se de estudo descritivo, com abordagem quantitativa e correlacional. A amostra não probabilística corresponde a 377 operadoras de planos de saúde foi obtida a partir de informações disponibilizadas publicamente pela Agência Nacional de Saúde – ANS. O tratamento dos dados empregou estatísticas descritiva e inferencial não paramétrica, com emprego dos testes Komolgorov-Smirnov, Teste U de Mann-Whitney, Teste de Levene, a Análise de variância de 1 fator de Kruskal-Wallis e o teste dos postos com sinais de Wilcoxon. Os principais resultados mostraram que, em média, os IGR para os anos de 2019 e 2020 foram, respectivamente, 7,21 e 6,73. Não houve diferenças significativas entre os IGR de 2019 e de 2020, embora em cada ano os IGR apresentaram diferenças quanto ao porte da operadora, com predomínio para operadoras de planos de saúde com até 20 mil beneficiários, e foram condicionados em cada ano a modalidade da operadora, com ênfase naquelas que atuam na modalidade ‘Medicina de Grupo’. Este estudo busca colaborar para a análise de indicadores baseado em reclamações, vinculando-os ao estudo da responsabilidade social corporativa, em especial ao atendimento dos stakeholders beneficiários de operadoras de planos de saúde no País.

Palavras-chave: Responsabilidade Social Corporativa; Reclamações; Operadoras de Planos de Saúde; Saúde Suplementar; Testes não Paramétricos.

ABSTRACT

The general objective of this study was to investigate the rates of complaints made by beneficiaries of active health plan operators in Brazil, considering the size and type of these operators, in the period 2019 and 2020. The theoretical framework addresses the supplementary health sector, Health Plan Operators - OPS, Corporate Social Responsibility - CSR with emphasis on complaints from the beneficiaries of these operators, especially in the General Complaints Index – IGR. This is a descriptive study, with a quantitative approach and correlational. The non-probabilistic sample corresponds to 377 health plan operators and was obtained from information made publicly available by the National Health Agency - ANS. Data treatment used descriptive and nonparametric inferential statistics, using the Komolgorov-Smirnov tests, Mann-Whitney U test, Levene test, Kruskal-Wallis 1-factor analysis of variance and the rank test with signs of Wilcoxon. The main results showed that, on average, the IGR for the years 2019 and 2020 were, respectively, 7.21 and 6.73. There were no significant differences between the 2019 and 2020 IGRs, although in each year the IGRs showed differences in terms of the size of the operator, with a predominance of health plan operators with up to 20,000 beneficiaries, and each year the type of payment was conditioned. operator, with emphasis on those that work in the 'Group Medicine' modality. This study seeks to contribute to the analysis of indicators based on complaints, linking them to the study of corporate social responsibility, in particular to the service of beneficiary stakeholders of health plan operators in the country.

Keywords: Corporate social responsibility; Complaints; Health Plan Operators; Supplementary Health; Non-Parametric Tests.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Cadeia produtiva de bens e serviços no setor de saúde suplementar -----	18
Figura 2 – Empresa responsável para quem? -----	21
Figura 3 – Fluxo de reclamações na ANS -----	25
Figura 4 – Método de Cálculo IGR -----	26
Figura 5 – Método de Cálculo PFA -----	27
Figura 6 – Método de Cálculo IAP -----	27

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Análise descritiva do IGR em dezembro de 2019 e em dezembro de 2020 -----	34
Tabela 2 - Resultado dos testes de normalidade para o IGR em dezembro de 2019 e em dezembro de 2020 -----	34
Tabela 3 - Análise descritiva da categoria Porte -----	35
Tabela 4 - Resultado dos testes de normalidade para a categoria Porte -----	36
Tabela 5 - Resultado do teste U de Mann-Whitney para a categoria Porte -----	36
Tabela 6 - Análise descritiva da categoria Modalidade -----	37
Tabela 7 - Resultado dos testes de normalidade para a categoria Modalidade -----	38
Tabela 8 - Resultado do teste de Levene para categoria Modalidade -----	39
Tabela 9 - Resultado do teste Kruskal-Wallis para a categoria Modalidade -----	39
Tabela 10 - Resultado do teste de Wilcoxon para o porte -----	41
Tabela 11 - Resultado do Teste de Wilcoxon para a modalidade -----	42
Tabela 12 - Resultado do teste de Wilcoxon para a amostra total -----	43

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação das Operadoras de Saúde de acordo com a modalidade -	18
Quadro 2 - Tipo de contratação do plano -----	19
Quadro 3 - Tipos de stakeholders e seus interesses -----	23
Quadro 4 - Classificação da NIP recebidas pela ANS após resposta da OPS -----	26
Quadro 5 - Critérios para seleção da Amostra -----	29
Quadro 6 - Distribuição da Amostra de acordo com o Porte da Operadora -----	30
Quadro 7 - Distribuição da Amostra de acordo com a Modalidade da Operadora ---	31
Quadro 8 - Testes utilizados na análise inferencial -----	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OPS –Operadoras de Plano de Assistência à Saúde;

ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar;

RSC – Responsabilidade Social Corporativa;

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico;

IAPs - Institutos de Aposentadorias e Pensões;

SUS - Sistema Único de Saúde;

RN - Resolução Normativa;

NIP - Notificação de Investigação Preliminar;

IGR - Índice Geral de Reclamações;

PFA – Percentual de Finalização Assistencial;

IAP - Índice de Abertura de Processo Administrativo;

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
1.1. Contextualização	12
1.2. Formulação do problema	13
1.3. Objetivo Geral	13
1.4. Objetivos Específicos	13
1.5. Justificativa	14
2. REVISÃO TEÓRICA	15
2.1. O Setor de Saúde Suplementar e as Operadoras de Plano de Saúde	15
2.2. Responsabilidade Social Corporativa - RSC e Reclamações: Aspectos Conceituais	20
3. MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA	28
3.1. Tipologia e descrição geral dos métodos de pesquisa	28
3.2. Caracterização do setor de saúde suplementar	28
3.3. População e amostra	28
3.4. Procedimentos de coleta e de análise de dados	31
4. RESULTADO E DISCUSSÃO	34
4.1. Verificação dos índices de reclamações de acordo com o porte	35
4.2. Verificação dos índices de reclamações de acordo com a modalidade	37
4.3. Verificação dos índices de reclamações dos beneficiários das operadoras de planos de saúde no período de 2019 e 2020	40
5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	44
REFERÊNCIAS	46
APÊNDICES	52
APÊNDICE A - Quantidade de OPS atribuída a cada categoria inicial de porte	
52	
APÊNDICE B - Quantidade de OPS atribuída a cada categoria inicial de modalidade	52

1. INTRODUÇÃO

1.1. Contextualização

A Responsabilidade Social Corporativa - RSC atualmente está ligada à evolução do papel que as organizações assumem na sociedade e tem natureza ética pelo compromisso com seus stakeholders assumindo a responsabilidade pelos impactos que causam (BEATTIE; SMITH, 2013).

A Responsabilidade Social Corporativa, tem recebido particular atenção na literatura e nos diversos setores econômicos, inclusive o setor de saúde suplementar no Brasil (DUQUE; SILVA; COHEN, 2018). Considerando que as Operadoras de Plano de Saúde - OPS, são dependentes de stakeholders, nesse caso os beneficiários, prestadores e agência reguladora, que possuem participação direta no desempenho destas, a RSC é um dos pontos de discussão no setor.

Em adição, constata-se que em 2020, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico – OCDE, emitiu um relatório de condutas responsáveis para as empresas a fim de orientá-las a conduzir abordagens para o enfrentamento da pandemia decorrente da Covid-19. A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, responsável por supervisionar as OPS, demonstrou estar alinhada com as demais autoridades competentes do país para colaborar de forma efetiva para o enfrentamento dos efeitos dessa pandemia (ANS, 2020).

No Brasil a ANS divulgou durante o exercício de 2020, portanto no contexto pandêmico, o documento intitulado Boletim Covid-19, que trouxe informações consolidadas acerca dos impactos da epidemia do Coronavírus no setor de saúde suplementar e a atuação da agência. Ao todo foram divulgados mensalmente, referente ao ano de 2020, nove informativos através do sítio eletrônico.

Acrescente-se que entre os indicadores sociais utilizados para avaliar o atendimento aos stakeholders beneficiários nas OPS estão as reclamações, que podem ser apresentadas por consumidores às próprias OPS, aos Procons e através dos canais de atendimento da ANS. As reclamações apresentadas para a ANS, inclusive, podem subsidiar a elaboração de índices, que permitam analisar comparativamente o atendimento das OPS ativas no Brasil.

1.2. Formulação do problema

As reclamações registradas junto aos canais de relacionamento da ANS, são divulgadas trimestralmente, com atualização mensal, por meio do sítio eletrônico da referida agência (ANS 2020). As informações disponibilizadas pela ANS contemplam em índices baseados em reclamações.

Os Índices de reclamações permitem a comparação das OPS que atuam no setor de saúde suplementar no Brasil no tocante à qualidade do atendimento prestado a seus stakeholders beneficiários, sendo um exemplo desses índices o Índice Geral de Reclamações – IGR. Tais comparações, inclusive, podem considerar o porte dessas OPS, bem como a modalidade dessas OPS (ANS, 2015).

Em complemento, verifica-se existência da oportunidade para estudar empiricamente os índices de reclamações, em especial nos anos de 2019 e 2020, destacados porque contemplaram período anterior e posterior a decretação da Pandemia decorrente da Covid-19.

Diante do que foi apresentado nesta seção e na Seção 1.1, tem-se como proposto o seguinte problema de pesquisa: **Quais são os índices de reclamações dos beneficiários das operadoras de planos de saúde ativas no Brasil, considerando o porte e a modalidade, no período de 2019 e 2020?**

1.3 Objetivo Geral

Investigar os índices de reclamações dos beneficiários das operadoras de planos de saúde ativas no Brasil, considerando o porte e a modalidade, no período de 2019 e 2020.

1.4 Objetivos Específicos

- Comparar os índices de reclamações dos beneficiários segundo o porte das operadoras de planos de saúde;
- Diferenciar os índices de reclamações dos beneficiários de acordo com a modalidade das operadoras de planos de saúde; e
- Verificar as diferenças entre os índices de reclamações dos beneficiários das operadoras de planos de saúde no período de 2019 e de 2020.

1.5 Justificativa

Considerando as reclamações como um indicador da qualidade do atendimento dos stakeholders beneficiários das OPS, a presente pesquisa se propõe estudar os índices de reclamações divulgados publicamente pela ANS, contribuindo de forma teórica para estudos que reforçam o vínculo de reclamações ao atendimento de stakeholders e, também, para pesquisas ligadas ao tema RSC.

Este estudo, diferencia-se de outros estudos ligados a reclamações na área da saúde suplementar (VIEIRA; MARTINS, 2014) pois utiliza para análise o IGR. Adicionalmente, justifica-se de forma prática, pois poderá beneficiar diferentes stakeholders com reflexões a respeito da análise dos índices de reclamações das OPS, tais como o porte e a modalidade de operação dessas OPS. São exemplos desses stakeholders os gestores das OPS que cuidam do atendimento de beneficiários, a ANS como entidade que regulamenta e fiscaliza o setor, os próprios beneficiários e os acadêmicos que pesquisem as OPS.

Por fim, considerando a pandemia decorrente da Covid-19 e as diversas medidas adotadas em âmbito nacional com a promulgação do Decreto Legislativo nº 6 de 20 de março de 2020 (BRASIL, 2020), o estudo é importante, no ponto de vista econômico-social, pois traz evidências de análises baseadas em reclamações registradas na ANS em dezembro de 2019 e em dezembro de 2020, respectivamente o último mês do ano anterior e o último mês do ano em que se iniciou a decretação da pandemia decorrente da Covid-19 no País, possibilitando análises comparativas entre esses dois períodos.

2. REVISÃO TEÓRICA

2.1 O Setor de Saúde Suplementar e as Operadoras de Plano de Saúde

O sistema de Saúde no Brasil está pautado na premissa constitucional de 1988, onde fica expresso em seu Art. 6º a saúde como um direito social de todos os Brasileiros (BRASIL, 2015). Cabe aos Estados e Municípios cuidar da assistência pública, através da edição de normas de proteção à saúde e da prestação de assistência médica e hospitalar.

O sistema de saúde brasileiro é dividido em dois subsistemas: o público e o privado (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008). O subsistema público é representado pelo Sistema Único de Saúde - SUS, sua implementação significou a extensão de assistência médico-hospitalar a uma massa expressiva de brasileiros, porém, segundo Noronha, Santos e Pereira (2010) no início da década de 2000 o sistema de saúde brasileiro estava fragmentado em duas partes: na primeira para os ricos, com uma assistência predominantemente privada com regras de concorrência predatórias e com quebra de contrato quando relacionado a cobertura de doenças crônicas; e, na segunda parte, para os pobres, o SUS fragmentado, com sub-remuneração, com grande tempo em listas de espera para cirurgias eletivas e consultas a especialistas.

O subsistema privado de saúde atualmente pode ser dividido em dois: o de saúde suplementar e o subsetor liberal clássico. O subsetor liberal clássico é aquele que atende através de serviços particulares autônomos com clientela própria, captada através de processos informais (PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008). O presente trabalho tem como foco o setor de saúde suplementar, composto por entidades de financiamento privado, atuantes através dos planos e seguros de saúde.

O mercado de saúde suplementar no Brasil teve início com a promulgação do decreto Nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923, conhecido como a Lei Eloy Chaves, o surgimento dos Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAPs e as caixas de assistência patronal de saúde aos funcionários do Banco do Brasil - Cassi, que forneciam assistência aos empregados de algumas empresas através de empréstimos ou reembolso (BAHIA; VIANA, 2002).

No final dos anos 70, o Brasil presenciou um período caracterizado pela expansão de benefícios sociais, com a aposentadoria de trabalhadores rurais e aos

idosos, porém a expansão não se estendeu a base de financiamento contributiva, dando lugar assim, segundo COHN (1995) a um sistema privado de saúde complexo e com grande acumulação de capital.

Segundo Duque, Silva e Cohen (2018), os planos de saúde e odontológicos, não eram realidade da maior parte dos cidadãos até o final dos anos 1990 no Brasil, sendo considerado um serviço de luxo, considerando que uma parcela substancial desses cidadãos apenas possuía o SUS como sistema de saúde. Porém em 1994, com a adoção do plano real e a perspectiva de aumento do poder de compra, estimulou-se a comercialização de planos individuais por intermédio de hospitais e empresas médicas, oferecendo acesso a serviços restritos e/ou a um único estabelecimento hospitalar (BAHIA; VIANA, 2002).

Com o processo de expansão crescente da comercialização dos planos individuais, Bahia e Viana (2002) apontam o aumento do surgimento de sub-redes, fazendo assim com que o setor se tornasse ainda mais fragmentado, considerando que um hospital, conveniado ao SUS e ao mesmo tempo a diversas empresas de assistência, sem restrição legislativa, poderia tornar-se, também, uma empresa de plano de saúde¹.

SESTELO et al. (2014) apontam em seu estudo acerca da revisão crítica literária sobre saúde suplementar no Brasil, que denúncias de negação de atendimento a pacientes de risco, idosos e HIV positivo, trouxeram visibilidade ao setor de planos de pré-pagamento na década de 90, também auxiliaram no processo para edição da Lei Federal nº 9.656, de 3 de junho de 1998, conhecida como lei de planos de saúde. A partir da referida lei as Operadoras de Plano de Assistência à Saúde (OPS) foram instituídas como pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão e o Plano Privado de Assistência à Saúde como:

¹ Do mesmo modo que no início da expansão dos planos individuais no Brasil, outros países enfrentaram problemas na coordenação conjunta da rede de saúde pública e privada. Como exemplo, BOXALL (2010) em seu artigo sobre as reformas realizadas no setor público e privado de saúde australiano, indica a rede de saúde privada em parte como um substituto para o regime público e por vezes como um complemento, o que acarretava em uma falta de clareza sobre o papel do seguro de saúde privado no país, limitando assim o sucesso de tentativas de reformas.

Prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor (BRASIL, 2001).

Segundo Bahia e Vianna (2002) a regulamentação do setor de saúde suplementar visava atenuar as falhas no mercado e os riscos tanto por parte dos clientes quanto das operadoras e dos provedores de serviços. A regulamentação do setor mediante a Lei de planos de saúde e a publicação da MP 1665, de 4 de junho de 1998, conjuntamente aprofundaram-se na Lei Federal nº 9961, de 28 de janeiro de 2000, que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Tal como as demais agências reguladoras presentes no Brasil, a ANS possui autonomia de decisões e de orçamento, diferindo-se quanto à natureza das ações regulatórias, considerando-se que para o setor de saúde voltava-se a intenção de construir mecanismos estatais, mais afazeres de fiscalização e controle de preços.

Para completo entendimento de como o setor de saúde suplementar atua é importante contextualizar sua participação dentro da cadeia produtiva do setor privado de saúde. No início da cadeia produtiva encontra-se a indústria de insumos de saúde que fornecem medicamentos, equipamentos entre outros insumos aos prestadores de serviço de saúde. Esses prestadores de serviços de saúde englobam, hospitais, consultórios, clínicas e laboratórios que efetivamente prestam serviços de saúde aos beneficiários de planos privados de saúde, que usufruem dos referidos serviços por meio de mensalidades pagas às OPS (IESS, 2013), conforme exemplificado na Figura 1:

Figura 1 - CADEIA PRODUTIVA DE BENS E SERVIÇOS NO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR



FONTE: Adaptado IESS (2013, p, 9). Legenda: ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar; O termo 'Operadoras' refere-se a OPS

Conforme ilustrado na figura 1, cabe, portanto, à ANS regular o fluxo financeiro e de serviços entre as OPS, beneficiários e prestadores (IESS, 2013). Com a criação da ANS as OPS foram classificadas em modalidades, de acordo com seu estatuto jurídico. No total as OPS são classificadas em uma de oito categorias, conforme quadro abaixo:

Quadro 1 - Classificação das Operadoras de Saúde de acordo com a modalidade

Modalidade	Estatuto Jurídico
Autogestão	Empresa que opera planos de assistência à saúde destinados, exclusivamente, a empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados, de uma ou mais empresas ou, ainda, a participantes e dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classes profissionais ou assemelhados e seus dependentes.
Cooperativa médica	Sociedade sem fins lucrativos, conforme disposto na Lei Nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971.
Cooperativa odontológica	Sociedade sem fins lucrativos, conforme disposto na Lei Nº 5.764, de 16 de dezembro de 1971, que opera exclusivamente planos odontológicos.
Filantropia	Entidade sem fins lucrativos que opera planos privados de assistência à saúde, sendo certificada como entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS e declarada de utilidade pública pelo Ministério da Justiça ou pelos órgãos dos governos estaduais e municipais
Administradora de Benefícios	Empresa que apenas administra planos de saúde, que são financiados por outra operadora. Uma administradora não assume o risco decorrente da operação desses planos e não possui rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos. Por não possuírem beneficiários, a operadora classificada como administradora está dispensada do envio das informações sobre beneficiários.
Seguradora especializada em saúde	Sociedade seguradora autorizada a operar planos de saúde, desde que esteja constituída como seguradora especializada nesse tipo de seguro, devendo seu estatuto social vedar a atuação em quaisquer outros ramos ou modalidades.
Medicina de Grupo	Demais empresas ou entidades que operam planos privados de assistência à saúde.
Odontologia de grupo	Demais empresas ou entidades que operam, exclusivamente, planos odontológicos.

Fonte: Adaptado ANS (2000).

De acordo com a Resolução Normativa 392, de 9 de dezembro de 2015, que trata sobre “aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e limites de alocação e de concentração na aplicação dos ativos garantidores das operadoras no âmbito do sistema de saúde suplementar” as OPS podem ser classificadas em um determinado porte. Operadoras que possuem um número de beneficiários inferior a 20 mil são classificadas como operadora de pequeno porte. São classificadas como operadora de médio porte aquelas que possuem número de beneficiários superior a 20 mil e inferior a 100 mil; por fim operadoras que possuem número de beneficiários superior a 100 mil são classificadas como operadoras de grande porte. Para o fim de classificação, é considerado pela ANS o número de beneficiários ativos na data de 31 de dezembro do exercício anterior à classificação.

As operadoras de saúde registradas na ANS estão autorizadas a comercializar seus planos de acordo com três coberturas assistenciais: 1. cobertura de assistência médica que contenha a segmentação hospitalar e/ou ambulatorial, com ou sem assistência odontológica; 2. exclusivamente odontológica, aquelas que oferecem apenas assistência odontológica e 3. ambas. Os planos também são agrupados pela ANS segundo o tipo de contratação do plano, conforme Quadro 2:

Quadro 2 - Tipo de contratação do plano

Contratação do plano	Descrição
Individual ou familiar	Plano privado de assistência à saúde que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar
Coletivo Empresarial	Plano privado de assistência à saúde que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária
Coletivo por adesão	Plano privado de assistência à saúde que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial
Não identificado	Tipo de contratação de planos com vigência anterior à Lei Nº 9.656/98

Fonte: Adaptado ANS (2016).

Segundo o Art. 2º da RN nº 259 de 17 de junho 2011 as OPS são obrigadas a garantir cobertura assistencial na área de abrangência geográfica e na área de atuação do plano cadastrado na ANS, ou seja, é a área em que a OPS compromete-se a garantir todas as coberturas assistenciais à saúde contratadas pelo beneficiário, dessa forma a abrangência geográfica das operadoras pode ser classificada como:

Nacional, onde a cobertura ocorre em todo território brasileiro; Estadual que ocorre em todos os municípios de um determinado estado; Grupo de estados em que a cobertura deve ser em todos os municípios que compõe um determinado grupo de estados, com no mínimo dois estados e não atingindo abrangência nacional; Municipal a cobertura ocorre para apenas um município de determinado estado; Ou grupo de municípios em que existe cobertura em mais de um município dentro de um estado ou mais, desde que não ultrapassando o limite de 50,00% dos municípios de cada estado (ANS, 2011).

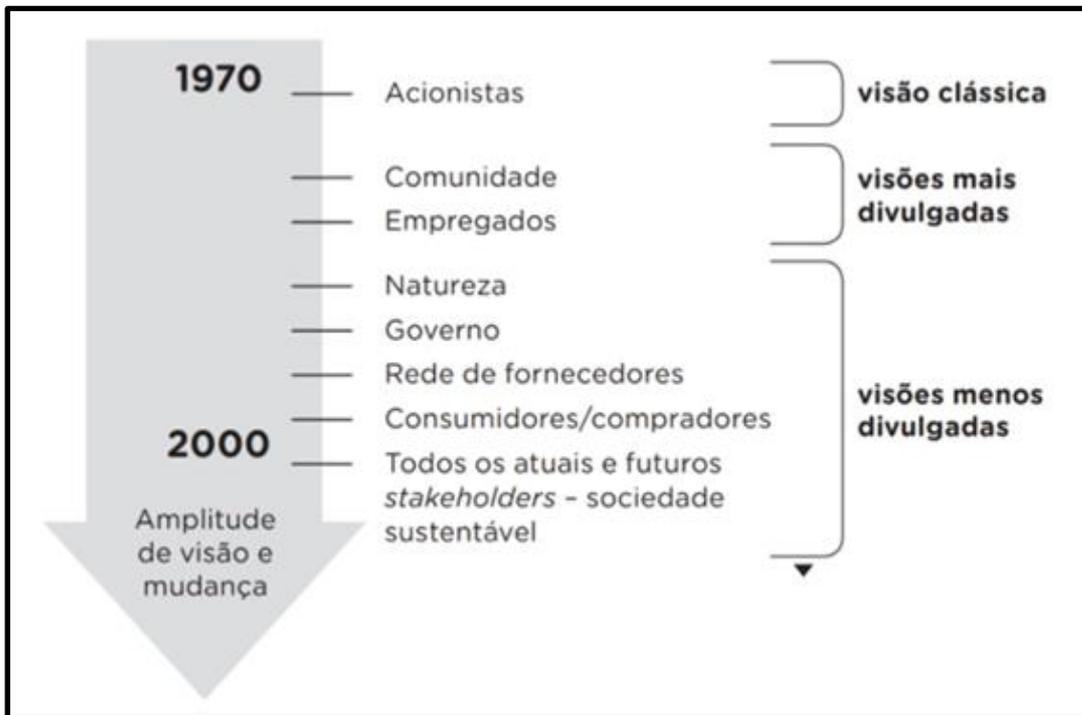
De acordo com dados da ANS de 2020, o número de usuários registrados na ANS é de aproximadamente 47,6 milhões em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia e cerca de 27 milhões de usuários em planos exclusivamente odontológicos (ANS, 2020). Segundo a ANS, ao fim do primeiro trimestre de 2019, havia 47,1 milhões de vínculos de beneficiários da saúde suplementar a planos de assistência médica com ou sem odontologia e 24,5 milhões a planos exclusivamente odontológicos. Em comparação com o fechamento do ano de 2018, houve redução de 196,4 mil vínculos no segmento médico-hospitalar, enquanto o segmento odontológico apresentou crescimento de 291,9 mil vínculos (ANS, 2019).

Segundo Pietrobon, Prado e Caetano (2008) a implantação da ANS auxiliou a regulação do setor de saúde suplementar ainda que essa aconteça apenas para planos pós 1999. Considerando a taxa de crescimento do número de usuários de planos de saúde, ao se analisar o ano de 2020 é possível perceber um aumento significativo de beneficiários se comparado ao ano anterior. Em 2020 houve uma taxa de crescimento de 1,2% em relação a 2019, enquanto em 2019 essa taxa foi de -0,1% em relação ao ano anterior, considerando os beneficiários cadastrados em planos privados de assistência médica com ou sem odontologia (ANS, 2021).

2.2 Responsabilidade Social Corporativa - RSC e Reclamações: Aspectos Conceituais

As discussões acerca da RSC até o início do século XX possuíam a visão de que as corporações tinham como finalidade a retenção de lucros para seus acionistas, modificando-se essa visão, ao longo dos anos, para outras visões que ampliaram os stakeholders ou partes interessadas para quem as corporações deveriam ser responsáveis (ASHLEY, 2018). A Figura 2 ilustra essa mudança.

Figura 2 - Empresa responsável para quem?



FONTE: ASHLEY (2018)

De acordo com Dias (2002), no século XXI houve um aumento nos impactos das empresas em diversos fatores, como econômicos, ambientais e sociais. Tais impactos podem afetar diversos stakeholders ou partes interessadas, o que implica a necessidade de as empresas desenvolverem o tratamento da RSC.

Não existe uma teoria consolidada e única acerca da definição de RSC (FILHO, 2006). Carroll (1991) define RSC através de uma subdivisão do tema em quatro dimensões: filantrópica, ética, legal e econômica. A dimensão econômica pode ser considerada como a mais difundida dentro dos estudos da RSC ao se abordar o tema e faz alusão aos conceitos amplamente discutidos por Friedman, conforme apresentado por Ashley (2018), de que a direção corporativa deve se empenhar dentro da organização exclusivamente a maximização dos lucros.

As dimensões legais e ética da RSC referem-se, respectivamente, a: 1, obrigações da organização perante as legislações que se aplicam à organização e 2. na sociedade em que estão inseridas, as organizações satisfaçam as expectativas dos seus stakeholders. A responsabilidade discricionária ou filantrópica representa as atividades da organização no sentido de melhorar o meio social (Carroll, 1979).

Segundo Harrison e Freeman (1999) a mídia tem abordado de maneira mais frequente questões como problemas ambientais, exploração dos trabalhadores e

produção, atrelado a forte regulamentação por parte dos governos fazendo com que os investidores e gestores de fundos de investimentos e também os consumidores se tornem cada vez mais sensíveis com questões relacionadas ao desempenho social das organizações.

Atualmente, mesmo escritores renomados no campo da estratégia, como Porter e Kramer (2002), não abordaram o tema da RSC em suas pesquisas no passado, mas começaram a incorporar o tema ao conceito de estratégia organizacional. Os resultados da participação no mercado, stakeholders e empresas, consideram que iniciativas e ações sociais podem criar valor compartilhado com a sociedade, gerando vantagens competitivas (BARCELLOS; DELLAGNELO, 2013).

As mudanças organizacionais têm impactado cada vez mais a expansão dos conceitos da RSC nos últimos anos quando as estratégias não podem se basear na degradação ambiental, no desrespeito às disposições sociais e na resistência ao cumprimento dos padrões internacionais de direitos humanos. Pelo contrário, a satisfação das necessidades sociais seria a razão da melhoria da competitividade, incorporando os padrões de excelência, que cada vez mais os consumidores estão considerando, e valorizando a reputação corporativa da empresa, que é um ativo intangível que concorrentes não poderiam replicar (DIAS, 2002).

Uma ampliação dos interesses dos acionistas nas organizações é fornecida com o termo stakeholders, que têm sua origem no termo stockholder, onde o foco passa de corresponder aos anseios dos acionistas e passa, para além dos acionistas, aos públicos de interesse que rodeiam a organização (ROCHA, 2010).

Uma definição mais detalhada para o termo 'stakeholders' é apresentada por Rossetti e Andrade (2014, p 109): "Pessoas, grupos ou instituições, com interesses legítimos em jogo nas empresas e que afetam ou são afetados pelas diretrizes definidas, ações praticadas e resultados alcançados."

Diversos tipos de stakeholders de uma organização podem ser citados, tanto internos como externos. O Quadro 3 apresenta os principais stakeholders de uma organização, bem como os interesses que podem norteá-los.

Quadro 3 - Tipos de stakeholders e seus interesses

TIPOS DE STAKEHOLDERS	INTERESSES
SHAREHOLDERS	Proprietários, investidores: <ul style="list-style-type: none"> ● Ganhos de capital: maximização do valor da empresa; ● Dividendos ao longo do tempo; ● Máximo retorno total.
INTERNOS	Órgãos de governança: <ul style="list-style-type: none"> ● Retribuições em bases fixas; Empregados: <ul style="list-style-type: none"> ● Segurança; ● Salários; ● Benefícios assistenciais materiais.
EXTERNOS	Fornecedores: <ul style="list-style-type: none"> ● Regularidade; ● Desenvolvimento conjunto. Clientes/consumidores: <ul style="list-style-type: none"> ● Preços justos; ● Produtos conformes, confiáveis e seguros;
ENTORNO	Comunidades locais: <ul style="list-style-type: none"> ● Geração de empregos; ● Contribuições para o desenvolvimento Governos e órgãos reguladores: <ul style="list-style-type: none"> ● Conformidade legal; ● Crescimento; ● Geração de empregos

FONTE: Adaptado ROSSETTI; ANDRADE, 2014

Outra forma de definir os stakeholders, que possui relevância nos estudos acadêmicos é apresentada por Freeman e Reed (1983), que propõe duas definições, uma no sentido amplo e uma no sentido restrito, conforme abaixo:

O sentido amplo de Stakeholder: Qualquer grupo ou indivíduo identificável, que pode afetar a realização dos objetivos de uma organização (grupos de interesse público, grupos de protesto, agências governamentais, associações comerciais, concorrentes, [...]). O sentido restrito de Stakeholder: Qualquer grupo ou indivíduo identificável do qual a organização depende para sua sobrevivência contínua. (Funcionários, segmentos de clientes, certos fornecedores [...]). (FREEMAN; REED, 1983, p. 91).

ROCHA apud Harrison (2010), classifica os stakeholder através do nível de poder de acordo com os interesses, que cada um tem na organização, podendo ser:

1. interesse de propriedade, uma vez que os ganhos desses stakeholders estão

ligados às atividades da organização; 2. interesse econômico para aqueles que têm relação econômica com a empresa, como funcionários que recebem seus salários ou clientes que dependem do que compram; e 3. interesse social, que visam garantir a funcionalidade da organização dentro de forma socialmente responsável, como por exemplo os órgãos reguladores.

É adequado citar que a área de estudos acadêmicos relacionados a stakeholders contempla o cliente como stakeholder. O cliente está presente na classificação de stakeholders externos apresentada por Rossetti e Andrade (2014), na definição restrita de Freeman e Reed (1983) e na classificação apresentada por ROCHA apud Harrison (2010), relacionando-os com os interesses econômicos da organização.

Há estudos realizados na área da RSC relacionados ao stakeholder cliente. Por exemplo, o realizado por Creyer e Ross (1997) identificou uma disposição positiva dos consumidores em relação a empresas que são socialmente responsáveis. Em outro estudo, de Serpa e Forneau (2007), efetuou-se pesquisa exploratória acerca da percepção dos consumidores em relação à RSC, constatando-se a predileção para apontar aspectos negativos das organizações ao se analisar os efeitos de uma postura de RSC.

A satisfação do stakeholder cliente apresenta-se de importância para as organizações. Alinhado a este argumento, SOLOMON (2016) aponta que empresas que possuem um alto nível de satisfação por parte de seus consumidores com frequência adquirem vantagem competitiva no mercado em que estão inseridas.

As reclamações do stakeholder cliente, também, é objeto de interesse em estudos de RSC. A este respeito, Duque, Silva e Cohen (2018) incluíram em constructo para analisar a RSC, como uma das variáveis dependentes, o nível de reclamações de clientes, indicando as reclamações como relevantes para a análise da efetividade da RSC nas organizações.

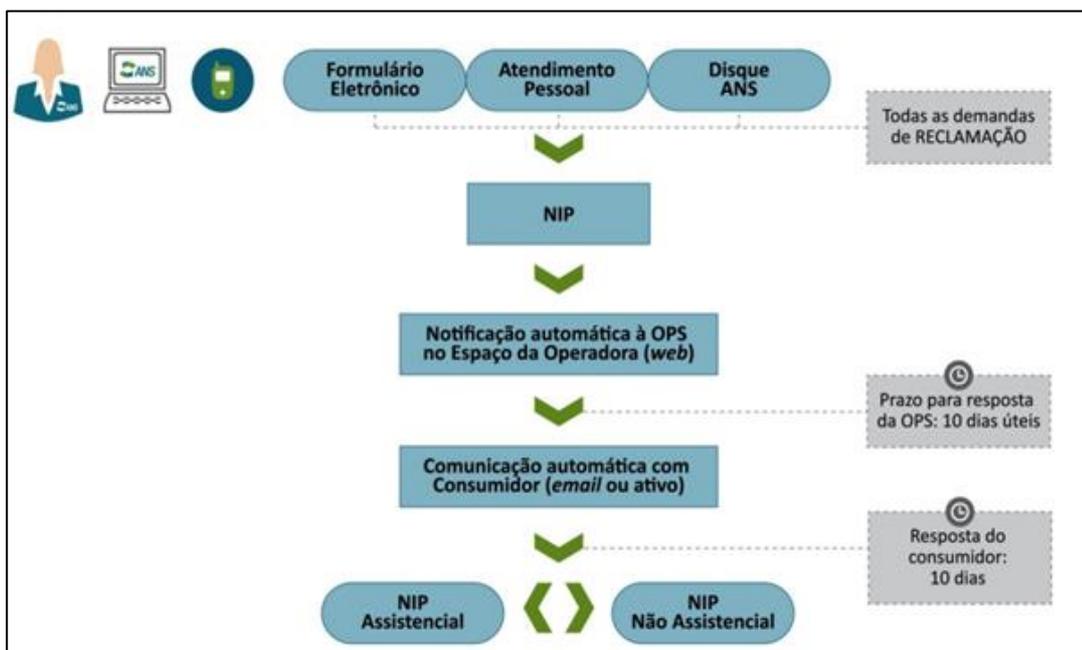
O crescimento do setor de saúde suplementar fez com que os planos de saúde se transformem em um bem de consumo (VIEIRA; MARTINS, 2014) e as relações entre partes contratantes de um plano de saúde podem gerar insatisfações de clientes e desencadear conflitos entre clientes e a OPS. Nesse contexto, os beneficiários que não resolvem seus impasses diretamente com a OPS contratada, podem recorrer a ANS através da abertura de reclamações diretamente na citada agência, denominadas pela agência como Notificação de Intermediação Preliminar - NIP.

Inicialmente a RN nº 266, de 5 de agosto de 2010 definiu o procedimento da NIP como um instrumento para solução de conflitos entre beneficiários e OPS em relação exclusivamente às demandas relacionadas à negativa de cobertura. A partir de 2015 com a promulgação da RN nº 388, de 25 de novembro de 2015 (ANS, 2015) o entendimento em relação a NIP foi ampliado, sendo considerado como um instrumento para solução de conflitos entre os beneficiários e OPS, constituindo-se como uma fase pré-processual.

Conforme o Art. 5º da RN nº 388, de 25 de novembro de 2015 (ANS, 2015) a NIP é classificada de duas formas pela agência reguladora: como assistencial e não assistencial. A primeira tendo como referência as restrições de acesso relacionadas à cobertura assistencial e a segunda abarcando todas as reclamações não relacionadas à cobertura assistencial.

O registro das reclamações pelos beneficiários pode ser realizado através de formulário eletrônico, atendimento pessoal ou através do Disque ANS. Todas as NIPs registradas são automaticamente registradas pela ANS e encaminhadas às OPS. Após o posicionamento da OPS em que o beneficiário está registrado, as reclamações são classificadas e analisadas de acordo com critérios definidos pelo órgão regulador. O fluxo das reclamações registradas na ANS é apresentado na Figura 3:

Figura 3 - Fluxo de reclamações na ANS



FONTE: ANS (2018)

As OPS possuem um prazo de resposta ao órgão regulador para apresentação das medidas adotadas para resolução da reclamação apresentada pelo consumidor, a partir do qual a agência reguladora comunica o consumidor a resposta fornecida pela OPS e inicia um processo interno de classificação das demandas, que acarreta diferentes ações da ANS, conforme Quadro 4:

Quadro 4 - Classificação da NIP recebidas pela ANS após resposta da OPS

Termo de classificação	Explicação e Ação adotada
NP	Não procedente - Reclamação julgada como não procedente.
RVE	Reparação voluntária e eficaz - Quando a reclamação é resolvida sem abertura de processo administrativo sancionador.
Núcleo	Reclamações encaminhadas para os Núcleos da ANS para abertura de processo administrativo sancionador.
Inativa	Reclamações resolvidas ou sem resposta do consumidor no prazo de 10 dias – Sujeitas a auditoria interna trimestral para verificação de ausência de resposta do consumidor.

FONTE: ANS (2015)

As diferentes ações da ANS citadas no Quadro 4 permite o cálculo de três tipos de indicadores baseados em reclamações. Um dos principais indicadores de reclamações na ANS é o Índice Geral de Reclamações – IGR, o mesmo possui como principal finalidade a transparência das informações acerca das queixas registradas por consumidores junto aos canais de relacionamento da ANS e apresenta um termômetro do comportamento das operadoras do setor no atendimento aos problemas apontados pelos beneficiários. O índice mensura a quantidade de reclamações recebidas pela ANS nos últimos três meses, ou seja, para cada grupo de 10.000 beneficiários houve, em média, X reclamações (ANS, 2015). O cálculo é demonstrado na figura 4:

Figura 4 - Método de Cálculo IGR

$$\text{IGR} = \frac{\text{Demandas NIP (RVE + Inativas + Não Procedentes + Núcleo)}}{\text{Média do número de beneficiários dos últimos 3 meses}} \times 10.000$$

FONTE: ANS (2015). Legenda: IGR – Índice Geral de Reclamações; NIP – Notificação Intermediária Preliminar; RVE – Reparação voluntária e eficaz

Um segundo indicador disponibilizado pela agência é o Percentual de Finalização Assistencial – PFA, que possibilita a análise das reclamações com teor assistencial resolvidas consensualmente entre os beneficiários e as OPS. O cálculo do índice é realizado em percentual, conforme apresentado na Figura 5, portanto quanto maior o percentual de uma determinada operadora, mais elevada é a capacidade de equacionar os problemas relativos ao acesso dos beneficiários às redes conveniadas e a coberturas de procedimento.

Figura 5 - Método de Cálculo PFA

$$\text{PFA} = \frac{\text{Demandas NIP Assistenciais (RVE + Inativas + Não Procedentes)}}{\text{Total de Demandas NIP Assistenciais (RVE + Inativas + Não Procedentes + Núcleo)}} \times 100$$

FONTE: ANS (2015). Legenda: PFA – Percentual de Finalização Assistencial; NIP – Notificação Intermediária Preliminar; RVE – Reparação voluntária e eficaz.

Por fim, é disponibilizado o Índice de Abertura de Processo Administrativo – IAP, que permite analisar o total de reclamações com indicativo de infração, nos últimos três meses, que foram encaminhadas para abertura de processo administrativo com a finalidade de apuração da agência. O índice é calculado tendo como referência cada 10.000 beneficiários, conforme é apresentado na Figura 6:

Figura 6 - Método de Cálculo IAP

$$\text{IAP} = \frac{\text{Demandas NIP encaminhadas ao Núcleo}}{\text{Média de Beneficiários}} \times 10.000$$

FONTE: ANS (2015). Legenda: IAP – Índice de Abertura de Processo Administrativo; NIP – Notificação Intermediária Preliminar

Para cálculo dos três indicadores apresentados não são consideradas reclamações de operadoras com média de beneficiários no período apurado inferior a 100, nem demanda de operadoras classificadas como Administradoras de Benefícios, pois as mesmas não possuem beneficiários. Por fim não são consideradas no cálculo demandas que estão em andamento (ANS, 2015).

3. MÉTODOS E TÉCNICAS DE PESQUISA

3.1. Tipologia e descrição geral dos métodos de pesquisa

O presente estudo caracteriza-se como descritivo, expondo as características da população estudada e correlacionando as variáveis disponíveis e definindo sua natureza (VERGARA, 2016). Adicionalmente, a pesquisa é quantitativa e correlacional, possuindo como enfoque a associação de duas ou mais variáveis no contexto do setor de saúde suplementar, possibilitando quantificar a relação entre variáveis estudadas (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

3.2. Caracterização do setor de saúde suplementar

De acordo com os dados publicados pela ANS, em seu sítio eletrônico, o setor de saúde suplementar apresentou em novembro de 2020 uma tendência de crescimento no número de usuários assistidos por um plano de saúde no Brasil. Em um comparativo com novembro de 2019 foi registrado um aumento de 0,72% no número de beneficiários na segmentação médica. Já na segmentação odontológica foi constatado um crescimento de 4,02% em relação a novembro de 2019 (ANS, 2021).

No fim de 2020 o setor totalizou um número de 47,6 milhões de usuários em planos de assistência médica e 27,0 milhões de usuários em planos de assistência exclusivamente odontológica, de acordo com os dados divulgados na Sala de Situação, aplicativo da ANS que divulga mensalmente os números do setor (ANS, 2021).

3.3. População e amostra

Conforme definido por Vergara (2016), população é o conjunto de elementos que serão analisados pelo estudo. A população utilizada neste estudo, são caracterizadas como operadoras de planos de saúde atuantes no Brasil nas datas bases de dezembro dos anos de 2019 e 2020, com registro ativo na ANS. Em dezembro de 2019 o total de operadoras de saúde ativas, com beneficiários no Brasil era de 1.008 já em dezembro de 2020 o número passou para 987 (ANS, 2021). As

referidas datas bases foram escolhidas para enfatizar a comparabilidade o IGR no intervalo de doze meses, considerando dezembro de 2019 como o último mês do ano anterior ao decreto da pandemia decorrente da Covid-19 e dezembro de 2020, que foi o último mês do primeiro ano que esteve em curso a decretação da referida pandemia.

A amostra para o estudo é não probabilística e foi selecionada por acessibilidade (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013). Para tanto foram utilizados critérios para que as operadoras estudadas atendam a requisitos que satisfaçam os objetivos específicos do estudo. Os requisitos utilizados para seleção da amostra estão listados no quadro 5:

Quadro 5 - Critérios para seleção da Amostra

Critério	Quantidade de OPS remanescentes
1. Operadora ativa com beneficiários nos anos de 2019 e 2020	977
2. Operadora teve seu IGR calculado nos meses de dezembro de 2019 e 2020	908
3. Operadora manteve o mesmo porte no mês de Dezembro dos anos de 2019 e 2020	871
4. Operadora manteve a mesma modalidade no mês de Dezembro dos anos de 2019 e 2020	871
5. Operadora não teve seu IGR igual a 0 nos meses de dezembro nos anos de 2019 e 2020	377

Fonte: Elaborado pela autora, a partir de dados da pesquisa

Inicialmente, selecionaram-se as operadoras ativas com beneficiários e que tiveram seu IGR calculado, conforme base de dados disponibilizada pela ANS em seu sítio eletrônico, todas as operadoras dos dois períodos tiveram o requisito satisfeito, portanto não houve nenhuma operadora excluída nessa etapa, totalizando 977 OPS, conforme cita o Quadro 5.

Seguindo para o segundo critério definido, excluiu-se aquelas OPS que não possuíam o IGR calculado para o mês de dezembro nos anos de 2019 e 2020, restando assim um total de 908 operadoras, conforme cita o Quadro 5.

Ao empregar o terceiro critério definido no Quadro 5, foi verificado para as 908 operadoras quais permaneceram com o mesmo porte nas datas base, restringindo assim a amostra a 873 OPS. Em adição, ao verificar o requisito relativo à cobertura, foi constatado que duas operadoras participantes da pesquisa tiveram sua cobertura alterada no mês de dezembro/2019 para o mês de dezembro/2020, restringindo assim a amostra para um total de 871 operadoras. Verificou-se, ainda, com base no 4º

critério do Quadro 5, que todas as operadoras mantiveram a mesma modalidade de contratação, assim a amostra permaneceu com 871 OPS.

Por fim, foram excluídas da amostra as operadoras que tiveram seu IGR igual a 0 no mês de dezembro nos anos de 2019 e 2020, excluindo-se 405 operadoras que tiveram o IGR igual a 0 em dezembro de 2019 e 89 operadoras foram retiradas da amostra por possuírem o IGR igual a 0 no mês de dezembro de 2020, levando a retirada de 494 operadoras e chegando-se a 377 OPS (Quadro 5).

Portanto a amostra desta pesquisa é composta por 377 OPS que atenderam aos 5 requisitos definidos descritos no Quadro 5. Na sequência, discorre-se sobre a distribuição dessa amostra considerando variáveis citadas nos objetivos específicos deste trabalho e no referencial teórico deste estudo, a saber: porte e modalidade da operação.

Conforme descrito na seção 2.1 deste estudo, as OPS são classificadas em três categorias de porte de acordo com a quantidade de beneficiários ativos apurada no dia 31 de dezembro do exercício anterior a sua classificação (Apêndice A). Para os fins deste estudo as operadoras de porte médio e grande foram agrupadas, deste modo a categoria de porte foi dividida em duas subcategorias: OPS que contém até 20 mil beneficiários e aquelas que possuem o número de beneficiários acima de 20 mil, conforme demonstrado no Quadro 6. A aglutinação de categorias tem base em Siegel e Castellan Jr (2006).

Quadro 6 - Distribuição da Amostra de acordo com o Porte da Operadora

Porte	Quantidade
Acima de 20 mil beneficiários	275
Até 20 mil beneficiários	102

Fonte: Elaborado pela autora

Adicionalmente, a modalidade das OPS demonstrada no Quadro 1, citado no referencial teórico deste estudo, abrange sete categorias divididas de acordo com o estatuto jurídico, que são elegíveis para a participação deste estudo. A quantidade de OPS atribuída a cada uma dessas categorias consta do Apêndice B. A categoria 'Administradora de benefícios' não possui rede própria credenciada e beneficiários ativos, portanto, não possuem o IGR calculado (ANS, 2016) de modo que não foram consideradas para o escopo do estudo, uma vez que não possuem reclamações registradas na ANS.

Tendo em vista a necessidade de se obter uma homogeneidade entre as categorias remanescentes da modalidade, aquelas que obtiveram um número inferior a 100 operadoras, após a aplicação dos cinco critérios definidos no Quadro 5, foram agrupadas em uma única subcategoria intitulada como "Outros", são elas: Autogestão, Cooperativa odontológica, Filantropia, Seguradora especializada em saúde e Odontologia de grupo. Logo, a modalidade ficou dividida em três categorias, conforme observa-se no Quadro 7:

Quadro 7 - Distribuição da Amostra de acordo com a Modalidade da Operadora

Modalidade	Quantidade
Outros	86
Cooperativa Médica	162
Medicina de Grupo	129

Fonte: Elaborado pela autora

Para os objetivos deste estudo, não se faz necessário o detalhamento do nome das OPS nos resultados, para tal, serão intitulados de acordo com porte ou modalidade, a fim de manter em sigilo suas identidades.

3.4. Procedimentos de coleta e de análise de dados

O referencial teórico deste estudo foi elaborado através de pesquisa bibliográfica em periódicos de artigos nacionais e internacionais indexados ao periódico da Capes, livros, revistas eletrônicas e publicações da ANS, a fim de aprofundar os conhecimentos atrelados à RSC e ao setor de saúde suplementar no Brasil relacionando-os às reclamações como um indicador de insatisfação do stakeholder beneficiário.

Através das informações divulgadas publicamente no sítio eletrônico da ANS e do Governo Federal foram coletados os dados empíricos da pesquisa, para as datas base de dezembro de 2019 e dezembro de 2020. Conforme previamente citado na Seção 3.3, dezembro de 2019 foi escolhido por ser o último mês do ano anterior ao decreto da pandemia decorrente da Covid-19, e dezembro de 2020 foi o último mês do primeiro ano que esteve em curso a decretação da referida pandemia. Os dados referentes aos índices de reclamações e porte foram obtidos através da base de

dados anual referente ao IGR disponibilizada no site de Dados Abertos do Governo Federal. Os dados relativos à Modalidade das OPS foram obtidos através da ferramenta ANS Tabnet, que possibilita a tabulação de diversos dados dos sistemas de informações da ANS e pesquisas customizadas (ANS, 2021).

O tratamento dos dados foi realizado com uma análise descritiva e inferencial. Para a análise descritiva dos indicadores foi empregado, a média, a mediana, mínimo, máximo, o desvio padrão e do coeficiente de variação (ANDERSON ET. AL, 2020). Para análise inferencial dos dados utilizou-se dos testes estatísticos: Teste Komolgorov-Smirnov, Teste Mann-Whitney, Teste de Levene (FIELD, 2009), a Análise de variância de 1 fator de Kruskal-Wallis e o teste dos postos com sinais de Wilcoxon (SIEGEL; CASTELLAN, 2017).

Os testes utilizados são adequados para a amostra citada na Seção 3.3, e adequados ao atingimento dos objetivos desta pesquisa. A finalidade, a quantidade de testes aplicados e a descrição de cada um constam no Quadro 8.

Por fim, todos os dados foram analisados com auxílio do software Excel e do pacote estatístico software IBM Statistical Package for Social Sciences - SPSS 20.0.

Quadro 8 - Testes utilizados na análise inferencial

Teste	Finalidade do teste	Descrição	Quantidade de testes aplicados
Kolmogorov-Smirnov	Verificar a normalidade da distribuição do IGR das operadoras de planos de saúde da amostra, de acordo com o porte, modalidade e período	O teste Kolmogorov-Smirnov compara a pontuações de uma amostra a uma distribuição normal.	Dez testes para os IGR de cada categoria, quatro para o porte e seis para modalidade em dezembro de 2019 e em dezembro de 2020
U de Mann-Whitney	Comparar o IGR das OPS de acordo com o porte	Testar diferenças entre as medianas de duas amostras independentes	Quatro testes, para cada categoria do porte, dois com os dados de IGR para dezembro de 2019 e dois para o IGR de dezembro de 2020
Levene	Verificar a possibilidade do uso da ANOVA para amostras independentes	Verificar se a variância dos grupos amostrais é homogênea, onde a hipótese nula é de que a diferença entre as variâncias é zero	Dois testes aplicados para a variável 'modalidade', um para o dezembro de 2019 e outro para dezembro de 2020
Kruskal-Wallis	Diferenciar o IGR das operadoras de planos de saúde de acordo com a modalidade	Testar a hipótese nula de que k amostras provêm da mesma população ou de populações idênticas com a mesma mediana	Dois testes, aplicando-se para a variável 'modalidade', um para dezembro de 2019 e outro para dezembro de 2020. Cada teste foi complementado com um pós-teste com uso de 3 testes U de Mann-Whitney, comparando em pares as categorias de 'modalidade'
Wilcoxon	Comparar o IGR das operadoras de planos de saúde em 2019 com o ano de 2020	Comparar dois conjuntos de escores provenientes emparelhadas	Cinco testes, cada teste aplicado as categorias de porte e de modalidade e considerando os dados de dezembro de 2019 para dezembro de 2020.

Fonte: Adaptado (SIEGEL; CASTELLAN, 2017), (FIELD, 2009) e dados da pesquisa.

4. RESULTADO E DISCUSSÃO

Este capítulo refere-se aos resultados e discussão da pesquisa e abrange a análise descritiva e a análise inferencial do IGR das OPS da amostra de acordo com o porte (Seção 4.1), a modalidade (Seção 4.2) e considerando os períodos de 2019 e de 2020 (Seção 4.3).

A Tabela 1 apresenta o resumo para a análise descritiva do valor total do IGR em dezembro de 2019 e em dezembro de 2020 é apresentado na tabela 1:

Tabela 1 - Análise descritiva do IGR em dezembro de 2019 e em dezembro de 2020 ¹

Ano ²	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Desvio Padrão	C. V.
2019	0,08	366,00	2,05	7,21	28,90	4,01
2020	0,06	430,62	2,00	6,73	27,51	4,09

Fonte: dados da pesquisa. Legenda: C.V. = 'Coeficiente de variação'.

Nota ¹: Valores apresentados até a segunda casa decimal com arredondamento padrão do software Excel; ²: Dados referentes aos meses de dezembro/2019 e dezembro/2020.

Os valores das medias e das medianas em dezembro de 2019 superam os valores das medias e medianas de dezembro de 2020, conforme Tabela 1.

A análise inferencial para o IGR total dos períodos de 2019 e 2020 realizaram-se dois testes Kolmogorov-Smirnov afim de verificar se os IGR são normalmente distribuídos, dentro de cada ano. Os resultados dos testes constam na Tabela 2.

Tabela 2 - Resultado dos testes de normalidade para o IGR em dezembro de 2019 e em dezembro de 2020 ¹

Ano ³	Komogorov-Smirnov		
	Estatística	g.l	Sig.
2019	0,40	377,00	0,00 ²
2020	0,40	377,00	0,00 ²

Fonte: dados da pesquisa Legenda: g.l = grau de liberdade, Sig. = significância.

Nota ¹: Valores apresentados até a segunda casa decimal; ²: Significativo a 0,05; ³: Dados referentes aos meses de dezembro/2019 e dezembro/2020.

Para os dois testes realizados, os dados não apresentaram significância em um nível de Sig = 0,05 (indicando assim a não normalidade de distribuição dos IGR). Logo os resultados não sinalizaram a normalidade das distribuições do IGR para os períodos de 2019 e 2020, dessa forma optou-se na análise inferencial realizada na seção 4.3 deste estudo, uma abordagem não paramétrica (FIELD, 2009).

4.1. Verificação dos índices de reclamações de acordo com o porte

Para a análise descritiva da categoria porte, a Tabela 3 apresenta o resumo dos resultados do IGR para as OPS que possuem o porte 'Acima de 20 mil beneficiários' e 'Até 20 mil beneficiários', conforme demonstrado no Quadro 7 da Seção 3.3 deste estudo. Para cada ano (considerando os meses de dezembro), os valores das medias e das medianas da categoria 'Até 20 mil beneficiários' superam os valores das medias e medianas 'Acima de 20 mil beneficiários'.

Tabela 3 - Análise descritiva da categoria Porte¹

Ano ²	Porte	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Desvio Padrão	C. V.
2019	Acima de 20 mil Beneficiarios	0,08	171,07	1,73	3,47	10,65	3,07
	Até 20 mil Beneficiarios	0,55	366,00	2,88	17,30	51,58	3,27
2020	Acima de 20 mil Beneficiarios	0,06	194,26	1,74	3,77	12,25	3,25
	Até 20 mil Beneficiarios	0,53	430,62	3,83	14,73	48,18	3,27

Fonte: dados da pesquisa. Legenda: C.V. = 'Coeficiente de variação'.

Nota ¹: Valores apresentados até a segunda casa decimal com arredondamento padrão do software Excel; ²: Dados referente aos meses de dezembro/2019 e dezembro/2020

A Tabela 3 também apresenta os coeficientes de variação - CV do IGR das subcategorias do porte, o que permite comparar dispersões relativas das distribuições. É verificado que o CV das OPS com Até 20 mil Beneficiários foi de 3,27 para os meses de dezembro de 2019 e de dezembro de 2020. Em contrapartida, as OPS classificadas como Acima de 20 mil Beneficiários apresentaram CV 3,07 para dezembro de 2019 e 3,25 para o dezembro de 2020.

A análise inferencial para o porte contribui para investigar se as diferenças do IGR, considerando as categorias do porte em cada ano, foram significativas. Primeiramente realizaram-se quatro testes Kolmogorov-Smirnov a fim de verificar se os IGR são normalmente distribuídos, quando considerada a subcategoria do porte, dentro de cada ano. Os resultados dos testes contam na Tabela 4.

Tabela 4 - Resultado dos testes de normalidade para a categoria Porte¹

Ano ³	Porte	Kolmogorov-Smirnov		
		Estatística	g.l	Sig.
2019	Acima de 20 mil Beneficiarios	0,38	275,00	0,00 ²
	Até 20 mil Beneficiarios	0,38	102,00	0,00 ²
2020	Acima de 20 mil Beneficiarios	0,38	275,00	0,00 ²
	Até 20 mil Beneficiarios	0,38	102,00	0,00 ²

Fonte: dados da pesquisa Legenda: g.l = grau de liberdade, Sig. = significância.

Notas: ¹ Valores apresentados até a segunda casa decimal; ²: Significativo a 0,05; ³: Dados referentes aos meses de dezembro/2019 e dezembro/2020

Para os quatro testes realizados, os dados não apresentaram significância em um nível de Sig = 0,05 (indicando assim a não normalidade de distribuição dos IGR). Logo os resultados não sinalizaram a normalidade das distribuições do IGR para as subcategorias de porte, dessa forma optou-se na análise inferencial uma abordagem não paramétrica (FIELD, 2009).

Empregou-se o Teste de U de Mann-Whitney a fim de verificar se houve diferenças significativas entre o IGR das subcategorias segundo o porte para os períodos de 2019 e 2020, adequado para duas amostras independentes. A hipótese nula indicou não ter diferenças significativas entre o IGR das duas subcategorias de porte, e a hipótese alternativa indicou existir diferenças. Os resultados do teste U de Mann-Whitney aplicados as OPS de acordo com a divisão apresentada no Quadro 6, estão demonstrados na Tabela 5.

Tabela 5 - Resultado do teste U de Mann-Whitney para a categoria Porte¹

Ano ²	Porte	N	P.M.	Estatística	Sig.	Resultado (Sig. 0,05)
2019	Acima de 20 mil Beneficiários	275	171,63	9248,00	0,00	Apresentou diferença significativa
	Até 20 mil Beneficiários	102	235,83			
2020	Acima de 20 mil Beneficiários	275	171,91	9325,00	0,00	Apresentou diferença significativa
	Até 20 mil Beneficiários	102	235,08			

Fonte: dados da pesquisa. Legenda: N = número de OPS, P.M = Posto médio, Sig. = significância.

Nota: ¹: Valores apresentados até a segunda casa decimal; ²: Dados referentes aos meses de dezembro/2019 e dezembro/2020.

Conforme a Tabela 5, levando-se em conta as 275 OPS com o porte Acima de 20 mil beneficiários e as 102 que possuem até 20 mil beneficiários, os resultados obtidos (Estatística = 9248,00; Sig = 0,00) apontaram a rejeição da hipótese nula no nível 0,05, ou seja, o IGR das OPS quando considerado o porte em dezembro de 2019 difere significativamente, no nível 0,05. Os postos médios atribuídos a cada grupo

resultantes do teste foram 171,63 para o porte Acima de 20 mil beneficiários e 235,83 para o porte até 20 mil beneficiários, indicando maior índice de reclamações para as OPS classificadas até 20 mil beneficiários em dezembro de 2019.

Do mesmo modo, buscou-se verificar se houve diferenças o IGR das subcategorias 'Acima de 20 mil beneficiários' e 'Até 20 mil beneficiários' para dezembro de 2020; nesse processo, utilizou-se novamente o Teste U de Mann-Whitney, com a mesma hipótese nula e alternativa empregadas nos dados de dezembro de 2019.

De acordo com a Tabela 5, o resultado do Teste U de Mann-Whitney (Estatística = 9.325,00; Sig = 0,00) também indicou diferenças significativas no IGR das OPS quando considerado o porte em dezembro de 2020, no nível 0,05. Os postos médios atribuídos a cada grupo resultantes do teste foram 171,91 para o porte Acima de 20 mil beneficiários e 235,08 para o porte até 20 mil beneficiários, indicando da mesma forma que em dezembro de 2019 as OPS classificadas até 20 mil beneficiários com maior índice de reclamações em dezembro de 2020.

4.2. Verificação dos índices de reclamações de acordo com a modalidade

Para a análise descritiva da categoria modalidade, a Tabela 6 apresenta o resumo dos resultados do IGR dentro de cada ano para as OPS que possuem as modalidades: Outros, Medicina de Grupo e Cooperativa médica conforme demonstrado no Quadro 8 da Seção 3.3 deste estudo. Para cada ano, a categoria 'Medicina de Grupo' apresentam valores das medias e medianas superando os valores das demais subcategorias.

Tabela 6 - Análise descritiva da categoria Modalidade¹

Ano ²	Modalidade	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Desvio Padrão	C. V.
2019	Outros	0,11	14,23	1,15	2,53	2,91	1,15
	Cooperativa Médica	0,20	171,07	1,64	4,05	14,01	3,46
	Medicina de Grupo	0,08	366,00	3,72	14,30	46,07	3,22
2020	Outros	0,06	19,76	1,28	2,34	3,07	1,31
	Cooperativa Médica	0,22	194,26	1,66	4,09	15,60	3,82
	Medicina de Grupo	0,08	430,62	4,49	12,98	43,00	3,31

Fonte: dados da pesquisa. Legenda: C.V. = 'Coeficiente de variação'.

Nota: ¹ Valores apresentados até a segunda casa decimal com arredondamento padrão do software Excel; ² Dados referentes aos meses de dezembro/2019 e dezembro/2020.

A Tabela 6 demonstra os coeficientes de variação do IGR das categorias de modalidade, o que permite comparar dispersões relativas das distribuições. É verificado que o C.V. das OPS classificadas na categoria 'Cooperativa Médica' foi de 3,46 em dezembro de 2019 e 3,82 para dezembro de 2020. Em contrapartida, as OPS classificadas como 'Outros' apresentaram C.V. 1,15 para dezembro de 2019 e 1,31 para dezembro de 2020.

Afim de verificar se houve diferenças significativas entre os IGR da OPS considerando a modalidade em cada ano estudado, foi empregada a análise inferencial. Inicialmente realizando-se seis testes Komogorov-Smirnov a fim de verificar se os IGR são normalmente distribuídos, quando considerada a subcategoria da modalidade. Os resultados dos testes são apresentados na Tabela 7.

Tabela 7 - Resultado dos testes de normalidade para a categoria Modalidade¹

Ano ³	Modalidade	Kolmogorov-Smirnov		
		Estatística	g.l	Sig.
2019	Outros	0,22	86,00	0,00 ²
	Cooperativa Médica	0,39	162,00	0,00 ²
	Medicina de Grupo	0,40	129,00	0,00 ²
2020	Outros	0,24	86,00	0,00 ²
	Cooperativa Médica	0,40	162,00	0,00 ²
	Medicina de Grupo	0,38	129,00	0,00 ²

Fonte: dados da pesquisa Legenda: g.l = grau de liberdade, Sig. = significância.

Nota: ¹ Valores apresentados até a segunda casa decimal; ²: Significativo a 0,05; ³: Dados referentes aos meses de dezembro/2019 e dezembro/2020.

Para os seis testes realizados, os dados não apresentaram significância em um nível de Sig = 0,05 (indicando assim a não normalidade de distribuição dos IGR). Logo os resultados não sinalizaram a normalidade das distribuições do IGR para as subcategorias de modalidade.

Adicionalmente, empregou-se o Teste de Homogeneidade de Variâncias de Levene, a fim de verificar a possibilidade de utilização da ANOVA de 1 fator para os períodos de 2019 e 2020 considerando a modalidade (FÁVERO; BELFIORE, 2017). A hipótese nula indicou as variâncias populacionais dos três grupos da modalidade são homogêneas, e a hipótese alternativa indicou as variâncias de pelo menos um grupo é diferente das demais variâncias. O resultado dos testes de Levene se encontram na Tabela 8.

Tabela 8 - Resultado do teste de Levene para categoria Modalidade

Ano ²	Resultado Teste Levene	
	Estatística	Sig.
2019	13,98	0,00 ¹
2020	9,64	0,00 ¹

Fonte: dados da pesquisa. Legenda: Sig. = Significância.

Nota: 1: Significativo a 0,05; 2: Dados referentes aos meses de dezembro/2019 e dezembro/2020.

Tendo em vista o nível de significância observado para o período de 2019 e 2020 é 0,00, valor inferior a 0,05, o teste apresenta rejeição da hipótese nula, concluindo que as variâncias do IGR quando considerada a modalidade das OPS não são homogêneas, atestando a impossibilidade do uso da ANOVA de 1 fator para comparação do IGR considerando a modalidade dentro do mesmo ano (FÁVERO; BELFIORE, 2017).

Para comparar o IGR das OPS considerando a modalidade em cada ano, empregou-se o teste não paramétrico de Análise de variância de 1 fator de Kruskal-Wallis (FIELD, 2009), de acordo com as subcategorias apresentadas no Quadro 8 da seção 3.3 deste estudo. Para cada ano, a hipótese nula deste teste indicou não existir diferenças no IGR apurado para as OPS pertencentes a modalidade 'Outros', os IGR para as OPS classificadas na subcategoria 'Medicina de Grupo' e os IGR das OPS categorizadas como 'Cooperativas Médicas'. Em contrapartida, a hipótese alternativa indicou a existência de diferenças nos IGR das OPS das subcategorias de modalidade. Os resultados dos Testes Kruskal-Wallis estão na Tabela 9.

Tabela 9 - Resultado do teste Kruskal-Wallis para a categoria Modalidade¹

Ano ⁴	Modalidade	Análise de variância de 1 fator de Kruskal-Wallys					Pós-Teste ³
		N	P.M	Estatística	g.l.	Sig.	
2019	Outros	86,00	151,59	41,75	2,00	0,00 ²	O posto médio dos IGRs das operadoras de planos de saúde classificadas como Medicina de grupo é superior ao posto médio das demais modalidades
	Cooperativa Médica	162,00	169,56				
	Medicina de Grupo	129,00	238,35				
2020	Outros	86,00	143,16	49,32	2,00	0,00 ²	O posto médio dos IGRs das operadoras de planos de saúde classificadas como Medicina de grupo difere dos postos médios das categorias outros e cooperativas médicas
	Cooperativa Médica	162,00	171,53				
	Medicina de Grupo	129,00	241,50				

Fonte: dados da pesquisa. Legenda: N = número de OPS, P.M = posto médio, g.l. = grau de liberdade, Sig. = significância.

Nota: 1: valores apresentados até a segunda casa decimal; 2: significativo em 0,05; 3: pós-teste abarca comparações múltiplas entre pares de postos médios das subcategorias de modalidade, efetuadas com

emprego do Teste U de Mann-Whitney; ⁴Dados referentes aos meses de dezembro/2019 e dezembro/2020.

Conforme a Tabela 9, apurou-se um nível de significância menor que 0,05 (Sig. = 0,00 para dezembro de 2019 e Sig. = 0,00 para dezembro de 2020) nos resultados dos testes para ambos os anos analisados, rejeitando-se, portanto, a hipótese nula e indicando haver diferenças significativas entre o IGR das OPS considerando as classificações de modalidade dentro de cada ano analisado. Em 2019, os postos médios dos IGR da subcategoria 'Outros', 'Cooperativa Médica' e 'Medicina de Grupo' foram, respectivamente, 151,59, 169,56 e 238,35. O pós-teste abrangendo comparações múltiplas entre pares de postos médios indicou diferenças entre o IGR das operadoras classificadas como 'Medicina de Grupo' em relação as demais subcategorias, indicando maior índice de reclamações para as OPS classificadas com a modalidade 'Medicina de Grupo' em dezembro de 2019.

Por sua vez, em dezembro de 2020 os postos médios dos IGR da subcategoria Outros, Cooperativa médica e Medicina de grupo foram, respectivamente, 143,16, 171,53 e 241,50. O pós-teste para dezembro de 2020 da mesma forma que no período de 2019 indicou que existem diferenças entre o IGR das operadoras classificadas como 'Medicina de Grupo' em relação as demais subcategorias, indicando da mesma forma que em dezembro 2019 um maior índice de reclamações para as OPS da subcategoria 'Medicina de Grupo' em dezembro de 2020.

Assim, as análises anteriores e os resultados dos testes apresentados nesta sessão indicaram que quando comparadas dentro do mesmo ano a subcategoria de 'Medicina de Grupo' apresentou maiores índices de reclamações quando comparadas as demais subcategorias de modalidade, corroborando assim com estudos relacionados a reclamações na área do setor de saúde suplementar que apontaram a modalidade 'Medicina de Grupo' como aquela que apresenta os maiores índices de reclamações quando comparadas as demais modalidades (VIEIRA; MARTINS, 2014).

4.3. Verificação dos índices de reclamações dos beneficiários das operadoras de planos de saúde no período de 2019 e 2020

Os resultados obtidos nos testes descritos nas seções 4.1 e 4.2 desta pesquisa possibilitaram efetuar a comparação dos IGR em cada ano, afim de investigar a existência diferenças significativas. Nesta seção os testes empregados vão permitir a

comparação de uma mesma categoria de um momento para outro. Para o qual utilizou-se o teste de postos com sinal de Wilcoxon, apropriado para amostras relacionadas.

Primeiramente buscou-se verificar através do teste de Wilcoxon, se houve diferenças significativas entre o IGR das categorias do porte de dezembro de 2019 para dezembro de 2020. A hipótese nula indicou não haver diferenças significativas entre o IGR das categorias do porte em dezembro de 2019 e o IGR das categorias do porte em dezembro de 2020. A hipótese alternativa indicou a existência de diferenças entre o IGR das categorias do porte em dezembro de 2019 e o IGR das categorias do porte apurado em dezembro de 2020. Os resultados foram apresentados na tabela 10.

A coluna '2019>2020' informa a quantidade de OPS em que o IGR apurado em dezembro de 2019 supera o IGR apurado em dezembro de 2020, da mesma forma a coluna '2020>2019' mostra a quantidade de OPS em que o IGR obtido em dezembro de 2020 supera o IGR de dezembro de 2019. A coluna 'Empate' demonstra o número de OPS em que o IGR apurado para os períodos de 2019 e 2020 foram iguais. Conforme a tabela 10, para a subcategoria do porte, 'Acima de 20 mil beneficiários' (Sig. = 0,29 > 0,05) e para a categoria 'Até 20 mil beneficiários' (Sig. = 0,94 > 0,05), não houve diferenças significativas no IGR obtido quando comparado de um período para outro.

Tabela 10 - Resultado do teste de Wilcoxon para o porte

Porte	Ano ²	Teste de postos com sinal de Wilcoxon ¹					
		N	2019>2020	2020>2019	Empate	Estatística	Sig.
Acima de 20 mil Beneficiarios	2019	275,00	129,00	138,00	8,00	19230,50	0,29
	2020						
Até 20 mil Beneficiarios	2019	102,00	52,00	49,00	1,00	2599,00	0,94
	2020						

Fonte: dados da pesquisa. Legenda: N = número de OPS, Sig. = significância.

Nota:¹valores apresentados até a segunda casa decimal; ²: Dados referentes aos meses de dezembro/2019 e dezembro/2020.

Portanto apesar do resultado dos testes realizados anteriormente na seção 4.1 indicarem maior índice de reclamações na categoria 'Até 20 mil beneficiários' quando comparadas com a categoria 'Acima de 20 mil beneficiários' dentro do mês de dezembro do mesmo ano, os IGR de cada categoria quando comparados de um período para outro não apresentam diferenças significativas.

Buscou-se verificar também, através do teste de Wilcoxon, se houve diferenças significativas entre o IGR das categorias da modalidade, quando comparadas de um ano para outro. A hipótese nula de cada teste indicou não haver diferenças significativas entre o IGR das categorias de modalidade em dezembro de 2019 e o IGR das categorias de modalidade em dezembro de 2020. A hipótese alternativa indicou a existência de diferenças entre o IGR das subcategorias da modalidade nos dois anos. Os resultados foram apresentados na Tabela 11.

Conforme demonstrado na Tabela 11, para as OPS classificadas como ‘Outros’ e ‘Cooperativa Médica’, o resultado do teste de Wilcoxon indicou não rejeitar a hipótese nula no nível de 0,05 (Sig. 0,23 e Sig. 0,52 respectivamente), ou seja, não foram verificadas diferenças significativas entre o IGR mensurado em dezembro de 2019 e dezembro de 2020. Para as OPS classificadas na modalidade ‘Medicina de Grupo’ (Sig. 0,14 > 0,05) indicou não haver diferenças significativas no IGR obtido quando comparado de um ano para outro, uma vez que a hipótese nula não foi rejeitada.

Tabela 11 - Resultado do Teste de Wilcoxon para a modalidade

Modalidade	Ano ²	Teste de postos com sinal de Wilcoxon					
		N	2019>2020	2020>2019	Empate	Estatística	Sig.
Outros	2019	86,00	45,00	40,00	1,00	1551,50	0,23
	2020						
Cooperativa Médica	2019	162,00	76,00	79,00	7,00	6409,00	0,52
	2020						
Medicina de Grupo	2019	129,00	57,00	71,00	1,00	4746,00	0,14
	2020						

Fonte: dados da pesquisa. Legenda: N = número de OPS, Sig. = significância.

Nota: ¹ valores apresentados até a segunda casa decimal; ²: Dados referentes aos meses de dezembro/2019 e dezembro/2020.

Por fim, realizou-se o Teste Wilcoxon a fim de verificar se houve diferenças significativas no IGR apurado para o total de OPS da amostra nos períodos de 2019 e 2020. A hipótese nula de cada teste indicou não haver diferenças significativas entre o IGR operadoras em dezembro de 2019 e o IGR das operadoras em dezembro de 2020. A hipótese alternativa indicou a existência de diferenças entre o IGR apurado para a operadoras em dezembro de 2019 e o IGR apurado em dezembro de 2020. De acordo com os resultados apresentados na Tabela 12, o teste de Wilcoxon não apresentou diferenças significativas (Sig. 0,36 > 0,05) no IGR verificado de um período

para o outro.

Tabela 12 - Resultado do teste de Wilcoxon para a amostra total

Ano ²	Teste de postos com sinal de Wilcoxon ¹					
	N	2019>2020	2020>2019	Empate	Estatística	Sig.
Amostra Total	377,00	181,00	187,00	9,00	35824,50	0,36

Fonte: dados da pesquisa. Legenda: N = número de OPS, Sig. = significância.

Nota:¹ valores apresentados até a segunda casa decimal; ²: Dados referentes aos meses de dezembro/2019 e dezembro/2020.

De modo geral, embora o Boletim Covid-19 mostre que os dados relativos às reclamações de consumidores registradas no mês de dezembro 2020 apresentaram um percentual cerca de 2,3% superior em relação ao mês de dezembro de 2019 (ANS, 2021) os resultados desta seção mostraram que as reclamações dos beneficiários registradas na ANS não apresentaram diferenças significativas entre os meses de dezembro de um ano para outro. Assim, os resultados evidenciaram que não houve diferenças nas reclamações, considerando período anterior e posterior à decretação da pandemia decorrente da Covid-19.

5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Este estudo teve como objetivo geral investigar os índices de reclamações dos beneficiários das operadoras de planos de saúde ativas no Brasil, considerando o porte e a modalidade, no período de 2019 e 2020. Consistiu em uma pesquisa descritiva e correlacional, utilizando-se de uma abordagem quantitativa. A amostra utilizada foi não probabilística e abrangeu 377 OPS selecionadas através de dados disponibilizados pela Agência Nacional de Saúde, com o IGR apurado no mês de dezembro no ano de 2019 e no mês de dezembro de 2020 e que atenderam os critérios descritos no Quadro 5 da sessão 3.3 deste trabalho.

A fundamentação teórica deste estudo exibida no Capítulo 2 abordou aspectos do setor de saúde suplementar buscando apresentar o mercado de planos de saúde no Brasil e como é regulamentado contextualizando com o atual cenário durante a pandemia da Covid-19. Posteriormente o estudo da RSC associada as reclamações como manifestação de insatisfação de beneficiários, apresentando como os consumidores de planos de saúde no Brasil podem manifestar suas reclamações a ANS e como as mesmas são categorizadas, reguladas e analisadas pela ANS através do IGR.

Para atendimento do objetivo geral, procurou-se atender individualmente os objetivos específicos descritos na seção 1.4. O primeiro objetivo específico foi comparar os índices de reclamações dos beneficiários considerando o porte das operadoras de planos de saúde. Para atender esse objetivo específico empregou-se a análise inferencial utilizando-se do Teste U de Mann-Whitney apresentado na Seção 4.1, com os resultados sintetizados na Tabela 3. Em cada ano houve diferenças no IGR das OPS considerando o porte, com um IGR superior para as OPS com porte 'até de 20 mil beneficiários'.

O segundo objetivo específico foi diferenciar os índices de reclamações dos beneficiários de acordo com a modalidade das operadoras de planos de saúde. A diferenciação foi apresentada na seção 4.2 deste estudo empregando o teste Kruskal-Wallis para os dados de IGR dentro de cada ano estudado. Os resultados apresentados na Tabela 7 demonstram a associação entre as reclamações e a modalidade das operadoras. Para o total de OPS da amostra verificou-se diferenças

no IGR apurado no mês de dezembro de 2019 e o IGR apurado no mês de dezembro de 2020, considerando a modalidade com maior índice na categoria 'Medicina de Grupo' em relação às demais categorias.

O terceiro objetivo específico apresentado na seção 4.3 deste estudo foi verificar as diferenças entre os índices de reclamações dos beneficiários das operadoras de planos de saúde no período de 2019 e de 2020. Esse objetivo foi apreciado nas Tabelas de 8 a 10 que demonstraram através do teste de postos de Wilcoxon não existirem diferenças significativas entre os índices de reclamações considerando os IGR apurados nos meses de dezembro dos dois anos estudados.

Os resultados alcançados nos objetivos específicos permitiram alcançar o objetivo geral deste estudo. Os índices de reclamações dos beneficiários das operadoras de planos de saúde ativas no Brasil, considerando o porte e a modalidade, no período de 2019 e 2020. Em média, os IGR para os períodos de 2019 e de 2020 foram, respectivamente, 7,21 e 6,73. Não houve diferenças significativas nos IGR de dezembro de 2019 e dezembro de 2020, embora em cada ano, os IGR apresentaram diferenças, com predomínio para OPS com até 20 mil beneficiários e considerando a modalidade 'Medicina de Grupo'.

Este estudo busca colaborar na análise dos indicadores de reclamações do setor de saúde suplementar utilizando-se de um importante indicador para a análise organizacional de OPS, o IGR, vinculado neste estudo a RSC e ao atendimento dos interesses dos stakeholders beneficiários.

O presente estudo contribui para fomentar a discussão acadêmica da análise de OPS atuantes no setor de saúde suplementar, numa abordagem voltada ao estudo das reclamações, em especial a luz da pandemia da Covid-19, uma vez que não foram encontrados trabalhos publicados nesse sentido até o fechamento deste estudo. O estudo abrange os dados dos meses de dezembro de 2019 e de dezembro de 2020 e os resultados limitam-se aos dados divulgados pela ANS e ao indicador IGR.

Como sugestões para futuros estudos, pode-se analisar os índices citados no referencial teórico IAP e PFA no mesmo período pesquisado. Outra sugestão é analisar as NIP como forma de aferir a satisfação associada a investimentos das OPS em ações de RSC dirigidas a seus stakeholders beneficiários no País.

REFERÊNCIAS

ANS. **Boletim Covid-19: ANS atualiza dados sobre utilização dos planos.** [S. l.], 19 jan. 2021. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/coronavirus-covid-19/coronavirus-todas-as-noticias/6152-boletim-covid-19-ans-atualiza-dados-sobre-utilizacao-dos-planos-de-saude>. Acesso em: 19 jan. 2021.

ANDERSON, David. R.; SWEENEY, Dennis. J.; AL., Thomas.A.Williams. E. **Estatística aplicada a administração e economia.** São Paulo, Cengage Learning Brasil, 2020. 9786555583991. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786555583991/>. Acesso em: 31 out. 2021.

ANS. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: Beneficiários, Operadoras e Plano.** Biblioteca ANS, Rio de Janeiro, v.13, n. 2,o. 1-61, jun. 2019.

ANS. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Dados Gerais do Setor, dados gerais.** Home page. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>. Acesso em: 10 abr. 2021.

ANS. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Planos de saúde: ANS disponibiliza números de novembro.** [S. l.], 4 jan. 2021. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/6136-planos-de-saude-ans-disponibiliza-numeros-de-novembro>. Acesso em: 24 abr. 2022.

ANS. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Planos de saúde: setor registra maior número de beneficiários desde dezembro de 2016.** [S. l.], 5 mar. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/planos-de-saude-setor-registra-maior-numero-de-beneficiarios-desde-dezembro-de-2016>. Acesso em: 24 abr. 2022.

ASHLEY, P. A. **Ética, responsabilidade social e sustentabilidade nos negócios.** São Paulo, Editora Saraiva, 2018. 9788553131839. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788553131839/>. Acesso em: 16 Sep. 2021.

BAHIA, Ligia; VIANA, Ana Luiza. **REGULAÇÃO E SAÚDE: ESTRUTURA,**

EVOLUÇÃO E PERSPECTIVAS DA ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR.

Série C. Projetos, Programas e Relatórios, Rio de Janeiro, v. 76, p. 7-17, 2022.

BARCELLOS, R. M. Ri. e DELLAGNELO, E. L. **Responsabilidade social corporativa: uma discussão a respeito da epistemologia subjacente aos conceitos utilizados na área.** Porto Alegre, Revista Eletrônica de Administração. 2013, v. 19, n. 1, pp. 35-60. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-23112013000100002>. Acesso em: 26 agosto, 2021.

BEATTIE, Vivien; SMITH, Sarah Jane. **Value creation and business models: Refocusing the intellectual capital debate.** The British Accounting Review, Inglaterra, v. 45, n. 4, p. 243-328, 1 dez. 2013. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/journal/the-british-accounting-review/vol/45/issue/4>. Acesso em: 24 abr. 2022.

BOAVENTURA, J. M. G.; CARDOSO, F. R.; SILVA, E. S. da; SILVA, R. S. da. **Teoria dos Stakeholders e Teoria da Firma: um estudo sobre a hierarquização das funções-objetivo em empresas brasileiras.** RBGN - Revista Brasileira de Gestão de Negócios, [S. l.], v. 11, n. 32, p. 289–307, 2009. DOI: 10.7819/rbgn.v11i32.378. Disponível em: <https://rbgn.fecap.br/RBGN/article/view/378>. Acesso em: 26 ago. 2021.

BRASIL. **DECRETO LEGISLATIVO Nº 6, DE 20 DE MARÇO DE 2020.** Reconhece, para os fins do art. 65 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, a ocorrência do estado de calamidade pública, nos termos da solicitação do Presidente da República encaminhada por meio da Mensagem nº 93, de 18 de março de 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/portaria/DLG6-2020.htm. Acesso em: 11 mai. 2022.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9656.htm. Acesso em: 7 abr. 2021.

BRASIL. **RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA – RDC Nº 39, DE 27 DE**

OUTUBRO DE 2000. Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mzgw>. Acesso em: 8 abr. 2021.

BRASIL. RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 259, DE 17 DE JUNHO DE 2011. Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa – IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIPRO. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTc1OA==>. Acesso em: 8 abr. 2021.

BRASIL. RESOLUÇÃO NORMATIVA – RN Nº 392, DE 9 DE DEZEMBRO DE 2015. Dispõe sobre aceitação, registro, vinculação, custódia, movimentação e limites de alocação e de concentração na aplicação dos ativos garantidores das operadoras no âmbito do sistema de saúde suplementar e dá outras providências. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzE1Mg==>. Acesso em: 8 abr. 2021.

BROXALL, Anne Marie. Reforming Australia's health system, again. The Medical Journal of Australia, Sydney, 2010. v. 192, n. 9, p 528-530.

COHN, Amélia. Descentralização, saúde e democracia: o caso da cidade de Santo André (1989-1992). Centro de Estudos de Cultura Contemporânea, São Paulo, 1995. Caderno, p. 1-82.

DIAS, R. Responsabilidade social: fundamentos e gestão. São Paulo, Grupo GEN, 2012. 9788522484461. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788522484461/>. Acesso em: 2021 ago. 26.

DUQUE, L. P.; SILVA, J. F.; COHEN, M. Impactos da responsabilidade social corporativa no desempenho de indústrias: teste empírico nas operadoras brasileiras de planos de saúde e odontológico. Revista Ibero-americana de Estratégia. São Paulo, v. 18 n. 2, pp.188-204, Abr-Jun. 2019.

FAVERO, Luiz P. Manual de Análise de Dados - Estatística e Modelagem

Multivariada com Excel®, SPSS® e Stata® . São Paulo: Grupo GEN, 2017. 9788595155602. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595155602/>. Acesso em: 01 abr. 2022.

FERREIRA, E.; MATOS, F.; MATOS, D.; BUGARIM, M., MACHADO, D. **Governança Corporativa na Saúde Suplementar: Estudo de Caso em uma Operadora de Plano de Saúde**. Pensamento & Realidade, v. 29, n. 3, 2014.

FILHO, C.P. M. **Responsabilidade Social e Governança - O Debate e as Implicações**. São Paulo, Cengage Learning Brasil, 2006. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788522107933/>. Acesso em: 29 setembro, 2021.

HARRISON, Jeffrey & Freeman, R.. (1999). **Stakeholders, social responsibility, and performance: Empirical evidence and theoretical perspectives**. The Academy of Management Journal. 42. 479-487. 10.2307/256971.

MENESES, Consuelo Sampaio. **A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 13, n. 5, p. 1685-1687, Oct. 2008 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000500032&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Apr. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Resolução Normativa Nº 388, de 25 de novembro de 2015**. Dispõe sobre os procedimentos adotados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS para a estruturação e realização de suas ações fiscalizatórias. RESOLUÇÃO NORMATIVA - RN Nº 388, DE 25 DE NOVEMBRO DE 2015, [S. l.], 26 nov. 2015.

OECD. **COVID-19 and Responsible Business Conduct**. Disponível em: <http://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/covid-19-and-responsible-business-conduct-02150b06/>. Data de acesso em: 27 fev. 2021.

PIETROBON, Louise; PRADO, Martha Lenise do; CAETANO, João Carlos. **Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro , v. 18, n. 4, p. 767-783, 2008.

REED, D. L. **Stockholders and Stakeholders: A New Perspective on Corporate Governance**. California Management Review, Vol. XXV, n. 3, 1983.

ROCHA, T. **Gestão dos Stakeholders - Como Gerenciar o Relacionamento e a Comunicação Entre a Empresa e seus públicos de interesse**. São Paulo: Editora Saraiva, 2010. 9788502117181. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788502117181/>. Acesso em: 09 Outubro, 2021.

ROSSETTI, J.P.; ANDRADE, A. **Governança Corporativa: Fundamentos, Desenvolvimento e Tendências, 7ª edição**. São Paulo, Grupo GEN, 2014. 9788522493067. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788522493067/>. Acesso em: 29 setembro, 2021.

SESTELO, J.; SOUZA, L. F., & Bahia, L. (2014). **Saúde suplementar no Brasil: revisão crítica da literatura de 2000 a 2010**. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 38, n.102, p. 607-623, 2014.

SIEGEL, Sidney.; CASTELLAN, N. J.; JR. **Estatística não-Paramétrica para Ciências do Comportamento**. Porto Alegre, Grupo A, 2017. 9788536313580. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788536313580/>. Acesso em: 31 out. 2021

SILVA, F.. **Práticas de governança corporativa das operadoras de planos de saúde suplementar do brasil**. Dissertação (Mestrado em Administração) –, Faculdade de Administração, Atuária e Contabilidade, Programa de Pós-graduação em Administração e Controladoria, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, p. 67. 2019.

SOLOMON, M. R. **O Comportamento do Consumidor**. São Paulo, Grupo A, 2016. 9788582603680. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788582603680/>. Acesso em: 19 Jul 2021.

VIEIRA JUNIOR, Wilson Marques; MARTINS, Mônica. **Idosos e planos de saúde no Brasil: análise das reclamações recebidas pela Agência Nacional de Saúde**

Suplementar. Ciência & Saúde Coletiva, v. 20, p. 3817-3826, 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Quantidade de OPS atribuída a cada categoria inicial de porte

Porte	Quantidade
Grande	83
Médio	192
Pequeno	102
Total Geral	377

FONTE: dados da pesquisa

APÊNDICE B - Quantidade de OPS atribuída a cada categoria inicial de modalidade

Modalidade	Quantidade
Autogestão	46
Cooperativa Médica	162
Cooperativa Odontológica	4
Filantropia	13
Medicina de Grupo	129
Odontologia de Grupo	17
Seguradora Especializada em Saúde	6
Total Geral	377

FONTE: dados da pesquisa