
ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE RECLAMAÇÕES E O PORTE DE EMPRESAS DE SAÚDE PRIVADA

Claudineia Kudlawicz

Mestranda em Contabilidade
Universidade Federal do Paraná
Coordenadora MBA Executivo em Finanças e Controladoria - OPET

Veronica Eberle de Almeida

Mestranda em Contabilidade
Universidade Federal do Paraná
Departamento de Suporte Administrativo-Financeiro - Copel Geração e Transmissão S/A

José Luiz dos Santos

Mestrando em Contabilidade
Universidade Federal do Paraná
Professor da Faculdade Metropolitana de Curitiba - FAMEC

RESUMO

Este artigo objetiva analisar a existência de relação entre o porte das empresas do setor de saúde privada e o número de reclamações registradas na ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, tendo sido utilizadas as técnicas estatísticas ANOVA e Qui-quadrado para análise dos dados. O porte das empresas do setor de saúde privada é definido conforme a quantidade de beneficiários em cada empresa, a falta de qualidade no atendimento a esses beneficiários pode ocasionar em saída do beneficiário do plano, podendo alterar o porte da referida empresa. Os resultados apontam para o fato de que empresas menores possuem maior probabilidade de não apresentarem qualquer reclamação registrada junto à ANS por seus beneficiários quando comparadas às operadoras de outros portes.

Palavras-chave: Reclamações. Porte. Qualidade nos serviços prestados.

1 INTRODUÇÃO

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi criada para regulamentar o setor de planos privados de saúde. Vinculada ao Ministério da Saúde, tem por finalidade regulamentar e fiscalizar as empresas do setor o que implica, de certa maneira, na busca e/ou manutenção da qualidade e garantia de atendimento aos beneficiários dos planos de saúde destas organizações. A regulamentação do setor foi realizada por meio da publicação da Lei 9.656/98 e a criação da Agência Nacional de Saúde foi dada pela lei 9.961/2000.

As organizações procuram definir suas atividades em consonância a padrões consolidados e considerados como referência entre as demais organizações do setor, onde estas vislumbram uma condição em que seu sistema de valores esteja de acordo com o sistema social do qual faz parte – ou passará a fazer parte (FONSECA; MACHADO-DA-SILVA, 2002). Neste contexto, é possível afirmar que tais instituições tendem a buscar a legitimidade em detrimento à eficiência e, por isso, copiam práticas consideradas como corretas independentemente dos resultados que esta decisão pode acarretar (DIMAGGIO; POWEL, 1983; MEYER; ROWAN, 1977). Tal decisão é embasada pelo fato de que as organizações, ao ganharem legitimidade, garantem sua sobrevivência em meio ao mercado mesmo utilizando-se de rotinas burocráticas que não apresentam resultados claros e, por vezes, podem vir a comprometer a qualidade na prestação de serviços.

Acompanhada da preocupação com a regulamentação do setor em virtude da constante fiscalização pela ANS está a preocupação com a qualidade dos serviços prestados. Há que se levar em consideração ainda os benefícios proporcionados pela existência destas empresas em meio a sociedade visto que possibilita a garantia – ou promessa –, para aqueles que possuem condições financeiras para tal, de atendimento adequado nos diversos procedimentos existentes que podem ser realizados para restaurar a saúde de uma pessoa. Porém, nem sempre esta garantia de bom atendimento existe de modo a satisfazer as necessidades e expectativas do beneficiário, o que pode ser percebido pelos dados sobre reclamações protocoladas junto à ANS.

No setor de planos de saúde com foco empresarial, da mesma forma, as organizações estão sujeitas às variáveis ambientais, uma vez que as más condições de mercado podem implicar em redução da quantidade de beneficiários registrados e, conseqüentemente, na redução do porte da organização. O porte da organização, especificamente para este setor, é calculado por meio da quantidade de beneficiários com os quais a empresa possui contrato vigente.

Sendo assim, é de fundamental importância que as operadoras prestem seus serviços de atendimento aos beneficiários com excelência, qualidade e comprometimento, tendo em vista a possibilidade destes registrarem suas reclamações junto à ANS, por exemplo, que poderá tomar medidas corretivas necessárias para regularização. Considerando que as organizações que prestam serviços privados relacionados à saúde assemelham-se entre si e dependem do número de beneficiários para manter sua classificação quanto ao porte, o

presente trabalho se propõe a responder à seguinte questão: **Existe relação entre o porte das operadoras de planos de saúde e o índice de reclamações dos beneficiários?** Com base neste questionamento, o objetivo deste estudo é verificar a existência de relação entre o porte das empresas operadoras de plano de saúde e o índice de reclamação dos beneficiários, registradas junto à ANS.

Este estudo torna-se relevante mediante a disponibilização de seus resultados aos futuros beneficiários da possível existência de diferenças entre as empresas no que se refere ao seu porte, estando este relacionado ou não com o índice de reclamações registradas junto à agência reguladora. A partir deste estudo, portanto, será apresentado o porte de cada operadora e seus índices relativos de reclamações registrados na ANS.

2 HISTÓRICO DA SAÚDE BRASILEIRA

A origem da estrutura da saúde vigente no Brasil data do início do século XX, quando o Ministério da Saúde promovia, com apoio das unidades federativas e seus municípios, campanhas que tinham por objetivo prevenir ou atenuar doenças. Estas campanhas eram realizadas junto a hospitais, mesmo sem aparatos suficientes para tratar de endemias mais graves. Estes hospitais, geralmente, situavam-se em regiões muito centralizadas e, por isso, não cobriam de maneira suficiente toda a extensão continental do país (MARINHO; MAC-ALLISTER, 2005). Silva (1997), por sua vez, afirma não existir data certa para a criação deste setor em território brasileiro e que os primeiros relatos (feitos pelo vice-rei do Brasil, Antonio Rolim de Moura Tavares, conde de Azambuja, em correspondência datada de 09/05/1768 e enviada ao secretário de Estado, Francisco Xavier de Mendonça Furtado) contam a criação de um hospital para atendimento das tropas. Este hospital foi identificado por diversas nomenclaturas, tendo sido inicialmente informado seu funcionamento junto ao Colégio dos Jesuítas, e depois intitulado de Hospital Militar e da Marinha.

No ano de 1897, por meio do Decreto 2249, foi criada a diretoria geral da saúde pública que tinha como competência, dentre outras, a de propor ao governo ações e planos de socorro sanitário e de fiscalizar o exercício da medicina e da farmácia. O Decreto-Lei 4682, em 1923, previa como direito do trabalhador o socorro médico para doenças, tanto próprias quanto de sua família, além da aposentadoria e da pensão em caso de morte.

Foi em 1953, por meio da Lei 1920, que o Ministério da Saúde foi criado, tendo sido resultado do desmembramento do então chamado Ministério da Educação e Saúde. O Ministério da Saúde possui a finalidade de oferecer condições para o cuidado da saúde dos brasileiros por meio do controle de doenças, de modo a assegurar à população melhor qualidade de vida. Em 1960 foi criada a Lei Orgânica da Previdência Social, Lei 3807, que teve por finalidade a prestação de serviços de proteção à saúde, dentre outras atribuições. Em 1987 teve início o Programa de Desenvolvimento de Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS), com a iniciativa de universalizar a assistência social que até então beneficiava apenas trabalhadores registrados, da economia formal, e seus dependentes.

A Constituição Federal, promulgada em 1988, prevê em seu artigo 6º que a saúde é um direito social garantido ao cidadão. Na Seção II, do Capítulo II referente à seguridade social, inserido no Título VIII – Da Ordem Social, ainda na Constituição, o artigo 196 complementa ao prever que a saúde é considerada direito de todos os cidadãos, sendo um dever do Estado, que é assegurado mediante o estabelecimento de políticas sociais e econômicas que objetivem a minimização dos riscos de doença e outros agravos bem como o acesso universal e igualitário às ações que visem sua promoção, proteção e recuperação.

A promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes estão previstas na Lei 8080/1990. Esta lei regula, em todo o território nacional, conforme previsto em seu artigo 1º, as ações e serviços de saúde, executados de maneira isolada ou conjunta, de caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas, tanto de direito público quanto privado. A referida Lei dispõe ainda sobre a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), prevendo seus objetivos e campo de atuação. O artigo 5º estabelece como seus objetivos a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do dever do Estado em garantir a saúde e a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. A Lei 8142/1990 complementa ao dispor sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Toda a regulamentação até agora apresentada refere-se ao setor público de saúde, não considerando o setor privado de prestação de serviços. A Lei 9656/1998 regulamenta sobre os planos e seguros privados. No artigo 1º são apresentadas as definições de plano privado de

assistência à saúde e operadora de plano de assistência à saúde. A referida Lei também prevê sobre a obtenção da autorização para funcionamento das atividades, registro e autorização dos produtos a serem comercializados, ou seja, dos planos de saúde ofertados pelas Operadoras, os itens que devem constar, de maneira clara, em contratos, regulamentos ou condições gerais etc.

Em conformidade com a Lei 6404/1976, atualizada pelas Leis 11638/2007 e 11941/2009, a Lei 9656/1998 determina que as operadoras de planos privados de saúde devem submeter suas contas a auditores independentes, com registro na Comissão de Valores Mobiliários (CVM) e publicação anual. Outra observação importante se faz no sentido de que as operadoras de planos de saúde não estão sujeitas a falência, regulamentada pela Lei 11101/2005, mas apenas ao regime de liquidação extrajudicial.

A Lei 9656/98 estabelece diretrizes para o setor, mas sua regulamentação se deu apenas com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), pela Lei 9961/2000, vinculada ao Ministério da Saúde. No artigo 4º são listadas suas competências, sendo algumas delas a proposição de políticas e diretrizes gerais para regulação do setor de saúde suplementar, o estabelecimento de características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras, a elaboração de rol de procedimentos e eventos em saúde, o estabelecimento de parâmetros e indicadores de qualidade bem como de normas, rotinas e procedimentos para concessão, manutenção e cancelamento de registros, autorização para reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde etc.

Em virtude de sua estrutura organizacional, as operadoras de planos de saúde podem ser classificadas de acordo com as seguintes modalidades, em conformidade com a Resolução de Diretoria Colegiada nº 39/2000, publicada pela ANS, que dispõe sobre a definição, segmentação e classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde:

- a) **Cooperativa médica:** São as sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme a Lei 5764/1971 e que operam Planos Privados de Assistência à Saúde.
- b) **Cooperativa odontológica:** São as sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme a Lei 5764/1971 e que operam exclusivamente Planos Odontológicos.

- c) **Administradora:** Caracterizada pela Resolução Normativa - RN nº 196/2009, da ANS, as administradoras são entidades que propõem a contratação de plano coletivo na condição de estipulante ou que prestam serviços para pessoas jurídicas contratantes de planos privados de assistência à saúde coletivos; não realizam atendimento ao beneficiário e não assumem os riscos decorrentes da operação.
- d) **Filantropia:** São as entidades sem fins lucrativos que operam Planos Privados de Assistência à Saúde e tenham obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos Órgãos dos Governos Estaduais e Municipais.
- e) **Medicina de Grupo:** Classificam-se nesta modalidade empresas ou entidades que operam Planos Privados de Assistência à Saúde e que não estão classificadas nos itens anteriores.
- f) **Odontologia de Grupo:** Empresas ou entidades que operam exclusivamente planos odontológicos.
- g) **Autogestão:** regidas pela Resolução Normativa nº 137/2006 da ANS, enquadram-se nesta categoria aquelas empresas que operem plano privado de assistência à saúde, por meio de seu próprio departamento pessoal, empresas de fins não econômicos que possuam vínculo à entidade pública ou privada patrocinadora, instituidora ou mantenedora e associações que operem planos privados de assistência à saúde, de maneira exclusiva, para beneficiários como sócios, administradores e ex-administradores, empregados e ex-empregados, aposentados, servidores públicos ativos e/ou aposentados da entidade pública patrocinadora etc., cada qual conforme seu objetivo, de acordo com a citada Resolução.

As características deste setor podem definir o quanto ele se torna complexo, pois “coexistem empresas com e sem fins lucrativos; empresas reconhecidas como de utilidade pública ou não; empresas constituídas sob a forma de sociedade por quotas de responsabilidade limitada (Ltda.) e cooperativas” (CARDOSO, 2005, p. 64).

De acordo com a ANS, o setor de saúde suplementar fechou o ano de 2011 com 47,6 milhões de beneficiários vinculados somente aos planos de assistência média, excluindo-se os

planos exclusivamente odontológicos. O montante movimentado pelas operadoras girou em torno de R\$ 83 bilhões (ANS, 2012).

3 PORTE DAS ORGANIZAÇÕES

A Teoria Contingencial procura explicar o processo interno e externo de mudança organizacional bem como suas interdependências com os fatores ambientais, de maneira a relacionar e explicar fatores como taxa de mudança, forças e fraquezas da organização, seus valores, objetivos, habilidades e atitudes de seus gestores, o grau de complexidade do ambiente externo etc. (GUERREIRO *et al.*, 2006). Desta forma, esta teoria fornece subsídios para análise e compreensão dos motivos que levam a organização a tomar decisões acerca da implantação de novos procedimentos, rotinas e sistemas para responder às ameaças ou corresponder às oportunidades oriundas de seu ambiente externo.

A abordagem contingencial possui como princípio o fato de que é necessário considerar a interrelação que existe entre as organizações e o ambiente em que estão inseridas e não apenas as variáveis internas das empresas (KWANICKA, 1998). Donaldson (1999) afirma que o porte das empresas possibilita a adoção de modelos de gestão diferentes, em paralelo a afirmações como que o desempenho das organizações depende do modelo de gestão adotado, que existe diferenciação entre o desempenho de empresas com gestão centralizada e descentralizada etc.

Diversos são os pesquisadores que conduziram seus estudos considerando a variável contingencial 'porte'. Burns e Stalker (1961) foram os pioneiros e classificaram as empresas pesquisadas em dois grupos: (i) Mecanicistas e (ii) Orgânicas. Nas empresas mecanicistas, foi encontrada a adoção de processos mecanizados com procedimentos e tarefas definidas, já as empresas consideradas orgânicas, possuíam transformação constante como característica, sempre buscando uma condição ideal de gestão. Estudo sobre o impacto da tecnologia na estrutura organizacional foi realizado por Woodward (1965) que observou a existência de relação entre a estrutura organizacional, em termos tecnológicos, com a variável 'porte'.

Hoque e James (2000) pretenderam relacionar a variável 'porte' com outras variáveis e com o uso do *Balanced Scorecard*. Sua amostra foi composta por empresas australianas e seus resultados apontaram que as empresas de maior porte possuem certa tendência em utilizar o *Balanced Scorecard* e que o desempenho dessas empresas também é maior em relação a outras empresas que não o utilizam.

Uma síntese de estudos realizados com base na contingência foi realizado por Chenhall (2003) com o objetivo de fornecer um levantamento sobre pesquisas baseadas nessa teoria desde o início de 1980. O autor concluiu que as pesquisas baseadas na teoria da contingência abordam estudos de sistemas de controle gerencial e que os gerentes agem com intenção de adaptar as organizações às mudanças contingenciais a fim de atingirem maior desempenho. Com relação ao porte da empresa, o autor verificou que empresas maiores são mais diversificadas em produtos e fazem uso de controles mais sofisticados, a maioria das pesquisas baseadas na teoria da contingência tem seus estudos realizados em organizações maiores não havendo estudos contingenciais considerando o tamanho das empresas; o papel dos sistemas de controle gerencial em empresas de pequeno e médio porte tem recebido pouca atenção na literatura da teoria da contingência (CHENHALL, 2003).

4 QUALIDADE NA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Quando se discute a organização dos serviços em saúde, a qualidade do atendimento aos beneficiários torna-se fundamental. Significativa contribuição foi dada por Donabedian (1966) que propôs uma metodologia para avaliação da qualidade da atenção médica por meio da sistematização dos atributos da qualidade na prestação de serviços e do estabelecimento das etapas de sua construção e/ou produção por meio das quais pode ser medida.

Reis *et al.* (1990) complementam ao afirmar que a “avaliação qualitativa do cuidado médico poderia se dar em três de seus componentes: estrutura, processo e resultado”, sendo oportuna a combinação desses componentes. Donabedian (1978) cita duas dimensões para a avaliação dos serviços: i) aplicação da tecnologia e do conhecimento do profissional maximizando os benefícios e minimizando os riscos ao beneficiário; ii) relacionamento pessoal com cada beneficiário, satisfazendo as expectativas e necessidades de cada um, as normas sociais e os preceitos éticos. Segundo o autor, a avaliação da qualidade determina o grau de sucesso das profissões que estão relacionadas com a saúde, de modo a impedir a exploração ou a incompetência, e o objetivo da monitoração da qualidade é exercer vigilância contínua, de tal forma que desvios dos padrões podem vir a ser precocemente detectados e corrigidos.

A qualidade, em seu processo de sistematização e medição, é composta pela análise de alguns atributos como eficácia, efetividade, otimização, aceitabilidade, legitimidade e

equidade e é vista, com frequência, como sendo o aspecto central a ser considerado para a avaliação em saúde (VUORI, 1982), sendo este conjunto complementado com a eficiência quando analisado sob a ótica de Donabedian (1990). Em virtude da abrangência do termo, geralmente sua definição resulta de um agrupamento de atributos relacionados ao objeto que será submetido à avaliação. Vuori (1982) propõe que a qualidade é constituída pela efetividade, eficiência, adequação e qualidade técnico-científica ao passo que Donabedian (1990), mesmo afirmando que a qualidade é uma propriedade do cuidado médico, apresentava suas dúvidas quanto à composição desta, se seria um atributo único, uma classe de atributos que funcionalmente estariam relacionados ou, ainda, um conjunto heterogêneo de fenômenos agrupados em virtude de sua utilização, razões administrativas ou por preferências pessoais.

As definições de eficácia, efetividade e eficiência apresentam, frequentemente, uma superposição entre si, a começar pelo dicionário que as consideram sinônimos. Segundo o dicionário Michaelis (2006), eficácia é apresentada como sendo a qualidade daquilo que é eficaz ou daquilo que produz o resultado esperado; efetividade significa qualidade ou estado daquilo que é efetivo; e, eficiência é a ação, capacidade de produzir um efeito. A qualidade, por sua vez, tem sido definida como efeito segundo Donabedian (1990) ao mesmo tempo em que a efetividade tem sido considerada como qualidade (FREEBORN; GREENLICK, 1973). Neste contexto, tanto eficácia quanto efetividade têm suas definições dadas em relação ao cumprimento de objetivos propostos (RODRIGUES; TORRES, 1982).

Desta forma, a qualidade na prestação de serviços na área da saúde implica na otimização do cuidado de maneira a atingir determinado nível de efetividade, considerado satisfatório pelos beneficiários que destes se utilizam. Assim, a legitimidade – atributo que corresponde ao grau de aceitabilidade por parte da comunidade ou da sociedade como um todo – seria alcançada implicando em retornos satisfatórios às operadoras de planos de saúde privados.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Para a condução do presente estudo foram utilizadas algumas estratégias de pesquisa. Santos (1999) elucida que os estudantes, ao realizarem pesquisas de cunho científico, adquirem a capacidade não só de conhecer as conclusões que lhes foram transmitidas, mas também se habilitam a reconstituir as etapas do caminho percorrido pelos cientistas. Para

tanto, é preciso definir estas estratégias de pesquisa. De acordo com Yin (2002), pode-se estabelecer a estratégia de pesquisa como uma forma de coletar e analisar provas empíricas, seguindo sua própria lógica.

A finalidade da pesquisa pode ser classificada como aplicada, pois visa ao interesse prático dos resultados obtidos (CASTILHO *et al.*, 2011). O problema proposto é do tipo quantitativo e a pesquisa caracteriza-se como descritiva, uma vez que o objetivo deste tipo de pesquisa é definir melhor o problema, descrever comportamentos de fenômenos, definir e classificar fatos e variáveis (SALOMON, 1974), ou seja, este estudo se propõe a verificar a existência de relação entre o porte da operadora de planos de saúde e o número de reclamações dos beneficiários registrados junto à ANS. Cooper e Schindler (2003) corroboram ao dizer que este tipo de estudo – quantitativo – pode ser realizado em diversos ambientes.

No que se refere às estratégias de pesquisa este estudo pode ser considerado do tipo bibliográfico, pois conforme Gil (2002) permite ao investigador a cobertura de uma gama ampla de fenômenos. Os dados utilizados para análise se referem ao número de reclamações procedentes registradas junto à ANS no mês de Abril de 2011 e o respectivo número de beneficiários ativos na operadora no mesmo mês. A coleta destes dados foi realizada diretamente no site da ANS, informações estas de domínio público, sendo que representam os dados mais atuais disponibilizados pelo referido órgão.

Quanto ao controle das variáveis pelos pesquisadores, o estudo é do tipo *ex-post facto*, pois não é exercido qualquer controle para fins de manipulação das variáveis. Além desta característica, adiciona-se que a pesquisa é do tipo transversal quanto à dimensão do tempo, tendo sido o objeto de estudo analisado em um determinado período de tempo (COOPER; SCHINDLER, 2003).

Para a verificação da existência de relação entre as variáveis “porte da empresa” e “número de reclamações dos beneficiários”, utilizou-se como balizador as seguintes hipóteses: H_0 – Existe relação entre o porte das empresas e o número de reclamações dos beneficiários; e, H_1 – Não existe relação entre o porte das empresas e o número de reclamações dos beneficiários.

- a) As hipóteses são confirmadas e/ou refutadas tendo por base o resultado da aplicação das técnicas estatísticas denominadas One-way ANOVA (*Univariate Analysis of Variance*) e, posteriormente, Qui-quadrado. De acordo com Hair Jr *et*

al. (2005), a ANOVA é utilizada para avaliar diferenças de grupos em uma única variável dependente métrica, ou seja, determina se amostras de dois ou mais grupos surgem de populações com médias iguais por meio da utilização de uma medida dependente enquanto que pela técnica do Qui-quadrado explora-se a proporção de casos em diferentes categorias.

- b) A população analisada consiste na totalidade de empresas registradas e subordinadas à regulamentação exercida pela ANS. No total são 1366 empresas, dentre as quais 954 são de pequeno porte, 308 de médio e 104 de grande porte. A classificação adotada quanto ao tamanho foi a mesma utilizada pela ANS: empresas de pequeno porte são aquelas que possuem até 20 mil beneficiários, de médio porte aquelas que apresentam de 20 a 100 mil beneficiários em suas carteiras de clientes e, por fim, grande porte são aquelas empresas que possuem mais de 100 mil beneficiários.

Para a obtenção dos dados para análise, procedeu-se junto ao site da ANS (www.ans.gov.br) o *download* da planilha com a lista completa de operadoras e seus respectivos índices de reclamações. O *download* foi realizado no mês de Maio de 2012. Tendo em vista que não foi possível obter os dados de todos os meses de um mesmo ano e que os valores informados nas colunas denominadas ‘acumulado’ representam apenas percentual dos últimos seis meses, optou-se por utilizar os números da coluna denominada ‘reclamações/mês’ e número de ‘beneficiários/mês’, dados estes inerentes ao mês de abril de 2011.

6 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados utilizados para a condução deste estudo foram obtidos junto ao site da ANS, onde a população estudada perfaz o total de 1366 empresas regulamentadas por esta agência (empresas que tenham registro ativo e mais de 100 beneficiários no mês considerado). Destas empresas, 69,8% são de pequeno porte enquanto que 22,5% e 7,6% representam, respectivamente, os percentuais relativos às empresas de médio e grande porte.

É possível observar que a somatória da coluna ‘beneficiários’ apresenta o número de pessoas que, além de contar com o sistema público de saúde, decidiram por também contratar

plano de saúde privado. Desta forma, são 61.861.257 brasileiros que tomaram esta decisão em complementar sua segurança e garantir certo conforto pela contratação de um plano de saúde particular. De acordo com o último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, o Censo 2010, os resultados apontaram uma população formada por 190.732.694 pessoas. De posse desses dados, é possível então afirmar que mais de um terço da população brasileira contratou ou tem contratado um plano de saúde privado, ou seja, de cada três pessoas uma possui este serviço não dependendo, unicamente, do sistema público de saúde. Cabe aqui salientar que o pagamento pelo mesmo tipo de serviço é duplo, uma vez que paga-se pelo sistema público de atendimento à saúde e pelo plano particular o que encarece, de certo modo, o custo de vida da população.

Os números utilizados para a análise de dados foram determinados conforme a metodologia de cálculo utilizada pela ANS, a qual consiste na divisão entre o número e reclamações e o número de beneficiários da operadora. Seguindo a metodologia, o resultado desta operação é multiplicado por 10.000, o que implica na interpretação de que os números apresentados representam o número de reclamações para cada 10.000 beneficiários do universo analisado.

Tendo em vista que as empresas de pequeno porte representam quase 70% do total de empresas atuantes neste setor, verifica-se que estas empresas atendem menos de 10% do total de clientes. As empresas de grande porte são as que detêm maior parte do atendimento, com quase 68% dos beneficiários, representando apenas 8% na atuação quando comparadas às pequenas e médias operadoras. As empresas de médio porte, por sua vez, atendem pouco mais de 22% do total deste setor.

As empresas de pequeno porte apresentaram zero como número mínimo de reclamações registradas e oito para o número máximo registrado por uma ou mais empresas desse porte. O mesmo aplica-se às empresas de médio e grande porte, tendo apresentado em comum o valor zero como mínimo e os valores de 47 e 479 como números máximos de reclamações registradas. Portanto, a(s) empresa(s) que registrou(aram) o maior número de reclamações teve(tiveram) registradas 479 ocorrências.

Para a análise estatística ANOVA, com apoio do sistema SPSS, realizou-se então os procedimentos necessários para a obtenção de seus resultados a fim de confirmar ou refutar as hipóteses sugeridas para o presente estudo. Para a análise da homogeneidade, analisa-se o valor obtido na coluna Sig, que apresenta o valor-p para análise da significância. Caso este

valor-p seja maior que o nível de significância (0,05), não há diferença significativa entre as variâncias enquanto que, caso este seja menor que a significância, pelo menos um dos grupos apresenta variância diferente do(s) outro(s). Tendo em vista que o valor obtido foi de 0,000, pode-se afirmar então que **há diferença entre as variâncias dos grupos em análise**. Portanto, procede-se à análise por meio da aplicação da técnica estatística ANOVA tendo como resultado as seguintes informações:

ANOVA

Reclamações Mês					
	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	58078,212	2	29039,106	106,269	,000
Within Groups	372454,195	1363	273,261		
Total	430532,407	1365			

O valor F indicado no quadro ANOVA representa a variância entre os grupos, tendo sido esta dividida pela variância dentro dos grupos. Um valor elevado demonstra que a variabilidade dentro os grupos é maior que a variância dentro dos grupos, o que é um indicativo de que há grupos diferentes dentre os analisados. Ocorre que, por esta constatação, não são apontados os grupos que apresentam diferença entre si, sendo necessária a realização de novos testes – *post-hoc* - para tal identificação.

Ao considerar os valores da média de reclamações entre os diferentes portes, é possível perceber que estes variam (0,21; 1,76 e 25,06 para pequeno, médio e grande porte, respectivamente). Por isso, decidiu-se pela criação de nova categoria, a qual foi obtida pela divisão entre o número de reclamações pelo número de beneficiários de cada empresa (agrupados a cada 1000). Nova análise foi realizada tendo como resultados os seguintes dados:

Descriptives

Relação reclamações por 1.000 beneficiário no mês

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Pequeno	954	,0679	,54767	,01773	,0331	,1026	,00	10,93
Médio	308	,0362	,07578	,00432	,0277	,0447	,00	,73
Grande	104	,0760	,24977	,02449	,0274	,1246	,00	2,47
Total	1366	,0613	,46433	,01256	,0367	,0860	,00	10,93

Pela análise da coluna *Mean*, a qual se refere às médias dos portes das empresas, é possível analisar que estas estão mais próximas umas das outras, não apresentando tanta disparidade como o que acontecia antes. Desta forma, a homogeneidade também sofreu alterações, passando de 0,000 para 0,028. No entanto, continua a demonstrar a existência de diferença significativa entre as variâncias dos grupos em análise. Em virtude disso, também será analisado se existe diferença entre as médias dos grupos. Esta análise é feita por meio da observação do quadro ANOVA, conforme apresentado a seguir:

ANOVA

Relação reclamações por 1.000 beneficiário no mês

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	,257	2	,129	,596	,551
Within Groups	294,034	1363	,216		
Total	294,291	1365			

Note-se que o valor apresentado na coluna Sig. é maior que 0,05 e, por isso, pode-se afirmar que **não existe relação entre o número de reclamações e o porte das operadoras de planos de saúde privados** refutando H_0 , conforme análise realizada pelo método estatístico ANOVA, que afirmava existir relação entre estas duas variáveis. Portanto, confirma-se H_1 de que não existe relação entre o porte das empresas e o número de reclamações registradas por beneficiários junto à ANS.

Não obstante aos resultados até aqui encontrados, nova variável foi criada: na coluna denominada ‘reclamações por mês’, atribuiu-se códigos para “zero reclamação” e “uma ou mais reclamações”. A seguir são apresentados os dados de maneira ordenada por meio da tabulação *Crosstab*:

Número de reclamações no mês * Porte da empresa Crosstabulation

Count		Porte da empresa			Total
		Pequeno	Médio	Grande	
Número de reclamações no mês	Zero reclamações	860	167	12	1039
	Uma ou mais reclamações	94	141	92	327
Total		954	308	104	1366

Em análise generalista tem-se 860 empresas de pequeno porte, 167 de médio e 12 de grande porte para as quais foi registrado “zero” reclamação enquanto que 94, 141 e 92

empresas de pequeno, médio e grande porte, respectivamente, registraram uma ou mais reclamações. Isso representa, de modo geral, que as empresas de pequeno porte que não apresentaram qualquer reclamação representam cerca de 90% de sua totalidade (ou seja, quase 10% apresentaram uma ou mais reclamações). No outro extremo estão as empresas de grande porte, com 88% das empresas tendo apresentado uma ou mais reclamações. Diante deste contexto, analisa-se o valor-p que é informado na coluna Asymp. Sig. do quadro a seguir, gerado no *software* SPSS.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	4,224 E2 ^a	2	,000
Likelihood Ratio	390,360	2	,000
Linear-by-Linear Association	421,064	1	,000
N of Valid Cases	1366		

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 24,90.

Tendo em vista que os valores-p informados na coluna Asymp. Sig. são menores que 0,05, adotado para pesquisas na área de ciências sociais, pode-se afirmar por esta análise que **existe diferença significativa entre o número de reclamações e o porte das operadoras de planos de saúde privado**, o que confirma H_0 proposta para o estudo. Ou seja, empresas menores apresentam maior probabilidade de passar pelo menos um mês sem ter registro de reclamação junto à ANS quando comparadas às operadoras de planos de saúde de médio e grande porte.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que as organizações procuram definir suas atividades em consonância a padrões consolidados e considerados como referência pela sociedade, por vezes, estas tendem a buscar a legitimidade em detrimento à eficiência e, por isso, podem incorrer em decisões que impactem na qualidade de seus serviços. A Agência Nacional de Saúde Suplementar possui a função de regular o setor e, por isso, conta com os serviços de registro de reclamação por beneficiários contra as operadoras, quando estes se sentem lesados ou entendem que seus direitos não foram respeitados. O órgão, por sua vez, analisa as reclamações e, se procedentes,

intervém junto às operadoras. É neste contexto que o presente estudo foi conduzido, a fim de verificar a existência de relação entre o porte das operadoras e seu número de reclamações procedentes registradas junto à ANS.

O universo da pesquisa é composto por 1366 empresas, das quais 69,8% são de pequeno porte, 22,5% são de médio porte e 7,6%, grande porte. Pelos dados levantados é possível observar que as empresas de pequeno porte representam quase 70% do total de empresas atuantes neste setor. No entanto, estas atendem menos de 10% do total de beneficiários registrados e ativos.

Utilizando-se das técnicas estatísticas One-way ANOVA e Qui-quadrado, foi possível observar, num primeiro momento, a inexistência de relação entre as variáveis em estudo – porte das operadoras e o número de reclamações. No entanto, na aplicação da segunda técnica estatística, foi criada nova variável a fim de verificar a relação entre operadoras que não tiveram qualquer reclamação registrada no mês em referência e aquelas que registraram pelo menos uma reclamação. De posse dessa análise, é possível afirmar que existe diferença significativa entre o número de reclamações e o porte das organizações, implicando na afirmação de que as operadoras de pequeno porte apresentam maior probabilidade de não registrarem reclamações, dentro de um mês, quando comparadas às operadoras de médio e grande porte.

Constituem limitações do presente estudo o período analisado, uma vez que se fossem levantados junto à ANS o histórico de reclamações em periodicidade mensal, talvez, os resultados pudessem ser mais robustos assim como novas tendências poderiam ser verificadas.

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar**: beneficiários, operadoras e planos. Rio de Janeiro, março/2012. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/20120516_mes03_caderno_informacao.pdf>. Acesso em: 28/06/2012.

_____. **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/texto_lei.php?id=380>. Acesso em: 27/06/2012.

_____. **Resolução Normativa – RN nº 137**, de 14 de novembro de 2006. Dispõe sobre as entidades de autogestão no âmbito do sistema de saúde suplementar. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/texto_lei.php?id=1117>. Acesso em: 27/06/2012.

_____. **Resolução Normativa – RN nº 196**, de 14 de julho de 2009. Dispõe sobre a Administradora de Benefícios. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/texto_lei.php?id=1459> Acesso em: 27/06/2012

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, promulgada em 05 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm>. Acesso em: 12/06/2012

_____. **Decreto 2.449**, de 01 de fevereiro de 1897. Unifica os serviços de higiene da União. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-2449-1-fevereiro-1897-539632-publicacaooriginal-38965-pe.html>>. Acesso em: 28/06/2012.

_____. **Decreto 4.682**, de 24 de janeiro de 1923. Cria, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. Disponível em: <<http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/23/1923/4682.htm>>. Acesso em: 28/06/2012.

_____. **Lei 1.920**, de 25 de julho de 1953. Cria o Ministério da Saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/1950-1969/L1920.htm>. Acesso em: 28/06/2012.

_____. **Lei 3.807**, de 26 de agosto de 1960. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L3807.htm>. Acesso em: 26/06/2012.

_____. **Lei 5.764**, de 16 de dezembro de 1971. Define a Política Nacional de Cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5764.htm>. Acesso em: 28/06/2012.

_____. **Lei 6.404**, de 15 de dezembro de 1976. Dispõe sobre as Sociedades por Ações. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6404consol.htm>. Acesso em: 26/05/2012.

_____. **Lei 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 26/05/2012.

_____. **Lei 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 26/05/2012.

_____. **Lei 9.656**, de 03 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: 22/04/2012.

_____. **Lei 9.961**, de 28 de janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm> Acesso em: 22/04/2012.

_____. **Lei 11.101**, de 09 de fevereiro de 2005. Regula a recuperação judicial, a extrajudicial e a falência do empresário e da sociedade empresária. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111101.htm>. Acesso em: 30/05/2012.

_____. **Lei 11.638**, de 28 de dezembro de 2007. Altera e revoga dispositivos da Lei nº 6.404, de 15 de dezembro de 1976, e da Lei nº 6.385, de 7 de dezembro de 1976, e estende às sociedades de grande porte disposições relativas à elaboração e divulgação de demonstrações financeiras. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/lei/11638.htm>. Acesso em: 26/05/2012.

_____. **Lei 11.941**, de 27 de maio de 2009. Altera a legislação tributária federal relativa ao parcelamento ordinário de débitos tributários; concede remissão nos casos em que especifica; institui regime tributário de transição, alterando o Decreto nº 70.235, de 6 de março de 1972, as Leis nºs 8.212, de 24 de julho de 1991, 8.213, de 24 de julho de 1991, 8.218, de 29 de agosto de 1991, 9.249, de 26 de dezembro de 1995, 9.430, de 27 de dezembro de 1996, 9.469, de 10 de julho de 1997, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 10.426, de 24 de abril de 2002, 10.480, de 2 de julho de 2002, 10.522, de 19 de julho de 2002, 10.887, de 18 de junho de 2004, e 6.404, de 15 de dezembro de 1976, o Decreto-Lei nº 1.598, de 26 de dezembro de 1977, e as Leis nºs 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 10.925, de 23 de julho de 2004, 10.637, de 30 de dezembro de 2002, 10.833, de 29 de dezembro de 2003, 11.116, de 18 de maio de 2005, 11.732, de 30 de junho de 2008, 10.260, de 12 de julho de 2001, 9.873, de 23 de novembro de 1999, 11.171, de 2 de setembro de 2005, 11.345, de 14 de setembro de 2006; prorroga a vigência da Lei nº 8.989, de 24 de fevereiro de 1995; revoga dispositivos das Leis nºs 8.383, de 30 de dezembro de 1991, e 8.620, de 5 de janeiro de 1993, do Decreto-Lei nº 73, de 21 de novembro de 1966, das Leis nºs 10.190, de 14 de fevereiro de 2001, 9.718, de 27 de novembro de 1998, e 6.938, de 31 de agosto de 1981, 9.964, de 10 de abril de 2000, e, a partir da instalação do Conselho Administrativo de Recursos Fiscais, os Decretos nºs 83.304, de 28 de março de 1979, e 89.892, de 2 de julho de 1984, e o art. 112 da Lei nº 11.196, de 21 de novembro de 2005; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/11941.htm>. Acesso em: 26/05/2012.

BURNS, Tom; STALKER, George M. **The management of innovation**. London: Tavistock, 1961.

CARDOSO, Ricardo Lopes. **Regulação Econômica e Escolhas de Práticas Contábeis: Evidências no mercado de saúde suplementar brasileiro**. Tese (Doutorado em Ciências Contábeis) – Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12136/tde-18122008-121952/pt-br.php>>. Acesso em: 02/07/2012.

CASTILHO, Auriluce Pereira; BORGES, Nara Rúbia Martins; PEREIRA, Vânia Tanús. **Manual de metodologia científica do ILES/ULBRA Itumbiara**. 1. ed. Itumbiara: ILES/ULBRA, 2011.

CHENHALL, Robert H. Management control systems design within its organizational context: findings from contingency-based research and directions for the future. **Accounting Organizations and Society**. v. 28, p. 127-168, 2003. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0361368201000277>>. Acesso em: 04/07/2012.

COOPER, Donald R.; SCHINDLER, Pamela S. **Métodos de pesquisa em administração**. 7. ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

DIMAGGIO, Paul J.; POWELL, Walter W. The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism And Collective Rationality In Organizational Fields. **American Sociological Review**, v. 48, 2, apr. p. 147 - 160, 1983. Disponível em: <<http://www.ics.uci.edu/~corps/phaseii/DiMaggioPowell-IronCageRevisited-ASR.pdf>>. Acesso em: 17/06/2012.

DONABEDIAN, Avedis. Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*. v. 44, n. 3, p. 166-206, jul. 1966.

_____. The Quality of Medical Care. **Science**. v. 200, n. 4344, p. 856-864, mai. 1978.

_____. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology Laboratory Medicine**, 114, p. 1115-1118, 1990.

DONALDSON, Lex. Teoria da Contingência Estrutural. *In*: CLEGG, Stewart R.; HARDY, Cynthia; NORD, Walter R. (Org.). **Handbook de estudos organizacionais**. Vol. 1. São Paulo: Atlas, 1999. p. 105-133.

FONSECA, Valéria S.; MACHADO-DA-SILVA, Clóvis L. Conversação entre abordagens da estratégia em organizações: escolha estratégica, cognição e instituição. **Organizações e Sociedade**, v. 9, n. 25, p. 93-109, set./dez. 2002. Disponível em: <<http://www.revistaoes.ufba.br/viewarticle.php?id=552&layout=abstract>>. Acesso em: 02/07/2012.

FREEBORN, Donald K., GREENLICK, Merwyn R. Evaluation of the performance of ambulatory care system: research requirements and opportunities. **Medical Care**, 11 (supplement), n. 2, p. 68-75, 1973. Disponível em: <<http://www.jstor.org/discover/10.2307/3762803?uid=3737664&uid=2129&uid=2&uid=70&uid=4&sid=21100918997411>>. Acesso em: 02/07/2012.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GUERREIRO, Reinaldo; PEREIRA, Carlos Alberto; REZENDE, Amauri José. Em Busca do Entendimento da Formação dos Hábitos e das Rotinas da Contabilidade Gerencial - Um Estudo de Caso. **RAM. Revista de Administração Mackenzie**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 78-101, 2006.

HAIR JR, Joseph F., ANDERSON, Rolph E., TATHAM, Ronald L.; BLACK, William C. **Análise multivariada de dados**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HOQUE, Zahirul; JAMES, Wendy. Linking Balanced Scorecard Measures to Size and Market Factors: Impact on Organization Performance. **Journal of Management Accounting**

Research. v. 12, p. 1-17, 2000. Disponível em: <<http://www.qa.au.edu/page2/research/BSCSizeMarketFactorsImpactOrgPerformance.pdf>>. Acesso em: 02/07/2012.

KWANICKA, Eunice Laçava. **Introdução à Administração.** 3. ed. Ed. Atlas: São Paulo, 1988.

MARINHO, Flávio; MAC-ALLISTER, Mônica. Distribuição Espacial dos Serviços de Saúde para as Organizações Prestadoras Privadas. In: **Anais do XXIX Encontro Nacional de Programas de Pós-graduação em Administração.** Brasília: ANPAD, 2005. v. cd-rom.

MEYER, John W.; ROWAN, Brian. Institutionalized Organizations: Formal structure as Myth and Ceremony. **The American Journal of Sociology**, v. 83, n. 2, Set./1977.

MICHAELIS. **Moderno dicionário da língua portuguesa.** São Paulo: Melhoramentos, 2006.

REIS, Eduardo J. F. B.; SANTOS, Fausto P. Dos; CAMPOS, Francisco Eduardo de; ACÚRCIO, Francisco de Assis; LEITE, Marcelo T. T.; LEITE, Maria Léa C.; CHERCHIGLIA, Mariangela L.; SANTOS, Max A. Dos. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: Notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública.** v. 6, n. 1, p. 50-61, jan./mar. 1990. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v6n1/v6n1a06.pdf>>. Acesso em: 02/07/2012.

RODRIGUES, W. W.; TORRES, V. R. **Contribuição ao Desenvolvimento do Processo de Aviação em Serviços de Saúde.** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. (Textos Básicos de Saúde, 2), 1982.

SALOMON, Delcio Vieira. **Como fazer uma monografia:** elementos de metodologia do trabalho científico. 3. ed. Belo Horizonte: Interlivros, 1974.

SANTOS, Antonio Raimundo dos. **Metodologia científica:** a construção do conhecimento. Rio de Janeiro: DP & A, 1999.

SILVA, Alberto Martins da. Hospital Central do Exército: 1768-1998. **Revista do IHGB.** v. 158, n. 397, p. 977-1017, out.-dez. 1997.

VUORI, Hannu V. **Quality Assurance of Health Services:** Concepts and Methodology. Copenhagen: WHO, Regional office for Europe, 1982.

YIN, Robert K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2002.

WOODWARD, Joan. **Industrial Organization:** Theory and practice. London: Oxford Unity Press, 1965.