



**UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO DE JANEIRO**

UFRJ

UNIVERSIDADE DO BRASIL – UFRJ

FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E CIÊNCIAS CONTÁBEIS – FACC

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

MONOGRAFIA

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**QUALIDADE E INTELIGÊNCIA COMPETITIVA NO SETOR DE SAÚDE
SUPLEMENTAR**

AUTOR: ANDRES RAMOS MACEDO

**ORIENTADOR:
José Albuquerque Costa**

RIO DE JANEIRO

Julho/2011

QUALIDADE E INTELIGÊNCIA COMPETITIVA NO SETOR DE SAÚDE
SUPLEMENTAR

AUTOR: ANDRES RAMOS MACEDO

Matrícula: 105044856

**Monografia apresentada à Faculdade de
Administração e Ciências Contábeis – FACC,
DA Universidade do Brasil – UFRJ, como
parte dos requisitos necessários à obtenção
de grau de Bacharel em Administração.**

Orientador: José Albuquerque Costa

**Rio de Janeiro
Julho/2011**

QUALIDADE E INTELIGÊNCIA COMPETITIVA NO SETOR DE SAÚDE
SUPLEMENTAR

AUTOR: ANDRES RAMOS MACEDO

Matrícula: 105044856

MONOGRAFIA APRESENTADA À FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO E CIÊNCIAS
CONTÁBEIS – FACC, DA UNIVERSIDADE DO BRASIL – UFRJ, COMO PARTE DO
REQUISITO NECESSÁRIO À OBTENÇÃO DE GRAU DE BACHAREL EM
ADMINISTRAÇÃO

Aprovação da banca examinadora:

José Albuquerque Costa
Universidade federal do rio de janeiro

Vítor Mario Iorio
Universidade federal do rio de janeiro

___ / ___ / ____.

As opiniões expressas neste trabalho são de exclusiva responsabilidade do autor.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família e em especial ao meu pai, Júlio, que não poderá estar presente na minha formatura, mas enquanto esteve entre nós foi exemplo de dedicação, sabedoria, seriedade, amor, responsabilidade....o melhor dos pais.

AGRADECIMENTOS

Dizem que cada um é responsável pela sua história, por aquilo que cativa. Para mim, simplesmente não há caminho traçado sozinho.

Agradeço aos meus pais Júlio e Eunice, por todo o esforço realizado para que um dia eu conseguisse me formar em uma instituição como a UFRJ. Obrigado!

À minha irmã, pelo exemplo de dignidade, fé e união que sempre me manteve forte na luta.

Agradeço ao meu amor Viviane, por todo o seu amor, companheirismo, carinho, paciência e união. Obrigado pelas ajudas nos diversos trabalhos e as dicas dadas em diversas vezes da minha vida. Sem você, seria mais difícil.

Ao meu orientador, pelo apoio e ajuda na execução deste trabalho, um grande mestre ao longo desses anos de faculdade.

Agradeço, a todos os meus amigos de infância, pela amizade presente até hoje e aos amigos da faculdade que sempre estiveram presente em todas as horas.

Obrigado!!

Em um país onde a questão da saúde está sempre em pauta e que o sistema público está falido, é importante uma análise da situação dos planos de saúde privados

RESUMO

Este estudo procura compreender o significado da satisfação no cliente com os serviços oferecidos por operadoras de planos de saúde. As considerações apresentadas giram em torno dos aspectos predominantes que interferem no grau de satisfação do usuário de um plano de saúde, partindo-se do pressuposto de que a qualidade ou valor percebido é um de seus antecedentes, eis que isto contempla as expectativas e percepções da clientela e aponta no sentido de que será viável esperar-se a permanência e a lealdade desta. A abordagem revelou que a administração das operadoras de planos de saúde interessadas em oferecer

qualidade de serviços a seus usuários deverão recorrer a estratégias de inteligência de mercado, competindo com suas concorrentes através do aperfeiçoamento do atendimento prestado, da estrutura do plano, dos médicos contratados e das facilidades para uso dos serviços oferecidos, fatores predominantes para a determinação do valor-percebido.

Palavras-chave: Qualidade, inteligência de mercado, satisfação do cliente, planos de saúde

SUMÁRIO

RESUMO	07
1. INTRODUÇÃO	10
1.1 OBJETIVOS	11
1.1.1 Objetivo Geral	11
1.1.2 Objetivo específico	11
1.2 RELEVÂNCIA.....	11
1.3 DELIMITAÇÃO DE ESTUDO	12

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	12
2.1 O PRIMEIRO PASSO: RECONHECIMENTO DO HOMEM	12
2.2 INTELIGÊNCIA DE MERCADO	15
2.3 INTELIGÊNCIA COMPETITIVA NO CAMPO DA SAÚDE SUPLEMENTAR	19
2.4 A SATISFAÇÃO DO CLIENTE COMO INDICADOR DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS PELAS OPERADORAS DE PLANO DE SAÚDE	22
2.5 A SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL: PLANOS DE SAÚDE DE GRUPO E INDIVIDUAL	28
2.5.1 O Caso Golden Cross	30
2.5.2 O Caso Amil	33
2.5.3 O Caso Assim	36
2.6 VALOR PERCEBIDO PELOS CLIENTES DE PLANOS DE SAÚDE COMO INDICATIVO DE QUALIDADE COMPETITIVA E SATISFAÇÃO COM OS SERVIÇOS PRESTADOS	37
2.7 A LEGISLAÇÃO BÁSICA E SUA INFLUÊNCIA NA QUALIDADE E INTELIGÊNCIA COMPETITIVA NO SETOR SUPLEMENTAR	45
2.8 OS PLANOS DE SAÚDE E OS PROFISSIONAIS DA ÁREA : RELACIONAMENTO ENTRE AS PARTES E SEUS REFLEXOS SOBRE O ATENDIMENTO AOS CLIENTES	56
 3. METODOLOGIA	 60
 4. ENTREVISTAS COM USUÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE: VALOR PERCEBIDO COMO INDICATIVO DO NÍVEL DE QUALIDADE E INTELIGÊNCIA COMPETITIVA NO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR	 61
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS	61
4.2 OS PLANOS DE SAÚDE MENCIONADOS PELOS ENTREVISTADOS	62
4.3 ASPECTOS POSITIVOS MAIS MENCIONADOS PELOS CLIENTES DE PLANOS DE SAÚDE ENTREVISTADOS	64
4.4 ASPECTOS NEGATIVOS MAIS MENCIONADOS PELOS CLIENTES DE PLANOS DE SAÚDE ENTREVISTADOS	68
4.5 O VALOR PERCEBIDO PELOS ENTREVISTADOS	72
4.6 A OPINIÃO DOS ENTREVISTADOS A RESPEITO DOS PLANOS DE SAÚDE, NO BRASIL, DE UM MODO GERAL	73

5. CONCLUSÃO	75
5.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS	75

01. INTRODUÇÃO

A precariedade do sistema público de saúde brasileiro tem forçado a população das mais diversas classes sociais a procurar formas alternativas de diagnóstico e tratamento preventivo e curativo de praticamente todas as especialidades médico-odontológicas.

No âmbito do setor de saúde suplementar as opções relativas ao atendimento populacional são representadas por iniciativas de empreendedores que, com os olhos voltados para a conquista de uma ampla clientela, oferecem a esta, planos diferenciados, o que, obviamente, acarreta a fixação de preços distintos em função da cobertura que cada qual proporciona ao seu público-alvo. Dessa maneira, no setor de saúde suplementar, existem no Brasil aqueles que se

propões á oferta de procedimentos diagnósticos e tratamento preventivo e curativo de baixa, média e alta complexidade, a depender do alcance do plano, com emprego de tecnologias científicas singelas e/ou de ponta.

No entanto, o mais importante nesse sistema de saúde suplementar não é a amplitude da cobertura proporcionada, mas sim a garantia de que o empreendedor realmente proporcionará ao seu cliente aquilo que promete no contrato, fazendo-o com honestidade e dentro de padrões ótimos de qualidade, sem o que, fatalmente, sucumbirá por não ter condições de enfrentar a concorrência de inúmeros competidores que, mais argutos, fazem uso inteligente de seus recursos e se programam para crescer, ano a ano, dentro dessa realidade de mercado que rapidamente se desenvolve. Enfim, o empreendedor que está de fato interessado em atender diligentemente a demanda, antes e acima de tudo deve preocupar-se em saber se seus serviços estão sendo satisfatório para a sua clientela, pois de nada adianta a conquista de boa fração do mercado e em seguida, ver-se diante de uma infinidade de pedidos de rescisão contratual.

A luz dessa ótica, o presente estudo aborda a questão da qualidade e inteligência competitiva no setor de saúde complementar, procurando avaliar o grau de eficiência e eficácia dos empreendedores atuantes nesta parcela do mercado, tomando em consideração suas estratégias para conquistar e manter sua clientela e nível de preocupação com a satisfação da mesma com os serviços médico-odontológicos que lhe são ofertados.

O tema é desafiador e permite ampla gama de exploração e não seria possível uma exposição que abordasse todas as suas mudanças um estudo que há de ser relativamente breve. Porém, nada obsta que tenha serventia par-

a investigação futuras mais completas e profundas.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1. OBJETIVO GERAL

O trabalho em tela objetiva discorrer acerca de um ramo particular da administração empresarial, qual seja, a realidade dominante no setor de saúde suplementar, expondo suas características comportamentais, técnicas e econômicas a serem consideradas no momento da decisão de inaugurar um novo negócio, seu gerenciamento e desenvolvimento na conquista de mercado e garantia de satisfação da clientela.

1.1.2. OBJETIVO ESPECÍFICO

Para o alcance do objetivo principal, o presente estudo analisa, no âmbito da saúde complementar, o caminho a ser percorrido pelo empreendedor interessado em abrir um negócio no setor, suas complexidades, riscos e características, de modo a oferecer um serviço de qualidade aos clientes, para assim manter-se competitivamente no mercado e consolidar seu empreendimento como empresa lucrativa.

1.2. RELEVÂNCIA

A fragilidade e o caos que marcam o sistema público brasileiro de saúde tem forçado a população a contratar, com empresas privadas, serviços médico-odontológicos, inscrevendo-se como participante em planos de saúde. Porém, a multivariada de propostas apresentadas pelos empreendedores da área nem sempre se tem revelado como melhor opção para seus usuários, tendo em vista que a qualidade do atendimento, por vezes, se revela ainda mais crítica do que a ofertada pelo SUS.

As ações judiciais contra empresas que trabalham com planos de saúde multiplicam-se no cotidiano, o que sugere haver inoperância de seus administradores, não raro muito interessados na obtenção de substanciais lucros, sem a contrapartida de oferta de serviços de boa qualidade, de acordo com aquilo que prometem aos usuários

Face a este quadro, é relevante a análise de todos os aspectos a serem considerados pelos interessados em atuar no campo da saúde -suplementar, a fim de seu empreendimento não somente garantir-lhes bons lucros, como também assegurar aos clientes serviços que justifiquem o preço pago pelo plano, que necessariamente não de ser melhor qualidade quando confrontados com os prestados pela rede pública e rigorosamente de acordo com o prometido no contrato firmado entre as partes interessadas.

1.3. DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

Dentro da esfera pertinente ao setor de saúde complementar, a atenção do presente estudo focaliza a questão dos planos de saúde em suas modalidades médico-odontológicas no atendimento preventivo e curativo de diferentes patologias, bem como os recursos utilizados para um seguro diagnóstico de cada uma delas.

Considerando os vários métodos usados na criação de empresas, foram explorados os impactos do uso dos mesmos, especificamente no campo da saúde suplementar. Foram trazidas à baila aspectos como características econômicas, legislação específica, estratégias de crescimento, desenvolvimento e viabilidade do negócio, tanto para o empreendedor quanto para o usuário.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1. O PRIMEIRO PASSO: RECONHECIMENTO DO HOMEM EMPREENDEDOR EMPRESÁRIO

De acordo com Ferreira(2008), empreendedor significa “1. Propor-se, tentar(ação, empresa, laboriosa e difícil). 2. Por em execução”(p 342)¹.

¹ FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Miniaurélio: O minidicionário da língua portuguesa*. Dicionário/Aurélio Buarque de Holanda Ferreira; coordenação de edição Marina Baird Ferreira; equipe de lexicografia Margarida dos Anjos.7.ed. Curitiba: Ed. Positivo, 2008,p:342

Portanto um empreendedor se traduz como pessoa disposta a enfrentar desafios complexos, experimentando alternativas e, após selecionar a(s) que lhe parece(m) mais compatível(veis) com o seu objetivo, procurar colimá-lo na prática.

Tomando em conta o conceito acima, um indivíduo empreendedor não seria necessariamente um empresário, pois qualquer um que decida elaborar um plano pessoal para sua vida, fixando objetivos a serem atingidos, analisando cada passo dado, poderia ser assim considerando, mesmo que não tenha conhecimentos acerca de administração empresarial. Ademais, tais projetos pessoais possivelmente não envolvem interesses de terceiros e não demandam grandes investimentos de capital, nem seria obrigatório ver-se forçado a enfrentar concorrentes.

Entretanto, quando a questão é abordada no campo da administração, o termo se aplica segundo VIANNA(2009),

“(...) para descrever a atuação de indivíduos dotados de habilidades específicas nos negócios, tais como criatividade, determinação, iniciativa e coragem”(p.15).²

Na lição de diferentes estudiosos da matéria, o conceito de empreendedor ainda carece de uma definição exata, em decorrência da multidisciplinaridade do âmbito em que se aborda o que denominam de empreendedorismo. Assim, eles consideram o termo imprimindo, perspectivas carentes com suas respectivas áreas de atuação.

Para Dolabela(2001), a palavra empreendedor é um neologismo e é utilizado para designar homens que se propõem a gerar riquezas, seja transformando seus próprios conhecimentos em produtos ou serviços sempre inovando em várias áreas, como, por exemplo, produção, organização e marketing(p.43)³.

² VIANA, Diego Mattos. *Empreendedorismo e o sistema de franchising no Brasil: o caso da empada caipira*. monografia. Trabalho de conclusão de curso. Curso de Graduação em Administração. Universidade do Brasil -UFRJ. Faculdade de Administração e Ciências Contábeis(FACC). Rio de Janeiro: UFRJ, DEZEMBRO, 2009, P 15.

³ DOLABELA, Fernando. *O ensino do empreendedorismo: panorama brasileiro*. Empreendedorismo: ciência, técnica e arte. Brasília: CNI/IEL Nacional, 2001, p.43.

Ainda Dolabela(1999) revela “ser possível representar o empreendedor como uma pessoa que cria uma empresa, que trabalha autonomamente, os empreendedores corporativos (intra-empreendedores), que são indivíduos que inovam dentro de uma empresa.”(p.29)⁴.

Pode ser ainda “uma pessoa que compra uma empresa e introduz inovação, assumindo risco, seja na forma de administrar, vender, fabricar, distribuir, seja na forma de fazer propaganda dos seus produtos e/ou serviços, agregando novos valores”⁵

No entender de Drucker(1987), empreendedorismo é uma prática e uma disciplina, e não arte ou ciência. Trata-se da prática de empreender (o ato, a ação árdua, criativa, difícil e arrojada) e o resultado dessa prática(efeito – a empresa, o comprometimento, o negócio).

A chave mestra é a inovação, a forma de que se socorrem os empreendedores para explorar as oportunidades de mercado. (p.563)⁶

Conseqüentemente, está claro que o empreendedor bem sucedido debruça-se atentamente na busca de estratégias compatíveis com seus objetivos, dos quais possui uma visão transparente, sabe o rumo certo e oportuno para alcançá-los e conhece o caminho a ser trilhado para transformar suas idéias em produção. Este homem é cauteloso ao traçar um modelo estratégico para o bom êxito; nunca se afasta da realidade, define os valores fundamentais, e a filosofia de sua empresa, declarando de forma precisa, clara e inspiradora sua missão. Enfim, ele tem a preocupação de atuar com qualidade e inteligência competitiva no setor empresarial que elegeu para trabalhar.

⁴ id; *O segredo de Luísa*. São Paulo: Cultura, 1999, p.29.

⁵ id, IBID, p.29.

⁶ DRUCKER, Peter. *Inovation and entrepreneurship*. New York: Harper Row 1987. Anais do IV EGEPE. Encontro de Estudos sobre Empreendedorismo e Gestão de Pequenas Empresas – 2005, p.563

2.2 INTELIGÊNCIA DE MERCADO

Em conformidade com Casemiro(20090, “inteligência é uma informação processada de alto nível que pode ser explorada no ambiente de negócios”⁷(p.1). Esta definição é a tradução do parecer da Society of copetitive intelligence professionals, que assim se expressa: “Intelligence is high-level, processed, exploitable information”⁸

A base da inteligência de mercado é, pois, a informação enquanto conjunto de conhecimentos acerca dos concorrentes e do cenário geográfico, onde o empreendedor pretende atuar ou já atua, sobre ele alicerçando suas idéias e seus atos. Dito de outro modo, a inteligência de mercado aplica os conhecimentos relativos a outros empreendedores que exploram o mesmo ramo de atividades e as expectativa da clientela em potencial numa determinada área geográfica, para então, traçar a estratégia de sua empresa, objetivando colocar-se em posição de vantagem diante dos oponentes e conquistar a simpatia e a confiança da fração do mercado que pretende atrair ou manter, no universo de clientes.

Portanto, não é sem razão que muitas empresas tem dedicado especial atenção as áreas de inteligência do mercado, as quais até bem pouco tempo não constavam sequer em seus organogramas. Assim, crescem os departamentos de pesquisa para bem entender as redes sociais e os novos consumidores e, com isso, aquecem o mercado para os profissionais especializados.

Segundo Soares(2011),

“com cerca de uma década de atuação nas empresas brasileiras, o setor(de inteligência de mercado) cresceu nos últimos dois anos graças ao impacto de novas tecnologias, ao volume de informações geradas pelas redes sociais e à ascensão de novos consumidores no mercado interno”⁹.

⁷ CASEMIRO, João Carlos Gon. *Como estruturar uma área de inteligência de mercado*. Joinville(SC): Embraco, set, 2009, p.1.

⁸ Disponível em www.scip.org - society of competitive intelligence professionals, apud CASEMIRO, João Carlos Gon, op. Cit. , p.1.

⁹ SOARES, Vivian. Valor, 21/02/2011

Conceitualmente, o termo inteligência se traduz como “1. Faculdade ou capacidade de aprender, apreender, compreender ou adaptar-se facilmente; intelecto; intelectualidade. 2. Destreza mental; agudeza, perspicácia; 3. Pessoa inteligente”.¹⁰ E, de fato, para atuar na área de inteligência de mercado é preciso que o profissional apresente tais características, embora não seja obrigatoriamente pessoa intelectual capaz de lançar-se em empreitadas de grande complexidade. A título de exemplo, pode ser citado o estudo desenvolvido por Viana(2009) que relata o caso da empada caipira.¹¹ Trata-se de uma franquia, cujo o franqueador administra uma empresa que que tem como carro-chefe as tradicionais empadas mineiras com mais de cinquenta sabores e que são consumidas diariamente na ordem de mais de duas mil unidades. Porém, existem vários outros produtos em seu portfólio, como empadões, mini-empadas para festas, pizzas, sucos e vitaminas. São todos produtos simples, de fácil elaboração, fabricados manualmente, mas o empreendedor está sempre atento à qualidade, sabor e preço oferecidos ao mercado consumidor.

Todavia, à medida que o empreendedor se lança em empreitadas mais arrojadas para enfrentar exitosamente a concorrência, permanecer no mercado, manter sua clientela e conquistar maiores fatias de consumidores, necessita contar com profissionais altamente qualificados que dêem suporte aos seus propósitos. Tais profissionais buscam qualificação em análise estratégica de informação do mercado para o processo de tomada de decisões.

As instituições que ministram curso de inteligência competitiva oferecem a seus participantes conceitos, metodologias e ferramentas via de regra indicadas pela Strategic and Competitive Intelligence Professionals(SCIP), a maior associação global do setor, no entender de Soares(2011)¹², mas também da Society of Competitive Intelligence Professionals, sugerida por Casemiro(2009).¹³

¹⁰ FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda, op. Cit, p. 484

¹¹ Viana, Diego Mattos, op. Cit. PP 36-43

¹² Soares, Vivian, op. Cit.

¹³ Casemiro, João Carlos Gon, op. Cit.

É fato sabido, que o processo de globalização e os avanços tecnológico-científicos abriram as portas para o acirramento da concorrência em todas as áreas de negócio, e, com isso, somente permanecerão no mercado as empresas que conseguirem traçar estratégias de ação capazes de satisfazer as preferências de consumidores cada vez mais exigentes e bem informados acerca dos novos lançamentos de produtos de diferentes naturezas.

Ao contrário do que ocorria há algumas décadas, apesar de certas empresas ainda permanecerem na liderança do seu ramo de negócios, a maioria perdeu seu poder de monopólio, tanto em virtude de determinados concorrentes conseguirem superar barreiras e crescer, assim colocando-se no mesmo patamar de prestígio junto ao mercado consumidor, como porque outras de menor porte foram criadas e passaram a oferecer seus préstimos a uma clientela de menor poder aquisitivo, ao oferecer-lhe produtos e/ou serviços a preços módicos. Desta maneira, se as empresas emergentes, hoje, ainda não representam maiores riscos para as de grande porte, se estas não se preparam para o futuro a médio e longo prazos por se considerarem imbatíveis, correrão o risco de serem ruidas por terra uma pretensa invencibilidade, sucumbindo diante de concorrentes menos poderosos, porém atuantes liderados por gestores com uma visão estratégica bastante apurada do ambiente de negócios.

Entretanto, só mesmo grandes empresas que se tornaram tradicionais no seu setor de produtos e/ou serviços com uma visão acanhada da realidade presente não se interessaria em rever sua atuação e introduzir inovações em seu negócio. Como leciona Drucker(1987),

“ A inovação é o instrumento específico dos empreendedores, a maneira que eles utilizam para explorar as oportunidades de negócio. O empreendedor sempre busca a mudança e com ela aproveitar as oportunidades que são criadas. O seu perfil apresenta três importantes traços de personalidade: a determinação pessoal, a criatividade e a insatisfação com seu status atual.”
¹⁴(p 564)

¹⁴ Drucker, Peter, *op cit.* p 564

Sob tal perspectiva, torna-se necessário que não apenas o empresário se adapte à nova realidade, como também que conte com colaboradores que igualmente sejam capazes de absorver técnicas eficientes e eficazes para colocar em prática os planos e projetos estratégicos de crescimento e permanência no mercado.

No ensinamento de Dolabela(2001), “+Na formação de empreendedores, o fundamental é preparar as pessoas para agir e pensar por conta própria, com criatividade, liderança e visão do Futuro, para inovar e ocupar o seu espaço no mercado de trabalho, transformando esse ato também em prazer e emoção”¹⁵(p.12)

Considera Viana(2009) que:

“ Em um mundo globalizado em que se cobra muito dos empregados e existem dificuldades para conseguir um emprego estável, um perfil arrojado e uma mentalidade empreendedora são fundamentais na garantia do sucesso na carreira e na vida em um mercado cada vez mais competitivo”¹⁶(p.18)

Colocações como as acima expressas esclarecem as razões de a contratação de profissionais especializados em inteligência de mercado apresentar um aumento médio anual de 35%, segundo estimativas dos headhunters ouvidos por Soares¹⁷(2011) esclarece que

”As equipes de pesquisa definem o que é relevante para a empresas captam a informação, enquanto as de inteligência analisam os dados e os relacionam com o negócio. Ambos entraram em evidência recentemente nos setores de varejo, telecomunicações e bens de consumo”

Vale apena conhecer o que disseram alguns dos headhunters a Soares.

Suzana Pamplona, diretora de pesquisa da Johnson & Johnson, informa que a empresa , em 2010, deu status de diretoria à antiga gerência de pesquisa e a área vem crescendo em importância e ganhando em importância estratégica .

¹⁵ Dolabela, Fernando. *O ensino do empreendedorismo. Op. Cit, p.12.*

¹⁶ Viana, Diego Mattos, *op. Cit. P.18.*

¹⁷ Soares, Viviam, *op. Cit.*

Ela entende que nosso desafio é mostrar como o conhecimento do consumidor não é apenas válida as ações do negócio, mas gera valor e oportunidade. Ressalta ainda que o destaque dessa área mostra que a empresa está se preparando para a entrada de novos consumidores e o impacto das novas tecnologias – o que deve gerar mais contratações na diretoria ainda em 2011. Assinala que “o crescimento da área de pesquisa está impulsionado pelo aumento do consumo interno. Precisamos cada vez mais conhecer esse mercado e os diferentes tipos de clientes. “

No mesmo rastro segue Adriana Cambiaghi, gerente da Robert Half, para quem a área de inteligência de mercado é uma das mais aquecidas dentro do marketing e que deve registrar um dos melhores desempenhos em 2011.

“as empresas estão começando a entender a importância disso para o negócio. Ainda há uma certa resistência a ouvir o que esses departamentos tem a dizer, mas isso tende a se dissipar.”

Glenda Moreira, consultora da DM Executivos, defende que

“ as áreas de pesquisa e inteligência são estratégicas. Elas, fornecem desde tendências de mercado até as ações dos concorrentes e dos consumidores.”

2.3 INTELIGÊNCIA COMPETITIVA NO CAMPO DA SAÚDE SUPLEMENTAR

Atualmente, proliferam no Brasil empresas que se propõem a oferecer atendimento de saúde aos mais diversos setores da sociedade, proporcionando às diferentes classes sociais oportunidades para prevenir e curar inúmeras doenças, especialmente aquelas que, quando diagnosticadas em fase precoce, são facilmente saneadas ou, se incuráveis, permitem uma sobrevivência a seus portadores mais longa e menos sofrida.

Obviamente, a multiplicação dessas instituições no cenário nacional é uma consequência direta da falência do sistema público de saúde, onde faltam profissionais da área e os que nele permanecem enfrentam pesada carga de trabalho para atender a demanda, em instalações precárias, com equipamentos quebrados ou ultrapassados e assim por diante. E essa inadequação é patente tanto no caso de atendimento de urgência e emergência, quanto ambulatorial. Dentro desse quadro lamentável, pacientes morrem na fila de espera por socorro, crianças nascem nas calçadas de hospitais e profissionais oportunistas tiram proveito da miséria do povo, subordinando seus princípios éticos a interesses imediatos e, por meio de diversas manobras, vergonhosamente descumprem seu dever de salvar vidas.

Essa realidade dramática que permeia e plasma a rede pública de saúde abriu as portas para a rápida multiplicação de empresas que vem conquistando uma ampla parcela da população nacional, oferecendo-lhe serviços de baixa, média e alta complexidade no âmbito médico-odontológico, cedendo espaço para uma atuação bem-sucedida de empresários gestores de pequenos, médios e grandes negócios na área.

Em muitos casos, a prestadora de serviços monta uma rede de atendimento médico-hospitalar e/ou odontológico de sua propriedade, enquanto outras firmam convênios com terceiros, o que pode ocorrer com hospitais, clínicas, consultórios e/ou

laboratórios. Entretanto, não é tarefa fácil administrar um empreendimento de médio ou grande porte na área da saúde suplementar, especialmente quando envolve profissionais que não pertencem aos quadros da própria empresa.

Esclarecendo melhor, apresentem-se dois exemplos. De acordo com a publicidade pela televisão, e em outdoors, a SALUTAR é uma empresa do ramo em estudo que dispõe de uma rede própria de hospitais. Assim sendo, os profissionais que neles atuam estão diretamente subordinados às normas ditadas pelo contratante e devem cumpri-los à risca para garantir sua permanência no emprego.

Por seu turno, a ODONTO EMPRESA opera no mercado através de uma rede de dentistas credenciados; devem estes observar atentamente as determinações da operadora no que pertine ao atendimento de clientes conveniados, prestando-lhes assistência segundo a cobertura dos respectivos planos. Porém, são eles profissionais autônomos e a ODONTO EMPRESA não tem poder para interferir no tratamento de clientes particulares, nem para intervir no caso de os mesmos propiciarem a conveniados serviços não cobertos por seus planos, os quais, então, serão pagos diretamente por este àqueles, em consonância com os valores acordados.¹⁸

¹⁸ Cf. ODONTO EMPRESA. *Plano odontológico*. Manual do usuário. Versão 14/11/2008/.

Em ambas as circunstâncias, porém, os responsáveis pela gestão de planos de saúde precisarão contar com o trabalho de profissionais da área efetivamente empenhados na oferta de serviços de qualidade coerente com as expectativas dos cliente,s o que não depende apenas de boa vontade e dedicação, mas também de sua competência.

A MED IM (2001) preleciona que: Tipicamente os relacionamentos entre o prestador de serviço e as operadoras de plano de saúde são sempre delicados, sejam(sic) nas negociações estratégicas, sejam(sic) nos detalhes de cada atendimento e quem tiver o melhor nível de informações organizadas terá significativa vantagem¹⁹(p.1.)

De fato, uma ferrenha concorrência no setor de saúde suplementar exige dos administradores uma constante procura de opções de otimização de seus

procedimentos. Devem eles estar preocupados em saber se sua organização está melhorando e, para tanto, precisam procurar índices de desempenho adequados e acompanhá-los constantemente, bem como ajustá-los às novas necessidades de mercado.

Apesar de haver uma grande quantidade de índices de desempenho, cabe à administração decidir quais deverão ser usados com direcionadores das ações das equipes.

Qualquer que seja a área de atuação de uma empresa, a inteligência competitiva permite identificar tendências de mercado, desenvolver análises estratégicas, descobrir oportunidades e mapear riscos através de metodologias científicas;“(...) é um processo contínuo de monitoramento e análise estratégica dos cenários e conjuntos mercadológicos em que determinada empresa está inserida”²⁰

¹⁹ MED IM - *Inteligência de mercado*. Coordenação da organização das informações e do conhecimento do mercado. Rom systems, 2011, p.1.

²⁰ id, *ibid.*, p.1.

2.4 A SATISFAÇÃO DO CLIENTE COMO INDIADOR DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS PELAS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

Qualquer empresa que pretenda manter-se no mercado e crescer, não pode menosprezar o grau de satisfação de seus clientes em relação aos produtos e/ou serviços que ela proporciona.

Milan & Trez (2005) defendem que:

pesquisar a respeito da satisfação do cliente é fundamental para a gestão de empresas, uma vez que seu entendimento pode proporcionar uma avaliação de desempenho sob a perspectiva do cliente, indicando decisões tanto estratégicas quanto operacionais que venham a influenciar no nível de qualidade dos serviços prestados pela organização ²¹(p.2.)

Diante dessa afirmativa, não é difícil inferir que a apuração do nível de satisfação dos clientes é um dado fundamental no âmbito da inteligência competitiva, já que, quanto mais satisfeitos com os serviços ou produtos oferecidos pela empresa, maiores são as possibilidades de os mesmo continuarem a utilizá-los, bem como recomendá-los a pessoas de seu relacionamento.

Estudos como os desenvolvidos por Anderson, Fornell & Rust (1997), Anderson (1998) e Anderson & Fornell (1999) revelam que:

“os clientes satisfeitos e fies ajudam a assegurar receitas ao longo tempo, a reduzir custos de transações futuras, a diminuir a elasticidade dos preços e a probabilidade de os clientes mudarem de fornecedor, no caso de haver uma queda do nível de qualidade”.²²

Se a pesquisa do nível de satisfação do cliente é importantíssima para toda e qualquer empresa, ela se torna ainda mais relevante na área da saúde suplementar em particular.

²¹ MILAN, Gabriel Sperandio & TREZ, Guilherme. *Pesquisa de satisfação: um modelo para planos de saúde*. RAE - eletrônica, v.4, n.2, art. 17, jul./dez.2005. Revista on-line da Fundação Getúlio Vargas - Escola de Administração de Empresas de São Paulo (FGV - EAESP), p.2.

²² ANDERSON E.W. FORNELL, C; RUST, R.T. customer satisfaction, productivity, and profitability: differences between goods and services. Marketing science, v.16, n.2, p.129-45, 1997; ANDERSON E.W. Customer satisfaction and word-of-mouth. NQRC: The University of Michigan july, 23, 1998. ANDERSON E.W. % FORNELL, C. The customer satisfaction index as a leading indicator 1999. Apud. MILAN, Gabriel % TREZ, Guilherme, op. at. P.2.

Munhoes (2008) lembra que:

A prestação de serviços médicos-hospitalares vem sofrendo um aperto em suas margens de lucro devido aos avanços tecnológicos e também por outros fatores como o aumento da expectativa de vida do brasileiro, inflação, despesas com comercialização e normas de reajuste. Observamos uma prestação já saturada pelos altos custos médico-hospitalares, a velha guerra de quem irá pagar a conta da saúde do brasileiro, que nunca foi paga pelo programa público e sua ineficiência.²³

As notícias veiculadas pela mídia não deixam dúvidas quanto à insatisfação da população em relação ao atendimento proporcionado pelo sistema público de saúde, em todos os pontos do país. Porém, também se tem assistido a uma sucessão de queixas contra instituições particulares renomadas, consultórios destinados às classes sociais favorecidas economicamente e outros voltados para o atendimento às camadas populares. Erros médicos grosseiros que, quando não

levam o paciente a óbito, produzem deformidades físicas irreparáveis; negligência de profissionais de saúde, desídia na contratação dos integrantes de suas equipes, assim favorecendo o ingresso em seus quadros de pessoas incompetentes, inexperientes e, quiçá, de portadores de diplomas falsos; abusos sexuais praticados contra mulheres; estabelecimento não-credenciados para a realização de certos procedimentos e outros ainda funcionando de modo totalmente ilegal em instalações precárias, insalubres – verdadeiros pardieiros-, onde falsos médicos ou dentistas atendem há anos cidadãos humildes a preços módicos, são as denúncias, que tem sido motivo de manchetes jornalísticas com indesejável frequência.

Esse panorama revela que as autoridades sanitárias tem sido inoperantes não somente na organização da rede oficial do país, como também na fiscalização das unidades particulares, por vezes sendo coniventes ao fazerem vista larga quanto ao que ocorre em tais locais, deixando emergir sua face corrupta pelo recebimento de propinas para não interditar, fechar, multar e punir os responsáveis por tamanho descalabro.

²³ MUNHOES, André. *Inteligência de Negócios no Mercado de Saúde Suplementar*. Link: caderno de informações da saúde suplementar - ANS, dez, 2008.

E sob este prisma, a imprensa tem sido de capital importância, pois uma vez tornado público o fato, não resta às autoridades competentes outra alternativa senão apurá-lo. No entanto, não se pode esquecer que, até ser noticiado, muitas vítimas foram deixadas num rastro de sangue e lágrimas.

É lógico que os estabelecimentos que funcionam à margem da lei não são administrados por “profissionais” interessados em questões de inteligência de mercado, porque, na verdade, não estão preocupados com a concorrência daqueles organizados segundo os parâmetros exigidos pela legislação pertinente. Porém, é inadmissível que instituições enquadradas no segundo caso permaneçam alheias a esta realidade que marca o tempo atual. Por isso, é-lhes imprescindível saber o que os clientes pensam a respeito dos serviços que lhes são prestados, o que fazem seus concorrentes para atrair usuários e, a partir daí, traçar sua estratégia de ação para superar os opositores pela oferta de atendimento de melhor qualidade. Procede, pois, a orientação de Terra (2008)²⁴, para quem:

“buscar a diferenciação é o objetivo de empresas que oferecem tanto produtos quanto serviços. Por menor que seja esta diferença, certamente ela

é percebida pelo consumidor final e traz para a marca vantagens competitivas em relação à concorrência.”²⁴

Portanto, monitorar as ações e posicionamentos de empresas do mesmo segmento é um caminho adequado para informar à empresa o que o concorrente e o cliente estão procurando. O conhecimento desses aspectos há de zelar, porém, pelo uso de informações bem fundamentadas. Algumas operadoras de plano de saúde afirmam que “a busca da excelência na qualidade de atendimento é constante”²⁵. No entanto, é comum que indicam em erro ao considerarem a qualidade de atendimento sob sua própria perspectiva, negligenciando o que pensa o cliente a este respeito.

²⁴ TERRA, Thiago. *Marketing baseado em inteligência de mercado*. Disponível em [HTTP://www.mundodomarketing.com.br/8,5520](http://www.mundodomarketing.com.br/8,5520), marketing-baseado-em-inteligência-de-mercado.htm. quarta, 20 de agosto de 2008-18:31.

²⁵ cf. ODONTO EMPRESA, OP. CIT. , P.1.

Qualidade, porém, é um termo que, no mundo dos negócios, se reverte com muitas nuances.

Milan & Trez (2005) exemplificam a questão citando algumas definições de qualidade abordadas sob diferentes enfoques. Eles mencionam Crosby (1979), para quem qualidade é conformação a especificações. Referem-se a Denung (1986), que a entende como melhoria da conformação a especificações por meio da redução da incerteza e variabilidade. Na lição de Juran (1989), que defende ser ela o julgamento do consumidor sobre a excelência global ou superioridade de um produto ou serviço.²⁶

À medida que as gestoras de planos de saúde prestam serviços à sua clientela em campo delicado, onde a distância entre a vida e a morte e entre a higidez e debilidade é extremamente tênue, é de alta relevância que seu entendimento sobre qualidade prepondere sobre o dos demais. Ou seja, as gestoras não de estar atentas àquilo que o cliente percebe como qualidade; se ele está satisfeito com que o plano de saúde lhe oferece porque está de acordo com o prometido no contrato, ou porque lhe proporciona algo mais que o esperado.

Dessa forma, de acordo com Milan & Trez (2005), baseados em Anderson & Fornell (1994),

“A qualidade deve ser vista como o potencial intrínseco aos atributos do produto ou serviço de prover satisfação, ressaltando que a qualidade percebida então, é dependente da função de utilidade para o cliente em relação ao nível de qualidade ou desempenho fornecido” (p.3.).²⁷

Além disso, a satisfação é um dado que se relaciona estreitamente com a noção de valor. Ou seja, é preciso saber se o cliente considera que a qualidade do que lhe é fornecido é compatível com o preço pago para a sua obtenção.

²⁶ milan, Gabriel Sprendio & TREZ, Guilherme, op. Cit. P.3.

²⁷. *id.*, *ibid*, p.3.

E o fornecedor deverá atentar ciosamente para o que vem realizando seus concorrentes, pois se estes tiverem condições de proporcionar aos usuários produtos ou serviços capazes satisfazer as necessidades dos mesmos com a mesma qualidade, porém, a preços mais baixos, correrá o risco de vê-lo migrar para as fileiras de algum opositor, especialmente nesta era da informática, onde a internet trouxe a todos os seus usuários ao redor do mundo facilidades para intercambiar.

Terra (2008) enfatizou que,

“no mundo virtual é comum pesquisar e espionar o que as empresas concorrentes fazem para atrair novos clientes e, assim, buscar uma resposta rápida para não perder ou até conquistar novos clientes”²⁸

É inquestionavelmente, um dos pontos investigados nesse processo é o conhecimento daquilo que a concorrência está fazendo ou está pretendendo fazer para deixar seus clientes satisfeitos.

O cliente satisfeito com o produto ou serviço oferecido por certa empresa tenderá a permanecer fiel a esta, preferindo-a a qualquer outra, com disposição, inclusive, para adquirir da mesma outros produtos ou serviços, assim tomando decisões futuras com base em suas próprias experiências passadas.

Entende-se, então, a razão de haver um consenso entre os estudiosos da matéria no sentido de que

“com o crescente nível de competitividade no mercado, pode-se influir que a retenção de cliente é fundamental e que o grande desafio passa a ser

o de reconhecer os clientes, mostrando-lhes o quanto a empresa os estima por lhe terem conferido sua preferência.”²⁹

²⁸ TERRA, Thiago, *op. cit*

²⁹ MILAN, Gabriel Sperandio & Trez, Guilherme, *op. cit*, p.4.

Manter clientes e conquistar outros novos significa a permanência da empresa no mercado e garantia de lucros, sendo estes relevantes não como um fim em si mesmos, e sim por permitirem à empresa aprimorar a geração de valor e proporcionar incentivos para que os usuários continuem retidos e fiéis a ela.

A empresa que tem conhecimento sobre inteligência de mercado competitivo sabe que clientes insatisfeitos podem optar pela troca de fornecedor de produtos ou serviços ou expressar suas queixas. Então, os administradores não de estar preparados para gerenciar as reclamações, não somente como forma de demonstrar seu interesse sobre aquilo que seus usuários pensam acerca do que a empresa lhe oferece, como também como caminho para rever sua própria atuação, em especial quando queixas sobre o mesmo aspecto se tornam comuns entre muitos clientes. Portanto, a última coisa que a empresa deve fazer é pensar que o negócio está caminhando muito bem, a reclamação do cliente não tem cabimento e ouvi-lo é somente uma artimanha para que julgue poder exercer alguma influência sobre as estratégias de ação de homens muito experientes.

Decerto, não há uma receita pronta que assegure sobrevivência às empresas, exatamente em virtude da forte concorrência que marca os tempos atuais. Entretanto nos dias de hoje pode influir diretamente no sucesso de suas trajetórias, evitando que sucumbam ao peso da ferocidade dos competidores.³⁰ E como, em última análise, quem garante a permanência da empresa no mercado é sua clientela, quanto mais tempo ela conseguir mantê-la fiel, mais lucrativo ela será, e quanto mais consumir seus produtos e serviços, firmará com a organização um vínculo de dependência e menos se interessará pelo oferecimento de preços mais moderados por outros concorrentes, bem como tenderá a recomendar seu fornecedor para outras pessoas.

³⁰TERRA, Thiago, op. cit.

2.5 A SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL: PLANOS DE SAÚDE DE GRUPO E INDIVIDUAL.

À proporção que, ao longo dos anos, mais e mais a rede pública de saúde se deteriora, a solução para muitas pessoas vem sendo a contratação de serviços médico-odontológicos com operadoras do setor de saúde suplementar.

Nesse âmbito, destacam-se duas modalidades de contratos: a de saúde em grupo, onde as operadoras são contratadas por empresas particulares para prestar assistência a seus empregados, podendo responsabilizar-se pelo pagamento integral das mensalidades ou cobrar uma parcela do benefício dos mesmos, e os individuais, quando a pessoa opta por uma das operadoras e os ônus daí decorrentes são de sua exclusiva responsabilidade.

No entanto, a realidade econômica da população brasileira revela que a contratação de serviços com operadoras de planos de saúde está fora do alcance de considerável parcela, por falta de condições para pagar as mensalidades.

No dia 19/04/2011, a TV Record, durante a apresentação do programa RJ no ar, transmitiu uma entrevista com o Sr. Luiz Augusto Carneiro, que é superintendente do IESS, conduzida dos studios pelo repórter Fábio Ramalho. Segundo o entrevistado, nos últimos anos, houve uma queda de contratações individuais com operadoras de planos de saúde e uma série de rescisões foi constatada, em virtude das regras impostas pelo Governo Federal para conceder permissão para o funcionamento dessas operadoras. Isto porque, atualmente, os planos de saúde não podem mais limitar o número de consultas/mês, nem oferecer cobertura parcial, estando obrigados a atender sua clientela nas internações, intervenções cirúrgicas e feitura de exames de todos os tipos, além de somente poderem reajustar os valores das mensalidades de acordo com os índices fixados pelo Governo. Com isso, os preços sofreram alta considerável, tornando a aquisição proibitiva para as classes de baixa renda, para os quais, no Rio de Janeiro, o desejo de ter um plano de saúde equivale ao sonho da casa própria.

Fábio Ramalho questionou o entrevistado quanto ao fato de que, apesar de os planos de saúde serem caros, isto não é garantia de os clientes conseguirem rápido atendimento, pois há casos não raros de espera por meses para marcar uma consulta ou um exame, às vezes com morosidade ainda maior que na rede pública.

O entrevistado respondeu que, embora não possa negar o afirmado pelo repórter, 85% dos detentores de plano de saúde individuais afirmam estarem satisfeitos com os serviços de suas operadoras, cada qual se empenhando no traçado de estratégias para reter seus clientes e enfrentar a concorrência.

Munhoes(2008) entende que,

“com a nova tendência da abertura de capitais no Brasil, empresas como Odontoprev, Medial, Amil, Tempo Participação(controladora da Gama Saúde) largaram na frente.”³¹

Estas e outras empresas tem tirado proveito dos avanços na área de inteligência de negócios no mercado, porque o ambiente exige maior competitividade entre operadoras que buscam agregar valor ao negócio puro, adicionando novas coberturas, como resgate, home care, atendimento de urgência internacional, cobertura odontológica, entre outras inovações e conveniências. Por isto, afirma,

“E é exatamente por essa necessidade que o mercado passou a investir em tecnologia e Inteligência de Negócios, apoiados nos três pilares: TI – Tecnologia da Informação, Marketing, e Recursos Humanos. Análises preditivas, identificação de padrões de comportamento, indicadores de risco e gargalos, estudos analíticos e principalmente a descentralização da informação ditam o caminho de novos projetos nessa área”³²

No campo da medicina de grupo, de acordo com Milan & Trez (2005), segundo a associação Brasileira de Medicina em Grupo – Abrange -, o sistema é um conceito introduzido no Brasil na década de 1960 para atender o segmento de convênios de saúde para empresas.

³¹ *MUNHOES, André, op cit.*

³² *id. , ibid.*

“sua atuação é pulverizada no território nacional, uma vez que se encontra presente em grande parte dos municípios com mais de 40mil habitantes”³³

Desde quando foi introduzido no país o sistema de saúde suplementar, começaram a surgir inúmeras operadoras, cada qual oferecendo planos bastante diferenciados, que variavam desde simples atenção primária a saúde até os mais sofisticados, com cobertura total e, evidentemente, com preços extremamente distintos, com possibilidade de atrair clientes de todas as classes sociais.

Algumas dessas operadoras cresceram ao longo dos anos, enquanto outras sucumbiram diante da concorrência ou, embora não tenham saído do mercado, perderam sua hegemonia para opositores mais bem organizados. Vale a pena uma análise em torno de algumas das operadoras de maior destaque no país.

2.5.1. O CASO GOLDEN CROSS

Em 1962, o médico Milton Soldani Afonso fazia parte da mesa diretora do hospital Silvestre, no Rio de Janeiro, quando, então, lançou o título "Garantia de Saúde", pelo qual o associado pagava uma taxa de manutenção ao hospital, assegurando assistência médico-hospitalar à família.

No final da década de 1960, rumou para os Estados Unidos, onde se aprofundou em estudos sobre a atuação das empresas de seguro de saúde daquele país. A experiência adquirida no exterior fez com que o Dr. Milton regressasse ao Brasil disposto a fundar uma empresa pioneira no mercado de planos de saúde: a Golden Cross.

Em 1971, a Golden Cross Assistência Médica Internacional seria fundada por seu idealizador, contando com somente cinco funcionários que trabalhavam em um pequeno escritório no Centro do Rio de Janeiro. Não tardou para que a operadora ganhasse destaque no Brasil e de 1973 a 1985 conquistou e manteve a liderança no ramo e nem mesmo a concorrência surgida em 1983 foi capaz de afetar seus negócios, porque o profundo

³³ MILAN, Gabriel Sperandio & TREZ, Guilherme, *op cit*, p.6.

conhecimento do mercado ao lado de ações estratégicas comerciais e de marketing por ela desenvolvidas foram elementos essenciais na época.

Hoje a Golden Cross opera com cerca de mil funcionários, ainda é uma corporação sólida e capaz de cuidar da saúde de seus setecentos mil usuários.

A preocupação com a excelência de atendimento é a palavra de ordem da operadora com matriz no Rio de Janeiro, sede em São Paulo e filiais nas capitais Belo Horizonte, Brasília, Salvador, Porto Alegre, Belém, Recife e Vitória, tem grande atuação no mercado nacional de planos de saúde.

A Golden Cross oferece a seus clientes:

- 23.017 médicos – clínicas e consultórios por local de atendimento e especialidade;
- 1.200 hospitais;

- 18.500 clínicas especializadas;
- 1.882 laboratórios;
- 2.500 unidades de atendimento odontológicas;
- Parceria com o Banco Real, que possibilita a solicitação de reembolso em todas as urgências da instituição;
- Serviço de ouvidoria, setor que atua na busca do aprimoramento contínuo de processos internos, produtos e serviços e na comunicação com os diversos públicos da empresa;
- Investimento na melhoria da qualidade de vida dos usuários, tendo a prevenção de doenças como uma de suas prioridades. Comprometida com tal causa, criou, entre outros, o Programa de Atenção a Saúde, que desenvolve ações educativas e de recuperação da saúde dos associados.³⁴

³⁴ Dados disponíveis em [HTTP:// www.brplanosdesaude.com.br/apres-golden.html](http://www.brplanosdesaude.com.br/apres-golden.html), acessado em 18/04/2011 às 17h 35 min.

2.5.2 O CASO AMIL

A Amil – Assistência Médica Internacional S/A teve como ponto de partida a casa de saúde São José, a qual, quando adquirida em 1972, era uma pequena clínica localizada no município fluminense de Duque de Caxias. Cinco anos depois, já se transformaria na maior maternidade particular do Rio de Janeiro. Na seqüência, ao seu patrimônio foram incorporadas as clínicas Somicol (hoje, Hospital de Clínicas Mario Lioni) e Santa Rita.

Para gerir este conjunto, foi criada a Empresa de Serviços Hospitalares (ESHO), com o objetivo de centralizar o controle de compras, faturamento, pessoal e tesouraria.

Após algum tempo, a Casa de Saúde São José deixou de integrar o grupo, tendo este, em 1976, adquirido a Policlínica São Sebastião, no Barreto (Niterói – RJ). Os recursos advindos da ESHO permitiram a criação da AMIL, no Rio de Janeiro, em 1978.³⁵

Hoje, a Amil se configura como uma empresa criada e administrada por médicos que fazem da medicina sua razão de ser. São profissionais com mais de trinta anos de trabalho em hospitais, consultórios e centros de diagnóstico. A empresa acompanhou atenta as transformações na medicina, aplicando no seu

cotidiano cada inovação, cada novo procedimento, medindo e avaliando sempre os resultados de cada diagnóstico e tratamento. Através de congressos, programas de apoio científicos e de constantes visitas aos mais consagrados centros de referência médica internacionais, seus médicos credenciados reciclam seus conhecimentos e se mantêm atualizados dentro de todas as fases evolutivas da medicina. Assim, a Amil entende estar colaborando efetivamente para a viabilidade econômica do sistema de saúde suplementar e ajudando o Brasil a se manter em perfeita sintonia com as últimas técnicas e procedimentos médicos que preservam e prolongam a vida das pessoas.

³⁵ Dados disponíveis em [HTTP://www.amil.com.br/amilportal/site/institucional/historia.jsp](http://www.amil.com.br/amilportal/site/institucional/historia.jsp). Acessado em 18/04/2011 às 17h 27min.

E a operadora considera que toda essa jornada de conhecimento e experiência serviu de pilar para a criação do mais completo sistema integrado de gerenciamento de saúde.³⁶

A Amil declara ser sua missão viabilizar a uma parte significativa da sociedade o acesso a uma medicina de alta tecnologia e qualidade. Em sua estratégia de ação recorre à inteligência de mercado salvaguardando valores como:

- “ - Estamos construindo uma empresa, e não um negócio
- O cliente é hospede em nossa empresa.
- Nosso produto deve ser original. Tenhamos orgulho dele.
- Deve haver muito espaço para opinião e nenhum para dissidência. Sejam um time.
- A verdade tem que prevalecer para todos: clientes, colaboradores e fornecedores.
- Clientes e fornecedores são parceiros de nossas idéias e de nossos objetivos
- Profissionalismo com ausência total de protecionismo. Sejam o mais justo Possível
- A preocupação com o desenvolvimento de pessoal deve ser permanente.
- Não devemos ter preconceitos.

- A seriedade de nossa empresa deve ser incontestável. “³⁷

Quantificando a qualidade da empresa, a Amil revela a exata dimensão de seu trabalho anualmente:

³⁶ Dados disponíveis em <http://www.planodesaude-amil.com.br/Amil.htm>. Acessado em 18/042011, às 17h e 29min.

³⁷ *id.*

- Internação: mais de 130 mil
- Procedimentos: mais de 1,6 milhão
- Partos: média de 05 mil
- Exames: mais de 10 milhões
- Teleatendimentos: mais de 3,6 milhões

Contudo, ressalta: “ mas os números não são capazes de refletir o carinho, a atenção, o profissionalismo e a responsabilidade que os nossos colaboradores colocam em cada atendimento”³⁸

Atenta a imprescindibilidade de contar com colaboradores cada vez mais qualificados para fazer frente a concorrência e crescer no mercado, a Amil RH - Universidade Corporativa começou promovendo treinamentos e eventos de relacionamentos e motivacionais para os colaboradores. Mas o bom êxito das iniciativas, os eventos passaram a alcançar também outros públicos relevantes da empresa, como vendedores, atendentes da rede credenciada e filhos de médicos.

Amil 2020, Jovem vip, Think about e Projeto Saber Amil são algumas das atividades desenvolvidas pela empresa.

Este trabalho representa um caminho para o desenvolvimento da Amil e seus públicos. Em 2001 a empresa investiu mais de R\$ 5 milhões no desenvolvimento dos seus recursos humanos.³⁹ E é reconhecer-se que tal iniciativa é coerente com o deferido por Fernando Ribeiro, gerente de Marketing da Iveco no Brasil, para quem: “ Para manter o funcionário integrado com a estratégia de inteligência da empresa, é preciso oferecer constantemente reciclagem e

treinamento dos colaboradores, além de criar canais de comunicação com os vendedores”⁴⁰

³⁸ *id.*

³⁹ *id.*

⁴⁰ Disponível em <http://www.mundodomarketing.com.br/8,5520>, marketing-baseado-em-inteligência-de-mercado. Htm. Acesso em 20/08/2008, às 18h 31min.

A alta cúpula da Amil declara, que sua marca já se tornou um ícone na área da saúde no Brasil e que, ao longo de quase quatro décadas, a logomarca vem evoluindo acompanhando as mudanças no mundo, transmitindo modernidade e toda a solidez de uma empresa que tem como objetivo principal oferecer o melhor da medicina a seus milhares de clientes.

Sempre atenta ao mercado concorrente, a Amil investe em iniciativas de ação social, desta forma tanto dando oportunidade de atendimento a certas faixas de populações carentes, quanto conquistando simpatizantes que concluem ser a operadora uma ótima opção para a contratação de planos de saúde, uma vez que, ao oferecer bons serviços a quem não pode pagar por eles, decerto melhor ainda será em relação àqueles que os recebem a determinado preço. Assim pensando, a empresa desenvolveu vários projetos de tal natureza, dos quais merecem especial destaque os seguintes:

- a) Ação social em Heliópolis, a maior favela da Zona Sul de São Paulo com cerca de 120 mil moradores. Levado a efeito nos dias 29 e 30 de outubro de 2005, a proposta foi a realização de exames de glicemia e colesterol, bem como a a Trabalhando nove horas por dia, com voluntários atenderam 1381 pessoas, as quais demonstraram satisfação pela oportunidade que tiveram de conhecer sua a situação em relação a dados considerados fundamentais para auxiliar no diagnóstico de inúmeras doenças; aferição da pressão arterial em pessoas com mais de 18 anos, gratuitamente.
- b) Projeto Pró-criança Cardíaca: a Amil firmou parceria com a instituição, que atende menores de dezoito anos carentes com problemas cardíacos, em 1999. O Pró-criança Cardíaca foi fundado em 1996, oferecendo consultas e procedimentos cirúrgicos à sua clientela-alvo, a qual ainda pode ser beneficiada com cestas básicas, medicamentos e atendimento odontológico. Na condição de parceira, a Amil participa no projeto oferecendo o seguinte suporte:

- custeio de uma cirurgia cardíaca infantil por mês;

- manutenção de consultório odontológico
- montagem e custeio de estandes promocionais do projeto nos congressos de medicina organizados pela Amil;
- doação de roupas, alimentos e brinquedos;
- construção e patrocínio do anfiteatro
- oferecimento de consultoria no processo de gestão através de voluntários da Amil.

Outros projetos foram implementados, como o Jovem Vip – Visão, Inspiração e Positividade, criado em 1992; O VIDA – Voluntários Integrados da Amil, de 2000; parceria com o Hemorio, campanha que faz parte do VIDA desde 2003; A Saúde Nota Mil, de 1998, e o Think About, todos trazendo em seu bojo uma proposta de responsabilidade social ancorada no sentimento de solidariedade e valorização da vida e do homem.⁴¹

2.5.3 O CASO ASSIM

De acordo com o presidente do Conselho de Administração do Grupo Assim, Dr. Aziz Chidid Neto, a operadora está no mercado há mais de 20 anos, sendo formada por médicos. Trata-se de uma empresa legitimamente carioca que possui a maior rede própria de hospitais e centros médicos da América Latina, concentrados no Rio de Janeiro.⁴²

Ao lado da Golden Cross e da Amil, a Assim é uma das grandes holdings da saúde suplementar do país, tendo como principais pilares a ética, o respeito à vida humana e a busca incessante pela qualidade e inovação. Seus profissionais trabalham sempre observando o compromisso de manter a sinergia entre o atendimento humanizado e a busca por novas tecnologias. O grupo atende milhares de beneficiários e as empresas contratantes de seus serviços.

⁴¹ Disponível em [HTTP://www.amil.com.br/amilpontal/site/institucional/resp_social.jsp](http://www.amil.com.br/amilpontal/site/institucional/resp_social.jsp) acessado em 18/04/2011, às 17h 27min.

⁴² CHIDID NETO, Aziz. *Palavra de conselho*. Seja bem-vindo ao grupo ASSIM. Disponível em [HTTP://www.assim.com.br/site2007/conselho.php](http://www.assim.com.br/site2007/conselho.php). Acesso em 18/04/2011, às 17h 55min.

2.6. VALOR PERCEBIDO PELOS CLIENTES DE PLANO DE SAÚDE COMO INDICATIVO DE QUALIDADE COMPETITIVA E SATISFAÇÃO COM OS SERVIÇOS PRESTADOS

Quem paga para ter direito à aquisição de um serviço ou produto logicamente espera que o valor gasto seja compatível com a qualidade daquilo que comprou e quanto mais elevado o preço tanto maior a satisfação do adquirente com sua conquista, quando o serviço ou produto efetivamente tem o desempenho prometido pelo fabricante ou prestador e mais ainda se for capaz de proporcionar-lhe algo mais do que o esperado. No jargão técnico, denomina-se valor percebido o resultado do confronto entre custo-benefício de um produto ou serviço feito pelo adquirente, ou seja, é uma avaliação deste que lhe revela se o dinheiro gasto para comprar um produto ou serviço é compatível com o desempenho que espera dos mesmos. Assim, quem, por exemplo, compra uma geladeira com vida útil estimada em dez anos e que realmente dura por este tempo e mesmo a supera sem apresentar defeitos de fabricação que comprometam seu funcionamento de um modo geral, certamente perceberá que o investimento com a aquisição valeu a pena.

No âmbito da saúde suplementar, as coisas não são diferentes e é natural que os clientes de planos de saúde sejam mais exigentes que os consumidores de bens e outros serviços, pois o que está em jogo é a vida e a higidez de seres humanos, que devem ser preservados ao máximo por prestação de atendimento médico, hospitalar, odontológico de boa qualidade, independente da cobertura contratualmente prevista.

Atuam, hoje, no mercado de saúde suplementar inúmeras operadoras devidamente autorizadas a funcionar pela ANS, de modo que não se pode imputar ao consumidor responsabilidade por uma escolha insatisfatória, à medida que a empresa não cumpra o acordo no contrato, nem é admissível que seja prejudicado em virtude de negligência dos profissionais de saúde postos à sua disposição pelas respectivas operadoras.

Parece lógico que diante da presença de tantas marcas no mercado, com preços e serviços tão heterogêneos as pessoas interessadas em firmar contrato com uma operadora de planos de saúde sintam-se desorientados no momento de fazerem sua escolha.

Porém as operadoras interessadas em manter-se no mercado garantindo a permanência de seus clientes já inscritos e procurando conquistar mais adeptos às suas propostas de atendimento médico, hospitalar e odontológico, devem estar preocupadas em saber o que a sociedade pensa sobre os serviços que oferece, procurando adotar estratégias de inteligência que lhes antecipem o conhecimento a respeito, antes que só venham a saber como anda seu conceito na comunidade em que atuam quando a mídia convencional e eletrônica publicar dados que poderão não ser muito favoráveis as mesmas. Afinal De contas, uma pessoa pode não ter contratado uma operadora determinada, mas dela ter boas referências de clientes atuais que, satisfeitos com seus serviços, a recomendam a terceiros. Então, cada operadora deve manter-se informada a respeito do valor percebido por sua clientela

atual, procurando ouvir suas queixas e adotar medidas saneadoras para os fatores responsáveis pelas demonstrações de insatisfação, bem como reforçando os aspectos positivos indicados por seus usuários.

Ademais, é preciso reconhecer que por mais bem prestigiada pela maioria dos clientes, nenhuma operadora de plano de saúde consegue unanimidade em considerações favoráveis ao seu desempenho, sempre havendo aqueles insatisfeitos com os serviços por elas prestados. Portanto, é relevante que as empresas conheçam o que mais agrada e o que mais desagrada a maioria de seus clientes e o que fazem seus concorrentes para serem considerados mais eficientes do que elas. Assinala-se, ainda, que o fato de uma operadora ser bem sucedida numa determinada área geográfica não significa que terá uma boa imagem em outro lugar.

Várias reportagens revelam os planos de saúde que lideram o ranking de reclamações e, portanto, tem o menor valor percebido por seus clientes. SEGATTO (2009) informa que o setor da economia que mais irrita o consumidor por cobrar caro e oferecer um serviço ruim ó dos planos de saúde.⁽⁴³⁾

Isto significa que, na avaliação do cliente, o dinheiro gasto com planos de saúde não corresponde às suas expectativas de receber serviços com qualidade que possa ser considerada dentro de padrões mínimos para satisfazê-lo em suas necessidades de atenção a saúde.

⁴³ SEGATTO, Cristiane. *O novo ranking dos planos de saúde*: pesquisa revela os melhores e os piores na opinião dos clientes. Coluna – NOTÍCIAS – O novo ranking...Revista Época..Disponível em...globo.com/... , 1 EMI 90381-15230,00... Acesso em 24/01/2011

SEGATTO (2009) publicou, através da Revista Época, o resultado de uma pesquisa realizada pela empresa de consultoria CVA Solutions, a qual ouviu, nos meses de junho e julho de 2009, 5.200 usuários de 39 planos de saúde em São Paulo e no Rio de Janeiro. Nesse grupo, 53% tinham planos oferecidos pelo empregador, 35% por conta própria e 12% referiam-se a planos vinculados a associações ou sindicatos. Também participaram da pesquisa, representantes de 200 empresas nas duas cidades. O objetivo da pesquisa era avaliar a satisfação/insatisfação dos clientes em relação aos serviços oferecidos por suas respectivas operadoras.

Os resultados obtidos revelaram que o valor percebido nem sempre privilegia as operadoras mais renomadas nos mercados carioca e paulistano, com algumas delas, inclusive, ocupando as piores posições no ranking elaborado pela CVA Solutions envolvendo 20 empresas de São Paulo e dezoito do Rio de Janeiro.

No ranking do valor percebido dos Planos de Saúde – São Paulo, as operadoras envolvidas obtiveram as seguintes colocações.

1. Omint; 2. Cesp; 3. Unibanco; 4. Bradesco; 5. Porto Seguro; 6. Allianz; 7. Cassi-BB; 8. SulAmérica; 9. Itaú; 10. Amil; 11. Notredame; 12. Golden Cross; 13. Unimed; 14. Dix; 15. Medial; 16. Intermédica; 17. Marítima; 18. Green Line; 19. Amesp; 20. Samcil.

No Rio de Janeiro, o ranking apresentou a configuração abaixo:

1.Omint; 2. AMS – Petrobrás; 3. Bradesco; 4. Cassi-BB; 5. Caixa Saúde; 6. Medial; 7. Allianz; 8. Unibanco; 9. SulAmérica; 10. Amil; 11. Unimed; 12. Golden Cross; 13. Assim; 14. Marítima; 15. Dix; 16. GEAP; 17. Notredame; 18. Intermédica. ⁽⁴⁴⁾

Se a CVA Solutions foi a campo para conhecer a opinião dos clientes de planos de saúde, a Agência Nacional de Saúde criou o Disque ANS para saber quais os aspectos que mais desagradam os usuários dos mesmos e dá margem a reclamação.

⁴⁴ *id.*, *ibid.*

De acordo com APRENDIZ(2002), as operadoras Centro Transmontano de São Paulo, Unimed João Pessoa, Assistência Médica São Paulo(AMESP), Golden Cross e Man Montreal ocupavam os cinco primeiros lugares no ranking de reclamações criado pela ANS(Agência Nacional de Saúde Suplementar).⁴⁵

É de notar-se que, em 2002, a AMESP já era alvo de descontentamento por parte de seus clientes, mas, apesar disso, em 2009, permanecia no mercado, embora igualmente não fosse tida, como operadora capaz de satisfazer seus usuários, pois, dentre as vinte empresas pesquisadas em São Paulo, ela ocupava a 19ª posição. No rio de Janeiro, em São Paulo e na ANS, também a Golden Cross não desfruta de prestígio compatível com suas campanhas de marketing, as quais garantem a oferta de serviços da saúde primeiríssima qualidade, o que, aliás, é uma promessa feita por toas as operadoras.

No período de 16 de julho de 2001 a 30 de novembro de 2002, o Disque ANS registrou 8.994, denúncias contra operadoras de plano de saúde com mais de 50.000 usuários. Os principais motivos foram:

- aumentos nas mensalidades (2576 ligações)

- insatisfação com a rede prestadora (2.078 ligações)
- limitações de cobertura (1.109 ligações)
- irregularidades em geral (854 ligações)
- litígios sobre doenças ou lesões preexistentes (723 ligações) ⁽⁴⁶⁾

A ANS informa que , no Brasil, até 2002, atuavam no mercado 136 operadoras com mais de 50.000 beneficiários. No total, elas atendiam 23,5 milhões de pessoas, ou 67,8% do mercado desse setor. ⁽⁴⁷⁾ E não há de ser nada cômodo para uma operadora aparecer em primeiro lugar no ranking de reclamações num conjunto de 136 empresas que concorrem entre si para angariar clientes e sobreviver numa realidade altamente competitiva.

⁴⁵ APRENDIZ. *Agência lança ranking dos piores planos de saúde*. Disponível em www2.uol.com.br/.../id030103. Htm. Acesso em 24/05/2011

⁴⁶. *id.*, *ibid*

⁴⁷. *id.*, *ibid*

Em 2009, especialistas fizeram projeções que revelaram um quadro nada animador para as operadoras de planos de saúde, considerando que elas precisam ter lucros num ambiente desfavorável tendente a só piorar. “os custos da tecnologia médica crescem mais do que em muitos outros setores; a parcela da população que pode pagar altas mensalidades é pequena. A solução que muitas das empresas adotam é bem conhecida de todos nós: baixou a qualidade dos serviços prestados” ⁽⁴⁸⁾ Em contrapartida, para os usuários, a saída está na troca de operadoras, já que, a partir de abril de 2009, com a aprovação da “portabilidade”, forma derrubadas as carências que impediam a cliente insatisfeito de migrar para outra empresa. E em 2009, as principais queixas ou razões para insatisfações dos clientes com suas operadoras não deferiam muito daquelas relacionada páginas atrás para o ano de 2002, ou seja, os usuários continuavam a achar que a rede credenciada era ruim, o reembolso do valor gasto em consultas é baixo, as mensalidades são altas e o atendimento ao cliente é péssimo, além de ser irrisório o desconto na compra de medicamentos. ⁽⁴⁹⁾.

A pesquisa da CVA Solutions revelou que 54% dos entrevistados gostariam de mudar e que aqueles que pagam um plano por conta própria não só querem como querem mudar de convênio. Porém, a situação é mais complicada para aqueles que usam o convênio escolhido pela empresa onde trabalham; ⁽⁵⁰⁾ pois, neste caso o empregado tem que aceitar o que lhe é oferecido, a menos que decida arcar com o ônus de contratar outra operadora por conta própria.

Enfatize-se, pois, que a pesquisa da CVA foi levada a efeito em um momento em que a concorrência entre as operadoras estava a exigir a adoção de estratégia de inteligência de mercado para viabilizar a retenção e a lealdade dos clientes, pois a migração de uma empresa para outra já não apresentava mais dificuldades, a partir da aprovação da portabilidade, e os opositores, igualmente atentos às oportunidades de mercado, e não pouparam esforços para oferecer vantagens adicionais a quem desejasse contratar seus serviços.

⁴⁸. SEGATTO, Cristiane, op. cit.

⁴⁹ *id.*, *ibid*

⁵⁰ *id.*, *ibid*

Ou seja, os administradores das operadoras devem estar empenhados na busca constante de opções de otimização de seus procedimentos. Para saber se a organização está melhorando, devem ser procurados índices de desempenho adequado e acompanhá-los constantemente, bem como ajustá-los às novas necessidades de mercado. Efetivamente, existe uma enorme quantidade de índices possíveis, mas todos devem ser decididos pela administração como direcionadores das ações das equipes. O grande desafio está em solucionar tais valores e em manter rotinas constantes de levantamento, análise e disseminação. ⁽⁵¹⁾

É inquestionável a inexistência de fórmulas prontas para assegurar a sobrevivência de operadoras de planos de saúde em um mercado de competição voraz como o nacional; porém, tirar proveitos dos avanços tecnológicos hoje disponíveis pode influenciar diretamente o êxito de suas trajetórias, evitando que sejam tragadas pela ferocidade dos opositores. E nesse contexto é de suma importância converter menos dados em informações estratégicas.

Qualquer que seja o negócio da empresa, ferramentas analíticas de marketing representam verdadeiros sistemas de inteligência de mercado que traçam um panorama preciso e detalhado dos clientes. Como defende Vaskys (2008),

“Elas (as ferramentas analíticas de marketing) tem o poder de analisar minuciosamente e integrar, de forma sincronizada, múltiplos canais ligados à estrutura da empresa, fornecendo elementos atitudinais valiosos para compor uma estratégia adequada às necessidades de cada um deles. Todo evento que diz respeito a relacionamento inter-empresariais ou entre os produtos adquiridos por cada cliente são captados e armazenados de forma coerente, de modo a balizar o teor das futuras decisões tomadas pela diretoria da empresa.” ⁽⁵²⁾

⁵¹ MED I.M. , op. cit. , p 1

⁵² VASKYS Katia. *Inteligência de mercado: o marketing da vez*. Disponível em http://www.marketing.com.br/index.php?Option=com_content&view=article&id=400&catid=38&itemid=82. Acesso em 20/082008

Algumas operadoras de planos de saúde realmente estão empenhadas em saber se seus clientes acham que o custo-benefício dos mesmos é favorável ou, ao contrário, se o dinheiro gasto não é compatível com o serviço recebido. Outras, porém, consideram-se imbatíveis e negligenciam as reclamações de seus beneficiários.

No entanto, como asseguram Milan & Trez (2005), “ Os clientes, quando insatisfeitos, têm a opção de trocar de fornecedor ou expressar suas reclamações (...). Assim, o gerenciamento de reclamações deve ser visto como uma ferramenta eficaz tanto para a retenção como para a lealdade de clientes. É um tipo de iniciativa que pode aumentar a utilidade da compra por parte do cliente (...), uma vez que ações corretivas ou mudanças em processos voltados para o aumento do nível de satisfação dos clientes deveriam diminuir as incidências de queixas (...) e, conseqüentemente, um incremento no nível de satisfação possibilitaria um aumento na retenção e lealdade dos clientes (...) “
(53)

Não é preciso ser um especialista em inteligência de mercado para compreender que o cancelamento de contratos de planos de saúde é um sinal nítido de que alguma coisa não vai bem, muito especialmente se ele for acompanhar pela adesão aos serviços de mesma natureza de outra operadora. E quanto mais casos de rescisões ocorrerem, mais claro ficará que a clientela da empresa não está satisfeita com o atendimento que lhe está sendo proporcionado, o que, obviamente, gerará uma queda em seus lucros.

Diante do acima exposto, os administradores empenhados em tirar proveito máximo das estratégias de inteligência de mercado não esperarão que seus clientes espontaneamente apresentem sua insatisfação, mas sim irão até eles, procurando conhecer o que efetivamente pensam dos serviços ofertados, o que acham que não está sendo bem realizado e também o que lhes causa satisfação. Reichheld (1996b) diz que “ conhecer as causas da deserção de clientes e, se possível, antecipar-se a elas é um direcionamento que auxilia na melhoria contínua, também servindo, como no caso de ouvir as reclamações dos clientes para remover as fontes de falha. ⁽⁵⁴⁾

Estudiosos do tema consideram que a compreensão dos efeitos econômicos da deserção de clientes revela que a busca de introdução de melhorias nos serviços oferecidos aos clientes não deve ser enfocada apenas como custos, mas sim como instrumentos que produzem mais lucros do que a margem gerada por uma transação isolada. ⁽⁵⁵⁾

53 MILAN, Gabriel Sperandio & Trez Guilherma, op. Cit. , p5.

54 Apud id. , ibid, p6

55 id. , ibid , 6

No momento em que esse estudo está sendo levado a efeito, uam verdadeira guerra está sendo travada entre as operadoras de plano de saúde no país, onde milhares delas disputam a conquista de novos clientes e, obviamente, a conservação de seus antigos adeptos.

As campanhas publicitárias veiculadas pela mídia convencional e eletrônica revelam que as concorrentes estão oferecendo serviços adicionais para atrair novos clientes, como planos odontológicos a prazo certo para quem fizer um plano médico; extensão do benefício médico a outros membros da família que não o titular, também a prazo determinado; redução do preço do plano para idosos, que aceitem participar de programas antitabagismo e de práticas de atividades físicas, etc...

Essas estratégias para carrear simpatizantes podem desaguar em um resultado inesperado para operadoras que, em pesquisa, apuram que seus clientes que seus clientes não tinham demonstrados insatisfação com seus serviços, isto é, a migração para outras empresas que lhe oferecem tudo aquilo que a primeira lhe proporciona, além das vantagens adicionais sem aumento de preços. Portanto, crer que clientes satisfeitos são, necessariamente leais, pode ser um ledo engano. Pesquisa feita por Reichheld (1993) constatou que entre 65% a 85% dos clientes que trocaram de fornecedor disseram estar satisfeitos com o antigo. ⁽⁰⁵⁶⁾

Advirta-se, porém, que, qualquer que seja, o ramos de atuação de uma empresa, seu vínculo com o cliente é oneroso para este, de modo que não se há de esperar lealdade e permanência em seu conjunto de clientes daquele que não esteja satisfeito com o oferecido. E a regra não será diferente para o caso dos planos de saúde.

Mas, afinal, que fatores influenciam predominantemente para que o cliente possas se sentir satisfeito com a operadora de seu plano de saúde, ao ponto de não se interessar pela contratação dos serviços de nenhuma outra, mesmo que esta lhe ofereça vantagens adicionais? A resposta será procurada no Capítulo 4 deste estudo, que oferece as opiniões de alguns clientes de operadoras de saúde no Rio de Janeiro.

Porém, para que não se corra o risco de concluir apressadamente quanto a atuação das operadoras de plano de saúde, é necessário que se conheçam as exigências legais que regem seu funcionamento (Lei 9656/98) e, também, em que medida estas empresas se relacionam não somente com seus usuários, como também com as instituições da rede própria ou credenciada e com os profissionais liberais da área da saúde que atendem

conveniados em seus consultórios particulares. Tais aspectos são abordados, respectivamente, nos itens 2.7 e 2.8 deste capítulo.

56 apud id. , ibip. , 6

2.7 A LEGISLAÇÃO BÁSICA E SUA INFLUÊNCIA NA QUALIDADE E INTELIGÊNCIA COMPETITIVA NO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR.

De acordo com a lei 9.656, de 03 de junho de 1998, que passou a vigor a partir de 1º de janeiro de 1999, somente pessoas jurídicas de direito privado podem operar planos de assistência à saúde, devendo observar os dispositivos do referido diploma, bem como cumprir a legislação específica que rege a sua atividade (art. 1º, caput).

Plano Privado de Assistência à Saúde deve ser entendido como a 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 a reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor(art. 1º, inc. I).

Por Outro lado, operadora de Plano de Assistência à saúde é a pessoa jurídica constituída, sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato tratado no inc. I do art. 1º(art. 1º, inc. II).

Por fim, o art. 1º, em seu inc III, define carteira como conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviço de assistência à saúde em qualquer das modalidades consideradas em seu inc. I e em seu p.1º, com todos os direitos e obrigações nele contidos.

De acordo com o p.1º do art. 1º, qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além de garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que a diferencie de atividade exclusivamente financeira, está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Tais outras características incluem custeio de despesas, oferecimento de rede credenciada ou referenciada, reembolso de despesas, mecanismo de regulação, qualquer restrição contratual, técnica ou

operacional para a cobertura de procedimentos solicitados pelo prestador escolhido pelo consumidor e vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médicos-assistenciais (alíneas de **a** a **f**).

Pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital ou do aumento deste, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde (p3º). Porém, a proibição subjacente no inc. II do art. 1º aparece explicitamente nos p1º e 5º: é vedada às pessoas físicas a operação dos produtos tratados no inc. I // 1º, bem como de plano ou seguro privado de assistência a saúde.

As operadoras de planos privados de assistência à saúde devem atender certos requisitos impostos pela lei 9.656/98, independente de outros que venham a ser determinados pela ANS, para que possam ser autorizadas a funcionar. Tais requisitos são: registro nos Conselhos Regionais de Medicina e Odontologia, conforme o caso, em observância ao disposto no art. 1º da Lei 6.839, de 30/10/1980; descrição pormenorizada dos serviços de saúde próprios oferecidos e daqueles a serem prestados por terceiros; descrição de suas instalações e equipamentos destinados à prestação de serviços; especificação dos recursos humanos qualificados e habilitados, com responsabilidade técnica de acordo com as leis que regem a matéria; demonstração de capacidade de atendimento em razão dos serviços a serem prestados; demonstração da viabilidade econômico-financeiras dos planos privados de assistência à saúde oferecidos, respeitadas as peculiaridades operacionais de cada uma das respectivas operadoras; e especificação da área geográfica coberta pelo plano (art. 8º, inc. de I a VII).

Como não poderia deixar de ser, as entidades ou empresas que mantenham sistema de assistência privada à saúde na modalidade de autogestão não são obrigadas nem a demonstrar a viabilidade econômico-financeira de seus planos, nem a especificar a área geográfica coberta pelos mesmos (art. 8º, p1º).

Uma vez obtido o registro para funcionar concedido pela ANS, a operadora solicitante deverá comercializar seus produtos dentro do prazo máximo de 180 dias, pois caso contrário sua autorização será cancelada (art. 8º, p2º). A medida impede que operadoras de planos de saúde conquistem clientes que assinarão contratos, pagarão mensalidades ao longo do período de carência, mas jamais conseguirão ser atendidos pelo fato de a empresa não estar funcionando e, quiçá, jamais entre em funcionamento.

Outra providência legislativa que objetiva proteger clientes e prestadores de serviços contrata manobras fraudulentas das operadoras aparece no p3º do art. 8º e suas alíneas, pois, embora possam estas voluntariamente solicitar autorização para encerramento de suas atividades, para fazê-lo deverão observar os seguintes requisitos, independentemente de outros que venham a ser determinados pela ANS:

- a) comprovação da transferência da carteira sem prejuízo para o consumidor, ou a inexistência de beneficiários sob sua responsabilidade;
- b) garantia da continuidade da prestação de serviços dos beneficiários internados ou em tratamento;
- c) comprovação da quitação de suas obrigações com os prestadores de serviço no âmbito da operação de planos privados de assistência à saúde;
- d) informação prévia a ANS, aos beneficiários e aos portadores de serviços contratados, credenciados ou referenciados, na forma e nos prazos definidos pela ANS.

Quando da promulgação da lei em tela a ANS não havia definido as normas de registro para as pessoas jurídicas que operam os produtos considerados no inc. I e p. 1º do art. 1º. Por isso determinou que após decorridos cento e vinte dias de sua vigência(1º de maio de 1999) para as operadoras e duzentos e quarenta dias(1º de setembro de 1999) para as administradoras de planos de assistência à saúde só poderiam comercializar seus produtos se estivessem provisoriamente cadastrados na ANS e seus respectivos serviços nesta Agência estivessem cadastrados(art. 9º, inc.I e II).

Se as formalidades supramencionadas não fossem cumpridas, a empresa incidiria em infração e esta constituiriam agravantes na aplicação de penalidades por inobservância das demais normas legais(art. 9º, p1º).

Quando da solicitação de cadastramento na ANS, esta, antes de concedê-lo, pode solicitar informações, determinar alterações e promover a suspensão do todo ou parte das condições dos planos apresentados (art. 9º p.2º); e uma vez obtido o registro, a ANS poderá determinar a suspensão temporária da comercialização de plano ou produto caso identifique qualquer irregularidade contratual, econômico-financeira ou assistencial (p. 4º).

Da mais alta relevância é a disposição contida no art. 10, que instituiu o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados somente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da OMS, respeitadas as exigências mínimas que aparecem no art. 12. O plano-referência exclui da obrigatoriedade de atendimento dos usuários pelas operadoras os casos de tratamento clínico ou cirúrgico experimental; procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, assim como órteses e próteses para o mesmo fim; inseminação artificial; tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética; fornecimento de medicamentos importados não nacionalizados; fornecimento de medicamentos para tratamento domiciliar; fornecimento de próteses, órteses e seus acessórios não ligados

ao ato cirúrgico; tratamentos ilícitos ou antiéticos, assim definidos sob aspecto médico ou não reconhecidos pelas autoridades competentes(art. 10, inc. de I a IX) e ainda casos de cataclismos. guerras e comoções internas, quando declarados pela autoridade competente (inc. X).

A oferta do plano-referência pelas pessoas jurídicas que comercializam produtos considerados no inc. I e p. 1º do art. 1º da lei nº 9.656/98 passou a ser obrigatória a partir de 03 de dezembro de 1999, beneficiando seus atuais e futuros consumidores (art. 10 p2º). Porém, a tanto não ficaram obrigadas aquelas que mantenham sistemas de assistência à saúde pela modalidade de autogestão e as que operem exclusivamente planos odontológicos (p3º). No entanto, todas destinadas a oferta de serviços médicos, ficaram obrigadas a prestar cirurgia plástica reconstrutiva de mama, por meio de sua rede conveniada, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessários para o tratamento de mutilação de técnica de tratamento de câncer (art. 10-A), exigência incluída pela lei nº 10.223, de 2001.

É responsabilidade da ANS determinar a amplitude de cobertura, inclusive de transplante e de procedimentos de alta complexidade, através da edição de normas pertinentes (art. 10, p. 4º).

Quando uma pessoa decide adquirir um plano de saúde, ao procurar uma operadora para com ele contratar os serviços desejados, esta apresenta a interessada um documento no qual constam as exigências para a consumação do acordo, bem como os direitos e obrigações de cada uma das partes. Dentre os direitos das operadoras estava o de não-cobertura de tratamento de doenças e lesões preexistentes à assinatura do termo, independente de o consumidor ou beneficiário ter ou não conhecimento de tais problemas ou voluntariamente ou não omiti-los. Porém, com a edição da lei nº 9.656/98, passou a ser proibida a exclusão de atendimento a clientela de plano de saúde em virtude de a respectiva operadora constatar a existência daqueles fatos omitidos no ato contratual, cabendo a empresa o ônus da prova e da demonstração do prévio, conhecimento do consumidor ou beneficiário, desde que o instrumento do acordo esteja vigorando há mais de dois anos (art. 11). E até que seja comprovada a ciência prévia da doença ou lesão por parte do consumidor ou beneficiário, titular ou dependente, não poderão eles ser privados da assistência à saúde (parágrafo único).

As operadoras devem proporcionar a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inc. I e o p1º do art. 1º da lei 9.656/98, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência, nas segmentações abaixo, de acordo com as seguintes exigências mínimas:

- Quando incluir atendimento ambulatorial: cobertura de consultas médicas em número ilimitado, em clínicas básicas e especializadas reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina, bem como de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e

demais procedimentos ambulatoriais solicitados pelo médico assistente (art. 12, inc. I, alíneas **a** e **b**);

- quando incluir internação hospitalar: cobertura de internações sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, em clínicas básicas especializadas, reconhecidas pelo CFM, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos; abrange casos de internações em CTI, ou similar, também sem limitação de prazo, valor máximo e quantidade, a critério do médico assistente, além de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação; exames complementares indispensáveis ao controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, transfusão, e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrito pelo médico assistente, durante o período de permanência no leito do hospital; cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, bem como da remoção do paciente comprovadamente necessária para outra unidade hospitalar dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato, em território nacional e também de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos(art. 12, inc. II, alíneas de **a** a **e**);

- Quando incluir atendimento obstétrico: cobertura assistencial ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, ao longo dos primeiros trinta dias após o parto, bem como é assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, inscrição como dependente isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra, no máximo, até trinta dias do nascimento ou adoção(art. 12, inc. III, alíneas **a** e **b**);

- Quando incluir atendimento odontológico: cobertura de consultas e exames auxiliares ou complementares, solicitados pelo odontólogo assistente; de procedimentos preventivos, de dentística e endodontia; e de cirurgias orais menores(ou seja, as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral) (art. 12, inc. IV, alíneas **a**, **b** e **c**).

A operadora pode ou não fixar períodos de carência. Porém se optar por isto, a carência não poderá ser superior a trezentos dias para partos a termo e de cento e oitenta dias para os demais casos e, no máximo, de vinte e quatro horas para cobertura dos casos de urgência e emergência (art. 12, inc. V, alíneas **a**, **b** e **c**).

Nos casos de urgência ou emergência em que não possível o uso dos serviços próprios, contratados, credenciados ou referenciados pelas operadoras, observados os limites das obrigações contratuais, o beneficiário fará jus ao reembolso, em todos os tipos de produtos tratados pelo inc. I e ^p1º do art. 1º, das despesas efetuadas com assistência à saúde, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados, pelo respectivo produto, pagáveis no máximo de trinta dias após a entrega da devida documentação (art. 12, inc. VI).

O filho adotivo menor de doze anos de idade tem direito à inscrição no plano de saúde do adotante, aproveitando os períodos de carência já cumpridos pelo titular (art. 12, inc. VII).

A partir de 1º de maio de 1999, ficou proibida a oferta de produtos de que tratam o inc. I e o p1º fora das segmentações consideradas no art. 12, observadas suas respectivas condições de abrangência e contratação (p1º). Além disso, a partir de 03 de dezembro de 1999, da documentação relativa a contratação de tais produtos deverá constar declaração em separado do consumidor da existência e disponibilidade do plano-referência e de que este lhe foi oferecido (p 2º)

Os contratos firmados entre as operadoras e os clientes usuários dos serviços de assistência à saúde tem renovação automática a partir do vencimento inicial de vigência, não cabendo a cobrança de taxas ou qualquer outro valor no ato da renovação (art. 13). Ademais, os produtos contratados individualmente vigem, no mínimo, por um ano e as empresas não podem fazer a recontagem de carências, suspender ou rescindir unilateralmente o contrato, exceto se o usuário cometer fraude ou não realizar o pagamento das mensalidades por períodos superiores a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que ele seja comprovadamente notificado até o quinquagésimo dia de inadimplência (parágrafo único, inc. I). No entanto, a suspensão ou a rescisão unilateral do contrato jamais poderá ocorrer durante o período em que o titular estiver internado (inc. II).

Titulares ou dependentes destes não podem ser impedidos de participar de planos privados de assistência à saúde em virtude de idade ou por ser pessoa portadora de deficiência (art. 14).

Os contratos, regulamentos ou condições gerais dos produtos objeto da lei em foco devem conter dispositivos que claramente determinem: as exigências para admissão; o início da vigência; os períodos de carência para as consultas, internações, procedimentos e exames; as faixas etárias e os percentuais de variação das contraprestações pecuniárias em razão da idade do consumidor; as condições de perda da qualidade de beneficiário; os eventos cobertos e excluídos; o regime ou tipo de contratação (individual ou familiar, coletivo empresarial, coletivo por adesão); a franquia, os limites financeiros ou o percentual de co-participação do consumidor ou beneficiário, contratualmente previstos nas despesas com assistência médica, hospitalar e odontológica; os bônus, os descontos ou os agravamentos da contraprestação pecuniária; a área de abrangência geográfica; os critérios de reajuste e revisão das contraprestações pecuniárias; e o número de registros na ANS. (art. 16 e inc. de I a XII).

Como acontece em qualquer tipo de acordo bilateral, o titular de um plano de saúde individual ou familiar deve receber, quando de sua inscrição, cópia do contrato,

do regulamento ou das condições gerais dos produtos de saúde. Também lhe deve ser fornecido pela operadora, material explicativo que, de forma clara, simples e precisa, descreva suas características, direitos e obrigações (parágrafo único do art. 16).

As operadoras de plano de saúde podem contar com rede hospitalar própria, ou, firmar contratos com hospitais, clínicas, consultórios e laboratórios, para atender os usuários que se inscrevam para usufruir dos serviços que não de ser postos ao seu alcance e de seus dependentes, em conformidade com as coberturas previstas no termo do acordo. Em não se tratando de rede hospitalar própria, as operadoras devem ser cautelosas na escolha das instituições ou dos profissionais liberais que atenderão seus usuários em seus consultórios, tendo em vista que a lei 9656/98 faz exigências rigorosas no sentido de que nenhum prejuízo seja acarretado ao cliente em virtude de oferta de serviços incoerentes com os objetivos que levam uma pessoa a buscar assistência médica e/ou odontológica através do sistema de saúde suplementar. É claro que as operadoras devem zelar pelo funcionamento ótimo de sua rede própria de hospitais; porém, neste caso, é mais fácil exercerem controle sobre a qualidade do atendimento proporcionado à sua clientela pois os administradores ou gestores dos estabelecimentos estão vinculados a elas, o que não ocorre quando se trata de contratos firmados com terceiros.

Diante deste quadro, no caso de inclusão de qualquer entidade hospitalar como contratada, referenciada ou credenciada para atendimento dos usuários de planos de saúde, exige que a operadora garanta que ela será mantida à disposição da clientela ao longo da vigência do contrato (art. 17, caput). As operadoras, porém, não estão obrigadas a permanecer conveniadas com entidades cujo atendimento à sua clientela não esteja sendo satisfatório; poderão então substituir a instituição por outra equivalente, devendo, porém, comunicar o fato aos seus consumidores e a ANS com antecedência de trinta dias. Porém, se a rescisão ocorrer por fraude ou infração de normas sanitárias e fiscais vigentes, o prazo de trinta dias não será observado (p1º, art. 17).

Havendo internação de consumidor de plano de saúde em instituição hospitalar que esteja sendo substituída por outra em virtude de vontade da operadora, esta será obrigada a arcar com as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico, na forma, de contrato, enquanto o estabelecimento, obviamente, não poderá negar-se a continuar o tratamento do enfermo em seus leitos pelo período que for necessário (p 2º).

Porém, a operadora há de observar, para além de sua própria vontade, a necessidade imperiosa de socorrer usuários internados em estabelecimentos que recorram a fraudes ou contrariem as normas sanitárias vigentes. Então, neste caso, cabe-lhe providenciar imediata transferência do paciente para outra instituição

equivalente garantindo a continuação da assistência, sem qualquer ônus adicional para o enfermo (p^{3º}).

Também é lícito às operadoras o redimensionamento da rede hospitalar por redução, desde que expressamente solicitem a ANS autorização para tanto, informando o nome da entidade a ser excluída; capacidade operacional a ser reduzida com a decisão; impacto sobre a clientela assistida em função de parâmetros definidos pela ANS, correlacionado a necessidade de leitos e a capacidade operacional restante e justificativa para a decisão, observando seu dever de manter cobertura com padrões de qualidade equivalente e sem Ônus adicional para o consumidor (p^{4º}, inc. de I a IV).

Médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas e outros profissionais da área de saúde podem aceitar a condição de contratado, credenciado ou cooperado de uma operadora dos produtos tratados pela lei 9656/98, devendo, porém observar as seguintes obrigações e direitos: consumidor de uma operadora, em nenhuma hipótese e sob nenhum pretexto ou alegação, pode ser alvo de discriminação ou receber atendimento de forma diferente daquela dispensada aos clientes vinculados a outra operadora ou plano; a marcação de consultas, exames e quaisquer outros procedimentos deve ser feita de modo a atender as necessidades dos consumidores, privilegiando os casos de emergência ou urgência, bem como as pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, e lactentes e crianças até cinco anos (art. 18, inc. I e II). Não cabe às operadoras o direito de exigir que os profissionais ora considerados com elas mantenham contratos de exclusividade ou de restrição à suas atividades; tampouco tem poder para determinar o número de operadoras com as quais eles manterão relacionamento de contratação, credenciamento ou referenciamento (inc. III).

As disposições contidas no art. 18 sugerem que os profissionais engajados a planos de saúde aceitam a remuneração proposta pelas respectivas operadoras pela prestação de seus serviços à clientela, bem como que, embora não estejam proibidos de dar assistência a seus pacientes particulares não-conveniados, não de ter disponibilidade para atender também os que os procuram através de planos. No momento em que este trabalho está sendo elaborado, porém, constata-se a existência de uma grave crise entre os profissionais de saúde e as operadoras de planos, porque aqueles alegam que a remuneração que estão recebendo está defasada da realidade atual, tornando sua permanência no sistema de saúde suplementar pouco interessante. As operadoras resistem em rever os valores pagos aos mesmos, bem como a justiça lhes nega o direito de cobrar da clientela uma parcela extra, capaz de minimizar seus prejuízos. O resultado desse conflito de interesses, claro, acaba por refletir-se negativamente sobre o consumidor, que abertamente vem apresentando seu protesto na mídia convencional e eletrônica em virtude de pagarem por um plano de saúde que só vem atendendo a contento, quando muito, aos casos de emergência e urgência, mas sem conseguir marcar consultas, exames e procedimentos de rotina.

Importante disposição aparece no art. 33 da lei 9.656/98, que assegura ao consumidor o direito de ser internado em unidades de nível superior ao previsto por seu plano, sem ônus adicional, por indisponibilidade de leito hospitalar nos estabelecimentos próprios ou credenciados pela operadora.

As disposições da citada lei alcançam todos os contratos celebrados a partir 1º de janeiro de 1999, assegurada aos consumidores com contratos anteriores e também aos que os celebram entre 02 setembro de 1998 e 1º de janeiro de 1999, a possibilidade de optar pela adaptação ao sistema previsto de diploma legal considerado(art. 35, caput.)

O art. 35-E determina que a partir de 05 de junho de 1998, ficará estabelecido para os contratos celebrados anteriormente a 01/01/1999 que as contraprestações pecuniárias para consumidores maiores de sessenta e cinco anos de idade só poderão variar mediante autorização prévia da ANS(inc. I). Porém, já no art. 15, a lei manda que a variação das contraprestações pecuniárias em razão da idade do consumidor só poderá ocorrer se previstas no contrato inicial as faixas atarias e os percentuais de reajustes incidentes em cada uma delas, consoantes normas baixadas pela ANS, ressalvado o disposto no art. 35-E. Os usuários com mais de sessenta anos de idade participantes de planos de saúde, ou sucessores, há mais de dez anos, não poderão ser alvos de variação considerada no caput do art. 15(parágrafo único).

O parágrafo 1º do art. 35, por outro lado, estabelece a adaptação dos contratos à nova lei, deverá ser formalizada em termo próprio, assinado pelos contratantes, segundo normas definidas pela ANS e sem prejuízo do disposto no art. 35-E, quando a confirmação do contrato à lei 9.656/98 incluir aumento de contraprestação pecuniária, a composição da base de cálculo restringir-se-á a itens correspondentes ao aumento de cobertura e ficará disponível para verificação da ANS, que poderá determinar sua alteração, se entender que o novo não está devidamente justificado (p2º). A adaptação dos termos contratuais não acarreta nova contagem dos períodos de carência e dos prazos de aquisição dos benefícios ao consumidor que contribui para produtos tratados no inc. I e p.1º da lei, em virtude de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, à qual é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que antes gozava, desde que assuma seu pagamento integral, o mesmo sendo aplicado ao caso do contribuinte de planos de saúde que se aposentem (art. 30 e 31, caput).

Nenhum contrato poderá ser adaptado a nova lei por vontade exclusiva da operadora p. 4º, art. 35) e a manutenção dos contratos originais pelos consumidores não-optantes tem caráter personalíssimo, devendo ser garantido somente ao titular e aos seus dependentes já inscritos, com possibilidade de inclusão somente de novo

conjugue e filhos, sendo proibida a transferência de sua titularidade, sob qualquer pretexto, a terceiros(p.5º).

Os produtos considerados no inc. I e p.1º de janeiro de 1999 permanecerão em operação por tempo indeterminado, exclusivamente para os consumidores que não interessarem pela adaptação as novas regras, mas serão tidos como extinto para comercialização(p. 6º). Do mesmo modo, às pessoas jurídicas contratantes de planos coletivos não-optantes pela adaptação fica assegurada a manutenção dos contratos originais, nas coberturas assistenciais neles pactuados(p. 7º), cabendo a ANS definir em norma própria os procedimentos formais a serem adotados pelas empresas a adaptação dos contratos(p.8º)

O art. 35-C da lei 9656/98 teve nova redação dada por diploma mais recente, pois nos termos da lei 11.935, de 2009, é obrigatória a cobertura do atendimento nos casos de emergência, como tal definidos os que implicarem risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente, caracterizando em declaração do médico assistente; de urgência, assim os entendidos os resultantes de acidentes pessoais ou de complicação no processo gestacional e de planejamento familiar.

Outros dispositivos ainda aparecem na lei 9656/98, mas os que aqui foram considerados certamente revelam o quanto ela influenciou na qualidade e inteligência competitiva no setor de saúde suplementar, tendo em vista que as novas regras representam à necessidade de as operadoras criarem mecanismos de marketing para não perder sua clientela para suas concorrentes.

A partir de 1º de janeiro de 1999, quando começou a vigorar a Lei nº 9656/98, muitas das diferenças existentes entre as empresas prestadoras de serviço na área de saúde suplementar deixaram de ser verificadas e, com isso, hoje, planos de saúde, medicina de grupo, cooperativa médica, todas tem as mesmas obrigações.

A citada Lei não se aplica a contratos antigos, anteriores a ela, para estes prevalecendo o que foi acordado na época de sua assinatura. Porém, a partir da promulgação da mesma, todas as empresas de planos de saúde, medicina de grupo, assistência médica, cooperativa médica passavam a ser fiscalizadas pela Agência Nacional de Saúde (ANS) em relação às coberturas contratuais, prazo de carência, abrangência geográfica, exclusões contratuais, rede credenciada, etc.. A nova legislação determinou que todas estas empresas oferecessem coberturas que não eram oferecidas em contratos antigos, carências menores do que antes e a não-limitação de internação, UTI, exames e procedimentos. Com essa nova orientação legislativa, mais do que nunca as operadoras tiveram que atuar com inteligência de mercado para sobreviver mantendo sua clientela fiel e satisfeita com o atendimento a ela proporcionado.

2.8 OS PLANOS DE SAÚDE E OS PROFISSIONAIS DA ÁREA: RELACIONAMENTO ENTRE AS PARTES E SEUS REFLEXOS SOBRE O ATENDIMENTO AOS CLIENTES.

As operadoras de planos de saúde, tenham ou não rede própria, prestam assistência a seus clientes mediante a utilização ou não de mão-de-obra de profissionais da área. São médicos de todas as especialidades, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, equipe de enfermagem, socorristas, odontólogos, fisioterapeutas a tantos mais quantos necessários forem para garantir e restaurar a saúde dos beneficiários de plano de saúde. Alguns desses profissionais só atuarão junto a conveniados nos casos de plano com cobertura hospitalar. Outros, porém, estarão presentes nos cotidianos dos pacientes que procuram tratamento a nível ambulatorial apenas; são eles os médicos e os dentistas.

Um considerável número de operadoras oferece a seus usuários uma lista de médicos e dentistas credenciados, que podem atendê-los segundo suas necessidades e de acordo com a proximidade da residência do cliente e o consultório do profissional procurado.

No entanto, há um grande descontentamento dos profissionais liberais credenciados pelas operadoras, com as classes envolvidas sendo, maciçamente descredenciada, punidas com pagamentos baixos, prazos excessivamente longos para reembolso, condições ruins de trabalho, etc. , o que deságua, em última análise, na perda de qualidade dos serviços para o consumidor.

A BIBLIOMED (2000) publicou on line um artigo a respeito da realidade dos planos de saúde em face de seus clientes e de seus médicos levando em consideração os aspectos positivos e negativos da lei 9656/98. Analisando a situação dos médicos, o documento informa:

“ Naturalmente, o principal foco de conflito, que gera o descredenciamento, diz respeito aos honorários pagos pelas operadoras. Além de estarem congelados há pelo menos quatro anos, os valores das consultas e procedimentos médicos pagos pelos planos de saúde vem sofrendo cortes significativos desde o segundo semestre do ano passado” (2009).⁽⁵⁷⁾

Obviamente, os profissionais e serviços que não concordam com a redução, estão sendo descredenciados. Em certos casos, a diminuição de consultas e procedimentos chegava a 50% em muitos planos e alguns deste chegavam a pagar somente R\$ 10,00 por consulta. De acordo com as operadoras, o impacto dos custos da então recente regulamentação dos planos de saúde é o responsável pelo aviltamento da remuneração dos médicos e dos demais prestadores⁽⁵⁸⁾

⁽⁵⁷⁾ BIBLIOMED. *Os planos de saúde, os médicos e os clientes: tripé difícil de equilibrar*. Boletim informativo da Bibliomed. Publicação nº 77 – Revista Boa Saúde. Disponível em boletim informativo da Bibliomed .com.br. copyright @ 2000 chealth Latin America. Acesso em 24/05/2011.

⁽⁵⁸⁾id. , ibid

As considerações trazidas à tona no item antecedente são suficientes para que se perceba o fato de o Governo Federal, ao estabelecer dispositivos reguladores para o plano de saúde pela lei 9656/98, preocupou-se com a relação entre o usuário e a operadora, mas negligenciou a situação dos prestadores de serviço, enquanto estes, na verdade, representam o principal sustentáculo do bom êxito ou fracasso das empresas do setor.

No sistema público de saúde, inúmeras denúncias veiculadas pela mídia revelam que algumas unidades hospitalares de sua rede dispõem de equipamentos de ponta a serem utilizadas como importantes auxiliares para diagnósticos precisos de várias doenças, os quais, no entanto, estão deteriorando-se em depósitos não sendo instalados em virtude da inexistência de profissionais capazes de operá-los.

Denúncia como a acima descrita jamais aprecem em relação à rede privada de assistência à saúde, pois, por muito menos experiente e sagaz que possa ser um administrador de hospital, clínica, laboratório ou mesmo um profissional liberal, obviamente não ousaria adquirir um equipamento, primeiro, para depois pensar em contar com quem o manipulasse. No entanto, é inexorável que clientes de planos de saúde se sintam angustiados e mesmo lesados ao saberem que médicos e dentistas a quem recorriam para tratarem-se e não somente por sua competência profissional,

mas também por disporem de consultórios muito bem equipados com instrumentos de tecnologia de última geração, foram descredenciados e, por isso, terão de buscar atendimento por outros profissionais.

Regina Ribeiro Parizi Carvalho, conselheira da CREMESP e representante de São Paulo no Conselho Federal de Medicina e também integrante da câmara de Saúde Suplementar, que acompanha a regulamentação dos planos de saúde, defende que o enfoque dominante da lei 9656/98, alteradas por seguidas edições de medida provisória, é justificável, se for lavada em conta o fato de que o usuário sempre foi a maior vítima de uma mercado livre e sem lei, sempre foi o elo fraco da relação, submetido a exclusões, negação de atendimento e abusos de todo os tipo; porém entende ser necessária uma ampliação dessas perspectiva, acreditando que a atenção à saúde pressupõe uma relação no mínimo triangular, onde apresentação direta de serviços, dirigida aos usuários, depende sobretudo de médicos.⁵⁹

Na relação tríplice operadora-cliente-profissional de saúde é fatal que caiba a primeira parte estabelecer com as duas últimas contratos

⁵⁹ id. , ibid

ou convênios com cláusulas compatíveis com aquilo que oferece ao cliente e o que propões ao credenciado;

no entanto, na maioria dos casos, as operadoras estão muito interessados em obter lucros cada vez maiores, por um lado conquistando a adesão de inúmeros usuários e, por outro, remunerando mal os profissionais de saúde credenciados, além de recorrerem, muitas vezes a certas manobras que, se bem analisadas, são tipicamente ilícitas, ou, pelo menos pouco recomendável para empresas que afirmam oferecerem atendimento de qualidade a seus usuários, rigorosamente cumprindo o que lhes promete:

- 1) contratos leoninos (isto é, fraudulentos, dolosos) implodem a relação médica-paciente;
- 2) pacotes de atendimento com valores prefixados, nos quais a empresa oferece aos médicos um valor fixo de remuneração para vários tipos de atendimento ambulatorial, sem levar em conta o grau de complexidade do agravo, dos custos, da eventualidade de complicações ou necessidade de outros procedimentos. Para exemplificar, ela cita o caso de uma conhecida operadora que ofereceu a médicos ortopedistas um pacote de R\$ 35,00 para atender tanto entorse como fraturas, independentemente da necessidade de raios x e colocação de gesso;
- 3) Algumas operadoras pagam valor mais alto para consultas que não demandem exames complementares, sem levar em conta a, patologia do paciente (ou seja, o diagnóstico é feito pelo médico, sem a realização de exames que comprovem ser realmente a doença identificada por ele e trata o paciente guiadas por esta “certeza”).

- 4) Clínicos, que realizam a triagem de pacientes, são pressionados pelas operadoras para não encaminhá-los aos especialistas; e as empresas manipulam o excedente de médicos com o instrumento de credenciamento de profissionais , impondo regras que, no fundo, restringem o atendimento e excluem patologias através dos convênios com os médicos, mas, formalmente continuam cumprindo a lei com o associado do plano. Além disso, com a falta de estrutura para manter médicos no interior do país, onde seriam extremamente necessários, as operadoras contarem com um exército de reserva ainda maior, assim podendo manipular os profissionais, que se sentem acuados com a dificuldade de inserir-se no mercado de trabalho

- 5) Os baixos honorários e o desc credenciamento em escala de profissionais descontentes vulnerabilizou ainda mais uma relação que já era desigual, marcada pela preponderância do capital financeiro, em detrimento dos códigos de ética dos médicos(e dentistas) e os direitos do cidadão. ⁽⁶⁰⁾

3. **METODOLOGIA**

Na elaboração do presente estudo inicialmente foi utilizado o método de revisão bibliográfica, através do que procedeu-se ao levantamentos de dados teóricos que viabilizavam a compreensão do significado de qualidade e inteligência competitiva no mundo dos negócios em geral e no setor de saúde suplementar em particular , no qual as empresas que operam planos de saúde assumem um compromisso de oferecer aos seus clientes serviços médicos, hospitalares e/ou odontológicos capazes de atender às expectativas de pessoas que pagam certos preços para obtê-los, ao mesmo tempo em que devem contar com profissionais da área competentes e dispostos a atender dignamente os pacientes conveniados, sem perderem de vistas as exigências legais a que estão submetidas.

Ao lado da primeira metodologia de natureza puramente teórica, o estudo foi direcionado para uma abordagem prática, por meio da qual foram informalmente contratada pessoas conveniadas com planos de saúde por conta própria, tendo sido feito a elas as seguintes perguntas:

- você tem um plano de saúde?
- qual é a sua operadora?
- quais os pontos positivos do seu plano?
- pensa em mudar de operadora?
- No geral, qual é a sua opinião a respeito dos planos de saúde no

Brasil?

⁽⁶⁰⁾ id. , ibid. , p.p. 3-4

Foram ouvidas trezentas pessoas que trabalham no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), da UFRJ, as quais foram escolhidas aleatoriamente em visitas realizadas a Instituição no período de 15 a 25/05/2011, à medida que suas instalações vão do subsolo ao 13º andar, numa média de trinta entrevistas por dia, envolvendo funcionários técnico-administrativos e médicos-residentes.

Com a realização de um estudo teórico-prático, buscou-se entender a realidade dos planos de saúde do ponto de vista tanto de especialistas, quanto do consumidor, o que foi considerado bastante pertinente para a operação de dados que evidenciem se as operadoras estão ou não atuando com qualidade e inteligência competitiva para permanecer num mercado em que a concorrência á cada vez mais acirrada.

4. ENTREVISTAS COM USUSÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE: VALOR PERCEBIDO COMO INDICATIVO DO NÍVEL DE QUALIDADE E INTELIGÊNCIA COMPETITIVA NO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR

4.1. CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

A exiuidade de tempo para a realização deste estudo sugeriu, como alternativa para liligenciar o processo, a busca de uma instituição que congregasse um bom número de pessoas com planos de saúde pagos por conta própria. Em virtude de fácil acesso a funcionários técnico-administrativos e médicos residentes do Hospital Clementino Fraga Filho (HUCFF), da UFRJ, mediante prévia autorização dada pela autoridade institucional para percorrer suas instalações e ouvir o parecer de alguns de seus colaboradores, foi o mesmo eleito como campo para desenvolvimento desta parte do trabalho.

Ao todo, foram questionadas trezentas pessoas com atividades regulares no HUCFF, as quais foram informalmente inquiridas sobre os seguintes aspectos:

- você tem um plano de saúde?

- qual é a sua operadora?

- quais os pontos positivos do seu plano?
- pensa em mudar de operadora?
- No geral, qual é a sua opinião a respeito dos planos de saúde no Brasil?

As respostas oferecidas pelos entrevistados, os quais foram selecionados aleatoriamente, em função dos que iam sendo encontrados ao longo das visitas às instalações do HUCFF, foram registradas manualmente pelo pesquisador e por um voluntário integrante do corpo funcional da Coordenação de Atividades Educacionais (CAE), liberado por sua chefia para colaborar com o mesmo, não só conduzindo-o aos locais de maior concentração dos profissionais a serem envolvidos, como também ajudando-o a consignar os dados que iam sendo fornecidos.

4.2. Os planos de saúde mencionados pelos entrevistados

Dentre os trezentos entrevistados, todos com planos de saúde pagos por conta própria, forma mencionadas as seguintes operadoras:

- Omint	86
- Unimed	52
- Amil	45
- Golden Cross	42
- Assim	32
- Caurj	21
- SulAmérica	13
- Odonto Empresa	07
- Abasp	02

total 300

A Revista Época on line, em 23/05/2011, divulgou o resultado de uma pesquisa da AVS veiculada pelo Jornal da Tarde, segundo a qual são consideradas as maiores empresas de planos de saúde do país as seguintes, não necessariamente nesta ordem: Green Line, Unimed Paulistana, Unimed Seguros Saúde, Transmontana de São Paulo, Serma, Assimedica, Prevent Senior Private,

Preavente Senior Corporate, Marítima Seguros, São Cristovão, Amil Saúde, Amico, Golden Cross, Intermédica, Omint, Porto Seguro, Bradesco Saúde e Itálica.⁽⁶¹⁾

Considerando que a ABASP não é uma entidade tipicamente voltada para a assistência à saúde e que a CAURJ é uma opção de plano oferecida pela UFRJ, constata-se que, majoritariamente, os entrevistados estão associados a operadoras incluídas no elenco das maiores do país, ou seja, 270 (90,0%) distribuem-se entre a Omint (28, 67%), Unimed (17,33%), Amil (15,0%), Golden Cross (14,0%), Assim (10, 67%) e SulAmérica (4,33%). Talvez os clientes nem saibam, mas, segundo a pesquisa retrocitada, as operadoras Amil e Golden Cross aparecem na segunda melhor faixa de desempenho financeiro, pois, numa escala de 0 a 1, pontuaram entre 0,60 e 0,79; a Omint ocupa uma posição intermediária (pontuação entre 0,40 e 0,59) e as duas com melhor desempenho financeiro (0,8 a 10 não foram citadas pelos entrevistados (Porto Seguro e Bradesco Saúde).

Eraldo Cruz, Gerente-Geral da ANS, afirmou que outras empresas de planos de saúde chegaram a sofrer um regime de direção fiscal, mas algumas já saíram dessas situações. As que permanecem sob intervenção não tem seus nomes divulgados para não alarmar e afugentar os clientes, o que resultaria numa situação ainda mais negativa para as operadoras e, claro, para os usuários.

Apesar da ABASP contar com somente dois entrevistados entre seus clientes, decidiu-se apreciar o parecer de seus associados por considerá-lo relevante na configuração da satisfação com os serviços recebidos quando o atendimento acontece em consonância com o contratualmente acordado, bem como em virtude de somente eles e os sete usuários da Odonto Empresa haverem indicado convênios com planos odontológicos.

Em cada grupo de usuário das várias operadoras citadas, houve bastante consciência em relação aos aspectos positivos e negativos dos respectivos planos de saúde.

⁽⁶¹⁾ ÉPOCA. *Onze dos dezoito maiores planos de saúde do país tem problemas financeiros*. Seção Saúde & Bem-Estar. Disponível em www.revistaepoca.globo.com; de 23/05/2011. Acesso em 24/05/2011

No geral, os usuários da Omint, da Amil e da Golden Cross, que somam 173 pessoas e representam 57, 67% dos entrevistados, foram os que revelaram mais satisfeitos com seus planos de saúde, ao passo que a clientela da SulAmérica e da Odonto Empresa (20 pessoas = 6,66%) foi a mais descontente. Equilibraram os

pontos negativos e positivos, os beneficiários da Assim, Unimed, Caurj e Abasp (107 pessoas = 35%).

4.3. Aspectos Positivos mais mencionados pelos Clientes de Planos de Saúde

Entrevistados.

Ao responderem a esta pergunta, parece que, em princípio, os usuários consideram com um dos pontos mais importantes está na oferta aos clientes de serviço em consonância com o contratualmente prometido. Entretanto, um dos entrevistados apresentou um esclarecimento que, certamente, há de ser considerado por todos quantos entendem ser relevante a observância dos termos pactuados:

“ Nenhum usuário tem o direito de reclamar dos serviços recebidos através de seus planos de saúde, se eles correspondem àquilo que lhe é prometido contratualmente. Entenda-se, porém, que ninguém, em sã consciência, vai assinar um contrato que não lhe garanta um atendimento digno por profissionais qualificados e em instalações dentro de padrões adequado de salubridade. Sabemos que, neste país, funcionam inúmeros estabelecimentos denominados “ clínicas populares”, que majoritariamente estão instaladas em prédios precários, sem condições mínimas de higiene, onde trabalham profissionais da área da saúde que até podem estar legalmente habilitados para exercer suas atividades, mas de competência duvidosa, à medida que se propõem a prestar assistência médica, psicológica ou odontológica em verdadeiros pardieiros, pondo em risco a vida do paciente, e isso quando não portam falsos diplomas, casos, que tem tornado corriqueiros no cenário nacional e paradoxalmente envolvendo instituições da rede da rede privada que atuam há anos na clandestinidade sem jamais sofrerem qualquer fiscalização. Entende-se, portanto, que nenhuma operadora credenciada pela ANS irá propor em contrato ao usuário a prestação de serviços nessas ditas “clínicas populares”. Se ousar a tanto, certamente se tratará de um caso de fraude , um engodo para tirar dinheiro de pessoas ingênuas que acreditem estar fazendo um bom negócio porque não conseguem atendimento na rede pública e um serviço rudimentar é melhor que nenhum; só que podem estar se comprometendo onerosamente com uma empresa que nem existe, uma empresa fantasma”

Corroborando o declarado pelo entrevistado anterior, uma senhora demonstrou satisfação com um plano odontológico contratado com a Associação Brasileira de Aposentados e Pensionistas – ABASP, assim se expressando:

“ Há anos sou associada da ABASP e um de seus serviços que utilizo é plano de saúde odontológico, do qual sou titular e tenho dependentes por laços de parentesco (filha e netos) e agregados (genro e afilhados), num total de set participantes. O consultório dentário está instalado na mesma área em que funciona a entidade, sendo os dentistas empregados por ela. Não há período de carência e os associados podem usufruir os serviços a partir do momento em que paguem a primeira mensalidade. O cliente é gentilmente atendido pela recepção da ABASP e também pela do consultório. Os dentistas são assíduos e pontuais, zelosos em seu trabalho, atuam com luvas cirúrgicas e máscaras, contam com instalações adequadas mantidas sob condições ótimas de salubridade, bem como com equipamentos modernos de odontologia. Pago um preço bem acessível por participante e não qualquer queixa relativa aos serviços recebidos por mim e meus dependentes. O plano só cobre procedimentos odontológicos simples, como emergência, consultas, radiografias, obturação, extração, cirurgia odontológica sem internação, tratamento de canal, prevenção (tratamento com flúor e limpeza dentária com ultrassom), periodontia (tratamento da gengiva) e odontopediatria, mas cumpres rigorosamente o que promete no contrato. Os dentistas informam ao cliente os cuidados que devem ser tomados para manter a saúde bucal, assim como no caso de extrações para evitar hemorragias. Não há, cobertura para confecção de próteses dentárias, mas o serviço pode ser contratado diretamente com o dentista ou com a ABASP, ambos facilitam o pagamento em até três vezes e com preços não-abusivos. Fiz a minha prótese superior com eles e só não continuo a usá-la porque, por opção minha extraí sete dentes de uma só vez e no mesmo dia coloquei a dentadura. O Dr. Evandro, porém, havia me advertido que eu perderia a prótese em pouco tempo porque a gengiva iria murchar, o aparelho ficaria frouxo e um enchimento não surtiria bom efeito”

Os usuários da Amil, Gosden Cross e Assim consideraram importante a magnitude da rede própria de hospitais, centro médico e consultórios existentes na cidade do Rio de Janeiro. Também elogiaram a qualidade do atendimento recebido por telefone, nas clínicas, nos hospitais, nos laboratórios e consultórios, sempre cortês, rápido e competente. Em especial os clientes da Assim indicaram a facilidade oferecida ao usuário para realizar consultas e exames de rotina sem necessidade de locomoverem-se por vários pontos da cidade, porque seus serviços estão centralizados. Porém, nenhum dos entrevistados participantes de planos médicos hospitalares ou ambulatoriais, bem como da Odonto Empresa

reclamou da precariedade da rede credenciada, apesar de alguns reconhecerem que ela sofreu reduções ao longo dos anos. Um cliente da Golden Cross, que afirma estar satisfeito com a qualidade dos serviços prestados pela operadora, informou, porém, que a onda de descredenciamento de médicos em todo o Brasil é preocupante e como está às portas da aposentadoria e pretende ir morar em Pernambuco, teme que lá não consiga um atendimento tão eficiente quanto o que recebe no Rio de Janeiro.

A maioria dos entrevistados afirmou considerar muito importante a preocupação de suas operadoras com a manutenção dos locais de atendimento dentro de condições ótimas de higiene, limpeza e conforto. Porém, como ninguém reclamou desses aspectos, pode-se inferir que todos estão satisfeitos com os padrões oferecidos por hospitais, clínicas, laboratórios e consultórios em relação a estes aspectos.

No âmbito dos exames, ou os entrevistados não se manifestaram, ou informaram explicitamente que os resultados dos mesmos são entregues, via de regra, dentro dos prazos marcados e eventuais atrasos tem sempre uma justificativa convincente. Quanto aos equipamentos disponíveis para a realização dos exames, foram considerados adequados por todos os entrevistados participantes de planos de saúde médico-hospitalar, estejam eles instalados em hospitais, clínicas, consultórios ou em laboratórios. Asseguram ser muito difícil um determinado exame não ser realizado em virtude de a máquina estar quebrada e jamais acontece existir um equipamento de tecnologia de ponta que não seja utilizado em virtude de não haver um profissional capacitado para operá-lo. Um cliente da Amil fez uma abordagem interessante a este respeito

“ A Amil como qualquer outra operadora, é uma empresa que objetiva a obtenção de lucro e, por isso mesmo, jamais investiria em equipamentos de tecnologia de última geração sem que antes já contasse com pessoas capazes de manipulá-los; o mesmo pode ser afirmado em relação a hospitais, clínicas, laboratórios e consultórios referenciados ou credenciados, que também querem ganhar dinheiro com os serviços prestados as operadoras. Esse negócio de existirem equipamentos modernos deteriorando-se em depósito de hospitais por falta de profissionais que operem é uma realidade lamentável que marca a rede pública de saúde. Eu entendo que a rede pública já apresenta problemas demais para acrescentar à lista de desperdício do dinheiro do erário o descaso em relação a instrumentos que seriam importantes para oferecer diagnósticos mais seguros de inúmeras doenças e, com isso, salvar muitas vidas. Mas o que importa a vida humana de quem não tem condições de pagar por ela ? Quem paga pode reclamar e as operadoras de planos de saúde e seus

prestadores de serviço evidentemente não tem interesse na perda de clientes, nem em investimentos que sejam úteis para agradar seus usuários e mantê-los em suas fileiras de associados.”

Apesar de os entrevistados haverem imprimido muita atenção aos aspectos materiais oferecidos por seus planos, o ponto crucial das considerações recaiu sobre a figura dos profissionais que os atendem. Um usuário da Omint assim se expressou:

“ Um das vantagens de se ter uma plano de saúde diz respeito ao fato de você poder trocar de médico ou dentista , no caso de não estarmos satisfeitos com o atendimento oferecido por eles, o que é pouco provável que aconteça na rede pública, na qual a obtenção de uma vaga já é uma vitória e a troca de um médico que não agrada ao paciente por outro que bem o receba é um milagre”

No todo, os entrevistados consideraram que médicos e dentistas são atenciosos em seus atendimentos, são assíduos e pontuais e são competentes. Entretanto, como será visto no tópico seguinte, alguns fatores minam essas boas relações entre os profissionais e a clientela.

4.4 Aspectos Negativos mais mencionados pelos Clientes de Planos de Saúde

Entrevistados.

Os usuários da Odonto Empresa, por unanimidade, reclamaram da morosidade para o encaminhamento da Resposta do Tratamento Solicitado (RTS) para a marcação da segunda consulta e início do tratamento autorizado. Uma cliente expressou seu descontentamento de forma tão veemente que não será necessário considerar o que disseram os outros seis, pois tudo o que for colocado pelos demais aparece no discurso da primeira:

“ Migrei da ABASP para a Odonto Empresa única e exclusivamente porque aquela só oferece atendimento odontológico em um único consultório e este localiza-se no Centro do Rio de Janeiro, o que causava alguns transtornos para mim, que moro na Zona Oeste (Campo Grande) e meus dependentes, residentes em Itaboraí, Niterói e Ramos. Porém, não tenho qualquer queixa em relação ao atendimento proporcionado pelos dentistas da ABASP. Em relação a Odonto Empresa, no entanto, minha decepção é tamanha, que me arrependo amargamente de haver trocado a ABASP por ela, atraída que fui pela grandeza de sua rede credenciada.

A história com tal operadora é muito longa, de modo que me limitarei aos percalços a partir do momento em que, finalmente, a empresa me mandou

os cartões de identificação dos usuários (meu e meus dez dependentes) e os períodos de carência já haviam vencidos.

Nada mais fácil do que marcar a primeira consulta com um dos dentistas credenciados: basta um telefonema e o profissional se dispõe a atendê-lo até no mesmo dia, quando são realizados o exame e o plano de tratamento que será encaminhado a Odonto Empresa para análise. Porém, para mandar a segunda consulta, haja paciência! O dentista tem que aguardar o recebimento da Resposta do Tratamento Solicitado (RTS) via fax (se houver um instalado no consultório) ou correio para marcação e início do tratamento autorizado. Eu incluí entre meus dependentes uma agregada residente em Seropédica e ela foi a única que conseguiu fazer todo o tratamento sem enfrentar dificuldades; meu enteado recebeu três cartões de identificação, dois dos quais com o nome errado, o que o impediu por dois meses de marcar a primeira consulta, até que recebeu o terceiro corretamente emitido. Meu marido nunca conseguiu marcar a segunda consulta após procurar dois dentistas em Campo Grande, pois ambos disseram não haver recebido a RTA e, ao procurarem saber o que havia acontecido, foram informados de que as prestações estavam atrasadas mas os descontos estavam nos meus contracheques) e ele acabou desistindo do plano e foi tratar-se por conta própria. Minha filha, meu genro e meus netos não chegaram sequer a tentar utilizar o plano, mas esta foi uma decisão que foi tomada por eles diante do meu descontentamento com a Empresa.

Agora vou ressaltar minha própria experiência. Apesar de morar em Campo Grande, como trabalho no Fundão achei mais conveniente optar por uma dentista com consultório em Ramos. Eu precisava de obturações, extrações, limpeza e próteses dentária. A dentista fez o exame e o plano de tratamento, mas, como não tinha fax, encaminhou o documento via correio e por meio dele haveria de receber o RTA: espera de quinze dias. Enquanto aguardava a RTA, a dentista me convenceu a dar andamento em aspectos não cobertos pelo plano, ou seja, a confecção das próteses; concordei e lá se foram R\$ 2.500,00; entre moldes e provas, ela sugeriu a limpeza dos dentes com uso de ultrassom, tratamento não coberto pelo plano, que prevê somente limpeza manual; mais R\$ 240,00 como pagamento de três sessões de ultrassom a R\$ 80,00 cada. Na primeira prova da prótese superior, a dentista informou que um dente da arcada inferior teria que ser desgastado porque estava muito saliente em virtude de não ter apoio para contê-lo no nível adequado e mais uma facada no meu bolso: R\$ 15,00. Então aconteceu de a Empresa responder: eu não poderia ser atendida por aquela dentista porque eu já havia me consultado

com outro profissional. Mas isto não ocorreu e também nunca soube que outro profissional era este. Enfim, pouco a pouco fui pagando meu tratamento sem ter qualquer benefício do plano e meus dependentes também estavam dele usufruindo muito pouco.

Tentei cancelar o plano no início de 2010, mas a operadora informou não ser isso possível porque minha carência era de dois anos e eu só estava no sistema há um ano. Eu ignorava que, à época, a portabilidade já havia sido aprovada em abril de 2009, de modo que amarguei mais um ano para que o pedido de cancelamento fosse aceito.

No dia 10 de dezembro de 2010 encaminhei e-mail solicitando exclusão e a operadora respondeu que meu pedido havia sido aceito. Porém, de janeiro a maio de 2011 os descontos em folha continuaram a ser feitos sob alegação de problemas com o SIAPE, embora a Odonto Empresa se prontificasse a fazer os reembolsos...mas quando bem lhe aprouvesse.”

Dos sete clientes da Odonto Empresa, nenhum pretende manter o convênio por se sentirem lesados em seus direitos e, ao que parece, a operadora vem perdendo considerável parcela de usuários em todo o país.

Em contrapartida, os clientes de planos de saúde médicos ambulatoriais reclamam muito da dificuldade de marcar consultas, exames e outros procedimentos médicos.

Como dito anteriormente, embora não haja reclamação contra médicos e dentistas em termo de atenção dispensada, assiduidade, pontualidade e competência, há algo subjacente na relação profissional-cliente que causa angústia e certo grau de desconfiança entre os usuários em face estes considerarem haver alguma coisa muito estranha impedindo que os prestadores de serviço correspondam plenamente às suas expectativas.

Uma cliente da SulAmérica disse que ela e seus dependentes foram muito bem atendidos pelos clínicos, mas todos precisavam de tratamento especializado e não conseguem encaminhamento para os especialistas procurados. Segundo seu entender, é a operadora que pressiona os clínicos para não encaminhar os pacientes aos especializados.

Mais da metade dos entrevistados (168 = 56%) disse que, por causa dos baixos honorários que as operadoras pagam aos médicos, estes vem dando preferência ao atendimento de seus clientes particulares, em detrimento dos conveniados, o que explica a demora para que estes consigam marcar as suas consultas. A quase totalidade (284 = 94,67%) desconfia de que não há carência entre os contratos firmados entre as operadoras e os clientes e entre elas e os prestadores de serviço. Quer dizer, os usuários dos planos desconhecem o que as operadoras exigem dos médicos para credenciá-los. Um cliente da Omint disse:

“ é claro que para as operadoras é muito bom que o usuário pague em dia suas mensalidades e não use o plano por longos períodos, pois o reembolso que fazem os médicos é irrisório, o que lhe garante uma excelente margem de lucro, especialmente porque sequer precisam dar ao prestador de serviço seu minguido reembolso”

Um outro conveniado da Golden Cross declarou ter ciência de que as operadoras tem reclamado do excesso de novos procedimentos, exames, cirurgias e outros tratamentos incluídos na área coberta, o que acaba encarecendo a conta e provocando problemas financeiros para as empresas que não sejam suficientemente sólidas para suportar esses aumentos de custo. Porém, no seu entender, tais reclamações objetivam justificar a adoção de estratégias inadequadas para administrar seu plano e para conseguir aumentar as parcelas mensais de seus associados em suscitar maiores descontentamentos entre os conveniados.

Os clientes da Amil, Unimed, Golden Cross consideram que, embora nada tenham contra a propaganda veiculada pela televisão, ele não oferece a usuários em potencial informações suficientes para motivá-los a aderir a seus planos. Porém, foram taxativos em suas críticas contra a publicidade impressa que aparece em jornais convencionais e on line que oferece a quem fizer um plano de saúde com qualquer uma delas ou, ainda, com a Dix, fará jus a um fim de semana em Búzios. Disse um usuário da Unimed:

“ É ridículo que operadoras consagradas em todo o território nacional pretendam conquistar clientes mediante uma promoção tão descabida. Além disso, por que premiar quem está chegando, enquanto que os usuários que são fiéis a elas há anos nada receberão por continuarem a manter seus convênios”

Clientes da SulAmérica argumentaram que encontram muita dificuldade para conseguir liberação de materiais para cirurgias, apesar de seis deles informarem que apresentaram vários relatórios médicos, comprovando a necessidade dos mesmos. Um deles informou que a demora já era desesperadora, porque o diagnóstico após a biópsia foi de câncer de próstata e ainda assim a operadora não liberou os materiais, tentando argumentar que se trata de doença pré-existente: “ porém, a SulAmérica ignorou o fato de eu ser seu usuário há mais de dez anos. Brigo na justiça para ser reembolsado de tudo quanto gastei, já que me vi obrigado a pagar para ser operado de um mal que ameaçava a minha própria vida.”

4.5. O valor percebido pelos entrevistados Entrevistados.

Os usuários da Odonto Empresa e da SulAmérica acham que os valores que pagam por seus planos não compensam, porque os serviços que recebem são de qualidade inferior.

Nenhum cliente da Omint, Golden Cross, Amil, Unimed e Assim disse estar interessada em mudar de plano, embora achem alguns que os preços cobrados em relação aos serviços e coberturas oferecidos são elevados, porém não são muito diferentes na comparação entre os oferecidos pelas operadoras mais respeitadas no Brasil.

A clientela da Odonto Empresa vai migrar para outra operadora em sua totalidade, enquanto sete da SulAmérica pensam em fazer o mesmo, mais ninguém declarou o nome das empresas que substituirão as anteriores.

4.6. A Opinião dos Entrevistados a respeito dos Planos de Saúde, no Brasil, e de um modo geral

Um entrevistado declarou ironicamente que “ruim com, ele pior sem ele”, referindo-se à precariedade do sistema público de saúde num confronto com que pode ser conseguido com a contratação de serviços privados.

Segundo outro, aderir a um plano de saúde é como dar um tiro no escuro, quando não se sabe que alvo será atingido, porque existem tantas marcas no mercado, com preços e serviços heterogêneos, que ninguém sabe com certeza qual será a escolha menos arriscada.

A satisfação dos usuários com seus respectivos planos de saúde faz com que esta parcela de entrevistados perceba como um bom investimento a aquisição de um deles, mas todos asseguram ser de suma importância uma boa pesquisa de mercado porque nem sempre o que funciona bem em um determinado tempo e lugar continua a ser uma boa opção em outro momento e área geográfica. De fato a Unimed, por exemplo, que não apresenta maiores problemas para os usuários entrevistados, os quais fazem uso de seus serviços, no Rio de Janeiro. Há mais de dez anos, em pesquisa da ANS de 2002 aparece em segundo lugar num ranking que indicou as operadoras recordistas em reclamações, porém sendo arrolada a Unimed João Pessoa.⁶²

Já em 2011, é a Unimed Paulistana que aparece dentre as que apresentam pior desempenho financeiro, com reclamações decorrentes da demora na marcação de consultas, exames e outros procedimentos médicos, bem como da redução da rede credenciada, gerando descontentamento e migração de muitos usuários para outros planos.⁶³

A grande verdade é que não há usuários de planos de saúde efetivamente contentes com suas respectivas operadoras, mas somente conformados com o que delas recebem, já que pouco ou nada esperam do sistema público.

⁶² ver pesquisa da ANS citada no item 2.8 deste estudo, divulgada pelo Portal Aprendiz, na qual também a Golden Cross também aparece em quarto lugar.

⁶³ ÉPOCA, op. cit. , ver ref. 62.

Por causa dessa imagem desfocada que estão construindo no seio da sociedade, as operadoras estão perdendo o rumo, oferecem ao público informações imprecisas, negligenciam as queixas de sua clientela, contrariam preceitos legais por meio de várias artimanhas, persuadem a adesão de seus planos com promessas que nem sempre serão cumpridas, manipulam dados de pesquisas encomendadas a empresas particulares que contradizem pesquisas oficiais, intitulam-se como as melhores do mercado com fundamento na magnitude de suas redes e pelo menos quatro afirmas ser as maiores do país:

- Unimed: “ É a maior cooperativa médica do mundo e é brasileira” ⁶⁴

- Assim: “ Uma das maiores holdings de saúde suplementar do país, possui a maior rede própria de hospitais e centros médicos da América Latina (...) ” ⁶⁵

- Amil: divulga sua magnitude, expressando-se em números, afirmando: “ os números são importantes porque quantificam a exata dimensão do nosso trabalho ” ⁶⁶

- Golden Cross: “ De 1973 até 1985 conquistou e manteve a liderança do ramo. Nem mesmo a concorrência que surgiu em 1983, conseguiu abalar seus negócios. ” ⁶⁷

Quem pesquisa com a intenção de filiar-se a um plano de saúde, acaba aturdindo com uma multidão de informações desencontradas e encontra como alternativa a consulta a várias pessoas de seu relacionamento que já tenham ingressadas no sistema, mas só muito dificilmente recebe informações que de todo o convençam ser aquela determinada operadora a melhor opção.

Um entrevistado disse que já passou pela Unimed, pela Golden Cross, pela Amil e agora está na Omint:

⁶⁴Disponível em [www.Unimed.com.br/pct/index.jps?cd_canal=49146 &_secao=49094](http://www.Unimed.com.br/pct/index.jps?cd_canal=49146&_secao=49094). Acesso em 24/05/2011

⁶⁵ CHI DID NETO, Aziz, op. cit.

⁶⁶ Amil – conheça a Amil, op. cit.

⁶⁷ Golden Cross, op. cit

“ Cada uma das operadoras me trouxe algum tipo de decepção que tornou insustentável a minha permanência entre seus conveniados. Primeiro meu filho adoeceu e eu não consegui autorização para a realização dos exames para diagnosticar com precisão as suspeitas que foram levantadas pela clínica pediátrica. Por mais paradoxal que possa parecer, foi no hospital infantil do Fundão (IPPMG/UFRJ) que consegui um atendimento digno e o diagnóstico de dengue hemorrágica que quase levou para sempre o meu menino. Sou médico cirurgião e, já na Golden Cross, precisei de uma consulta com um especialista em gastro e o clínico me informou que só havia vaga para dali a cinco semanas e que eu poderia tomar algumas precauções por conta própria, já que leigo eu não era em matéria de medicina. Passei para a Amil, onde tinha um plano top de linha que me dava direito aos laboratórios e hospitais top de linha, como Copa D’or. Nunca tive grandes problemas para liberar consultas ou exames, mas tive

muitos aborrecimentos referentes a acordos comerciais da Amil com os locais de atendimento: a operadora me informou não ter acordo comercial para um determinado exame no hospital Copa D'or, mas este me disse que o acordo existia e eu realizei ali o meu exame. Agora estou na Omint e, por enquanto nada tenho a reclamar. Esta será a minha última tentativa antes de concluir de uma vez por todas que a existência médica no Brasil, na rede pública ou privada, é um lixo e que, todo mundo pode morrer, pois ninguém está preocupado com a vida alheia. “

5. CONCLUSÃO

5.1. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O setor de saúde suplementar representa a organização de um empreendimento que demanda altos investimentos com instalações físicas, tecnologia médico-hospitalar e odontológica, recursos humanos e sagacidade na exploração das oportunidades de marketing. Não é uma tarefa capaz de garantir a uma pessoa apenas a famigerada ambição de abrir um negócio próprio, sem depender da colaboração de pessoas jurídicas e físicas.

O setor, no Brasil, conta com um grande número de operadoras que competem no mercado há décadas e será tarefa ingente a tentativa de uma nova empresa entrar nessa concorrência. Porém, nada será impossível para quem se disponha a oferecer qualidade de atendimento compatível com a cobertura proposta no plano e utilize estratégias de inteligência competitiva para conseguir bons parceiros. É sabido que os mercados consumidores, hoje, mais do que nunca, a todo instante alteram preferências e exigências, reclamando dos gestores uma visão estratégica apurada o suficiente para perceber as tendências predominantes no mundo dos negócios. E em qualquer setor, entender e antecipar-se às ações da concorrência na busca da diferenciação e vantagens sobre os oponentes são pressupostos fundamentais no trabalho de inteligência competitiva, pois, serão as estratégias traçadas a partir daí que demonstrarão a razão de uma organização ser melhor que outras. Na área da saúde suplementar as coisas não são diferentes.

Observando os dados coligidos neste estudo, verificou-se que as operadoras de planos de saúde mais bem prestigiadas perante seus clientes são aquelas que oferecem serviços de qualidade adequada, compatíveis com as cláusulas contratuais, buscando conquistar a simpatia dos usuários não com promessas, mas em face de realizações concretas que os levem a sentirem-se satisfeitos com que lhes está sendo proporcionado, de modo a não desejarem contratar outras empresas e a serem os principais divulgadores das vantagens de a ela filiarem.

Considerando o que foi apurado através das entrevistas, podem ser identificados alguns fatores que são considerados importantes pelos clientes para que se sintam satisfeitos com um plano de saúde:

- 1) Atendimento: é um fator básico que demonstra a qualidade do plano, sendo determinante do nível de satisfação ou insatisfação do cliente e exigente de ênfase em aspectos como responsividade, agilidade e urbanidade.
- 2) Estrutura: Os clientes valorizaram muito o oferecimento de atendimento em áreas salubres, tanto em hospitais e clínicas, quanto em laboratórios e consultórios, bem como atentaram para a disponibilização de equipamentos de última geração.
- 3) Médicos e dentistas: vistos como os principais prestadores de serviço dos planos de saúde, não de estabelecer com os usuários um clima de segurança e confiança, as quais estão alicerçadas na percepção de competência profissional e/ou resultados positivos a partir de consultas e tratamentos.
- 4) Facilidade> abarcam aspectos como localização dos hospitais, clínicas, laboratórios e consultórios da rede referenciada ou credenciada, facilidade para marcar consultas e exames, serviços complementares, cobertura do plano.
- 5) Preços: relação entre custo/benefício (valor percebido), preço cobrado pela operadora em comparação com os da concorrência, taxas de participação e reajustes anuais do contrato.

Lembrando que, em virtude da lei 9.656/98 as operadoras de plano de saúde passaram a oferecer pacotes relativamente semelhantes e que com a aprovação da portabilidade os usuários são livres para buscar outras empresas sem necessidade de esperar o vencimento de prazos de carência, assim como enfatizando o fato de programas de qualidade estarem buscando padronizar e incrementar os serviços na área de saúde suplementar pode minimizar a percepção de diferenças significativas em relação à estrutura ao gerenciar a atenuar deficiências de processo, será fundamental para a sobrevivência da operadora buscar constantemente conhecimento sobre o que pensam a seu respeito seus usuários, procurando atendê-los em seus anseios dentro daquilo a que propuseram oferecer. É uma questão de oferta de qualidade com utilização de estratégias de inteligência de mercado.

5.2 Sugestões para Estudos Futuros

O presente estudo pode servir como ponto de partida para investigações futuras que aprofundam o entendimento das dimensões relacionadas à retenção e à lealdade

dos clientes em serviços de saúde oferecidos através de operadoras de tais planos. É fundamental o entendimento do comportamento e da atitude de vários tipos de clientes de serviços de saúde, como, por exemplo, usuários freqüentes, eventuais ou não-usuários. Também deve ser apurado com maiores detalhes o impacto da insatisfação nessa área e o seu efeito no comportamento de mudança de operadora.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABASP. *Quem somos*. DISPONÍVEL EM [http:// WWW. ABASP.ORG.BR/005/00502001 . asp? TTCD_CHAVE = 15822](http://WWW.ABASP.ORG.BR/005/00502001.asp?TTCD_CHAVE=15822). Acesso em 18/04/2011.

AMIL. *Conheça a Amil*. Disponível em www.planodesaudeamil.com.br/amil.htm
Acesso em 18/04/2011

. *Nossa história*. Disponível em [http://www.amil.com.br/amilportal/siteinstitucional/historia/sobre](http://www.amil.com.br/amilportal/siteinstitucional/historia/sobreempresa/qualidade/universidade/identidade/resp_social) empresa/qualidade/universidade/identidade/resp_social. Jps. Acesso em 18/04/2011

⁽⁵⁷⁾ BIBLIOMED. *Os planos de saúde, os médicos e os clientes: tripé difícil de equilibrar*. Boletim informativo da Bibliomed. Publicação nº 77 – Revista Boa Saúde. Disponível em boletim informativo da Bibliomed .com.br. copyright @ 2000 chealth Latin America. Acesso em 24/05/2011.

BRASIL. *Lei federal nº 9656*, de 3 de junho de 1998. Dispões sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, junho de 1998. texto compilado. Disponível em [http:// www.planalto.gov.br/ccivel_03/leis/L9656. HTM](http://www.planalto.gov.br/ccivel_03/leis/L9656.HTM). Acesso em 20/05/2011.

CASEMIRO, João Carlos Gon. *Como estruturar uma área de inteligência de mercado*. Joinville (SC): embraco, set. , 2009.

CHIDID NETO, Aziz. *Palavra do conselho*. Seja bem-vindo ao grupo Assim. Disponível em <http://www.assim.com.br/sit2007/conselho.php>. Acesso em 18/04/2011

DOLABELA, Fernando. *O ensino do empreendedorismo: panorama brasileiro*. Empreendedorismo: ciência, técnica e arte. Brasília: CNI/IEL Nacional, 2001.

. *O segredo de Luísa*. São Paulo: cultura, 1999.

DRUCKER, Peter. *Innovation and entrepreneurship*. New York: Harper & Row, 1985. IV EGEPE – Encontro de Estudos sobre empreendedorismo e gestão de Pequenas Empresas. *Anais*, 2005.

Ferreira, Aurélio Buarque de Holanda. *Miniaurélio*: o minidicionário da língua Portuguesa; coordenação de edição Marina Band Ferreira; equipe de lexicografia Margarida dos Anjos. 7. ED. Curitiba: Ed. Positivo, 2008.

GOLDEN CROSS. *Uma história de sucesso*. Disponível em http://www.brplanosdesaude.com.br/apres_golden.html. Acesso em 18/04/2011.

A Golden Cross hoje. Disponível em <http://www3.goldencross.com.br/publiquei/site?sid=1>. Acesso em 18/04/2011

MED IM- Inteligência de Mercado. Coordenação da organização das informações e de conhecimento do mercado. Rom Systems, 2001

MILAN, Gabriel Serandio & TREZ, Guilherme. Pesquisa de satisfação: um modelo para planos de saúde. *RAE-eletrônica*, V.4, N.2, ART. 17, JUL./DEZ. 2005. Revista on-line da Fundação Getúlio Vargas-escola de Administração de Empresas de São Paulo (FGV-EAESP) . Disponível em <http://www.rae.com.br/electronica/index.cfm?FuseAction=Artigo&ID=2165&SEÇÃO=artigo6&volume=46&numero=26&ano=2005>

MUNHOES, André. Inteligência de negócios no mercado de saúde suplementar. Link: *Caderno de Informação da Saúde Suplementar – ANS, dez, 2008*.

ODONTO EMPRESA. Plano odontológico. *Manual do usuário*. Versão de 14/11/2008.

RIBEIRO, Fernando. *Empresas investem em captação de informações sobre a concorrência*. Disponível em <http://www.mundodomarketing.com.br/8,5520>. acesso em 20/082008.

SOARES, Vivian. Empresas ampliam áreas de inteligência de mercado. Valor 21/02/2011

TERRA, Thiago marketing baseado em inteligência de mercado. DISPONÍVEL EM <http://WWW.MUNDODOMARKETING.COM.BR/8,5520>, marketing-baseado-em-inteligência-de-mercado.htm. quarta, 20 de agosto de 2008 – 18:31

UNIMED. História. Disponível em [Unimed.com.br/pct/index.jsp? cd_canal = 49146 & cd seção = 49094](http://Unimed.com.br/pct/index.jsp?cd_canal=49146&cd_seção=49094). Acesso em 24/05/2011.