

**Ministério da Educação
Universidade Federal de Ouro Preto
Escola de Minas
Departamento de Engenharia de Produção, Administração e Economia**

MARIA EDUARDA MEIRA FELISBERTO

**IMPACTOS DE INDICADORES DE
DESEMPENHO DE SERVIÇOS NO SETOR DE
SAÚDE: UMA ANÁLISE ESTRATÉGICA COM
ÊNFASE NO IDSS**

Ouro Preto
2025

Maria Eduarda Meira Felisberto

IMPACTOS DE INDICADORES DE DESEMPENHO DE SERVIÇOS NO SETOR DE SAÚDE: UMA ANÁLISE ESTRATÉGICA COM ÊNFASE NO IDSS

Monografia apresentada ao Curso de Engenharia de Produção da Universidade Federal de Ouro Preto como parte dos requisitos para a obtenção do Grau de Engenheiro de Produção.

Ouro Preto
2025

SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

F315i Felisberto, Maria Eduarda Meira.
Impactos de indicadores de desempenho de serviços no setor de
saúde [manuscrito]: uma análise estratégica com ênfase no IDSS. / Maria
Eduarda Meira Felisberto. - 2025.
55 f.

Orientadora: Profa. Dra. Irce Fernandes Gomes Guimarães.
Monografia (Bacharelado). Universidade Federal de Ouro Preto. Escola
de Minas. Graduação em Engenharia de Produção .

1. Saúde suplementar. 2. Indicadores de saúde - Desempenho -
Avaliação. 3. Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS). 4.
Usuário - Percepção. 5. Prestação de serviços - Planejamento. I.
Guimarães, Irce Fernandes Gomes. II. Universidade Federal de Ouro
Preto. III. Título.

CDU 658.5

Bibliotecário(a) Responsável: Maristela Sanches Lima Mesquita - CRB-1716



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO
REITORIA
ESCOLA DE MINAS
DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO,
ADMINISTRAÇÃO E ECONOMIA



FOLHA DE APROVAÇÃO

Maria Eduarda Meira Felisberto

**IMPACTOS DE INDICADORES DE DESEMPENHO DE SERVIÇOS NO SETOR DE SAÚDE: UMA ANÁLISE
ESTRATÉGICA COM ÊNFASE NO IDSS**

Monografia apresentada ao Curso de Engenharia de Produção da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Engenharia de Produção

Aprovada em 24 de outubro de 2025

Membros da banca

Dra- Irce Fernandes Gomes Guimarães- Orientadora (Universidade Federal de Ouro Preto- UFOP)
Dra - Clarisse da Silva Vieira Camelo de Souza - (Universidade Federal de Ouro Preto- UFOP)
Mestranda e Engenheira Laura Eliza Ferreira Silva - (Universidade Federal de Ouro Preto- UFOP)

Dra- Irce Fernandes Gomes Guimarães, orientadora do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 29/10/2025



Documento assinado eletronicamente por **Irce Fernandes Gomes Guimaraes, PROFESSOR DE MAGISTERIO SUPERIOR**, em 29/10/2025, às 18:04, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **1005606** e o código CRC **28468E3D**.

Agradecimentos

Primeiro, agradeço a Deus e ao Universo por terem guiado meus passos até aqui. À minha mãe, Nelrilene, meu exemplo de força, fé e determinação. Ao meu pai, Adilson, por se fazer presente sempre. A minha vó, Zeli, pelo amor incondicional. A Tia Cássia e Tio Sérgio, por toda ajuda e cuidado. Ao Cezar e família pelo suporte. Aos meus primos Pablo, Ricardo, Thais, Thalisson e Thiago por serem como irmãos. Lucas pelas inúmeras ajudas matemáticas. As famílias Meira e Felisberto, todo amor e torcida. Aos meus padrinhos Herlyedson, Jânio e Joseny por se fazerem presentes. À UFOP, pelo ensino público de qualidade. A Irce, por ter me guiado e pelos ensinamentos. AG, pela oportunidade de crescimento profissional. Camilla, por toda amizade e companheirismo nessa jornada. Precipitada, minha irmã de alma, obrigada por todos os momentos. Aos amigos do ES, por estarem presente mesmo com a distância. As repúblicas: Sinagoga e Volkana por serem minha segunda casa, Arca e Jardim de Alah pelas loucuras e golos, Consulado pela curriola, Pasárgada pela xilação e farra forte, Utopia pela amizade alucinante, Penitenciária e Querubim pelo acolhimento. À Volúpia, casa de mulheres fortes por ser a família que me acolheu e me fez viver os melhores anos de Ouro Preto.

Ah! se pudesses ver tudo o que nelas vejo.

Resumo

Este estudo tem como objetivo analisar a percepção dos beneficiários de uma operadora de saúde suplementar localizada em Nova Venécia, interior norte do Espírito Santo, acerca da qualidade dos serviços prestados, confrontando-a com a avaliação oficial da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), representada pelo Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS). A pesquisa adota uma abordagem metodológica mista, que articula dados primários, obtidos por meio da aplicação de questionários a usuários, com dados secundários provenientes da base oficial da agência reguladora. A análise revelou divergências relevantes entre a avaliação normativa e a experiência concreta dos beneficiários, indicando que o IDSS, apesar de sua importância estratégica como ferramenta de monitoramento e regulamentação, não reflete de forma integral a realidade local. Observa-se que os principais pontos de insatisfação dos usuários estão relacionados a barreiras de acesso, carência de especialistas, burocracia em processos de autorização e insuficiência da rede credenciada, fatores que afetam diretamente a percepção de qualidade e a continuidade deste tipo de cuidado. Nesse sentido, este estudo aponta para a necessidade de aprimoramento do IDSS, de modo a incorporar métricas mais sensíveis à experiência do usuário e as especificidades territoriais. Além disso, destaca-se a relevância da aplicação de práticas de Planejamento e Controle de Serviços no âmbito da saúde suplementar, como estratégia para alinhar capacidade assistencial, eficiência operacional e qualidade percebida.

Palavras-chave: Saúde suplementar. Indicadores de desempenho. IDSS. Percepção do usuário. Planejamento e Controle de Serviços.

Abstract

This study aims to analyze the perception of beneficiaries of a supplementary health operator located in Nova Venécia, in the northern interior of Espírito Santo, regarding the quality of the services provided, comparing it with the official evaluation of the National Supplementary Health Agency (ANS), represented by the Supplementary Health Performance Index (IDSS). The research adopts a mixed methodological approach that combines primary data obtained through questionnaires applied to users with secondary data from the official database of the regulatory agency. The analysis revealed significant discrepancies between the normative evaluation and the beneficiaries' actual experiences, indicating that the IDSS, despite its strategic importance as a monitoring and regulatory tool, does not fully reflect the local reality. The main points of user dissatisfaction are related to access barriers, shortage of specialists, bureaucratic authorization processes and insufficiency of the accredited network, factors that directly affect the perception of quality and continuity of care. In this regard, the study highlights the need to improve the IDSS to incorporate metrics that are more sensitive to user experience and territorial specificities. Furthermore, it emphasizes the relevance of applying Service Planning and Control practices within the supplementary health sector as a strategy to align care capacity, operational efficiency and perceived quality.

Keywords: Supplementary health. Performance indicators. IDSS. User perception. Service Planning and Control.

Lista de Figuras

Figura 1 – Fluxo Geral do Sistema de PCP.	14
Figura 2 – O papel dos serviços na economia.	16
Figura 3 – Fluxo Geral do Modelo Conceitual da Estratégia de Operações de Ma- nufatura	19
Figura 4 – Fluxo Geral do Modelo Conceitual da Estratégia de Operações de Serviços	19
Figura 5 – Diagrama Saude Suplementar	27
Figura 6 – Perfil sociodemográfico.	32
Figura 7 – Distribuição por Faixa Etária.	33
Figura 8 – Distribuição Geográfica.	33
Figura 9 – Titularidade dos Planos.	33
Figura 10 – Tipologia dos Planos.	34
Figura 11 – Principais Serviços Utilizados.	34
Figura 12 – Nível de conhecimento dos beneficiários sobre o IDSS.	35
Figura 13 – Percepção dos beneficiários quanto à precisão do IDSS em refletir a qualidade real dos serviços da operadora.	35
Figura 14 – Questão sobre avaliação da qualidade dos serviços da operadora de plano de saúde.	36
Figura 15 – Avaliação dos beneficiários sobre o atendimento (presencial, telefônico ou digital) da operadora de plano de saúde.	37
Figura 16 – Avaliação dos beneficiários sobre o atendimento (presencial, telefônico ou digital) da operadora de plano de saúde.	37
Figura 17 – Avaliação dos beneficiários sobre o atendimento (presencial, telefônico ou digital) da operadora de plano de saúde.	38
Figura 18 – Avaliação dos beneficiários sobre clareza e transparência das informa- ções fornecidas pela empresa	40
Figura 19 – Avaliação dos beneficiários resolução de problemas ou reclamação . . .	40
Figura 20 – Avaliação dos beneficiários sobre indicar a operadora para novos usuários	41
Figura 21 – Resultado IDSS ano-base 2023.	41

Lista de tabelas

Tabela 1 – Definições de Serviços	17
Tabela 2 – Coletânea de Comentários sobre o Plano de Saúde	39
Tabela 3 – Comparativo entre a Percepção Local e o IDSS Oficial (Ano-base 2023)	42

Lista de abreviaturas e siglas

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IDGA	Garantia de Acesso
IDGR	Gestão de Processos e Regulação
IDQS	Qualidade em Atenção à Saúde
IDSM	Sustentabilidade no Mercado
IDSS	Índice de Desempenho da Saúde Suplementar
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
PCP	Planejamento e Controle da Produção
PIB	Produto Interno Bruto
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PQO	Programa de Qualificação de Operadoras
SUS	Sistema Único de Saúde

Sumário

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	OBJETIVO GERAL	11
1.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
1.3	HIPÓTESES DO ESTUDO	12
1.3.1	Hipótese Geral	12
1.3.2	Hipóteses Específicas	12
2	O PLANEJAMENTO E CONTROLE DA PRODUÇÃO: FUNDA- MENTOS E ABRANGÊNCIA	13
2.1	CONCEITOS BÁSICOS DE PLANEJAMENTO E CONTROLE DA PRODUÇÃO	13
2.2	SETOR DE SERVIÇOS	15
2.2.1	A Mensuração da Qualidade em Serviços	17
2.2.2	Planejamento e Controle de Serviços	18
2.3	PANORAMA HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL: PRINCIPAIS MARCOS	20
2.3.1	Surgimento e Consolidação da Saúde Privada	21
2.3.2	O IDSS como Instrumento de Avaliação	22
2.3.3	Relação entre SUS e Saúde Privada	25
3	MATERIAIS E MÉTODOS DESTA PESQUISA	28
3.1	COLETA DE DADOS E DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO DE AMOS- TRAGEM	29
3.2	VALIDADE DA ANÁLISE COMPARATIVA: DA PERCEPÇÃO DO USUÁRIO À MÉTRICA OFICIAL	29
3.3	TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	30
3.4	LIMITAÇÕES DA PESQUISA	31
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	32
4.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	32
5	CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
5.1	VERIFICAÇÃO DOS OBJETIVOS PROPOSTOS	44
	REFERÊNCIAS	46

APÊNDICES	50
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO APLICADO	51

1 INTRODUÇÃO

O setor de serviços desempenha um papel fundamental na economia global, caracterizando-se por alguns aspectos como a intangibilidade, a heterogeneidade, a inseparabilidade e a perecibilidade das atividades prestadas (Zeithaml; Bitner; Gremler, 2014).

No caso brasileiro, essa realidade se expressa de maneira particular na área da saúde, que representa não apenas uma necessidade social, mas também um segmento de grande relevância econômica. Em 2021, as despesas de consumo final em saúde somaram R\$872,7 bilhões, o que correspondeu a 9,7% do Produto Interno Bruto (PIB). Esse dinamismo econômico é acompanhado por um crescimento significativo da participação da saúde privada e pelo expressivo aumento na geração de empregos e renda entre 2010 e 2019, confirmando a relevância estratégica tanto no plano social quanto no econômico (IBGE, 2024).

Nesse sentido, a natureza dos serviços de saúde, marcada pela imprevisibilidade das demandas e pela vulnerabilidade dos indivíduos, exige estruturas sólidas de avaliação, regulamentação e controle. Diferentemente de outros setores, a saúde lida diretamente com a preservação da vida e do bem-estar, o que eleva o nível de responsabilidade na gestão e na prestação de serviços. A institucionalização de mecanismos de avaliação que promovam maior eficiência, qualidade e equidade, além de apoiar a tomada de decisão de gestores e reguladores torna-se essencial nesse setor. (Contandriopoulos, 2006)

Nessa lógica, o Planejamento e Controle da Produção (PCP), tradicionalmente industrial, é cada vez mais relevante para o setor de serviços. No contexto da saúde suplementar, o PCP se traduz no Planejamento e Controle de Serviços, focado em dimensionar recursos como equipes médicas e redes credenciadas, além de acompanhar indicadores assistenciais. O objetivo é otimizar os fluxos de atendimento e reforçar a avaliação de desempenho como um instrumento de apoio à gestão estratégica. (Fitzsimmons; Fitzsimmons, 2010)

Nesse cenário, destaca-se a atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada pela Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, com a missão de regulamentar, normatizar, controlar e fiscalizar o setor de saúde suplementar brasileiro (Brasil, 2000). Ao longo de sua trajetória, a ANS vem desenvolvendo instrumentos para monitorar e aprimorar a qualidade dos serviços prestados pelas operadoras de planos de saúde. Entre esses instrumentos, destaca-se o Programa de Qualificação de Operadoras (PQO), que busca estimular boas práticas de gestão e incentivar a concorrência baseada na qualidade (ANS, 2025).

O principal indicador do PQO é o Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), que avalia as operadoras em quatro dimensões técnicas, focadas na qualidade assistencial, garantia de acesso, sustentabilidade de mercado e gestão. Embora a ANS também promova uma Pesquisa de Satisfação de Beneficiários para captar a percepção

do usuário, a influência desta na nota final do IDSS é limitada. Isso gera uma lacuna significativa entre o desempenho técnico-regulatório e a experiência real vivenciada pelo beneficiário, que constitui o problema central desta pesquisa. (ANS, 2025)

Do ponto de vista acadêmico, essa realidade revela uma lacuna importante: ainda são escassos os estudos que analisam criticamente a eficácia dos indicadores regulatórios, em especial do IDSS. Como apontam Oliveira e Kornis (2017), a literatura acadêmica sobre a política de qualificação da ANS permanece precária. Para preencher parte dessa lacuna e investigar a relação entre as métricas regulatórias e a experiência real dos usuários, este estudo propõe uma análise comparativa por meio de um estudo de caso. A pesquisa será realizada na cidade de Nova Venécia, situada no interior norte do Espírito Santo, uma das 14 cidades que compõem a área de abrangência regional da operadora de saúde selecionada para este estudo. Essa delimitação geográfica permite confrontar a percepção local dos beneficiários com o desempenho oficial aferido pelo IDSS para a região.

A relevância desta pesquisa é multifacetada. Do ponto de vista prático, conforme defendem Tanaka e Tamaki (2012), a avaliação é um instrumento estratégico para a gestão. Ao analisar as divergências entre o IDSS e a satisfação local, o estudo pode fornecer subsídios acionáveis para os gestores da operadora, auxiliando na identificação de fragilidades e na implementação de melhorias. Para a política regulatória, as descobertas podem subsidiar o debate na ANS sobre a eficácia do IDSS em refletir a realidade do beneficiário, contribuindo para seu aprimoramento. Por fim, a pesquisa oferece uma contribuição científica ao ampliar a escassa literatura sobre o tema (Oliveira; Kornis, 2017), aprofundando a discussão sobre a relação entre métricas de desempenho e a qualidade percebida na saúde suplementar brasileira.

1.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a relação entre o desempenho de uma operadora de planos de saúde nas dimensões de Qualidade em Atenção à Saúde (IDQS) e Garantia de Acesso (IDGA) do IDSS, e a percepção de qualidade dos clientes beneficiários, por meio de um estudo de caso na cidade de Nova Venécia.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analisar a percepção dos beneficiários de planos de saúde sobre a qualidade e o acesso aos serviços, por meio de um questionário estruturado, com foco nas dimensões de IDQS e IDGA.
- Comparar os resultados obtidos na pesquisa de campo com os indicadores oficiais do IDSS da operadora, a fim de identificar pontos de alinhamento e de divergência entre a métrica regulatória e a experiência do usuário.

- Discutir as possíveis causas das divergências encontradas, inferindo sobre as lacunas do indicador agregado e as implicações para a gestão da operadora.
- Relacionar os resultados da análise com os desafios e oportunidades da política de qualificação da ANS para a melhoria contínua dos serviços no setor de saúde suplementar.

1.3 HIPÓTESES DO ESTUDO

Com base nos objetivos da pesquisa e nas discussões sobre a natureza agregada do IDSS e a percepção local dos usuários, as seguintes hipóteses serão investigadas neste trabalho:

1.3.1 Hipótese Geral

- A percepção de qualidade e acesso aos serviços, mensurada no estudo de caso, apresenta divergência em relação à pontuação oficial da operadora no IDSS, que reflete uma métrica de desempenho agregada para a região.

1.3.2 Hipóteses Específicas

- A avaliação dos beneficiários sobre o IDQS, obtida por meio do questionário, não alinha de forma consistente com a pontuação oficial da operadora na mesma dimensão do IDSS.
- A avaliação dos beneficiários sobre o IDGA, obtida por meio do questionário, não alinha de forma consistente com a pontuação oficial da operadora na mesma dimensão do IDSS.

2 O PLANEJAMENTO E CONTROLE DA PRODUÇÃO: FUNDAMENTOS E ABRANGÊNCIA

Neste capítulo, são explorados os principais conceitos que sustentam os temas centrais deste estudo. Inicialmente, apresenta-se a literatura essencial sobre PCP, que fornece a base teórica para compreender a gestão das operações. Em seguida, a atenção se volta para o Setor de Serviços, destacando como os princípios do PCP são reinterpretados em um ambiente marcado pela intangibilidade e pela importância da experiência do cliente. Por fim, o capítulo situa a pesquisa no contexto da saúde no Brasil, traçando um breve panorama histórico dos sistemas público e privado e examinando em profundidade o IDSS como ferramenta de avaliação e regulação do setor.

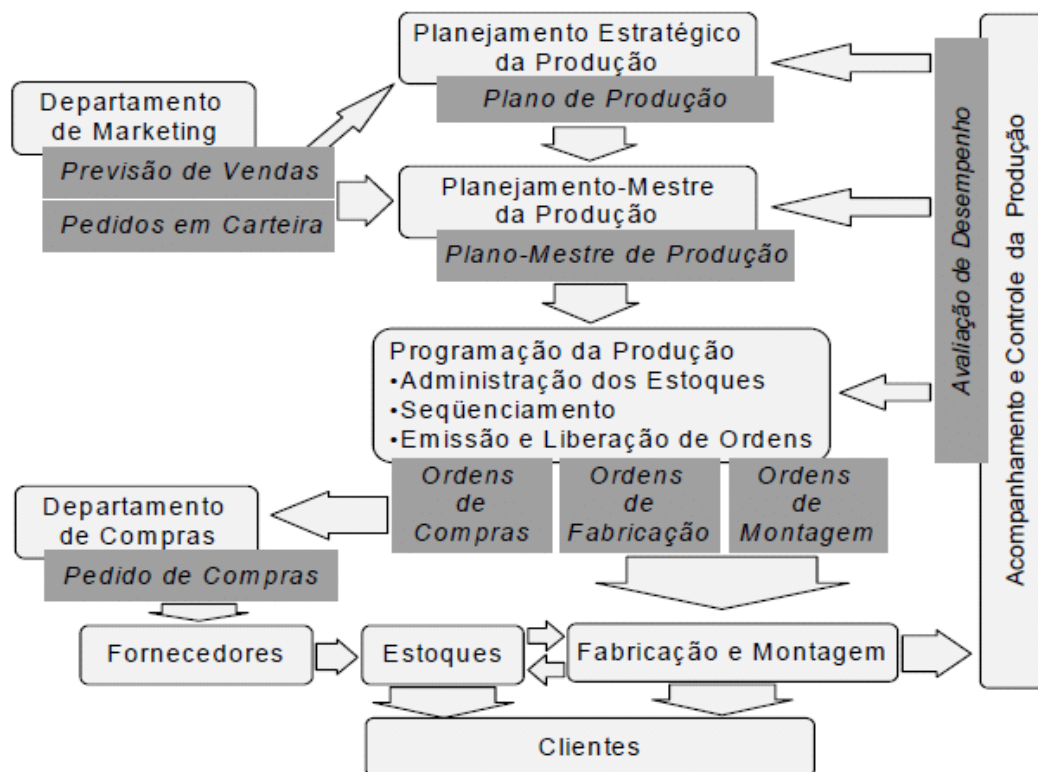
2.1 CONCEITOS BÁSICOS DE PLANEJAMENTO E CONTROLE DA PRODUÇÃO

O Planejamento e Controle da Produção (PCP) é um setor empresarial que gerencia, planeja e acompanha as ações estratégicas, táticas e operacionais do setor produtivo de uma organização. Corrêa, Giansesi e Caon (2010), aprofunda este conceito apresentando o PCP como a junção entre plano, estratégias da empresa e as ações no sistema produtivo, ou seja, é o hábito de antever as ações da linha de produção por análise de estratégias, planos táticos e cronograma pré-estabelecido, visando uma execução das atividades mais eficientes e aprimoradas. De acordo com Vollman e outros (2006), o sistema PCP engloba todos os aspectos do sistema produtivo, incluindo o gerenciamento de materiais, a programação de máquinas e a coordenação de fornecedores e prazos de entrega, garantindo o bom relacionamento entre os setores da organização.

Diante dos observados pela lei da oferta e da procura, o PCP desempenha um papel decisivo nas ações tomadas para enfrentá-los, pois possibilita a busca por melhor qualidade, maior variação de modelos, entregas mais confiáveis e menores custos, que se tornam expectativas crescentes dos consumidores. (Russomano, 2000)

A complexidade e a abrangência do PCP são frequentemente comparadas a sistemas vitais. Em sua literatura Tubino (2009), por exemplo, conceitua o PCP como o elemento central que articula o mercado, os produtos, os recursos e as pessoas dentro de uma empresa, funcionando como seu sistema nervoso. Essa analogia ressalta o papel central do PCP na coordenação de todas as funções empresariais para responder de forma eficaz às demandas do mercado. O autor ainda detalha que o PCP se manifesta em distintos níveis de decisão são eles: estratégico, que define diretrizes de longo prazo; tático, que desdobra essas diretrizes em planos de médio prazo; e operacional, que lida com a execução diária das atividades, cada um com seus próprios horizontes de tempo e níveis de detalhe. A Figura 1 apresenta uma visão geral do fluxo de informações das etapas do PCP.

Figura 1 – Fluxo Geral do Sistema de PCP.



Fonte: Tubino (2009).

Reforçando a perspectiva de sistema, Thomas (2006) descreve o PCP como um sistema abrangente que engloba planejamento, programação e controle da produção. Para esses autores, ele é indispensável ao gerenciamento da cadeia de suprimentos, coordenando as atividades desde a aquisição de matérias-primas até a entrega do produto ou serviço final ao cliente. A integração de diversas etapas e funções organizacionais por meio do PCP é crucial para assegurar um fluxo de informações eficiente, o que, por sua vez, otimiza significativamente a tomada de decisões em toda a operação.

Corroborando com esse ponto de vista, o autor Lustosa (2008) qualifica o PCP como o subsistema responsável pela gestão dos recursos operacionais da produção. O objetivo primordial, segundo o autor, é garantir que a produção esteja intrinsecamente alinhada às estratégias da empresa, otimizando o uso de materiais, equipamentos e mão de obra. Ele enfatiza que as decisões do PCP variam desde o planejamento de capacidade em longo prazo até o sequenciamento minucioso das operações em curto prazo, evidenciando a necessidade de uma abordagem holística e integrada para a gestão da produção.

Em síntese, o PCP transcende a mera função de controle, configurando-se como um sistema de gestão dinâmico que interconecta diversas funções organizacionais. Sua atuação se manifesta na previsão e no balanceamento entre demanda e capacidade, na programação detalhada da produção, no sequenciamento eficiente das operações e no monitoramento

contínuo do desempenho. Tais ações convergem para otimizar os fluxos produtivos e assegurar a entrega consistente de valor ao cliente. A compreensão aprofundada desses conceitos é crucial para o desenvolvimento de soluções robustas e particularmente em contextos tão complexos e dinâmicos quanto o setor de saúde, que será o foco de análise deste estudo.(Tubino, 2009)

2.2 SETOR DE SERVIÇOS

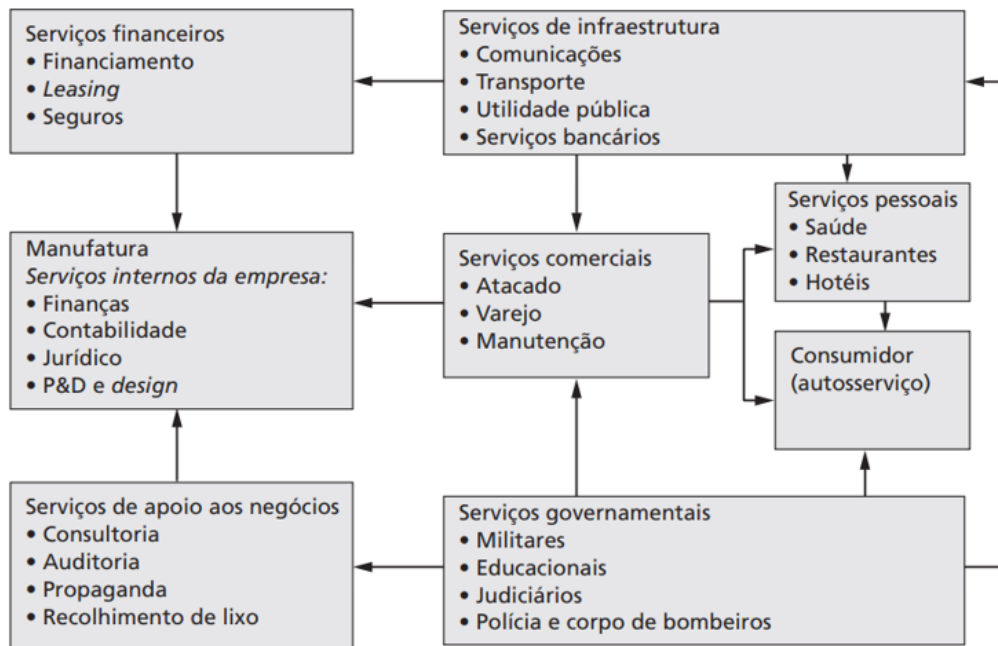
A transição de economias centradas na manufatura para aquelas dominadas pelos serviços destaca a crescente complexidade e relevância deste setor. O setor de serviços é fundamental para as economias modernas, com uma participação crescente no PIB da maioria dos países e na geração de empregos. No contexto brasileiro, por exemplo, o setor de saúde representou 9,6% do PIB em 2019, evidenciando seu papel significativo.(IBGE, 2022)

Apesar de sua relevância econômica, o conceito de serviço é notoriamente complexo e carece de uma definição universalmente aceita na literatura. Essa complexidade deriva, em grande parte, de características intrínsecas que os distinguem dos bens tangíveis. As quatro características fundamentais dos serviços são a intangibilidade, a inseparabilidade (produção e consumo simultâneos), a variabilidade (heterogeneidade na entrega) e a perecibilidade (não podem ser estocados). A ausência de um produto físico inspecionável antes da compra exige que a avaliação da qualidade se baseie fundamentalmente na experiência do consumo. Tais particularidades impõem desafios únicos tanto aos clientes, em sua avaliação pré-compra, quanto às empresas, em sua gestão e estratégias de marketing.(Fitzsimmons; Fitzsimmons, 2000)

A natureza das atividades de serviço, para Meirelles (2006), reside essencialmente na realização de trabalho em si, e não em um produto final tangível. Essa distinção ganhou relevância histórica com a evolução social: se a industrialização demandou mão de obra predominantemente operária, o contínuo desenvolvimento do setor de serviços impulsionou uma demanda crescente por profissionais com maior qualificação e habilidades diversificadas. Isso ocorre porque as características intrínsecas dos serviços exigem uma gestão mais adaptativa e complexa, tornando a qualificação do capital humano um diferencial estratégico neste setor.

Para ilustrar a vasta gama de atividades e as inter-relações que definem o setor, Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000) propõem uma visão sistêmica. Eles categorizam os serviços de diversas formas, mostrando que eles não operam isoladamente, mas se conectam e se apoiam mutuamente, sustentando tanto outras indústrias quanto o consumidor final. Essa interconexão que ilustra a teia de relações entre os diferentes tipos de serviços, evidenciando como se conectam à manufatura e ao consumidor pode ser observada na Figura 2 abaixo.

Figura 2 – O papel dos serviços na economia.



Fonte: Fitzsimmons e Fitzsimmons (2010).

Em um cenário em que a definição de serviço é multifacetada, Lovelock e Wirtz (2011) ressaltam que os serviços são melhor compreendidos como ações, processos e desempenhos, e que sua gestão exige uma abordagem distinta daquela aplicada aos bens físicos. Demonstrando a diversidade de perspectivas e a evolução na conceituação de serviços ao longo do tempo, algumas definições são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Definições de Serviços

Autor(es)	Definição
America Marketing Association (1960)	“Serviços: atividades, benefícios ou satisfações que são colocadas à venda ou proporcionados em conexão com a venda de bens.”
Regan (1963)	“Serviço representa as satisfações intangíveis apresentadas diretamente (transporte, acomodação), ou satisfações intangíveis apresentadas diretamente quando da compra de mercadorias ou de outro serviço (crédito, entrega).”
Gummesson (1987)	“Serviço é algo que pode ser comprado e vendido, mas que você não consegue deixar cair sobre o seu pé.”
Ramasawami (1996)	Serviço pode ser entendido como “as transações de negócios que acontecem entre um provedor (prestador de serviço) e uma receptor (cliente) a fim de produzir um resultado que satisfaça o cliente”
Lovelock e Wright (2001)	“Serviço é um ato ou desempenho que gera benefícios para clientes por meio de uma mudança desejada no – ou em nome do – receptor do serviço.”
Bowen e Ford (2002)	“Um serviço intangível inclui todos elementos que juntos são responsáveis por criar uma experiência memorável para o cliente em um determinado momento do tempo”

Fonte: Adaptado de Uriona (2009) e Guimarães (2018).

Apesar das peculiaridades dos serviços, os princípios da gestão de operações são transferíveis à manufatura. A lógica do PCP é aplicável, mas demanda adaptações estratégicas. A otimização e o controle são essenciais para os serviços, e a gestão de serviços, em virtude da intangibilidade e da interação com o cliente, deve focar em objetivos de desempenho como qualidade, flexibilidade e confiabilidade. (Lustosa, 2008)

2.2.1 A Mensuração da Qualidade em Serviços

Dada a intangibilidade e a centralidade da experiência do cliente, a mensuração da qualidade em serviços apresenta particularidades que a distinguem profundamente das abordagens utilizadas na manufatura. A literatura clássica sobre o tema oferece modelos conceituais fundamentais para compreender e avaliar essa qualidade percebida.

Entre os modelos mais influentes, destaca-se o SERVQUAL, desenvolvido por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988), que avalia a qualidade do serviço com base no gap — a diferença entre as expectativas dos clientes e suas percepções acerca do serviço efetivamente recebido. Essa avaliação é estruturada em cinco dimensões: confiabilidade,

responsividade, segurança, empatia e tangibilidade, permitindo uma análise abrangente dos aspectos intangíveis que compõem a experiência de serviço.

Em uma perspectiva complementar, Grönroos (1984) propõe o modelo de Qualidade Total Percebida, que distingue a qualidade técnica (relacionada ao resultado do serviço, ou “o que” o cliente recebe) da qualidade funcional (relativa ao processo de entrega, ou “como” o serviço é prestado). Essas percepções são mediadas pela imagem da organização, que atua como um filtro cognitivo na formação do julgamento do consumidor.

Posteriormente, em contraposição ao SERVQUAL, Jr. e Taylor (1992) desenvolveram o modelo SERVPERF, o qual defende que a qualidade deve ser mensurada exclusivamente com base na percepção do desempenho real do serviço, argumentando que a mensuração das expectativas é metodologicamente complexa e, em muitos casos, redundante.

Apesar das diferenças teóricas e metodológicas, esses modelos convergem em um ponto central: a percepção do cliente constitui o principal referencial para a avaliação da qualidade em serviços. Essa premissa é essencial para a análise crítica de indicadores como o IDSS, que, como será discutido adiante, adota uma abordagem predominantemente técnica e processual, afastando-se da mensuração direta da experiência e satisfação do usuário.

2.2.2 Planejamento e Controle de Serviços

A gestão de operações, historicamente enraizada na manufatura, exige uma reconfiguração conceitual quando aplicada ao setor de serviços. Diferentemente do PCP tradicional, que orquestra operações para a entrega de produtos tangíveis, o PCP na área de serviços lida com o desafio de gerir os recursos operacionais para garantir o alinhamento com as estratégias da empresa. (Lustosa, 2008)

Essa necessidade de reconfiguração é apontada por diversos autores, que destacam as características que definem os serviços, como intangibilidade, inseparabilidade, variabilidade e perecibilidade. (Russomano, 2000); (Zeithaml; Bitner; Gremler, 2014)

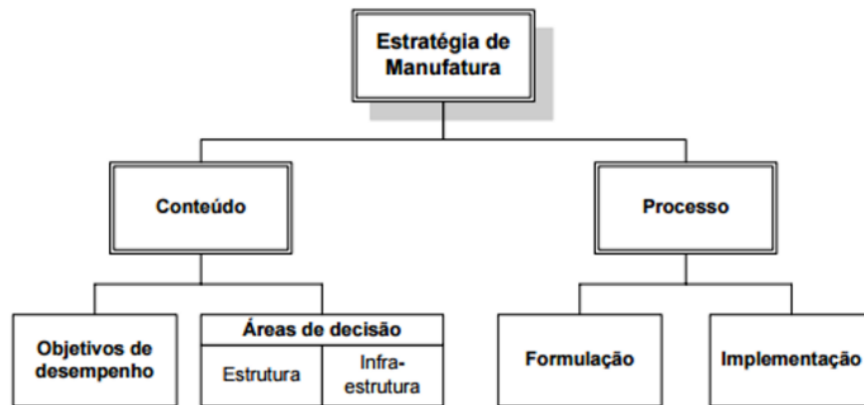
Essas particularidades alteram fundamentalmente a natureza da gestão, pois, como destacam Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000), a avaliação da qualidade deixa de ser focada em um produto físico inspecionável para se basear na experiência do consumo.

Apesar dessas diferenças fundamentais, os princípios de otimização e controle da gestão de operações são transferíveis. Contudo, sua aplicação deve ser reorientada, nesse sentido Lustosa (2008) reforça que a lógica de otimização e controle é essencial para os serviços. Segundo o autor, a gestão de serviços, em virtude da intangibilidade e da interação com o cliente, deve focar em objetivos de desempenho como qualidade, flexibilidade e confiabilidade para atender às expectativas geradas.

Essa mudança de foco — de uma lógica voltada para a eficiência interna para uma abordagem centrada na percepção do cliente — pode ser bem compreendida ao se observar os modelos conceituais propostos por Santos (2004). No contexto da manufatura, o modelo

ênfatisa os objetivos de desempenho (como custo, qualidade, flexibilidade e velocidade) e as áreas de decisão, que se dividem entre estrutura (relacionada a aspectos físicos e tecnológicos da produção) e infraestrutura (voltada a políticas, sistemas e práticas de gestão). Esses elementos se articulam em um processo linear, que compreende as etapas de formulação e implementação da estratégia, conforme representado na Figura 3.

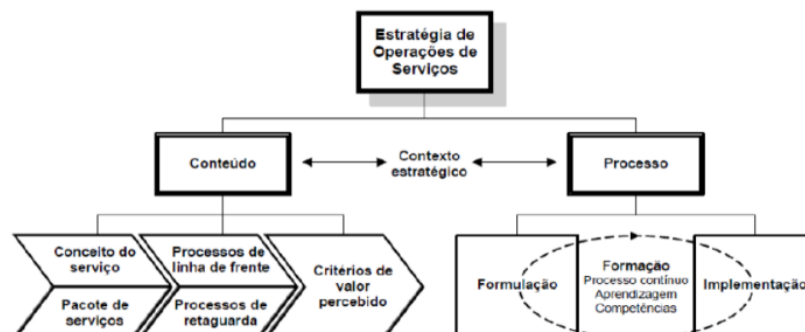
Figura 3 – Fluxo Geral do Modelo Conceitual da Estratégia de Operações de Manufatura



Fonte:Santos (2004).

Em contrapartida, ao transpor essa lógica para os serviços, as limitações tornam-se evidentes. Enquanto o modelo de manufatura ênfatisa a padronização, o controle de custos e a eficiência operacional, o modelo conceitual de operações de serviços, apresentado na Figura 4 propõe uma reestruturação conceitual que reflete as especificidades deste setor, no qual o valor percebido pelo cliente se torna o eixo central da estratégia.(Santos, 2004)

Figura 4 – Fluxo Geral do Modelo Conceitual da Estratégia de Operações de Serviços



Fonte:Santos (2004).

Indo além da reconfiguração do modelo interno, a gestão de serviços deve adotar uma visão sistêmica. As operações não ocorrem de forma isolada, mas formam uma complexa

teia de relações que interliga serviços financeiros, de infraestrutura, governamentais e pessoais à própria manufatura e ao consumidor final (Fitzsimmons; Fitzsimmons, 2010). Observe que o fluxograma reforça essa abordagem sistêmica ao demonstrar a integração entre os elementos de conteúdo e processo, sob a influência de um contexto estratégico dinâmico. O conteúdo contempla aspectos como o conceito do serviço, o pacote de serviços oferecido, os processos de linha de frente e de retaguarda, além dos critérios de valor percebido pelo cliente. Esses componentes representam a base sobre a qual o serviço é concebido e entregue, equilibrando o que é visível ao cliente com o que sustenta a operação internamente.

Por sua vez, o processo estratégico envolve as etapas de formulação e implementação, articuladas a um ciclo contínuo de formação, aprendizagem e desenvolvimento de competências. Conforme explica Santos (2004), essa estrutura demonstra que a estratégia de operações em serviços é um processo dinâmico e adaptativo, que evolui conforme as interações com o ambiente e com o cliente. A presença do contexto estratégico entre o conteúdo e o processo evidencia que as decisões operacionais devem ser constantemente realinhadas às transformações externas, como avanços tecnológicos, mudanças regulatórias e novas expectativas de mercado.

Desse modo, o modelo de Santos (2004) destaca que a eficácia da estratégia de operações de serviços depende da coerência entre o conteúdo (o que é ofertado), o processo (como é desenvolvido e entregue) e o contexto (onde e para quem é oferecido). Essa interdependência, somada à natureza contínua da aprendizagem organizacional, sustenta a entrega de valor percebido pelo cliente e reforça a importância de uma gestão integrada das operações em rede, conforme defendem Fitzsimmons e Fitzsimmons (2010).

Portanto, um planejamento eficaz deve considerar não apenas os processos internos, mas também a interdependência com outros serviços no ecossistema, pois essa interação é crucial para a composição da experiência final do cliente. (Fitzsimmons; Fitzsimmons, 2010)

2.3 PANORAMA HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL: PRINCIPAIS MARCOS

A história da saúde pública no Brasil é uma jornada que transcende a mera listagem de datas, sendo um percurso marcado por diferentes modelos e concepções, desde uma abordagem restrita e higienista até a consagração do direito à saúde na Constituição de 1988. (Fiocruz, 2020)

Em seus primórdios, a saúde era orientada pela chamada "polícia médica", uma visão de controle e saneamento que visava a proteção das elites e da economia. Ações coercitivas e campanhas sanitárias focadas em combater grandes epidemias, como a febre amarela, eram o centro da política de saúde (Rosen, 1979). A medicina era praticada de forma incipiente e, muitas vezes, por figuras não oficiais como curandeiros e boticários (Rosen, 1979). Esse modelo, no entanto, ignorava as condições sociais e sanitárias da maior parte

da população, refletindo um sistema de saúde fragmentado e excludente (Porto, 2000). A atuação de figuras como Oswaldo Cruz e as campanhas sanitaristas do início do século XX exemplificam essa fase (Santos, 1985).

A transição do século XIX para o XX abriu espaço para uma nova abordagem: a medicina social. Esse paradigma emergente buscava ir além da doença individual, considerando os fatores sociais, econômicos e políticos como determinantes da saúde coletiva (Machado; outros, 1978). A Revolução de 1930 e a Era Vargas foram cruciais para a consolidação de um modelo de assistência médica vinculado ao trabalho, através da criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) a partir da Lei Eloy Chaves de 1923. O acesso aos serviços era um privilégio dos trabalhadores formais, deixando de fora a população desempregada, informal e rural (Costa, 1985).

A crise do sistema previdenciário e a insatisfação com a qualidade e a segmentação dos serviços foram o motor para o surgimento do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira nos anos 1970 e 1980 (Costa, 1985). Esse movimento, composto por acadêmicos, profissionais de saúde e movimentos sociais, defendia a saúde como um direito fundamental de todo cidadão. As discussões da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foram o ponto culminante que levou à consagração da saúde como um direito fundamental na Constituição Federal de 1988, estabelecendo-a como um "direito de todos e dever do Estado" (Fiocruz, 2020; BRASIL, 1988).

A materialização desse princípio constitucional ocorreu com as Leis Orgânicas da Saúde de 1990, que regulamentaram e formalizaram a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O novo sistema foi então estruturado sob os pilares da universalidade, integralidade e equidade, com o objetivo de superar as iniquidades históricas no acesso à saúde. (Fiocruz, 2020)

2.3.1 Surgimento e Consolidação da Saúde Privada

Embora a saúde pública tenha evoluído para o SUS, a saúde privada no Brasil traçou uma trajetória paralela e robusta, cujas raízes são anteriores à própria consolidação do sistema previdenciário. Inicialmente, a assistência privada se manifestava em modelos filantrópicos e mutualistas, mas foi a partir da década de 1960 que o setor assumiu um caráter empresarial e expansionista, impulsionado por um ambiente político e econômico favorável. (Singer, 1981)

Durante o regime militar, a crise do sistema previdenciário estatal (INPS) e a política de incentivos fiscais para empresas que oferecessem planos de saúde a seus empregados criaram um terreno fértil para o crescimento da medicina de grupo e das cooperativas médicas (Singer, 1981). Nesse período, o Estado não apenas permitiu, mas ativamente estimulou a expansão do setor privado, comprando serviços de hospitais e clínicas particulares para suprir as deficiências da rede pública. Essa dinâmica consolidou um modelo assistencial dual, onde o setor público perdia progressivamente sua capacidade de inves-

timento, enquanto o privado se fortalecia como uma alternativa para as classes média e trabalhadora com emprego formal (Costa, 1985).

A Constituição Federal de 1988 representou um marco ambíguo para o setor. Ao mesmo tempo em que universalizou o direito à saúde com a criação do SUS, ela legitimou a atuação da iniciativa privada em caráter complementar (Vilarinho, 2003). Essa definição de "complementaridade", no entanto, abriu espaço para uma interpretação que permitiu ao mercado de saúde suplementar não apenas complementar, mas também competir com o sistema público, atraindo os segmentos da população com maior poder aquisitivo (Vilarinho, 2003; Mendes, 2000).

O período entre 1988 e o final da década de 1990 foi marcado por uma expansão desregulada do mercado de planos de saúde. A ausência de um marco legal claro resultou em inúmeros problemas para os consumidores, como a recusa de cobertura para doenças preexistentes, reajustes abusivos de mensalidades e rescisões unilaterais de contrato (Vilarinho, 2003). A crescente insatisfação social e a complexidade do setor tornaram evidente a necessidade de uma regulação estatal mais efetiva.

Em resposta a esse cenário, foi promulgada a Lei nº 9.656 de 1998, que estabeleceu as primeiras regras para o funcionamento dos planos de saúde. O passo decisivo, contudo, veio com a criação da ANS pela Lei nº 9.961 de 2000 (Brasil, 2000). A ANS nasceu com a missão de regular, normatizar, controlar e fiscalizar as atividades do setor, buscando equilibrar os interesses das operadoras com a proteção dos direitos dos consumidores. Desde então, a agência é responsável por definir o rol mínimo de procedimentos de cobertura obrigatória e por desenvolver mecanismos de avaliação da qualidade das operadoras, como o IDSS, que se tornou uma ferramenta central para a qualificação e a transparência do mercado (ANS, 2025)

2.3.2 O IDSS como Instrumento de Avaliação

A regulamentação do mercado de saúde suplementar, após sua permissão constitucional, resultou na criação da ANS em 2000, por meio da Lei nº 9.961 (Brasil, 2000). Nesse contexto, o IDSS foi concebido como um instrumento central para a avaliação e qualificação das operadoras de planos de saúde. Nesse contexto, Oliveira e Kornis (2017) destacam o IDSS como uma ferramenta de política pública que não se limita apenas à fiscalização, mas também tem o objetivo de induzir melhorias no setor, fomentando a transparência e a concorrência qualificada ao disponibilizar informações ao público.

O uso de indicadores como o IDSS é crucial para a gestão estratégica, pois a avaliação fornece dados essenciais para que as operadoras possam identificar pontos fortes e fracos em suas operações, orientando planos de ação para a melhoria contínua dos processos. A criação de um índice de desempenho como o IDSS está alinhada com as metodologias de avaliação em saúde, que enfatizam a necessidade de se avaliar não apenas a estrutura e os processos, mas principalmente os resultados das ações de saúde. (Tanaka; Tamaki, 2012)

A criação de um índice de desempenho como o IDSS está alinhada com as metodologias de avaliação em saúde defendidas por diferentes autores, como Hartz (1997) e Contandriopoulos et al. (1997). Esse tipo de ferramenta, por exemplo, é consistente com o que Hartz (1997) defende, ao enfatizar a necessidade de se avaliar não apenas a estrutura e os processos, mas principalmente os resultados das ações de saúde, uma abordagem que está intrinsecamente presente nas dimensões do IDSS. Nesse sentido, Contandriopoulos et al. (1997) reforça que a avaliação na área da saúde deve ir além da mensuração de atividades, focando na análise de resultados, na pertinência e na efetividade das ações, para fornecer subsídios para a tomada de decisão gerencial e estratégica. O IDSS, portanto, atua como uma ferramenta concreta que traduz esses princípios teóricos em métricas operacionais, permitindo uma análise mais aprofundada da performance das operadoras.

A perspectiva da saúde pública também contribui para a compreensão da relevância do IDSS, Paim e Teixeira (2006) defendem que o planejamento e a gestão em saúde devem ser intrinsecamente orientados por uma avaliação sistemática e por indicadores que reflitam o impacto das políticas na população. O IDSS, embora focado na saúde suplementar, dialoga com essa necessidade ao fornecer dados que podem, indiretamente, influenciar a qualidade geral do sistema de saúde brasileiro. Reforçando essa ideia, Novaes (2000), ao discutir a pesquisa em serviços de saúde, afirma que a avaliação é essencial para o desenvolvimento de políticas públicas e para a melhoria contínua de programas de saúde, o que legitima o papel do IDSS como um instrumento de política regulatória.

Para fornecer uma visão mais precisa sobre a performance das operadoras, o IDSS foi estruturado a pela ANS a partir de quatro dimensões, cada uma com um conjunto de indicadores específicos que visam capturar a complexidade da gestão em saúde. A pontuação de cada dimensão, em uma por uma nota dentro de uma faixa que vai de 0,0 a 1,0, é consolidada para gerar o IDSS final da operadora. Este sistema de avaliação detalhado permite não apenas uma classificação geral, mas também a identificação precisa das áreas onde a operadora se destaca ou onde há necessidade de melhorias, fornecendo um roteiro claro para a gestão estratégica. (ANS, 2025)

A pontuação final de cada operadora é um valor consolidado, mas, de acordo com a ANS (2025), é a análise de cada dimensão que revela os pontos fortes e as áreas de melhoria, sendo elas:

- a) **Qualidade em Atenção à Saúde (IDQS):** Esta dimensão concentra-se em avaliar a efetividade da assistência médica, com foco em ações de prevenção e na promoção da saúde. A pontuação é obtida pela média ponderada dos indicadores de qualidade, conforme:

$$IDQS = \frac{\sum_{i=1}^n (I_i \times P_i)}{\sum_{i=1}^n P_i}$$

em que I_i representa o resultado de cada indicador e P_i o respectivo peso definido pela ANS. Entre os principais indicadores dessa dimensão estão: proporção de partos

cesáreos, taxa de consultas médicas de pré-natal, taxa de internação por fratura de fêmur em idosos, taxa de realização de exames de hemoglobina glicada em pessoas com diabetes e indicadores de ações preventivas em saúde bucal.

- b) **Garantia de Acesso (IDGA):** A dimensão de Garantia de Acesso é fundamental para medir a capacidade da operadora em prover o serviço contratado de forma oportuna e conveniente. A pontuação é calculada como:

$$IDGA = \frac{\sum_{i=1}^m (I_i \times P_i)}{\sum_{i=1}^m P_i}$$

Os principais indicadores avaliam a disponibilidade da rede assistencial (hospitais, clínicas e laboratórios), o cumprimento dos prazos máximos de atendimento para consultas e exames, e a proporção de beneficiários com acesso efetivo à atenção básica e especializada.

- c) **Sustentabilidade no Mercado (IDSM):** O foco desta dimensão é a solidez e a estabilidade econômico-financeira das operadoras. Seu cálculo segue a expressão:

$$IDSM = \frac{\sum_{i=1}^k (I_i \times P_i)}{\sum_{i=1}^k P_i}$$

Os indicadores dessa dimensão incluem índices de liquidez corrente, margem de solvência, nível de endividamento, resultado operacional e evolução do número de beneficiários, assegurando a capacidade da operadora de manter-se sustentável no longo prazo.

- d) **Gestão de Processos e Regulação (IDGR):** Por fim, esta dimensão avalia o cumprimento das obrigações regulatórias e a qualidade da gestão administrativa da operadora. A pontuação é calculada pela média ponderada dos indicadores de conformidade e governança:

$$IDGR = \frac{\sum_{i=1}^p (I_i \times P_i)}{\sum_{i=1}^p P_i}$$

Os principais indicadores mensuram a completude e pontualidade do envio de dados aos sistemas da ANS (como TISS e DIOPS), a efetividade na gestão de reclamações, a transparência de informações aos beneficiários e o respeito aos direitos do consumidor.

Analisando essa estrutura sob a ótica da gestão de operações, percebe-se uma forte conexão com os princípios do PCP. A estrutura do IDSS, dividida em quatro dimensões, reflete uma tentativa de abranger múltiplos aspectos do desempenho de uma operadora. Do ponto de vista do PCP, os indicadores contidos em cada dimensão podem ser vistos como outputs de diversos processos internos que a operadora precisa gerenciar. Por exemplo, os indicadores da dimensão IDGA, que medem o cumprimento de prazos máximos para agendamentos, são resultados diretos do planejamento da capacidade da rede

credenciada e da programação dos serviços (conceitos de PCP). Da mesma forma, os indicadores do IDQS, como taxas de cobertura de exames preventivos, dependem do controle dos processos assistenciais e do monitoramento de protocolos clínicos. Nesse sentido, as ferramentas e conceitos do PCP são essenciais para que a operadora possa gerenciar os processos que impactam suas notas no IDSS. O PCP oferece o arcabouço para monitorar os inputs e as atividades (dimensionamento da rede, agendamento, programas de prevenção) que gerarão os outputs medidos pela ANS. Contudo, reside aqui uma questão central para este trabalho: o IDSS, como output final e agregado, é um indicador eficaz para o controle da qualidade na perspectiva do serviço? Ou seja, ele realmente sinaliza para o gestor (e para o cliente) se a operação está entregando valor percebido, como preconiza a teoria de qualidade em serviços? A análise crítica subsequente e os resultados deste estudo buscarão responder a essa questão.

Independentemente dessa questão sobre a validade na perspectiva do serviço, a consolidação final do índice segue uma ponderação técnica definida pela ANS. De acordo com a ANS (2025), a pontuação final do IDSS é obtida pela combinação ponderada das quatro dimensões:

$$IDSS = (IDQS \times 0,40) + (IDGA \times 0,20) + (IDSM \times 0,20) + (IDGR \times 0,20)$$

Portanto, o resultado global reflete não apenas o desempenho assistencial, mas também a capacidade de gestão, a estabilidade econômica e o compromisso com o acesso e a regulação. Essa estrutura permite identificar os aspectos em que cada operadora precisa evoluir para garantir qualidade, eficiência e sustentabilidade no sistema de saúde suplementar brasileiro.

Contudo, apesar dessa estrutura técnica detalhada e da sua importância regulatória, a análise crítica sobre as limitações do IDSS e sua real capacidade de refletir a qualidade percebida pelo beneficiário ainda é um campo com produção acadêmica restrita. Conforme já apontado por Oliveira e Kornis (2017), os estudos que se debruçam sobre a política de qualificação da ANS são limitados. Uma busca por publicações mais recentes (no período de 2020 a 2024) em bases de dados acadêmicas confirma essa escassez de análises aprofundadas e críticas sobre o IDSS, especialmente aquelas que confrontam o indicador com a experiência do usuário em nível local ou que incorporam os modelos clássicos de qualidade em serviços. Essa lacuna persistente na literatura reforça a relevância e a originalidade da presente pesquisa, que busca contribuir para preencher esse vazio ao realizar um estudo de caso empírico que confronta diretamente a métrica oficial com a voz do beneficiário.

2.3.3 Relação entre SUS e Saúde Privada

Atualmente, o cenário da saúde no Brasil é caracterizado pela coexistência e interdependência entre os sistemas público e privado. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de

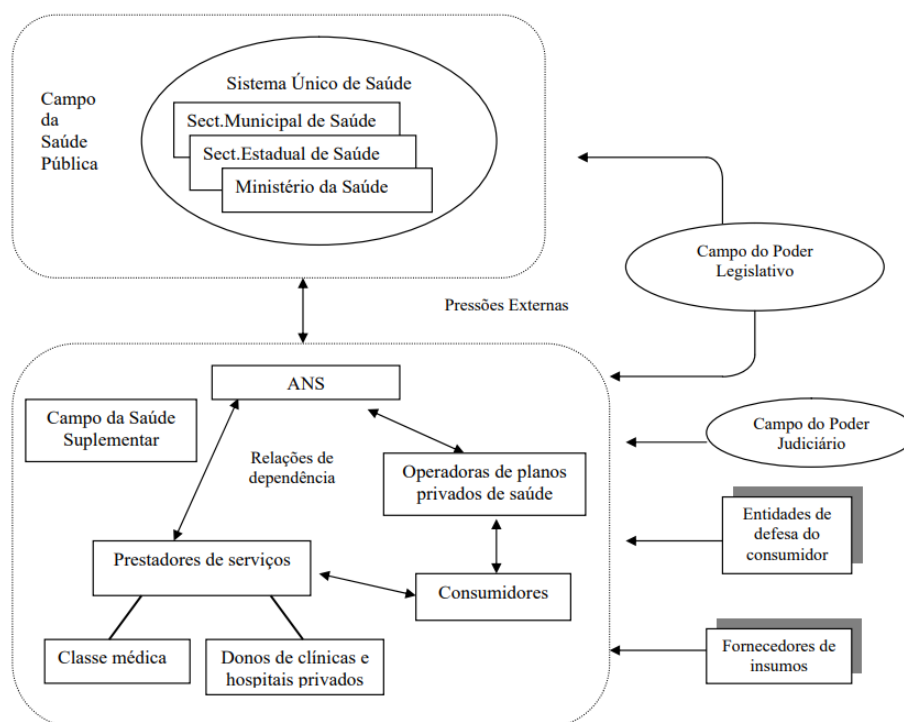
2019, realizada pelo IBGE, revela a dimensão dessa relação: apenas 28,5% da população possuía plano de saúde, indicando que a grande maioria, 71,5% dos brasileiros, dependia exclusivamente do SUS. Essa dependência é profundamente marcada pela desigualdade social, visto que a cobertura privada era de apenas 2,2% na população de menor renda, em contraste com 86,8% na faixa de maior poder aquisitivo.(IBGE, 2020)

Apesar de sua vasta cobertura, o SUS enfrenta desafios estruturais persistentes que limitam sua efetividade. Conforme aponta Mendes (2011), o principal desses desafios é a fragmentação do sistema, que opera como um conjunto de serviços isolados em vez de uma rede integrada e comunicante. Essa desarticulação gera a "complexidade na gestão", dificulta a continuidade do cuidado e torna o sistema ineficiente para lidar com o peso crescente das condições crônicas, que demandam acompanhamento contínuo. Somam-se a isso o subfinanciamento crônico e a infraestrutura por vezes inadequada, que acentuam as lacunas percebidas pela população.

É justamente diante desse cenário que a saúde privada se consolidou como uma alternativa para as parcelas com maior poder aquisitivo, embora também opere, em grande medida, de forma fragmentada. A dinâmica entre os sistemas não se configura como uma simples competição, mas sim como uma interação complexa e, por vezes, paradoxal. Um exemplo disso é o mecanismo de "ressarcimento ao SUS", pelo qual as operadoras de planos de saúde devem pagar ao sistema público quando seus beneficiários são atendidos na rede estatal, especialmente em procedimentos de alta complexidade. Essa realidade demonstra que o setor privado, ao mesmo tempo em que complementa o acesso a serviços, também depende da estrutura pública para garantir a integralidade da atenção, revelando a profunda interdependência entre os dois sistemas.(Mendes, 2011)

A complexa estrutura de interdependência, ilustrada na Figura 5, demonstra que a saúde suplementar não opera de forma isolada, mas em um ecossistema que se relaciona com o poder legislativo, o judiciário e, claro, com a saúde pública. A ANS é claramente um ator central nesse arranjo, mediando as relações de dependência entre as operadoras e os prestadores de serviço, e também interagindo com as demandas dos consumidores e as pressões de outras esferas regulatórias.(Vilarinho, 2003)

Figura 5 – Diagrama Saude Suplementar



Fonte: Vilarinho (2003).

Neste contexto complexo, a necessidade de monitorar o desempenho e otimizar recursos demanda a aplicação de avaliações robustas que sirvam de apoio à tomada de decisão na gestão de serviços (Tanaka; Tamaki, 2012). Para o setor de saúde suplementar, o principal instrumento desenvolvido pela ANS com esse propósito é o IDSS. No entanto, apesar de sua relevância como ferramenta regulatória, o IDSS é alvo de críticas contundentes. Argumenta-se que seu modelo de avaliação privilegia aspectos econômico-financeiros e burocrático-operacionais em detrimento da qualidade assistencial efetivamente percebida pelo usuário e dos resultados de saúde em si. A crítica aponta que o índice pode induzir as operadoras a focarem na melhoria de indicadores específicos para alcançar uma boa pontuação, sem que isso se traduza, necessariamente, em uma melhoria integral da atenção prestada ao beneficiário (Oliveira; Kornis, 2017).

Portanto, uma análise aprofundada sobre os limites e as reais potencialidades do IDSS é fundamental para compreender sua efetividade como política de qualificação do setor.

3 MATERIAIS E MÉTODOS DESTA PESQUISA

Esta pesquisa configura-se como um estudo de caso de natureza exploratória e descritiva, realizado na cidade de Nova Venécia, Espírito Santo. O problema central investigado é o alinhamento, ou a falta entre os indicadores de desempenho gerencial da saúde suplementar e a qualidade efetivamente percebida pelos beneficiários. A fundamentação teórica se ampara na perspectiva de Tanaka e Tamaki (2012), que defendem a avaliação como instrumento estratégico para a tomada de decisão em gestão, bem como na constatação de Oliveira e Kornis (2017) sobre a escassez de estudos críticos acerca do IDSS, o que evidencia a lacuna acadêmica que este trabalho busca preencher.

A escolha de Nova Venécia se deu em função da sua proximidade e facilidade de acesso, o que permitiu a aplicação de uma pesquisa de campo viável. A metodologia desta pesquisa é de caráter exploratório e descritivo. A fase exploratória foi desenvolvida com base na literatura de serviços e na gestão de saúde, com o objetivo de contextualizar o problema de pesquisa. A fase descritiva, por sua vez, consistiu na coleta de dados primários e secundários para descrever o cenário e realizar a análise comparativa proposta.

O foco da análise está em duas dimensões do IDSS: a Qualidade em Atenção à Saúde (IDQS) e a Garantia de Acesso (IDGA). A pesquisa de campo (coleta de dados primários) foi realizada por meio de um questionário estruturado, aplicado aos beneficiários de uma operadora de planos de saúde, com perguntas diretamente alinhadas a essas duas dimensões.

A fase descritiva da pesquisa foi conduzida por meio da aplicação de um questionário estruturado, composto por 16 perguntas, disponível no Apêndice A. O instrumento foi organizado em quatro seções distintas para garantir clareza na coleta de dados:

- Seção 1: Perfil Sociodemográfico e do Plano (6 perguntas): Com o objetivo de caracterizar o perfil dos respondentes, coletando dados como gênero, faixa etária, titularidade e tipo de plano.
- Seção 2: Conhecimento e Percepção sobre o IDSS (2 perguntas): Dedicada a investigar a familiaridade e a opinião dos beneficiários a respeito do IDSS.
- Seção 3: Avaliação de Desempenho da Operadora (7 perguntas): Seção central da pesquisa, utilizando uma escala Likert de 5 pontos para mensurar a percepção dos usuários sobre a qualidade geral, o atendimento, o acesso e outros aspectos da experiência com a operadora.
- Seção 4: Comentários Adicionais (1 pergunta): Composta por uma pergunta discursiva aberta para a coleta de sugestões, críticas e informações qualitativas para aprofundar a análise.

3.1 COLETA DE DADOS E DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO DE AMOSTRAGEM

A população do estudo é composta por beneficiários de planos de saúde suplementar residentes ou que circulam na cidade de Nova Venécia-ES. Diante da impossibilidade de obter junto à operadora o número total de beneficiários no município (população N), o que inviabilizou o cálculo de uma amostra estatisticamente representativa, optou-se por uma abordagem não probabilística acidental. Para a seleção da amostra, a pesquisadora se posicionou em locais de grande circulação de pessoas no centro urbano de Nova Venécia durante um período de duas semanas consecutivas, nos meses de agosto e setembro de 2025, em diferentes horários, e abordou os transeuntes. A amostra final foi composta por 156 respondentes, representando o número máximo de participantes acessíveis e dispostos a colaborar durante o período de coleta. Esse procedimento caracteriza a amostra acidental, pois a seleção dependeu da presença e acessibilidade dos participantes no local e momento da coleta.

A coleta de dados ocorreu de forma presencial. Primeiramente, era feita uma pergunta-filtro para verificar se o indivíduo era beneficiário de algum plano de saúde. Em caso afirmativo, os objetivos da pesquisa eram explicados, a participação era convidada como voluntária e garantia-se o total anonimato e confidencialidade das respostas. Obtido o consentimento verbal, a pessoa respondia ao questionário diretamente com a aplicadora, utilizando o smartphone da pesquisadora para registrar as respostas em um formulário online (Google Forms). Essa abordagem direta permitiu esclarecer eventuais dúvidas no preenchimento e garantiu que os sujeitos da pesquisa se enquadrassem no perfil desejado, sempre respeitando os princípios éticos.

Para garantir a validade da comparação entre a percepção dos usuários e a métrica oficial, o estudo foi delimitado para analisar exclusivamente as respostas de beneficiários de uma operadora com atuação geograficamente concentrada na região Norte. A escolha se justifica pelo fato de que a área de atuação desta operadora coincide com a região onde a pesquisa de campo foi realizada. Dessa forma, seu indicador de desempenho IDSS reflete a realidade do conjunto de municípios do norte do estado, o que torna o confronto com a percepção local, coletada em Nova Venécia, mais fidedigno. Outras operadoras atuantes no município possuem uma abrangência estadual, não sendo subdivididas por região. Seus indicadores, portanto, representam uma média de todo o Espírito Santo, o que diluiria a especificidade local e tornaria a comparação com os dados coletados menos precisa.

3.2 VALIDADE DA ANÁLISE COMPARATIVA: DA PERCEPÇÃO DO USUÁRIO À MÉTRICA OFICIAL

A validade desta pesquisa reside na premissa de que a percepção do beneficiário, quando coletada por meio de um instrumento estruturado e alinhado tematicamente, pode

servir como um indicador-proxy da qualidade assistencial, permitindo um confronto metodologicamente coerente com um indicador oficial como o IDSS. A utilização de indicadores de satisfação do usuário como uma medida indireta (ou proxy) da qualidade dos serviços de saúde é uma prática amplamente validada na literatura. Como defende Donabedian (1988) que a avaliação da qualidade deve contemplar múltiplos componentes, incluindo a perspectiva do paciente, que oferece insights que dados puramente administrativos não conseguem capturar.

Para que essa comparação seja metodologicamente aceita, é essencial garantir a validade de construto do instrumento de pesquisa. Isso significa que o questionário deve medir aquilo a que se propõe: as dimensões de qualidade e acesso, análogas às do IDSS. Conforme demonstra Streiner e Norman (2008), a validade de construto é estabelecida quando o conteúdo do instrumento é desenvolvido com base em uma teoria ou em um modelo já existente. Neste estudo, essa validade foi buscada ao se desenvolver as perguntas do questionário com base nos eixos temáticos da própria Pesquisa de Satisfação de Beneficiários da ANS, que por sua vez se relaciona conceitualmente com as dimensões do IDSS.

Portanto, a metodologia não propõe uma equivalência estatística direta entre a nota média da pesquisa e a pontuação do IDSS. Em vez disso, realiza uma análise comparativa de tendências. O que se busca é verificar se a percepção de qualidade (positiva, negativa ou neutra) aferida localmente converge ou diverge da avaliação (positiva, negativa ou neutra) expressa pelo indicador oficial regional. Essa abordagem é consistente com o que Yin (2015) descreve sobre a lógica da comparação de padrões em estudos de caso, onde diferentes fontes de evidência são confrontadas para fortalecer a validade das conclusões.

Em suma, ao alinhar o conteúdo do questionário com as dimensões do indicador oficial e ao tratar a percepção do usuário como um proxy válido da qualidade, a pesquisa estabelece um paralelo metodológico que permite uma análise crítica e academicamente relevante sobre a aderência do IDSS à experiência real dos beneficiários.

3.3 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Após a coleta, os dados foram automaticamente registrados na plataforma Google Forms. A tabulação e a análise inicial foram realizadas utilizando o software Google Sheets. O tratamento dos dados quantitativos envolveu estatística descritiva, com o cálculo de frequências absolutas e percentuais para todas as variáveis, além do cálculo da média aritmética para as questões em escala Likert.

Para viabilizar uma comparação direta entre a percepção dos usuários (mensurada em uma escala de 1 a 5) e os indicadores do IDSS (que variam de 0 a 1), foi necessário realizar a normalização dos resultados da pesquisa. Para isso, aplicou-se a técnica de Normalização Min-Max, que converte a média obtida em cada pergunta para uma escala

comum de 0 a 1, através da seguinte fórmula:

$$\text{Nota Normalizada} = \frac{\text{Média da Pesquisa} - \text{Valor Mínimo da Escala}}{\text{Valor Máximo da Escala} - \text{Valor Mínimo da Escala}} \quad (3.1)$$

Este procedimento é uma prática padrão no tratamento de dados para tornar comparáveis variáveis mensuradas em escalas distintas (Han; Kamber; Pei, 2012).

Paralelamente, as respostas da questão discursiva aberta foram submetidas a uma análise de conteúdo temática para identificar temas emergentes. Finalmente, os resultados quantitativos normalizados, enriquecidos pelo contexto qualitativo, foram consolidados em gráficos e confrontados com os indicadores oficiais do IDQS e IDGA da operadora, a fim de discutir as convergências e divergências que constituem o cerne desta pesquisa.

3.4 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

É fundamental reconhecer as limitações metodológicas que influenciam o alcance dos resultados. A principal delas reside no método de amostragem não probabilístico por conveniência e no tamanho reduzido da amostra, o que, embora adequado para um estudo descritivo de monografia, impede a generalização estatística dos achados para toda a população de beneficiários. Adicionalmente, o escopo geográfico limitado a um estudo de caso em uma única cidade reflete uma realidade local que pode não corresponder à percepção dos beneficiários nos outros municípios que compõem a região de avaliação do IDSS. Deve-se considerar, ainda, a possibilidade de um viés de desejabilidade social, inerente à coleta de dados presencial, onde os respondentes poderiam fornecer respostas que julgassem mais aceitáveis socialmente, reforçando o caráter exploratório das conclusões.

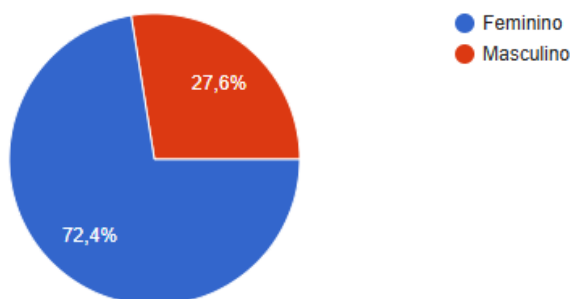
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Este capítulo dedica-se à apresentação, análise e discussão dos dados coletados, constituindo o núcleo central da pesquisa. O objetivo é confrontar os dados primários, obtidos por meio da pesquisa de campo com 156 beneficiários em Nova Venécia, com os dados secundários, representados pelos indicadores oficiais do IDSS da operadora em foco (Ano-base 2023, divulgado em 2024). A análise está estruturada de forma a validar a hipótese do estudo, investigando as convergências e divergências entre a métrica regulatória e a experiência real do usuário.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A amostra final do estudo foi composta por 156 respondentes, cujo perfil permite contextualizar as avaliações de desempenho subsequentes. A caracterização demográfica revela uma maioria de participantes do gênero Feminino, representando 72,4% do total, conforme ilustra a Figura 6.

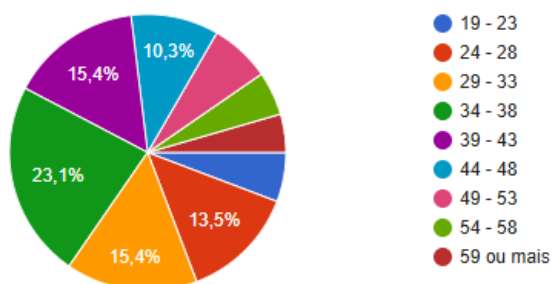
Figura 6 – Perfil sociodemográfico.



Fonte:Elaborado pela autora, 2025.

Em relação à faixa etária, cuja distribuição detalhada é apresentada na Figura 7, a amostra é predominantemente composta por adultos jovens e de meia-idade. A faixa dos 34 aos 38 anos constitui o grupo mais representativo, com 23,1% dos beneficiários, seguido pelas faixas etárias dos 39 aos 43 anos e dos 29 aos 33 anos, ambas com 15,4% da amostra. Os jovens adultos entre 24 e 28 anos correspondem a 10,3% dos respondentes, enquanto os grupos etários mais extremos, jovens entre 19 e 23 anos representam 5,8% e idosos com 59 anos ou mais representam 4,5%, eles apresentam menor representatividade na amostra.

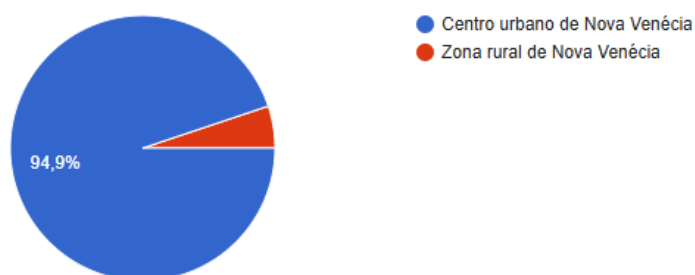
Figura 7 – Distribuição por Faixa Etária.



Fonte:Elaborado pela autora, 2025.

A Figura 8 evidencia a forte concentração da utilização de planos de saúde no principal centro da cidade, com 94,9% dos respondentes residindo na Zona Urbana do município.

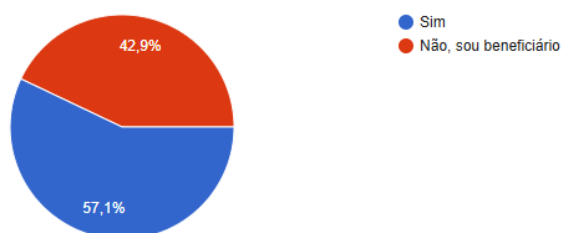
Figura 8 – Distribuição Geográfica.



Fonte:Elaborado pela autora, 2025.

No que se refere ao vínculo contratual, verifica-se que 57,1% dos beneficiários ocupam a posição de titulares do plano, como pode ser observado na Figura 9.

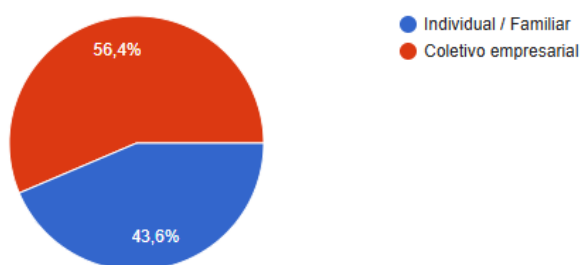
Figura 9 – Titularidade dos Planos.



Fonte:Elaborado pela autora, 2025.

Além disso, constata-se a elevada predominância da modalidade empresarial, que corresponde a 56,4% da amostra. Esse achado, apresentado na Figura 10, indica que o acesso à saúde suplementar em Nova Venécia apresenta forte dependência do mercado de trabalho formal, reforçando a centralidade do emprego com vínculo formal como principal porta de entrada para a cobertura assistencial privada.

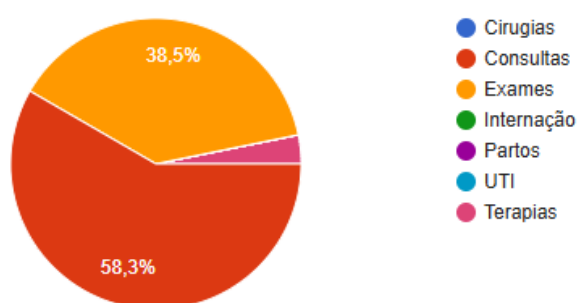
Figura 10 – Tipologia dos Planos.



Fonte:Elaborado pela autora, 2025.

O perfil de utilização, detalhado na Figura 11, reforça o caráter rotineiro do uso do plano, com as consultas médicas sendo o serviço mais demandado por 58,3% dos usuários, seguido pela realização de exames, com 38,5%. Em conjunto, esses dados delineiam um perfil de usuário majoritariamente feminino, adulto, urbano, com vínculo empregatício e que utiliza o plano de saúde principalmente para cuidados ambulatoriais e de rotina.

Figura 11 – Principais Serviços Utilizados.

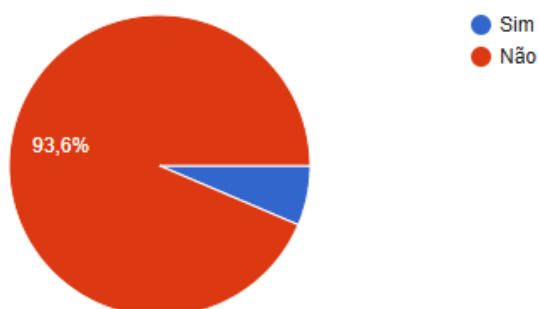


Fonte:Elaborado pela autora, 2025.

Um ponto de partida crucial para a análise foi investigar o conhecimento dos beneficiários a respeito do IDSS revelou um cenário de quase total desconhecimento. Conforme apresentado na Figura 12, 93,6% dos entrevistados afirmaram nunca ter ouvido falar do indicador, contra apenas 6,4% que declararam conhecê-lo. Esse achado é expressivo e demonstra a baixa difusão social de um instrumento concebido pela ANS para aumentar a

transparência do setor e orientar o consumidor na escolha de operadoras. Ao permanecer praticamente invisível para o público-alvo, o IDSS perde parte de sua função estratégica de induzir a concorrência baseada em qualidade, restringindo-se ao uso técnico-regulatório.

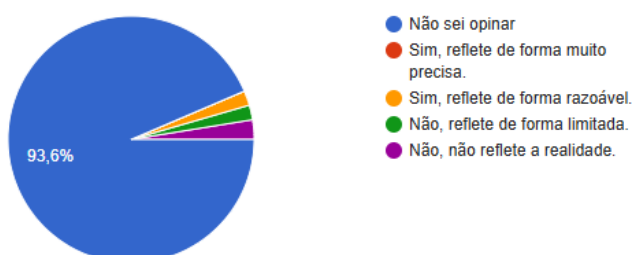
Figura 12 – Nível de conhecimento dos beneficiários sobre o IDSS.



Fonte:Elaborado pela autora, 2025.

Entre os poucos beneficiários que afirmaram já ter ouvido falar do índice, a percepção sobre sua capacidade de refletir a realidade assistencial também se mostrou limitada. Quando questionados se o IDSS traduz de forma precisa a qualidade dos serviços prestados pela operadora, conforme ilustrado na Figura 13, a maioria absoluta declarou “Não sei opinar” (93,6%), evidenciando ausência de familiaridade até mesmo entre aqueles que conhecem o indicador. Entre os respondentes que se posicionaram, prevaleceu o ceticismo: apenas uma parcela residual considerou que o índice reflete de forma muito precisa ou razoável a realidade, enquanto outros apontaram que ele a retrata apenas de forma limitada ou que não corresponde de fato à experiência cotidiana do usuário.

Figura 13 – Percepção dos beneficiários quanto à precisão do IDSS em refletir a qualidade real dos serviços da operadora.



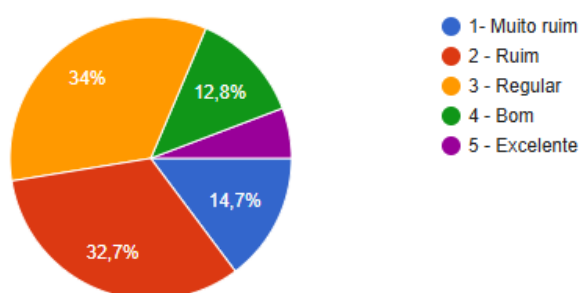
Fonte:Elaborado pela autora, 2025.

Esse conjunto de resultados revela uma dupla limitação do IDSS. De um lado, a sua baixa visibilidade pública, que inviabiliza sua função como ferramenta de apoio à escolha

informada do consumidor. De outro, o descrédito em sua validade prática, já que mesmo os poucos que o conhecem demonstram desconfiança quanto à sua capacidade de representar fielmente a qualidade percebida. Em síntese, embora o IDSS se apresente como uma métrica tecnicamente estruturada e amplamente reconhecida no âmbito regulatório, sua apropriação social é residual, permanecendo invisível para a maioria e insuficientemente confiável para os que dele têm conhecimento. Essa condição fragiliza sua função estratégica de induzir melhorias na qualidade da saúde suplementar a partir da perspectiva do beneficiário, revelando a distância entre a lógica normativa da regulação e a experiência concreta do usuário em nível local.

A análise prosseguiu para a avaliação direta da experiência do usuário com a operadora. Quando solicitados a dar uma “avaliação geral da qualidade dos serviços prestados”, a percepção foi moderada. Conforme a Figura 14, 34,0% dos respondentes avaliaram o serviço como “Regular” e 32,7% como “Ruim”. A média das respostas foi de 2,62 em uma escala de 1 a 5. Para permitir a comparação com a escala do IDSS (de 0 a 1), a nota foi normalizada através da fórmula 3.1, resultando em uma Nota Normalizada de 0,40.

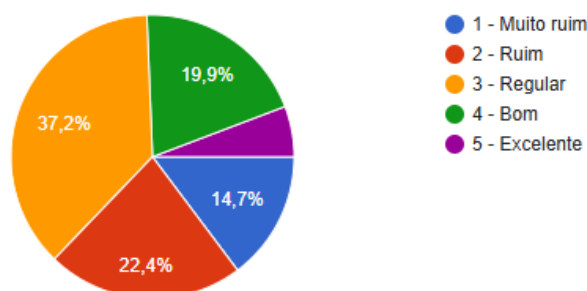
Figura 14 – Questão sobre avaliação da qualidade dos serviços da operadora de plano de saúde.



Fonte:Elaborado pela autora, 2025.

O “atendimento (pessoalmente, por telefone ou digital)” foi avaliado, com 37,2% das respostas concentradas em “Regular”, conforme é mostrado na 15. A média resultou em de 2,79 resultou em uma Nota Normalizada de 0,45, este resultado indica que a interação direta com a operadora, em seus diversos canais, se configura como um ponto de atrito e insatisfação para os clientes, impactando negativamente a experiência geral com o serviço.

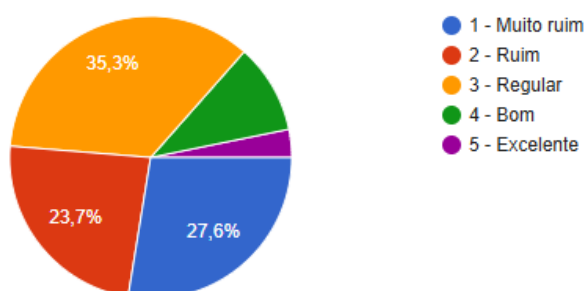
Figura 15 – Avaliação dos beneficiários sobre o atendimento (presencial, telefônico ou digital) da operadora de plano de saúde.



Fonte:Elaborado pela autora, 2025.

Confirmando o acesso aos serviços como um ponto de atrito significativo, a avaliação sobre a "percepção sobre a facilidade de agendamento de consultas e exames" foi predominantemente negativa. Conforme detalhado na Figura 16, as respostas se concentraram nas faixas mais baixas da escala, com 35,3% dos beneficiários classificando o agendamento como "Regular" e um número expressivo de 27,6% o avaliando como "Muito Ruim". A baixa média de 2,38 reforça essa insatisfação e, após a conversão, resulta em uma Nota Normalizada de apenas 0,34. Este resultado posiciona a dificuldade de agendamento como uma das principais fragilidades na experiência do usuário, impactando diretamente a capacidade do beneficiário de utilizar os serviços contratados.

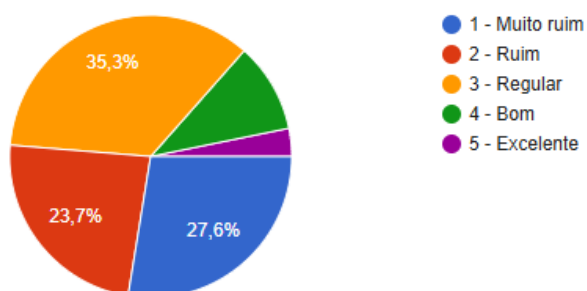
Figura 16 – Avaliação dos beneficiários sobre o atendimento (presencial, telefônico ou digital) da operadora de plano de saúde.



Fonte:Elaborado pela autora, 2025.

De forma ainda mais crítica, a "avaliação da rede credenciada (hospitais, clínicas, laboratórios)" obteve a pior nota entre todos os quesitos, como pode ser visto na Figura 17. A resposta predominante foi "Muito Ruim" (46,8%), e a baixa média de 2,09 resultou em uma Nota Normalizada de 0,27.

Figura 17 – Avaliação dos beneficiários sobre o atendimento (presencial, telefônico ou digital) da operadora de plano de saúde.



Fonte:Elaborado pela autora, 2025.

A análise de todos os comentários escritos, sintetizados na Tabela 2, fornece o contexto para estas notas: as queixas mais recorrentes foram a carência de médicos especialistas e a rede credenciada insuficiente na cidade, o que obriga os beneficiários a se deslocarem para outros municípios.

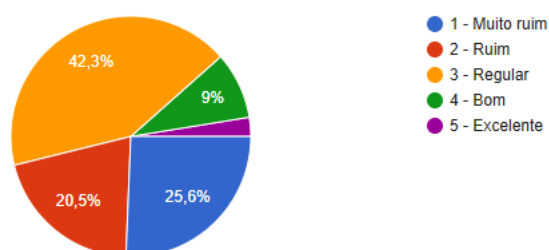
Tabela 2 – Coletânea de Comentários sobre o Plano de Saúde

Comentários
<i>“Muito difícil o acesso ao plano. Só tem Preço, mas a qualidade de serviços prestados são na maioria das vezes bem precárias. As vezes considero que o sus está prestando melhor o serviço!! Os números de telefone na maioria das vezes não funcionam. Eles deveriam pagar melhor ao profissional, para que o atendimento fosse de mais qualidades. Eu não culpo o profissional, eu culpo a cooperativa em geral!! É um verdadeiro descaso esse planos de saúde em geral!!!”</i>
<i>“Meu plano sempre me atende quando preciso”</i>
<i>“Nas cidades do interior, a abrangência do plano está bem deficiente. Aqui o único hospital não atende Unimed. Tenho criança e toda vez que preciso de pronto socorro tenho que viajar até São Mateus além do fato da ter pouco pediatra credenciado na cidade.”</i>
<i>“Existem poucos profissionais que até sem pelo plano. Algumas especialidades Ex: Nutricionista, psicólogo, fonoaudióloga, metabologia, endócrino.”</i>
<i>“Agente paga um plano caro, faz das tripas ão coração para pagar, a hora que precisa o plano não cobre”</i>
<i>“Por isso o pago plano só para passar raiva”</i>
<i>“Tem outros planos bem mais em conta e nem se compara o preço da UNIMED”</i>
<i>“Eles são mais em conta e atende até melhor”</i>
<i>“Desligamento do Hospital que temos na cidade que está dificultando o atendimento.”</i>
<i>“Nao”</i>
<i>“Na minha cidade só tem um hospital e não atende pelo plano Unimed. Acho o custo-benefício muito alto. E os melhores especialistas não atendem pelo plano. Para conseguir uma consulta ou um exame de imagem é muito tempo de espera...”</i>
<i>“Precisa ser atendido no hospital da cidade em que resido”</i>
<i>“Difícil opinar sobre Plano de saúde. É como dizem: pagamos para não usar. Ultimamente a qualidade caiu muito. Quando fiz o plano, em 2010, rapidinho conseguia agendar uma consulta, hoje leva, em média, 2 ou 3 meses. Sem dizer que muitos profissionais desistiram de atender pelo plano. E o cadastro dos profissionais ao Plano (à cooperativa) dificulta muito, porque segundo alguns profissionais que nos atende, o custo para se filiar a cooperativa é altíssimo.”</i>

A avaliação sobre a “clareza e transparência das informações fornecidas pela empresa”, detalhada na Figura 18, revelou um desempenho fraco. A concentração de respostas na classificação “Regular”(42,3%) e a baixa média de 2,42 resultando em uma Nota Normalizada de 0,36 demonstram que os beneficiários têm dificuldade em compreender informações cruciais sobre o plano, como cobertura e reajustes. Este resultado configura a falta de transparência como uma falha significativa na comunicação com o cliente, gerando

insegurança e impactando negativamente a percepção de valor do serviço.

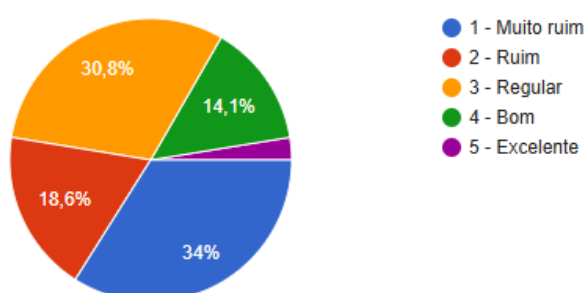
Figura 18 – Avaliação dos beneficiários sobre clareza e transparência das informações fornecidas pela empresa



Fonte:Elaborado pela autora, 2025.

A capacidade da operadora na “resolução de problemas ou reclamações” também obteve uma avaliação moderada, com 30,8% das respostas atribuindo a nota “Regular”, como ilustrado na Figura 19. A média de 2,33 gerou uma Nota Normalizada de 0,33.

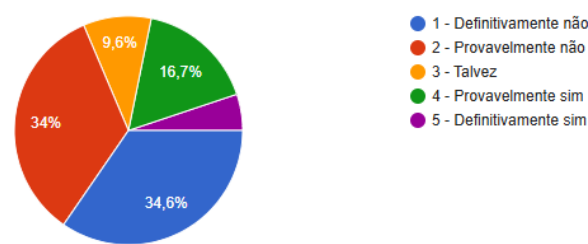
Figura 19 – Avaliação dos beneficiários resolução de problemas ou reclamação



Fonte:Elaborado pela autora, 2025.

Por fim, ao serem questionados sobre a probabilidade de “recomendar sua operadora de plano de saúde a um amigo ou familiar”, um indicador da satisfação geral e do custo-benefício, 34,6% responderam “Definitivamente não”, ilustrado na Figura 20 com uma média de 2,12 e Nota Normalizada de 0,28.

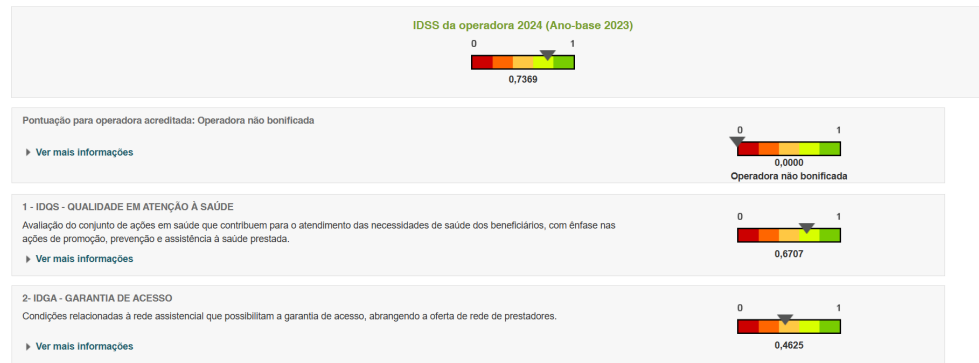
Figura 20 – Avaliação dos beneficiários sobre indicar a operadora para novos usuários



Fonte:Elaborado pela autora, 2025.

Para a discussão final, que constitui o centro deste estudo, foram utilizados os dados secundários referentes ao desempenho oficial da operadora no ano-base 2023. As notas obtidas pela operadora no Programa de Qualificação da ANS para as dimensões em foco foram: IDQS com nota 0,6707 e IDGA com nota 0,4625, conforme observado na Figura .ANS (2025)

Figura 21 – Resultado IDSS ano-base 2023.



Fonte:ANS (2025).

Para viabilizar a comparação entre a métrica regulatória e a experiência concreta dos usuários, construíram-se indicadores-proxy a partir dos dados primários coletados. Estes indicadores foram concebidos para espelhar as dimensões do IDSS sob a ótica da percepção local. O proxy para o IDQS foi calculado pela média aritmética simples das notas normalizadas referentes à qualidade geral (0,40), resolução de problemas (0,33) e intenção de recomendação (0,28), resultando em 0,337. Já o proxy para o IDGA derivou da média das notas normalizadas de facilidade de agendamento (0,34), avaliação da rede credenciada (0,27) e atendimento (0,45), alcançando 0,353.

Com os proxies definidos, foi possível confrontá-los diretamente com os dados oficiais da operadora (ano-base 2023), que obteve 0,6707 no IDQS e 0,4625 no IDGA. A Tabela 3 sintetiza esta análise comparativa.

Tabela 3 – Comparativo entre a Percepção Local e o IDSS Oficial (Ano-base 2023)

Dimensão Analisada	Proxy da Pesquisa	IDSS Oficial	Divergência
IDQS	0,337	0,6707	Acentuada
IDGA	0,353	0,4625	Moderada

Fonte: Elaborada pela autora (2025).

A análise da tabela confirma a hipótese central do estudo: existe uma divergência significativa entre a métrica oficial e a experiência real do beneficiário, indicando que o IDSS mascara a real dimensão da insatisfação local. A divergência mais expressiva ocorre no IDQS. A nota oficial (0,6707) posiciona a operadora em um patamar "regular-bom", enquanto a percepção local (proxy de 0,337) é criticamente negativa. Essa disparidade evidencia um profundo desalinhamento com os princípios da gestão da qualidade em serviços, onde a percepção do cliente é o principal árbitro do desempenho, conforme preconizam autores clássicos como Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988) ou Jr. e Taylor (1992). O IDSS, ao focar em indicadores de processo técnico-assistencial, parece negligenciar essa percepção, gerando um gap significativo. A baixíssima nota no proxy IDQS, puxada pela insatisfação com a resolução de problemas e o custo-benefício, sinaliza uma falha grave na entrega de valor percebido que o indicador oficial não captura.

Na dimensão do IDGA, a divergência é moderada, mas igualmente reveladora. Ambas as notas, da pesquisa (0,353) e oficial (0,4625), são muito baixas, indicando um problema sistêmico de acesso. Contudo, a percepção local é ainda pior. Do ponto de vista do Planejamento e Controle da Produção (PCP), isso sugere uma falha no planejamento da capacidade da rede e na programação dos serviços em nível local, materializada nas queixas qualitativas sobre carência de especialistas e rede insuficiente. O IDGA oficial, mesmo sendo baixo, ainda subestima a gravidade da dificuldade de acesso vivenciada no município, reforçando a crítica de que uma média regional não fornece um diagnóstico acionável para o controle operacional local.

Em suma, os achados corroboram a crítica de Oliveira e Kornis (2017) sobre o foco limitado do IDSS. A métrica oficial, embora relevante como instrumento de conformidade regulatória, mostra-se insuficiente como indicador de qualidade percebida e como ferramenta para o planejamento e controle de serviços em nível local. A divergência encontrada reforça a necessidade de incorporar a perspectiva do usuário de forma mais ponderada nos mecanismos de avaliação, alinhando a regulação aos princípios fundamentais da gestão da qualidade em serviços defendidos por autores como Donabedian (1988) e Tanaka e Tamaki (2012).

5 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa buscou analisar a percepção dos beneficiários de uma operadora de saúde suplementar em Nova Venécia acerca da qualidade dos serviços prestados, contrapondo-a à avaliação oficial da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), expressa pelo Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS). A partir de uma abordagem metodológica mista, que integrou questionários aplicados a 156 usuários e dados secundários de fontes oficiais, foi possível explorar a convergência e a divergência entre a experiência vivida pelo beneficiário e a métrica regulatória. Os resultados confirmaram as duas hipóteses centrais que orientaram a investigação, revelando tensões significativas entre a avaliação normativa e a realidade cotidiana.

A primeira hipótese, de que a percepção local de qualidade seria inferior à nota atribuída pelo IDSS, foi amplamente validada. A nota global da operadora no ano-base de 2023 foi de 0,6988, enquanto a percepção média dos beneficiários, após normalização, foi de 0,412, diferença de aproximadamente 41%. As dimensões específicas reforçam esse descompasso: no IDQS, a nota oficial foi de 0,6707, contra 0,337 da pesquisa local; já no IDGA, a ANS registrou 0,4625, ao passo que os beneficiários atribuíram 0,353. Esse hiato evidencia que os indicadores regulatórios não captam plenamente os desafios enfrentados em territórios específicos, sobretudo em municípios de médio porte, onde a oferta de serviços é mais restrita.

A segunda hipótese, de que as principais queixas se concentrariam em aspectos práticos de acesso e rede credenciada, também foi confirmada. A análise qualitativa revelou que as insatisfações se organizam em torno de três eixos: carência de médicos especialistas, burocracia e demora na autorização de procedimentos e insuficiência da rede credenciada, incluindo a ausência de hospital conveniado em Nova Venécia. Esses fatores foram reiteradamente apontados nos relatos dos usuários e demonstram que, embora a operadora atenda formalmente aos parâmetros da ANS, a capilaridade da rede assistencial e a agilidade dos processos internos estão aquém das expectativas dos beneficiários.

Sob a perspectiva do PCP, tais resultados são reveladores. Conforme Fitzsimmons e Fitzsimmons (2010), a efetividade em serviços depende da capacidade de equilibrar oferta e demanda, garantindo acesso oportuno e qualidade percebida. Os resultados desta pesquisa confirmam que o IDSS, ainda que metodologicamente estruturado, carece de indicadores que traduzam de forma sensível a experiência concreta do usuário, conforme defendido por Kaplan e Norton (1997). A literatura sobre avaliação em saúde também corrobora tais achados, como em Tanaka e Melo (2001) e Mendes (2011), destacando a necessidade de incorporar a voz do usuário e coordenar efetivamente fluxos e recursos, aspectos que os instrumentos regulatórios atuais não contemplam plenamente.

Contudo, é fundamental interpretar estes achados à luz das limitações inerentes ao

desenho metodológico adotado. A principal delas reside na amostragem não probabilística acidental e no tamanho reduzido da amostra ($n=156$), que, embora suficientes para a profundidade analítica de um estudo de caso, impedem a generalização estatística dos resultados. Adicionalmente, o recorte geográfico restrito a Nova Venécia significa que os resultados refletem uma realidade local específica. Essas limitações reforçam o caráter exploratório e indicativo das conclusões apresentadas, que apontam para uma falha sistêmica do indicador, mas demandam investigações futuras mais amplas.

Em síntese, a pesquisa demonstrou que o IDSS tende a superestimar a qualidade percebida pelos beneficiários, ao priorizar indicadores agregados que não capturam barreiras práticas de acesso e cobertura. As hipóteses foram confirmadas, revelando que a experiência do cliente é moldada por falhas estruturais de planejamento, controle e articulação da rede, que transcendem os critérios regulatórios. Recomenda-se que futuras versões do IDSS incorporem métricas mais granulares e sensíveis ao território, incluindo indicadores de satisfação do usuário, de forma a complementar os índices oficiais. Paralelamente, sugere-se que as operadoras adotem práticas de gestão inspiradas no PCP para endereçar as falhas locais identificadas. As divergências encontradas sinalizam oportunidades concretas para aprimoramento da gestão operacional. A baixíssima avaliação da rede credenciada (proxy IDGA de 0,353) demanda, por exemplo, a implementação de um Planejamento de Capacidade focado na realidade local, mapeando a demanda por especialidades em Nova Venécia e cruzando com a capacidade instalada para direcionar o credenciamento estratégico. Adicionalmente, a percepção de demora e burocracia nas autorizações aponta para a necessidade de otimização de processos, aplicando técnicas como o Mapeamento do Fluxo de Valor (VSM) para eliminar desperdícios no fluxo de autorização. Finalmente, a pesquisa evidencia a urgência de a operadora instituir mecanismos de controle e monitoramento de desempenho que capturem a experiência do usuário em nível municipal, como tempos médios de espera para agendamento local e pesquisas de satisfação contínuas. A adoção dessas práticas permitiria à operadora não apenas responder às críticas de forma mais eficaz, mas também gerar dados acionáveis para um planejamento mais alinhado às necessidades locais. Dessa forma, será possível avançar tanto no desempenho regulatório quanto, sobretudo, na melhoria da qualidade percebida pelos beneficiários, aproximando a regulação normativa da realidade concreta da assistência em saúde suplementar.

5.1 VERIFICAÇÃO DOS OBJETIVOS PROPOSTOS

O objetivo geral deste estudo consistiu em analisar a percepção dos beneficiários de uma operadora de saúde suplementar em Nova Venécia sobre a qualidade dos serviços prestados, contrapondo-a às avaliações oficiais da ANS expressas pelo IDSS. A pesquisa atingiu esse propósito ao articular dados primários, obtidos por meio da aplicação de questionários a 156 beneficiários, com dados secundários provenientes dos indicadores oficiais da agência reguladora. A comparação evidenciou divergências relevantes entre a

experiência local do usuário e as métricas normativas, confirmando o alcance do objetivo central.

No que se refere aos objetivos específicos, pode-se afirmar que todos foram igualmente atendidos. O primeiro, de caracterizar o perfil sociodemográfico e contratual dos beneficiários, foi contemplado por meio da análise da amostra, que revelou predominância feminina, faixa etária ativa e forte vinculação ao plano empresarial. O segundo objetivo, de mapear o padrão de utilização dos serviços de saúde suplementar, foi atingido com a identificação do uso majoritário de consultas médicas e exames, demonstrando um perfil ambulatorial e de cuidados de rotina. O terceiro objetivo, de avaliar o grau de conhecimento dos beneficiários sobre o IDSS, foi cumprido ao evidenciar que mais de 90% nunca haviam ouvido falar do índice, revelando sua baixa capilaridade social. O quarto objetivo, de comparar a percepção local com as notas oficiais do IDSS, foi alcançado mediante o cálculo de indicadores normalizados e a análise comparativa com as dimensões IDQS e IDGA, que confirmaram a discrepância entre a métrica regulatória e a experiência vivida. Por fim, o quinto objetivo, de identificar as principais queixas e insatisfações dos usuários, foi atingido por meio da análise qualitativa, que apontou problemas estruturais de acesso, carência de especialistas e insuficiência da rede credenciada.

Dessa forma, pode-se afirmar que os objetivos propostos na pesquisa foram integralmente verificados e alcançados, permitindo uma compreensão abrangente do fenômeno estudado. Além de atender às metas iniciais, o estudo forneceu subsídios adicionais para a reflexão crítica sobre os limites do IDSS como instrumento regulatório, bem como sobre a importância do planejamento e controle dos serviços de saúde para garantir a qualidade percebida pelo beneficiário em nível local.

Referências

- ANS. *Programa de Qualificação de Operadoras*. 2025. Disponível em: <<https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/qualificacao-ans>>. Acesso em: 10 fev. 2025.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. 1988. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 5 out. 1988.
- BRASIL. *Lei n.º 9.961, de 28 de janeiro de 2000: Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências*. 2000. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 28 jan. 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19961.htm>. Acesso em: 17 fev. 2025.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. (Ed.). *Avaliação em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29–47.
- CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 3, p. 705–711, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000300017>>. Acesso em: 05 mar. 2025.
- CORRÊA, H. L.; GIANESI, I. G. N.; CAON, M. *Planejamento, Programação e Controle da Produção*. São Paulo: Atlas, 2010.
- COSTA, N. d. R. *Lutas Urbanas e Controle Sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil*. Petrópolis; Rio de Janeiro: Vozes; ABRASCO, 1985.
- DONABEDIAN, A. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, v. 260, n. 12, p. 1743–1748, 1988.
- FIOCRUZ. *Linha do tempo - políticas de saúde Brasil 1930-2020*. 2020. Disponível em: <<https://materiais.ead.fiocruz.br/outros-materiais/ouvidorias-do-sus-fortalecendo-a-atuacao-em-rede/percurso/documentos/linha-do-tempo-politicas-saude-brasil-1930-2020.html>>. Acesso em: 18 ago. 2025.
- FITZSIMMONS, J. A.; FITZSIMMONS, M. J. *Administração de serviços: operações, estratégia e tecnologia de informação*. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2000.
- FITZSIMMONS, J. A.; FITZSIMMONS, M. J. *Administração de serviços: operações, estratégia e tecnologia da informação*. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.
- GRÖNNROOS, C. A service quality model and its marketing implications. *European Journal of Marketing*, v. 18, n. 4, p. 36–44, 1984.
- GUIMARÃES, R. M. F. e. a. Planejamento e controle das operações de serviços: uma análise preliminar na cidade histórica de ouro preto. In: *Anais do VI Simpósio de Engenharia de Produção - SIMEP 2018*. Salvador: UNIFACS, 2018. Disponível em: <<https://www.even3.com.br/anais/6simep/80445-planejamento-e-controle-das-operacoes-de-servicos--uma-analise-preliminar-na-cidade-historica-de-ouro-preto/>>. Acesso em: 10 mar. 2025.

HAN, J.; KAMBER, M.; PEI, J. *Data Mining: Concepts and Techniques*. 3. ed. Waltham, MA: Morgan Kaufmann, 2012.

HARTZ, Z. *Avaliação em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

IBGE. *PNS 2019: sete em cada dez pessoas que procuram o mesmo serviço de saúde vão à rede pública*. 2020. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sal-a-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/28793-pns-2019-sete-em-cada-dez-pessoas-que-procuram-o-mesmo-servico-de-saude-vao-a-rede-publica>>. Acesso em: 05 mar. 2025.

IBGE. *Conta-Satélite de Saúde: 9,6% do PIB foram gastos no consumo de bens e serviços de saúde em 2019*. 2022. <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/33482-conta-satelite-de-saude-9-6-do-pib-foram-gastos-no-consumo-de-bens-e-servicos-de-saude-em-2019>>. Acesso em: 05 mar. 2025.

IBGE. *Conta-Satélite de Saúde: Sob efeitos da pandemia, consumo de bens e serviços de saúde cai 4,4% em 2020, mas cresce 10,3% em 2021*. 2024. Disponível em: <<https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/39675-sob-efeitos-da-pandemia-consumo-de-bens-e-servicos-de-saude-cai-4-4-em-2020-mas-cresce-10-3-em-2021>>. Acesso em: 05 mar. 2025.

JR., J. J. C.; TAYLOR, S. A. Measuring service quality: A reexamination and extension. *Journal of Marketing*, v. 56, n. 3, p. 55–68, 1992.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. *A Estratégia em Ação: Balanced Scorecard*. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

LOVELOCK, C. H.; WIRTZ, J. *Marketing de Serviços: Pessoas, Tecnologia, Estratégia*. 7. ed. Porto Alegre: Bookman, 2011.

LUSTOSA, L. e. a. *Planejamento e controle da produção*. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

MACHADO, R.; OUTROS. *Danação da Norma: Medicina Social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MEIRELLES, D. S. O conceito de serviço. *Economia Política*, v. 26, n. 1, p. 119–136, 2006.

MENDES, E. V. *O Desafio do SUS: um novo olhar sobre a saúde*. São Paulo: Hucitec, 2000.

MENDES, E. V. *Redes de atenção à saúde*. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde – Representação Brasil, 2011.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 34, n. 5, p. 547–559, 2000. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102000000500018>>. Acesso em: 10 mar. 2025.

OLIVEIRA, D. F. de; KORNIS, G. E. M. A política de qualificação da saúde suplementar no Brasil: uma revisão crítica do índice de desempenho da saúde suplementar. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 27, n. 2, p. 207–231, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000200003>>. Acesso em: 10 mar. 2025.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política e reforma sanitária no Brasil: dilemas, contradições e perspectivas. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. N.Esp, p. 79–86, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0034-89102006000400011>>. Acesso em: 05 mar. 2025.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. Servqual: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, v. 64, n. 1, p. 12–40, 1988.

PORTO, M. A. Origem das políticas de saúde pública no brasil: do brasil-colônia a 1930. *Boletim Técnico do Senac*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 77–87, 2000.

ROSEN, G. *Da Polícia Médica à Medicina Social: ensaios sobre a história da assistência médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

RUSSOMANO, H. H. *Planejamento e Controle da Produção*. 3. ed. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 2000.

SANTOS, L. A. d. C. O pensamento sanitarista na primeira república; uma ideologia de construção da nacionalidade. *Dados - Revista de Ciências Sociais*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 191–218, 1985.

SANTOS, L. C. e. a. Por que a estratégia de operações de serviços deveriam ser diferentes? em busca de um modelo conceitual. In: *Anais do XXIV Encontro Nacional de Engenharia de Produção*. Florianópolis, SC: Abepro, 2004.

SINGER, P. e. a. *Prevenir e Curar: o controle social através dos serviços de saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1981.

STREINER, D. L.; NORMAN, G. R. *Health measurement scales: A practical guide to their development and use*. 4. ed. Oxford: Oxford University Press, 2008.

TANAKA, O. Y.; MELO, C. *Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer*. São Paulo: Edusp, 2001.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 17, n. 4, 2012. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000400002>>. Acesso em: 6 jun. 2025.

THOMAS, E. V. e. a. *Sistema de planejamento e controle da produção: para o Gerenciamento da Cadeia de Suprimentos*. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

TUBINO, D. F. *Planejamento e controle da produção: teoria e prática*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

URIONA, M. M. e. a. Um estudo sobre a evolução e as tendências da gestão de serviços. In: *Anais do XXIX Encontro Nacional de Engenharia de Produção (ENEGEP)*. Salvador: [s.n.], 2009.

VILARINHO, P. F. *A Formação Do Campo Da Saúde Suplementar No Brasil*. Dissertação (Mestrado) — Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2003. Dissertação (Mestrado). Disponível em: <<https://repositorio.fgv.br/items/0f332042-cc52-46be-ac56-c8650a64a9fa>>. Acesso em: 10 mar. 2025.

VOLLMAN, E. T.; OUTROS. *Sistemas de Planejamento & Controle da Produção para o gerenciamento da Cadeia de Suprimentos*. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

YIN, R. K. *Estudo de caso: Planejamento e métodos*. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

ZEITHAML, V. A.; BITNER, M. J.; GREMLER, D. D. *Marketing de Serviços: A Empresa com Foco no Cliente*. Porto Alegre: Bookman, 2014.

Apêndices

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO APLICADO

Seção 1: Perfil Sociodemográfico e do Plano

1. Qual seu gênero?

- ☐ Feminino
- ☐ Masculino
- ☐ Outro

2. Qual a sua faixa etária?

- ☐ 19 - 23
- ☐ 24 - 28
- ☐ 29 - 33
- ☐ 34 - 38
- ☐ 39 - 43
- ☐ 44 - 48
- ☐ 49 - 53
- ☐ 54 - 58
- ☐ 59 ou mais

3. Localização na cidade?

- ☐ Centro urbano de Nova Venécia
- ☐ Zona rural de Nova Venécia

4. Você é o titular do plano?

- ☐ Sim
- ☐ Não, sou beneficiário

5. Você utiliza plano individual ou empresarial?

- ☐ Individual/Familiar
- ☐ Coletivo Empresarial

6. Qual o serviço de saúde que você mais utiliza?

- ☐ Cirurgias

- ☐ Consultas
- ☐ Exames
- ☐ Internação
- ☐ Partos
- ☐ UTI
- ☐ Terapias

Seção 2: Conhecimento e Percepção sobre o IDSS

7. Você já ouviu falar do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) da ANS?
- ☐ Sim
 - ☐ Não
8. Em sua opinião, o IDSS reflete de forma precisa a qualidade real dos serviços da sua operadora?
- ☐ Sim, reflete de forma muito precisa.
 - ☐ Sim, reflete de forma razoável.
 - ☐ Não, reflete de forma limitada.
 - ☐ Não, não reflete a realidade.
 - ☐ Não sei opinar.

Seção 3: Avaliação de Desempenho da Operadora

(Para as perguntas a seguir, utilize uma escala de 1 a 5, onde 1 é "Muito Ruim" e 5 é "Excelente")

9. Qual sua avaliação geral da qualidade dos serviços prestados pela sua operadora de plano de saúde?
- ☐ 1 - Muito ruim
 - ☐ 2 - Ruim
 - ☐ 3 - Regular
 - ☐ 4 - Bom
 - ☐ 5 - Excelente
10. Como você avalia o atendimento (pessoalmente, por telefone ou digital) da sua operadora?

- ☐ 1 - Muito ruim
- ☐ 2 - Ruim
- ☐ 3 - Regular
- ☐ 4 - Bom
- ☐ 5 - Excelente

11. Qual sua percepção sobre a facilidade de agendamento de consultas e exames pela sua operadora?

- ☐ 1 - Muito ruim
- ☐ 2 - Ruim
- ☐ 3 - Regular
- ☐ 4 - Bom
- ☐ 5 - Excelente

12. Como você avalia a rede credenciada (hospitais, clínicas, laboratórios) oferecida pela sua operadora?

- ☐ 1 - Muito ruim
- ☐ 2 - Ruim
- ☐ 3 - Regular
- ☐ 4 - Bom
- ☐ 5 - Excelente

13. Qual sua opinião sobre a clareza e transparência das informações fornecidas pela operadora (sobre cobertura, reajustes, etc.)?

- ☐ 1 - Muito ruim
- ☐ 2 - Ruim
- ☐ 3 - Regular
- ☐ 4 - Bom
- ☐ 5 - Excelente

14. Em relação à resolução de problemas ou reclamações, como você avalia a sua operadora?

- ☐ 1 - Muito ruim
- ☐ 2 - Ruim
- ☐ 3 - Regular

☐ 4 - Bom

☐ 5 - Excelente

15. Considerando o custo-benefício, qual a probabilidade de você recomendar sua operadora de plano de saúde a um amigo ou familiar?

☐ 1 - Definitivamente não

☐ 2 - Provavelmente não

☐ 3 - Talvez

☐ 4 - Provavelmente sim

☐ 5 - Definitivamente sim

Seção 4: Comentários Adicionais

16. Você tem algum comentário, crítica ou sugestão adicional sobre a sua experiência com a operadora de saúde?

Resposta: _____

