

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PAMPA

**ESTUDO DE CASO DE UMA COOPERATIVA DE SAÚDE DA REGIÃO DA
CAMPANHA CONFORME OS REQUISITOS DA RN 452**

ANDRESSA CHAVES BRASIL

**Bagé
2021**

ANDRESSA CHAVES BRASIL

**ESTUDO DE CASO DE UMA COOPERATIVA DE SAÚDE DA REGIÃO DA
CAMPANHA CONFORME OS REQUISITOS DA RN 452**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Engenharia de Produção da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Engenharia de Produção.

Orientador: Prof. Dr. Maurício Nunes Macedo de Carvalho

**Bagé
2021**

Ficha catalográfica elaborada automaticamente com os dados fornecidos
pelo(a) autor(a) através do Módulo de Biblioteca do
Sistema GURI (Gestão Unificada de Recursos Institucionais).

B823e Brasil, Andressa Chaves

ESTUDO DE CASO DE UMA COOPERATIVA DE SAÚDE DA
REGIÃO DA CAMPANHA CONFORME OS REQUISITOS DA RN 452 /
Andressa Chaves Brasil.

42 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) --
Universidade Federal do Pampa, ENGENHARIA DE PRODUÇÃO,
2021.

"Orientação: Mauricio Nunes Macedo de Carvalho".

1. ANS. 2. RN 452. 3. OPERADORA DE SAÚDE. I.
Título.



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
Universidade Federal do Pampa

ANDRESSA CHAVES BRASIL

**ESTUDO DE CASO DE UMA COOPERTIVA DE SAÚDE DA REGIÃO DA
CAMPANHA CONFORME OS REQUISITOS DA RN 452**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Engenharia de Produção da Universidade Federal do Pampa, como requisito parcial para obtenção do Título de Bacharel em Engenharia de Produção.

Trabalho de Conclusão de Curso defendido e aprovado em: 01, outubro e 2021.

Banca examinadora:

Prof. Dr. Mauricio Nunes Macedo de Carvalho

Orientador

UNIPAMPA

Prof. Dr. Claudio Sonaglio Albano

UNIPAMPA

Prof. Me. Tatiana Nardon Noal

UNIPAMPA



Assinado eletronicamente por **CLAUDIO SONAGLIO ALBANO, PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR**, em 01/10/2021, às 14:55, conforme horário oficial de Brasília, de acordo com as normativas legais aplicáveis.



Assinado eletronicamente por **TATIANA NARDON NOAL, PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR**, em 01/10/2021, às 14:55, conforme horário oficial de Brasília, de acordo com as normativas legais aplicáveis.



Assinado eletronicamente por **MAURICIO NUNES MACEDO DE CARVALHO, PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR**, em 01/10/2021, às 14:55, conforme horário oficial de Brasília, de acordo com as normativas legais aplicáveis.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.unipampa.edu.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0623706** e o código CRC **20AE2584**.

Referência: Processo nº 23100.016194/2021-75 SEI nº 0623706

AGRADECIMENTO

Ao Prof. Dr. Mauricio Nunes Macedo de Carvalho.

Aos professores do curso de Engenharia de Produção.

A todos os colegas de curso e pessoas que me ajudaram de alguma forma.

RESUMO

Após a criação da Agência Nacional de Saúde, o setor de saúde suplementar passa a ser regulamentado, reorganizando-se para se adaptar as novas exigências estabelecidas pela agência. Para a melhoria do processo e competitividade no mercado, as operadoras de saúde médico-hospitalares buscam as certificações perante a norma. A nova Resolução Normativa da ANS, publicada em março de 2021, a RN 452 tem como objetivo certificar as operadoras em quatro dimensões: Gestão Organizacional, Gestão da Rede Prestadora de Serviços de Saúde, Gestão em saúde e Experiência do Beneficiário. Para certificação a operadora precisa pontuar no mínimo 70 pontos em cada dimensão. Nesse sentido busca-se de forma eficiente identificar os requisitos que não estão de acordo com a norma e elaborar um plano de ação para adequação. O trabalho proposto tem como objetivo principal verificar o atendimento dos requisitos essenciais da dimensão experiência do beneficiário, da Resolução Normativa nº 452, através da análise dos itens não contemplados anteriormente na RN 277. Identificar os problemas, analisar os processos e elaborar planos de ação, através da ferramenta 5W1H para o cumprimento dos itens da dimensão. Por fim conclui-se as práticas que devem ser adotadas pela operadora para o cumprimento e adequação dos requisitos, tendo como sugestões de pesquisas futuras a análise do dimensionamento da rede, tratado na dimensão dois da resolução.

Palavras-Chave: Operadoras de Saúde, Agência Nacional de Saúde, RN 452, Experiência do Beneficiário.

ABSTRACT

After the creation of the National Health Agency, the supplementary health sector starts to be regulated, reorganizing itself to adapt to the new requirements established by the agency. To improve the process and competitiveness in the market, the medical-hospital health operators seek certifications before the norm. The new ANS Normative Resolution, published in March 2021, RN 452 has the objective of certifying the operators in four dimensions: Organizational Management, Health Service Provider Network Management, Health Management, and Beneficiary Experience. For certification, the operator must score at least 70 points in each dimension. In this sense, it is sought in an efficient way to identify the requirements that are not in accordance with the norm and elaborate an action plan for adequacy. The proposed work has as its main objective to verify compliance with the essential requirements of the beneficiary experience dimension of Normative Resolution 452, through the analysis of the items not previously contemplated in RN 277. Identify the problems, analyze the processes and elaborate action plans, through the 5W1H tool for the fulfillment of the dimension items. Finally, we conclude the practices that must be adopted by the operator for the fulfillment and adequacy of the requirements, having as suggestions for future research the analysis of network dimensioning, dealt with in dimension two of the resolution.

Key-words: Health Operators, National Health Agency, RN 452, Beneficiary Experience.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Tópicos do trabalho proposto.....	14
Figura 02 – IDSS disponibilizado no portal corporativo.....	26
Figura 03 – Guia médico no portal corporativo.....	30
Figura 04 – Pesquisa de satisfação no portal corporativo.....	32
Figura 05 – Diagrama Gantt.....	34

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Níveis de acreditação da RN 452.....	16
Quadro 02 - Classificação dos itens.....	17
Quadro 03 - Etapas do ciclo PDCA.....	22
Quadro 04 – Resumo do atendimento do requisito 4.1.1.....	26
Quadro 05 – Método 5W1H para o requisito 4.1.1.....	26
Quadro 06 – Resumo do atendimento do requisito 4.1.2.....	27
Quadro 07 – Método 5W1H para o requisito 4.1.2.....	28
Quadro 08 – Modelo das informações do PIN-SS.....	29
Quadro 09 – Resumo do atendimento do requisito 4.1.3.....	30
Quadro 10 – Método 5W1H para o requisito 4.1.3.....	30
Quadro 11 – Resumo do atendimento do requisito 4.1.4.....	33

LISTA DE SIGLAS

RN - Resolução Normativa

UNIPAMPA – Universidade Federal do Pampa

ANS - Agência Nacional de Saúde

PDCA – Pan Do Check Act

SUS - Serviço Único de Saúde

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

IDSS – Índice de Desenvolvimento da Saúde Suplementar

INMETRO - Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia

OMS - Organização Mundial de Saúde

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

NIP - Notificação de Intermediação Preliminar

FENASAÚDE – Federação Nacional de Saúde Complementar

URCRS – Unimed Região da Campanha do Rio Grande do Sul

PIN-SS - Portal do Beneficiário da Saúde Suplementar

QUALISS/ANS – Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviço de Saúde
(QUALISS)

5W1H - Who? What? Where? When? Why? How?

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	Justificativa	15
1.2	Contextualização da empresa.....	15
1.3	Questão de pesquisa	16
1.4	Objetivo.....	16
1.4.1	Objetivos específicos.....	16
1.5	Estrutura do trabalho	16
2.	REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1	A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)	18
2.2	Acreditação de operadoras.....	18
2.3	Resolução Normativa – RN nº 452	19
2.3.1	Classificação dos itens e forma de obtenção de evidências	20
2.3.2	Dimensões da resolução	21
3.	METODOLOGIA	24
3.1	Método da pesquisa.....	24
3.2	Seleção da abordagem de pesquisa.....	24
3.3	Coleta e análise dos dados.....	25
3.4	Limitações do método.....	25
3.5	Procedimentos Metodológicos	26
4.	RESULTADOS E ANÁLISES DA PESQUISA.....	27
4.1	itens compreendidos na dimensão 4 – Experiência do beneficiário.....	27
4.1.1	Disponibilização de Informações à sociedade.....	27
4.1.2	Canais de Comunicação com Beneficiário - resposta a demandas (reativo)	30
4.1.3	Canais de Comunicação com Beneficiário - disponibilização de informações essenciais (proativo)	31
4.1.4	Pesquisa de Satisfação de Beneficiários.....	34
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	38
5.1	Sugestões de pesquisa futura.....	38
	REFERÊNCIAS.....	39

ANEXO A – CRITÉRIOS E ITENS DA DIMENSÃO QUATRO DA RN 452	
.....	41
ANEXO B - QUADRO COMPARATIVO ENTRE RN 452/2020 E RN 277/11	
.....	42

1. INTRODUÇÃO

Ao longo da década de 1980 com o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal.

“A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Art. 196 - BRASIL, 1988).

O artigo nº 197 da Constituição prevê a presença da livre iniciativa na assistência de saúde, cabendo ao poder público, nos termos da lei, o controle e fiscalização. (BRASIL,1988). A partir disso foi formado o sistema de saúde suplementar, em paralelo com o sistema público de saúde, sendo formado por redes de hospitais, laboratórios e profissionais que prestam serviços para as Operadoras de Planos de Saúde. (SANTOS, L.,2009).

Com a aprovação da lei nº 9.656/1998 (BRASIL,1998), que estabeleceu as normas de regulação para os planos e seguros privados de assistência à saúde, e a lei nº 9.961/2000 (BRASIL, 2000) que criou a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Nesse momento a regulamentação dos planos de saúde passou a ser uma atividade realizada pelo Governo Federal (SANTOS, L., 2009), vinculado ao Ministério da Saúde, a ANS tem como finalidade promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde. (INST. ONCOGUIA, 2020).

O setor de saúde complementar e suas organizações tiveram que se adequar e cumprir a nova regulamentação estabelecida. Para se manter em posição competitiva no mercado, as empresas de saúde precisaram se reorganizar, passando por uma série de transformações que permitissem sua adaptação aos processos de trabalho (MOTTA; LEÃO; ZAGATTO, 2005).

A regulação trouxe avanços na saúde suplementar, com a busca da qualificação dos ligados ao setor, como operadoras, prestadores de serviço, os beneficiários que utilizam esse serviço e o próprio órgão regulador. A ANS procura significar o setor de saúde suplementar como local de produção de saúde, conduzindo as operadoras de planos de saúde a transformar-se em gestoras de saúde, os prestadores de serviços em produtores de cuidado de saúde, os beneficiários em usuários com consciência sanitária e o próprio

órgão regulador qualificando-se para corresponder à tarefa de regular um setor cujo objetivo é produzir saúde (BRASIL, 2007 *apud* SOUZA, 2010).

1.1 Justificativa

Ao ser creditada pelo órgão regulador as operadoras tem benefícios além da parte de qualidade de serviços, mas também em seu financeiro. Uma operadora acreditada tem benefícios econômico-financeiros, por exemplo, recebe bonificação na porcentagem do IDSS (Índice de Desempenho de Saúde Suplementar), redução da exigência mensal da Margem de Solvência em 5% do exercício corrente e farão jus aos fatores reduzidos de capital regulatório. (GRUPO IAG, 2020).

Ao ser regulada pela ANS, as operadoras passam por qualificações de processos como um todo, desde a parte organizacional até a busca de uma melhor experiência de seus beneficiários. Essas qualificações visam sua melhoria como operadora de saúde no sistema suplementar, se tornando mais competitivas no mercado. A pesquisa proposta procura auxiliar através de ferramentas estudadas e conceitos abordados no curso de Engenharia de Produção, o processo de certificação da ANS através da Resolução Normativa 452, criando métodos eficazes para cumprimento dos requisitos da norma.

1.2 Contextualização da empresa

A pesquisa foi desenvolvida em uma empresa da Região da Campanha, do setor médico-hospitalar, realizada com o auxílio dos responsáveis do setor de qualidade da mesma. A empresa atualmente possui uma forte cultura relacionada à melhoria contínua, e a mesma é aplicada em diversas áreas da empresa, em ações de pequeno e grande impacto, abrangendo tanto questões operacionais quanto administrativas. A cooperativa está em constante adequação as normativas solicitadas pela ANS, recentemente passou pelo processo de certificação na RN 277/2011 e procura uma nova certificação na resolução vigente.

A Unimed Região da Campanha foi constituída em 1978, abrange a região de Bagé, Dom Pedrito, Lavras do Sul, Candiota, Hulha Negra, Pedras Altas, Pinheiro Machado e Aceguá. Contendo cerca de 5059 beneficiários, conforme dados atualizados em março de 2021 no portal da ANS, dentre planos familiares e

empresariais. Conta com 174 cooperados, abrangendo quase todas as especialidades médicas, 04 hospitais, 16 laboratórios, além de diversos serviços em diagnóstico e terapia. (Unimed, 2021).

1.3 Questão de pesquisa

Ao final desse estudo procura-se responder a seguinte questão de pesquisa:

- Como uma cooperativa de saúde de saúde deve atender os requisitos essenciais da dimensão quatro – experiência do beneficiário, da RN 452?

1.4 Objetivo

Verificar o atendimento dos requisitos da Resolução Normativa nº 452 em uma cooperativa de saúde da Região da Campanha.

1.4.1 Objetivos específicos

Para alcançar o objetivo principal serão desenvolvidas as seguintes etapas:

- a) apresentar a RN 452 e sua forma de classificação dos itens de avaliação: em requisitos essenciais, complementares e de excelência;
- b) relacionar as práticas organizacionais da cooperativa com os requisitos essenciais da dimensão quatro da norma;
- c) elaborar um plano de ação para atendimento dos requisitos da dimensão quatro da Resolução Normativa nº 452.

1.5 Estrutura do trabalho

O presente trabalho divide-se em cinco capítulos principais, o primeiro capítulo consiste na introdução sobre o tema, se subdividindo em justificativa para seu desenvolvimento, apresentação a empresa do estudo, questão de pesquisa, objetivos gerais e específicos com o trabalho e sua estrutura.

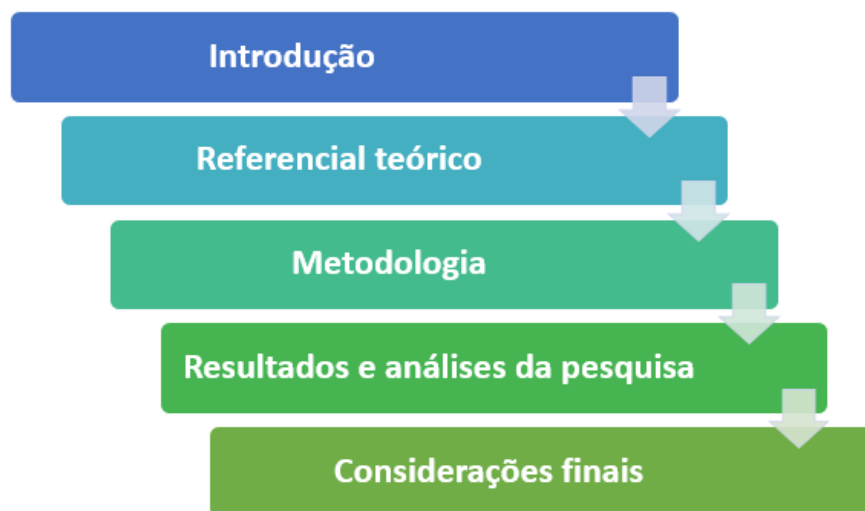
O segundo capítulo será apresentado aspectos conceituais fundamentados na literatura e estudos relacionados ao tema em questão desenvolvidos por outros autores e órgãos responsáveis, que servirão melhor entendimento do leitor.

O terceiro capítulo refere-se a parte metodológica do desenvolvimento do trabalho, onde mostra como será realizada e abordada a pesquisa, sua coleta de dados e limitações para o estudo além das ferramentas e serem utilizadas.

O quarto capítulo serão apresentadas as etapas para adequação da operadora, além de explicar os resultados e análises que foram obtidos através da pesquisa.

E por último, o quinto capítulo apresenta as considerações finais de pesquisa para o TCC, os objetivos alcançados com o estudo e as sugestões de pesquisas futuras (Figura 01).

Figura 01 – Tópicos do trabalho proposto



Fonte: Autora, 2021

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo tem por objetivo apresentar o referencial teórico da pesquisa que é de fundamental importância para o desenvolvimento deste trabalho. Serão abordados os temas relacionados a Agência Nacional de Saúde e seu programa e acreditação de operadoras. Também serão abordadas a Resolução Normativa nº 452 e suas dimensões e por último, as ferramentas da qualidade que poderão auxiliar a adequação à norma.

2.1 A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

No período que não havia regulação, os planos de saúde tinham um crescimento desordenado no Brasil, o país vivia uma situação de alta inflação onde os reajustes mensais constituíam sua rotina. Com a estabilidade da moeda, as operadoras deixaram de ganhar com as aplicações financeiras e passaram a atentar-se em economizar na assistência de saúde. (SANTOS, L., 2009 *apud* COSTA, 2009).

As empresas começaram então, a auditar as contas médicas com mais restrição, incluindo as internações hospitalares e suas necessidades, começando a passar por autorização de procedimentos, as terapias, órteses, próteses e materiais e medicamentos especiais. (COSTA, 2009).

Com a Lei 9.961 que criou e deu poderes a ANSS para regular e reger o sistema suplementar de saúde, tendo competências que vão desde estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras, até fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e descredenciamento de prestadores de serviço às operadoras. (PEREIRA, 2010).

Cabe também a ANS, definir e atualizar o rol de procedimentos, que dá a obrigatoriedade do que deve ser coberto pela operadora. Além de regular as relações do setor de planos de saúde, a agência deve apurar irregularidades praticadas pelas operadoras de saúde e se for o caso puni-las, como no caso de preços além dos determinados pelo órgão e descumprimento das obrigatoriedades vigentes. (Instituto Oncoguia, 2020).

2.2 Acreditação de operadoras

Conforme Almeida, (2020) o Programa de Acreditação de Operadoras de Plano de Saúde é uma certificação de boas práticas para gestão organizacional e gestão em saúde, tendo como objetivo a qualificação e melhoria dos serviços prestados pelas operadoras (ANS, 2020). Criado em 2011, através da Resolução Normativa nº 277, o programa busca definir padrões de qualidade e segurança, estimulando a competitividade entre as empresas do setor, incentivando a modernidade e sempre visando a melhoria no atendimento ao paciente.

Esse processo de acreditação é feito por empresas independentes homologadas junto a ANS, seguindo as normas e um roteiro preestabelecidos pela reguladora. Sua adesão é voluntária e sua certificação é dada pelas empresas independentes contratadas, ou seja, pelas Entidades Acreditadoras reconhecidas pelo Inmetro. Para se submeter a esse processo a operadora deve estar com a situação regular nos monitoramentos econômico-financeiro, técnico-assistencial e de fiscalização da ANS e ter nota no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) igual ou maior a 0,6 no último ano. (ANS, 2020).

2.3 Resolução Normativa – RN nº 452




Em vigor desde 09 de março de 2020, a RN 452 revogou a RN nº 277/2011, e é a norma atual do programa de acreditação das operadoras de saúde. Trata-se de uma certificação de boas práticas a nível organizacional com objetivo de qualificar as operadoras de saúde suplementar. (GRUPO IAG, 2020).

Com objeto de certificar a qualidade assistencial das operadoras de planos de saúde médico-hospitalares e odontológicos de acordo com a avaliação das entidades acreditadoras, estas cadastradas pela ANS e habilitadas pelo INMETRO. Para essa certificação nas empresas é avaliado além dos requisitos a norma, condições de infraestrutura, serviços administrativos, a operação dos serviços ofertados e a satisfação dos beneficiários. (BRASIL, 2020).

Conforme o Art. 17 da Resolução nº 452, para ser acreditada a operadora deverá atingir pontuação mínima de 70 (setenta) pontos em cada uma das quatro dimensões. (BRASIL, 2020). O Art. 18 especifica que a operadora poderá ser

acreditada em três níveis conforme apresentado no Quadro 01, com validade máxima de três anos.

Quadro 01 – Níveis de acreditação da RN 452


Níveis de acreditação da RN 452		
	Nível I: Validade de 3 anos	Obter nota maior ou igual a 90; Conformidade em pelo menos 80% dos itens de excelência; IDSS acima de 0,8.
	Nível II: Validade de 2 anos	Nota final maior ou igual a 80 e menor que 90; IDSS acima de 0,8.
	Nível III: Validade de 2 anos	Nota final maior ou igual a 70 e menor que 80; IDSS acima de 0,6



Fonte: Autora, 2021

2.3.1 Classificação dos itens e forma de obtenção de evidências

Os itens segundo a RN classificados como essenciais são de cumprimento obrigatório para acreditação, caso um item não seja atendido, a operadora receberá nota zero no requisito inteiro. No caso dos itens complementares, são considerados de boas práticas recomendáveis e, se cumpridos pela operadora, elevam a pontuação do requisito. Já os itens de excelência comumente não são praticados pelas instituições, com maior grau de dificuldade seu cumprimento exigido é de 80% dos itens de excelência para a operadora alcançar a Acreditação nível I. (Brasil, 2020).

Quadro 02 – Classificação dos itens

CLASSIFICAÇÃO DO ITEM	DEFINIÇÃO	ICONE
Essencial	Os itens essenciais são condições <i>sine qua non</i> para pontuar o requisito. Caso 01 item não seja cumprido, a operadora receberá nota zero no requisito inteiro.	

CLASSIFICAÇÃO DO ITEM	DEFINIÇÃO	ICONE
Complementar	Os itens complementares são boas práticas recomendáveis e, se cumpridos pela operadora, elevam a pontuação do requisito.	 <i>Complementar</i>
Excelência	Os itens de excelência são práticas pouco disseminado no setor e de maior dificuldade de consecução. O cumprimento de 80% dos itens de excelência é uma das exigências para a operadora alcançar a Acreditação nível I.	 <i>Excelência</i>

Fonte: Adaptado de ANS, 2021

Conforme ilustrado no Quadro 02, cada item da RN possui o símbolo que representa seu grau e classificação, para melhor interpretação dos requisitos. A análise de conformidade dos itens deverá buscar evidências que comprovem o escopo do item. (Brasil, 2020).

2.3.2 Dimensões da resolução

O programa de acreditação é composto por quatro dimensões: Gestão Organizacional, Gestão da Rede Prestadora, Gestão em Saúde e Experiência do Beneficiário, composta por 21 requisitos e 169 itens de verificação. (Brasil, 2020).

2.3.2.1 Dimensão 1 – Gestão Organizacional

Organização é a combinação de esforços individuais que tem por finalidade realizar propósitos, a sua estrutura é composta por física, tecnológicas e pessoas. As empresas, associações, os órgãos do governo, ou seja, qualquer entidade pública ou privada é uma organização. (CHIAVENATO, 2006).

Segundo Marques, 2019 a gestão organizacional é o planejamento de todas as ações que contribuem para o funcionamento do sistema, tendo como resultado a realização de metas e objetivos. Sua finalidade é conduzir pessoas e processos, promovendo melhorias, criando assim um ambiente mais motivado. Visto como um modelo de trabalho, sendo guiado pela política e valores próprios da empresa, que influencia em todas as etapas dos processos nas diversas áreas. (MARQUES, 2019).

A Dimensão Gestão Organizacional busca avaliar a gestão das operadoras considerando aspectos relativos à estrutura organizacional, a processos de trabalho,

a governança corporativa, a gestão de riscos corporativos, a sua sustentabilidade e a melhoria da qualidade. (Brasil, 2020). Composta por 8 requisitos, subdividida em 78 itens, dos quais 34 são essenciais, 26 são complementares e 18 de excelência.

2.3.2.2 Dimensão 2 – Gestão da Rede Prestadora

Vários referenciais teóricos e acadêmicos apontam que o modelo de atenção à saúde, a organização da rede assistencial e a oferta de serviços devem ser orientados pelas necessidades de saúde da população, através da orientação pela oferta ou pela demanda espontânea. (PAIM, 2008).

A oferta de serviços deve ser planejada de acordo com a necessidade real das pessoas e não de acordo com o histórico de oferta prévia. Aplicando esse conceito ao setor de saúde suplementar, tem-se o planejamento orientado ao atendimento das necessidades de saúde, tendo em vista que se a rede for planejada por parâmetros estruturais e quantitativos, não significa que o beneficiário tenha o seu atendimento garantido. Entretanto, a inclusão de medidas de acesso para parametrização da suficiência de rede permitiria o monitoramento da efetiva prestação do serviço. (VILARINS, 2012).

Referente a gestão da rede prestadora de serviços de saúde, a dimensão busca avaliar a gestão da rede assistencial das operadoras, considerando critérios de qualidade para sua conformação, bem como mecanismos de regulação do acesso dos beneficiários. (Brasil, 2020). A dimensão é composta por 4 requisitos, subdividida em 23 Itens, dos quais 11 são essenciais e 6 são complementares e 6 de excelência, conforme detalhado no Anexo A.

2.3.2.3 Dimensão 3 – Gestão em Saúde

Um dos maiores problemas da área da saúde é considerado o desperdício. A Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) afirma que cerca de 30% dos gastos da saúde complementar no Brasil são desperdiçados. A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que, no Brasil, as perdas na área variam entre 20% e 40%. A OMS estima que somente no setor privado as perdas chegam a 20%, este desperdício considera desde exames solicitados sem necessidade, até medicamentos prescritos de forma incorreta. (SANTOS, J., 2018).

De acordo com Cláudia Affonso Silvano Araújo, pesquisadora em saúde e chefe da área de Operações, Tecnologia e Logística da Escola de Negócios da

Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), “A única forma de reverter esse quadro é investir em gestão. E não falamos apenas de desperdícios materiais e de medicamentos. Além de tudo isso, há o desperdício de tempo. Tempo perdido nos procedimentos. Todas as esferas do sistema padecem desse mal”, avalia. (SANTOS, J., 2018).

A Dimensão 3 avalia a gestão do cuidado em saúde, bem como ações de monitoramento relativas à qualidade da atenção à saúde de sua rede prestadora de serviços de saúde. (Brasil, 2020). Sendo composta por 5 Requisitos, subdividida em 40 Itens, dos quais 17 são essenciais, 10 Complementares e 13 de Excelência.

2.3.2.4 Dimensão 4 – Experiência do Beneficiário

A Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) é uma das medidas mais importantes na relação com os usuários, esse serviço auxilia e agiliza a solução de problemas entre beneficiários e operadoras. O diretor de Fiscalização da ANS, Mauricio Nunes, salienta a eficácia de conflitos, que se reflete na satisfação do beneficiário e na redução e processos administrativos. “A NIP possibilita uma resposta mais rápida para o problema enfrentado pelo consumidor a partir da análise da demanda sob ponto de vista da legislação do setor. Já as operadoras têm a oportunidade de reparar a conduta irregular, possibilitando a resolução da demanda e evitando, assim, a abertura de processo administrativo e judicial”, afirma. (ANS, 2020).

A experiência do beneficiário busca avaliar o resultado da interação entre a operadora, seus cooperados e a sociedade, incluindo potenciais clientes, tendo como parâmetros a percepção dos beneficiários quanto ao atendimento de suas necessidades e expectativas, bem como as ações promovidas pela operadora com foco na melhoria da qualidade dos serviços prestados. (Brasil, 2020). Composta por 4 requisitos, subdividida em 28 Itens, dos quais 13 são essenciais e 07 Complementares e 08 de Excelência.

Além de ser avaliada nos itens e requisitos estabelecidos nas Dimensões as operadoras também serão avaliadas em relação ao cumprimento dos requisitos referentes aos processos de governança, gestão de riscos e controles internos. (BRASIL, 2020).

3. METODOLOGIA

Este capítulo apresenta a metodologia científica adotada nesta pesquisa, nele são definidos o método de pesquisa, a seleção da abordagem da pesquisa, coleta e análise de dados, limitações do método e procedimentos metodológicos empregados no presente estudo.

3.1 Método da pesquisa

Pode-se definir pesquisa como o procedimento racional e sistemático que tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos. A pesquisa é desenvolvida mediante o conjunto dos conhecimentos disponíveis e a utilização de métodos, técnicas e outros procedimentos científicos. Desenvolve-se ao longo de um processo que contém inúmeras fases, desde a formulação do problema até a apresentação dos resultados. (Gil, 2008). Segundo Lakatos e Marconi (1996, p. 46), os métodos científicos objetivam a verdade e utilizam a comprovação de hipóteses para chegar a conclusões objetivas, através da observação sistemática do fenômeno estudado e da teoria científica.

Para Matias E Pereira (2012, p. 83) os métodos se caracterizam por quantitativos e qualitativos, nos métodos qualitativos os dados são analisados de forma indutiva e descritiva não podendo ser quantificada, já no método quantitativo utiliza-se métodos estatísticos para análise e tratamento dos dados. Neste sentido, essa pesquisa se caracteriza como qualitativa, pois este estudo utilizará como procedimento, a análise dos itens essenciais da dimensão quatro - experiência do beneficiário e, com o auxílio do método PDCA, propor um plano de ação para adequação dos itens não conformes.

3.2 Seleção da abordagem de pesquisa

A pesquisa trata-se de um estudo de caso, pois busca compreender os processos e práticas adotadas por uma cooperativa de saúde da região da campanha, para cumprimento dos requisitos essenciais da RN 452.

Segundo Alyrio (2003) o estudo de caso consiste em uma investigação de uma ou mais organizações, ou grupos pertencentes a organização, com objetivo de realizar

uma análise do contexto e dos processos envolvidos. Alyrio (2003) complementa dizendo que a abordagem do estudo e caso não é um método propriamente dito, mas sim uma estratégia e pesquisa.

3.3 Coleta e análise dos dados

A presente pesquisa utilizará como meio de coleta de informações o método de entrevistas não estruturadas e observação do participante, onde serão entrevistados os gestores da empresa e responsáveis pelo setor da qualidade da empresa. Para Gil (2008), pela sua flexibilidade, a entrevista é adotada como técnica fundamental de investigação nos mais diversos campos. Considera-se parte importante do desenvolvimento das ciências sociais nas últimas décadas se deu graças à utilização da entrevista (GIL, 2008). Para Mattos (2005), entrevista não estruturada consiste em deixar o entrevistado decidir a forma de construir a resposta, esse tem sido cada vez mais utilizado na pesquisa de administração.

A observação do participante consiste numa abordagem de observação etnográfica onde o observador atua ativamente nas atividades de recebimento de dados, sendo necessário o observador se adaptar a cada situação (PAWLOWSKI, 2016). Segundo Ciaiq (2017), o método é especialmente adequado para estudos exploratórios, descritivos e que visam a análise de teorias interpretativas.

Habitualmente recorre-se à Observação Participante com o propósito de elaborar, após cada sessão de observação, descrições “qualitativas”, de tipo “narrativo”, que permitem obter informação relevante para a investigação em causa (exemplificando, formulação de hipóteses de investigação, auxílio à elaboração ou adaptação de teorias explanatórias, concepção de escalas de medida dos constructos em análise). (CIAIQ, 2017).

3.4 Limitações do método

Como se trata de um estudo de caso, não é possível generalizar as conclusões da presente pesquisa, para outros casos, dada as especificidades encontradas no caso observado. Outra possível limitação do estudo, trata-se de a autora do trabalho pertencer ao quadro de funcionários da cooperativa, podendo apresentar uma limitação na análise dos resultados. Para Gil (2008), o pesquisador precisa assumir uma postura neutra na realização das entrevistas, evitando comentários ou

expressões que possam influenciar na resposta dos entrevistados, obtendo a imparcialidade dos envolvidos na apresentação dos resultados, sem utilizar impressões pessoais anteriores.

Referente à observadores participantes, é observada a dificuldade em manter rigor nos procedimentos adotados (Monico, 2011). Em termos de desvantagens que a Observação Participante pode apresentar, relata-se o problema de que presença dos observadores participantes podem afetar as ações dos observados, agindo com menos naturalidade, podendo assim interferir nas suas respostas (CIAIQ, 2017).

3.5 Procedimentos Metodológicos

Para realização desta pesquisa, utilizou-se com pano de fundo a estrutura do Ciclo PDCA, localizando as atividades desempenhadas em cada uma das etapas do mesmo e, assim, busca-se descrever os passos seguidos para atingimento dos objetivos almejados, conforme apresentada descrição no Quadro 03.

Quadro 03 - Etapas do ciclo PDCA

ETAPAS DO CICLO	DESCRIÇÃO
<p style="text-align: center;">PLANEJAMENTO</p> <p style="text-align: center;">P</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizou-se contato com o gestor da operadora a fim de verificar a oportunidade de aplicação da pesquisa; - Leitura e interpretação dos requisitos da RN 452; - Destacou-se os itens essenciais da Norma que seriam abordados na pesquisa e, os itens já compreendidos na RN 277; - Investigou-se como a operadora pode visualizar as ações necessárias para adequação a norma.
<p style="text-align: center;">DESENVOLVER</p> <p style="text-align: center;">D</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Averiguou-se os requisitos que a operadora já contemplava na RN 452; - Discriminou-se quais eram as práticas de gestão adotadas pela operadora para cumprimento destes requisitos; - Relacionou-se os requisitos que não estavam atendidos pela operadora.
<p style="text-align: center;">CHECAGEM</p> <p style="text-align: center;">C</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Foram verificados o atendimento dos requisitos no portal da operadora; - Os itens atendidos pela operadora para a RN 277 foram comparados aos novos itens da RN 452, onde observou-se quais deveriam ser implementados.
<p style="text-align: center;">AÇÃO</p> <p style="text-align: center;">A</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de novo plano de ação, após a verificação dos itens não atendidos pela operadora; - Proposição de ferramentas da qualidade para adequação da operadora a RN 452, no que tange a dimensão quatro - experiência do beneficiário.

Fonte: Autora, 2021

4. RESULTADOS E ANÁLISES DA PESQUISA

No presente trabalho optou-se por destacar e analisar as questões referentes a dimensão quatro - experiência do beneficiário, identificando aspectos considerados fundamentais para a operadora, como a distribuição de informação através de seus canais de comunicação e a satisfação dos beneficiários, medida através de pesquisa anual.

Observa-se que a demanda dos beneficiários vai além de questões contratuais, envolve por exemplo, informações ao acesso a rede credenciada, atualização e manutenção dos profissionais credenciados pela operadora. As informações ao beneficiário vão desde a documentação necessária para um processo de autorização, bem como, o andamento de processos de liberação já em andamento, a resposta das solicitações recebidas, resposta da autorização ou até a negativa formalizada.

Manter o aprimoramento do atendimento é necessário para as operadoras que buscam acompanhar os processos tecnológicos e, a partir disso, tornar os canais de comunicação peça fundamental para o bom relacionamento e satisfação do beneficiário. Nos dias atuais a tecnologia proporciona opções que vão muito além de serviços de call center e, é de fundamental importância disponibilizá-los ao setor de saúde. Propor soluções específicas para cada singular, antever problemas e realizar um rápido e eficiente atendimento, contribui não só para manter o cliente na operadora, mas também para a experiência do beneficiário com o serviço como um todo. (MAGNUS, 2017).

4.1 itens compreendidos na dimensão 4 – Experiência do beneficiário

A seguir serão relacionados os itens que perfazem a dimensão quatro:

4.1.1 Disponibilização de Informações à sociedade

O primeiro item do requisito, nesta dimensão é:

- Item 4.1.1 (essencial) - A Operadora conta com portal corporativo na internet destinado ao público em geral e, em especial, aos seus beneficiários.

Conforme verificado em seu portal corporativo, a operadora possui um site destinado ao público em geral, com dados informativos sobre médicos cooperados, medicina preventiva, lei de proteção de dados, entre outros. Possuindo espaço para

o público em geral e login específico para informações ao beneficiário, como dados sensíveis e dados de utilização por exemplo. Disponibilizado no endereço eletrônico: <https://www.unimed.coop.br/web/regiaodacampanha>.

O segundo item apresentado neste requisito, para esta dimensão é:

- Item 4.1.2 (essencial) - A Operadora divulga em seu portal corporativo na internet destinado ao público em geral os planos disponíveis para contratação/adesão por região de comercialização e sua respectiva rede de atenção à saúde.

Pode-se observar que o portal corporativo da operadora (site) possui a aba planos onde conta com informações sobre cobertura, carência de utilização, modalidades e hospitalização no plano.

O terceiro item constam as seguintes exigências:

- Item 4.1.3 (essencial) - A operadora disponibiliza informações sobre: carência, doença ou lesão preexistente, cobertura assistencial, reajustes, mecanismos financeiros de regulação, características de planos coletivos e individuais, de forma clara e amigável ao cidadão no portal corporativo na internet.

Para esta análise pode-se observar que, conforme apresentado no quadro comparativo (anexo B) da RN 277/ RN 452, o item 4.1.3 tem sua adequação registrada através da adequação no requisito 6.2.1 da RN 277, onde a operadora foi acreditada em 2020.

O quarto item trata de:

- Item 4.1.4 (essencial) - A Operadora divulga o resultado do IDSS geral e de cada uma das dimensões, explicita ao público o que significa o Programa e disponibiliza o link do site da ANS em seu portal institucional na internet destinado ao público em geral.

Verificou-se que, é divulgado o resultado do IDSS no portal da empresa, com acesso livre para o público em geral, disponibilizado na aba notícias da operadora (Figura 02).

Figura 02 – IDSS disponibilizado no portal corporativo



Fonte: Portal corporativo URCRS, 2021

Após o estudo do requisito 4.1.1 da dimensão quatro, foi elaborado um quadro com o resumo do atendimento das exigências pela operadora e sugestões de melhoria para cada item. Conforme apresentado no Quadro 04:

Quadro 04 – Resumo do atendimento do requisito 4.1.1

Item	Resumo do atendimento dos requisitos
4.1.1 Disponibilização de Informações à sociedade	Este requisito já é atendido pela operadora.
4.1.2 A Operadora divulga em seu portal corporativo na internet destinado ao público em geral os planos disponíveis para contratação/adesão por região de comercialização e sua respectiva rede de atenção à saúde.	Conforme analisado na RN, sugere-se um local destinado no website exclusivamente para o interessado no plano pode simular as cotações com suas respectivas abrangências e coberturas. Indicando o valor para cada plano de acordo com sua faixa etária e tipo de plano. Mostrando como o beneficiário pode finalizar a compra do plano, se direto pelo canal de simulação, ou indicando os postos mais próximos para a finalização presencial. No caso de indicar o local físico para a adesão deve-se além indicar o endereço e horário de funcionamento, para que facilite a ida do beneficiário a empresa.
4.1.3 A operadora disponibiliza informações sobre: carência, doença ou lesão preexistente, cobertura assistencial, reajustes, mecanismos financeiros de regulação, características de planos coletivos e individuais, de forma clara e amigável ao cidadão no portal corporativo na internet.	Este requisito já é atendido pela operadora, conforme quadro comparativo (ANEXO B), que mostra que a operadora já contemplava o item na acreditação anterior.
4.1.4 A Operadora divulga o resultado do IDSS geral e de cada uma das dimensões, explicita ao público o que significa o Programa e disponibiliza o link do site da ANS em seu portal institucional na internet destinado ao público em geral.	Este requisito já é atendido pela operadora.

Fonte: Autora, 2021

Conforme resultados apresentados, a presente pesquisa sugere um plano de ação utilizando o método 5W1H, para adequação aos Requisito 4.1.1 a RN 452, conforme Quadro 05 abaixo:

Quadro 05 – Método 5W1H para o requisito 4.1.1

What? (O que?)	Why? (Por quê?)	Where? (Onde?)	When? (Quando?)	Who? (Quem?)	How? (Como?)
Aba no website para simulação de planos	Aumentar as vendas	No portal corporativo da empresa	De 1° de novembro de 2021 até 1° de fevereiro de 2022.	Deve ser desenvolvido pelo setor de tecnologia da informação da empresa juntamente com o setor de vendas.	No website deve conter um local exclusivo para informações de planos, com campo para a simulação dos planos por faixa etária e abrangência

Fonte: Autora, 2021

4.1.2 Canais de Comunicação com Beneficiário - resposta a demandas (reativo)

O primeiro item refere-se:

- Item 4.2.1 A Operadora responde a totalidade das demandas dos beneficiários por meio de seus canais de atendimento e monitora a efetividade e o tempo médio de resposta.

As operadoras de saúde têm como desafio tornar os canais de comunicação ao beneficiário mais acessíveis sem perder sua qualidade. (MV, 2017). Nos dias atuais muitos beneficiários vêm como uma facilidade entrar em contato com a operadora de forma on-line através dos canais de comunicação, manter esses canais com respostas adequadas em tempo hábil além de responder a sua totalidade de plataformas, é um dos desafios das operadoras referente as tecnologias fornecidas para esse contato.

O segundo item consta as seguintes exigências:

- Item 4.2.2 A Operadora possui canal de ouvidoria, cadastrado na ANS, à disposição dos beneficiários, efetivamente autônoma e com poder de recomendação.

Em conversa com a responsável da qualidade verificou-se que, a operadora possui canal de ouvidoria disponível, o Ouvidor é da Unimed Federação/ RS) e analisa e responde as demandas recebidas.

Após a verificação do requisito 4.1.2, foi elaborado o seguinte quadro resumo do atendimento dos itens pela operadora:

Quadro 06 – Resumo do atendimento do requisito 4.1.2

Item	Resumo do atendimento dos requisitos
4.2.1 A Operadora responde a totalidade das demandas dos beneficiários por meio de seus canais de atendimento e monitora a efetividade e o tempo médio de resposta.	Sugere-se o monitoramento dos canais de atendimento disponíveis, para verificação se todos os canais estão sendo respondidos e verificação de quanto tempo estão levando essas respostas. Além disso se faz necessário uma análise quantitativa do tempo médio dessas respostas, sugere-se esse acompanhamento por meio de indicadores mensais.
4.2.2 A Operadora possui canal de ouvidoria, cadastrado na ANS, à disposição dos beneficiários, efetivamente autônoma e com poder de recomendação.	Este requisito já é atendido pela operadora.

Fonte: Autora, 2021

Conforme resultados apresentados, a presente pesquisa sugere um plano de ação utilizando o método 5W1H, para adequação aos Requisito 4.1.2 a RN 452, conforme Quadro 07 abaixo:

Quadro 07 – Método 5W1H para o requisito 4.1.2

What? (O que?)	Why? (Por quê?)	Where? (Onde?)	When? (Quando?)	Who? (Quem?)	How? (Como?)
Indicador de desempenho	Para verificar a efetividade das respostas	Através de um software de gestão	De 1º de novembro de 2021 até 1º de janeiro de 2022.	Setor de qualidade e relacionamento com o beneficiário	Monitoramento mensal através e indicadores para acompanhamento do tempo de resposta

Fonte: Autora, 2021

4.1.3 Canais de Comunicação com Beneficiário - disponibilização de informações essenciais (proativo)

O primeiro item do requisito refere-se a:

- Item 4.3.1 A operadora disponibiliza no Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-SS) o percentual do último reajuste apurado.

De acordo com informações obtidas pelo setor de qualidade, o PIN-SS é uma área exclusiva para informações ao beneficiário, essas informações podem ser

contratuais, reajustes por faixa-etária ou anuais, histórico de utilização e gastos com o plano, entre outros.

Estabelecendo as regras impostas pela RN 389/2015, deve ser disponibilizado em área restrita no portal da operadora para todos os tipos de planos e contratos, o artigo 9º determina que as informações sejam apresentadas de forma agrupada por tipo de despesa, como consultas, exames, internações e outras despesas, cada grupo com seu valor de procedimentos de forma distinta, contendo além do valor total, o valor de coparticipação cobrado, glosas e demais abatimentos do valor original dado pelo prestador. Conforme apresentado no Quadro 08:

Quadro 08 – Modelo das informações do PIN-SS

Categoria: Consultas		
Procedimentos	Data da realização	Prestador de serviços
XXXX	01/01/2021	Dados do art. 9º, IV da RN 389/15
Categoria: Exames/Terapias		
Procedimentos	Data da realização	Prestador de serviços
XXXX	01/01/2021	Dados do art. 9º, IV da RN 389/15
Categoria: Internações		
Procedimentos	Data da realização	Prestador de serviços
XXXX	01/01/2021	Dados do art. 9º, IV da RN 389/15

Fonte: Adaptado de ANS, 2021.

O segundo item trata a seguinte exigência:

- Item 4.3.2 A Operadora mantém atualizados os dados de sua rede prestadora em seu portal corporativo na Internet, promovendo que estas atualizações estejam disponíveis nos demais canais de comunicação.

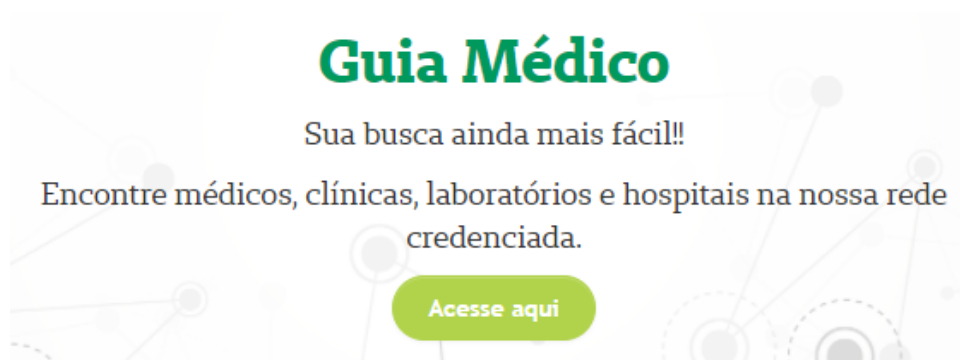
Conforme observado, é atualizado periodicamente as informações no portal corporativo, como índice do IDSS, pesquisa de satisfação dos beneficiários, entre outros. O guia médico, por exemplo, onde é fornecido os contatos dos profissionais da rede prestadora, é atualizado mensalmente no portal.

O terceiro item apresentado refere-se a:

- Item 4.3.3 A Operadora disponibiliza informações sobre a qualificação de sua rede prestadora, incluindo os atributos de qualidade do QUALISS/ANS, aos beneficiários em todos os seus canais de comunicação.

Verificou-se que os atributos do QUALISS/ANS e a qualificação da rede, são apresentados no guia médico, que está disponibilizado no portal, na aba “Guia médico”, como ilustrado na figura a seguir:

Figura 03 – Guia médico no portal corporativo



Fonte: Portal corporativo URCS, 2021

Após o estudo do requisito 4.1.3 da dimensão quatro, foi elaborado um quadro resumo do atendimento dos itens pela operadora e sugestões de melhoria para cada um. Conforme apresentado no Quadro 09:

Quadro 09 – Resumo do atendimento do requisito 4.1.3

Item	Resumo do atendimento dos requisitos
4.3.1 A operadora disponibiliza no Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-SS) o percentual do último reajuste apurado.	Conforme imposto pela RN 389/2015, para cumprimento do item se faz necessário um campo específico no portal, o PIN-SS, contendo além de informações contratuais e despesas e cada beneficiário, o percentual do último reajuste apurado.
4.3.2 A Operadora mantém atualizados os dados de sua rede prestadora em seu portal corporativo na Internet, promovendo que estas atualizações estejam disponíveis nos demais canais de comunicação.	Sugere-se maior divulgação nas redes sociais e demais canais de atendimento, informação como guia médico atualizado, novos cooperados e cooperados inativos com o plano devem ser amplamente divulgados nas plataformas.

4.3.3 A Operadora disponibiliza informações sobre a qualificação de sua rede prestadora, incluindo os atributos de qualidade do QUALISS/ANS, aos beneficiários em todos os seus canais de comunicação.	Apesar de disponibilizados no guia médico em seu portal, sugere-se maior divulgação do guia médico através dos canais de comunicação.
--	---

Fonte: Autora, 2021

Conforme resultados apresentados, a presente pesquisa sugere um plano de ação utilizando o método 5W1H, para adequação aos Requisitos 4.3.1, 4.3.2 e 4.3.3, respectivamente, conforme Quadro 10:

Quadro 10 – Método 5W1H para o requisito 4.1.3

What? (O que?)	Why? (Por quê?)	Where? (Onde?)	When? (Quando?)	Who? (Quem?)	How? (Como?)
Aba no website	Por exigência da ANS	No portal corporativo da cooperativa	De 1º de outubro de 2021 até 1º de março de 2022.	Setor de tecnologia e informação e setor de relacionamento com beneficiário	Aba para uso exclusivo do beneficiário, onde serão discriminados os dados de utilização e o valor do último reajuste apurado.
Guia médico atualizado e amplamente divulgado	Para conhecimento das atualizações da rede prestadora	Nas redes sociais e canais de comunicação da cooperativa	De 1º de novembro de 2021 até 1º de janeiro de 2022.	Setor de tecnologia e informação e setor de marketing	Atualização mensal do guia médico e divulgação através das plataformas digitais e portal corporativo.
Guia médico e QUALISS/ANS amplamente divulgado	Para conhecimento as atribuições do QUALISS	Nas redes sociais e canais de comunicação da cooperativa	De 1º de dezembro de 2021 até 1º de fevereiro de 2022.	Setor de tecnologia e informação e setor de marketing	Atualização mensal do guia médico (onde estão as informações do QUALISS) e divulgação através das plataformas digitais e portal corporativo.

Fonte: Autora, 2021

4.1.4 Pesquisa de Satisfação de Beneficiários

O primeiro item trata de:

- Item 4.4.1 A Operadora realiza anualmente pesquisa de satisfação de beneficiários, utilizando metodologia que contemple uma amostra estatisticamente significativa de sua carteira de beneficiários.

Conforme apresentado no quadro comparativo (anexo B), o item 4.4.1 tem seus critérios atendidos conforme exigido nos itens 4.1, 4.2 e 4.3 estabelecidos na RN 277/2011. A pesquisa referente ao ano base 2020 e 2019 estão disponibilizadas no portal corporativo da operadora, conforme apresentado na Figura 04.

Figura 04 – Pesquisa de satisfação no portal corporativo



Fonte: Portal corporativo URCS, 2021

Segundo informação obtida com o setor da qualidade, uma pesquisa foi realizada com o objetivo de medir o contentamento dos beneficiários com os serviços da empresa, onde utilizou-se uma população de 3.624 beneficiários. Sendo todos maiores de idade e com número de CCO ativo. As ligações foram realizadas com os beneficiários da amostra até atingir o número de 254 ligações efetivadas, que era o número mínimo a ser alcançado para a realização correta da pesquisa.

O segundo item, ainda sobre a pesquisa de satisfação dos beneficiários, se refere a:

- Item 4.4.2 A pesquisa de satisfação de beneficiários se baseia em documento de planejamento, elaborado e assinado por profissional com formação em estatística contemplando itens mínimos de técnicas de amostragem estatística.

Conforme repassado pelo setor da qualidade, as pesquisas dos últimos dois anos foram realizadas através do Instituto de Pesquisa Jaboticabal. Tendo como

contratada para realizar a auditoria independente a empresa AK Nahas Consultoria Estatística, com a estatística legalmente habilitada Andressa Kutschenko Nahas (CONRE: 9066-A).

O terceiro item trata a seguinte exigência:

- Item 4.4.3 A pesquisa de satisfação de beneficiários conta com um relatório final contendo os resultados apurados.

Constatou-se que é disponibilizado no portal corporativo, conforme previsto no Programa de Qualificação de Operadoras (PQO), a última pesquisa referente ao ano base 2020 com uma amostra de 254 entrevistados. O relatório final da pesquisa é fornecido com fácil acesso no portal corporativo, através do link https://www.unimed.coop.br/documents/671684/10377673/Relat%C3%B3rio+final+-URC_2020.pdf/f541ab7f-b30b-4442-bca4-860a2d4eed46.

O quarto item refere-se a:

- Item 4.4.4 A pesquisa de satisfação de beneficiários contempla no mínimo perguntas relativas à Atenção à Saúde, Canais de Atendimento e Avaliação Geral da Operadora.

Segundo o relatório final da pesquisa referente ao ano base 2020, a mesma é dividida em:

- A – Atenção à saúde;
- B – Canais de atendimento;
- C – Avaliação Geral.

Sendo 05 perguntas relacionadas à atenção à saúde, 03 perguntas relacionadas aos canais de atendimento e 05 perguntas sobre avaliação geral da operadora, totalizando 13 perguntas referentes aos três temas propostos.

Após a verificação do requisito 4.1.4, foi elaborado o seguinte quadro resumo do atendimento dos itens pela operadora:

Quadro 11 – Resumo do atendimento do requisito 4.1.4

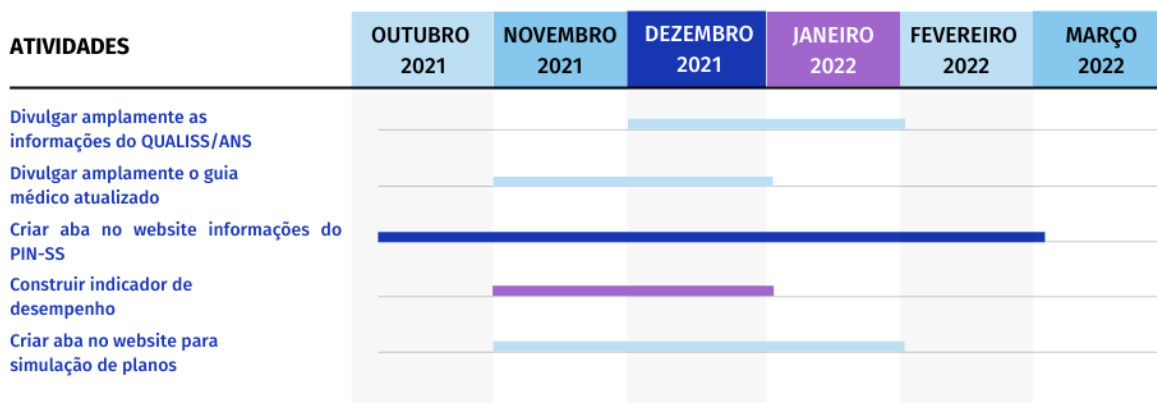
Item	Resumo do atendimento dos requisitos
4.4.1 A Operadora realiza anualmente pesquisa de satisfação de beneficiários, utilizando metodologia que contemple uma amostra estatisticamente significativa de sua carteira de beneficiários.	Este requisito já é atendido pela operadora, conforme quadro comparativo (ANEXO B).
4.4.2 A pesquisa de satisfação de beneficiários se baseia em documento de planejamento, elaborado e assinado por profissional com formação em estatística contemplando itens mínimos de técnicas de amostragem estatística.	Este requisito já é atendido pela operadora.

Item	Resumo do atendimento dos requisitos
4.4.3 A pesquisa de satisfação de beneficiários conta com um relatório final contendo os resultados apurados.	Este requisito já é atendido pela operadora.
4.4.4 A pesquisa de satisfação de beneficiários contempla no mínimo perguntas relativas à Atenção à Saúde, Canais de Atendimento e Avaliação Geral da Operadora.	Este requisito já é atendido pela operadora.

Fonte: Autora, 2021

Por fim, sugere-se um cronograma de implantação destas melhorias, elaborado com base dos planos de ação e, apresentado por meio de um Diagrama Gantt (Figura 05). Para que seja possível visualizar, gerenciar e controlar o cronograma de atividades para adequação os requisitos, é essencial a utilização do Gráfico de Gantt. Onde relaciona-se as atividades com o tempo que levará para serem entregue e demonstra a relação de dependência entre as atividades. A partir dele pode ser visualizado o andamento das tarefas, qual a duração de cada uma delas e facilitando a conclusão do projeto.

Figura 05 – Diagrama Gantt



Fonte: Autora, 2021

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer do trabalho foram alcançados os objetivos traçados para esta pesquisa, neste sentido, foi apresentado os requisitos e classificações da resolução, no capítulo dois do presente trabalho. Após desenvolvido a avaliação é estudo das dimensões da RN 452, optou-se por analisar a dimensão quatro, onde o ponto principal é a experiência do beneficiário com a cooperativa. Após estratificados os itens essenciais da quarta dimensão foi verificado as práticas para o cumprimento e adequação da operadora perante aos requisitos. Elaborando um quadro resumo do atendimento de cada requisito e após um plano de ação através da ferramenta 5W1H, para execução pela cooperativa para atendimento da norma. Por fim utilizou o Gráfico de Gantt para medir o tempo de cada atividade e estabelecer uma espécie de cronograma para as atividades de adequação aos itens.

5.1 Sugestões de pesquisa futura

Este trabalho encontrou como oportunidade de desenvolvimento de futuras pesquisas a investigação nos assuntos relacionados à dimensão dois, por se tratar da gestão da rede prestadora. Podendo ser relacionada com a organização em saúde e estudo da oferta e necessidade da rede, analisando sua insuficiência e afluência de especialidades e prestadores. Tendo uma oferta de serviços planejada de acordo com a realidade de cada região, permitindo assim, um melhor acesso ao atendimento e melhor nível de satisfação do beneficiário.

REFERÊNCIAS

- ALYRIO, Rovigati Danilo. **Livro Métodos e Pesquisa em Administração**. Curitiba: Iesde Brasil Sa, 2003
- ARAUJO. **Organização, sistemas e métodos e as tecnologias de gestão organizacional**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2012.
- AUDITORIA NA SAÚDE SUPLEMENTAR: UMA REVISÃO INTEGRATIVA**. Rio de Janeiro: Saúde, 2018.
- BRASIL. **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Resolução Normativa-RN nº 452** de 09 de março de 2020/ Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Rio de Janeiro: ANS, 2020.
- BRASIL. **Constituição** (1988). **Constituição** da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- BRASIL. Constituição. Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.
- CAMPOS. **Um estudo das relações entre operadoras de planos de assistência à saúde e prestadores de serviços. O mundo da Saúde**. São Paulo: São Paulo, 2006.
- CHIAVENATO. **Comportamento organizacional a dinâmica do sucesso das organizações**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- CHIAVENATO. **Princípios de Administração**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
- CIAIQ, Paulo Alexandre Castro. **A Observação Participante enquanto metodologia de investigação qualitativa**. São Paulo: Atlas, 2017.
- GESTÃO EM SAUDE**. São Paulo: Revista Brasileira de Administração, 2018. Disponível em: <https://revistarba.org.br/o-negocio-da-saude/>. Acesso em: 04 abr. 2021.
- GIL. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2008.
- LAKATOS, E MARCONI. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.
- MARCONI, Lakatos e. **Técnicas de Pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.
- MARQUES, José Roberto. **GESTÃO ORGANIZACIONAL: CONCEITO E DEFINIÇÃO**. 2019. Disponível em: <https://www.ibccoaching.com.br/portal/rh-gestao-pessoas/gestao-organizacional-conceito-definicao/>. Acesso em: 12 mar. 2021.
- MATIAS-PEREIRA. **Manual de metodologia da pesquisa científica**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2012.

MATTOS, Pedro Lincoln C. L. de. A entrevista não-estruturada como forma de conversação: razões e sugestões para sua análise. **Revista de Administração Pública - Rap**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 4, p. 823-846, 04 jul. 2005.

MONICO, L. S. **Individualização religiosa e otimismo**. São Paulo: Vercial, 2011.

MOTTA, A. L. C. LEÃO, E. ZAGATTO, J. R. **Auditoria médica no sistema privado: abordagem prática para organizações de saúde**. 1ª Ed. São Paulo: Iátria, 2005.

MV. Operadora de Saúde: como oferecer uma experiência omnichannel ao beneficiário. 2017. Disponível em: <https://mv.com.br/pt/blog/operadora-de-saude--como-oferecer-uma-experiencia-omnichannel-ao-beneficiario>. Acesso em: 08 ago. 2021.

ONCOGUIA, Instituto. **SAÚDE EM QUESTÃO**. 2020. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/>. Acesso em: 01 ago. 2021.

PAIM. **Modelos de atenção à saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. 547 p.

PEREIRA. **Uma questão de saúde**. São Paulo: São Paulo, 2010.

PEREIRA, C. **O marco regulatório no setor saúde suplementar: contextualização e perspectivas. Formulação de políticas para o setor de saúde suplementar no Brasil**. Disponível em: www.ans.gov.br/portal/site/biblioteca/biblioteca.asp. Acesso em: mar. 2021.

SANTOS, Leticia Costa. AUDITORIA EM SAÚDE: UMA FERRAMENTA DE GESTÃO. **Unieuro**, Distrito Federal, v. 1, n. 2, p. 4-6, maio 2009.

SANTOS, J. **O negócio da saúde**. 2018. Disponível em: <https://revistarba.org.br/o-negocio-da-saude/>. Acesso em: 26 ago. 2021.

SISTEMA DE ACREDITAÇÃO NAS OPERADORAS DE SAUDE SUPLEMENTAR: ANÁLISE E PERSPECTIVAS DE MERCADO. São Paulo: Acervo Saúde, 2020.

SOUZA, Antonio Carlos B., PEREIRA, Sueli K. M. **Responsabilidade Civil na Auditoria Médica**. Monografia de Conclusão no Curso de Especialização de Auditoria em Saúde: Centro Universitário Filadelfia – Unifil, Londrina, 2010.

VILARINS. **A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Atlas, 2012. 640 p.

ANEXO A – CRITÉRIOS E ITENS DA DIMENSÃO QUATRO DA RN 452

Dimensões	Critérios	Itens	Classificação
4. Experiência do Beneficiário	4.1 Disponibilização de Informações à Sociedade	4.1.1 A Operadora conta com portal corporativo na internet destinado ao público em geral e, em especial, aos seus beneficiários.	Essencial
		4.1.2 A Operadora divulga em seu portal corporativo na internet destinado ao público em geral os planos disponíveis para contratação/adesão por região de comercialização e sua respectiva rede de atenção à saúde.	Essencial
		4.1.3 A operadora disponibiliza informações sobre: carência, doença ou lesão preexistente, cobertura assistencial, reajustes, mecanismos financeiros de regulação, características de planos coletivos e individuais, de forma clara e amigável ao cidadão no portal corporativo na internet.	Essencial
		4.1.4 A Operadora divulga o resultado do IDSS geral e de cada uma das dimensões, explicita ao público o que significa o Programa e disponibiliza o link do site da ANS em seu portal institucional na internet destinado ao público em geral.	Essencial
	4.2 Canais de Comunicação com Beneficiário - resposta às demandas (REATIVO)	4.2.1 A Operadora responde a totalidade das demandas dos beneficiários por meio de seus canais de atendimento e monitora a efetividade e o tempo médio de resposta.	Essencial
		4.2.2 A Operadora possui canal de ouvidoria, cadastrado na ANS, à disposição dos beneficiários, efetivamente autônoma e com poder de recomendação.	Essencial
	4.3 Canais de Comunicação com Beneficiário - disponibilização de informações (PROATIVO)	4.3.1 A operadora disponibiliza no Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-SS) o percentual do último reajuste apurado.	Essencial
		4.3.2 A Operadora mantém atualizados os dados de sua rede prestadora em seu portal corporativo na Internet, promovendo que estas atualizações estejam disponíveis nos demais canais de comunicação.	Essencial
		4.3.3 A Operadora disponibiliza informações sobre a qualificação de sua rede prestadora, incluindo os atributos de qualidade do QUALISS/ANS, aos beneficiários em todos os seus canais de comunicação	Essencial
	4.4 Pesquisa de Satisfação de Beneficiários	4.4.1 A Operadora realiza anualmente pesquisa de satisfação de beneficiários, utilizando metodologia que contemple uma amostra estatisticamente significativa de sua carteira de beneficiários.	Essencial
		4.4.2 A pesquisa de satisfação de beneficiários se baseia em documento de planejamento, elaborado e assinado por profissional com formação em estatística contemplando itens mínimos de técnicas de amostragem estatística.	Essencial
		4.4.3 A pesquisa de satisfação de beneficiários conta com um relatório final contendo os resultados apurados	Essencial
		4.4.4 A pesquisa de satisfação de beneficiários contempla no mínimo perguntas relativas à Atenção à Saúde, Canais de Atendimento e Avaliação Geral da Operadora.	Essencial

ANEXO B - QUADRO COMPARATIVO ENTRE RN 452/2020 E RN 277/11

Consulta Pública nº 71 - Requisitos e Itens de Verificação - RN 452/2020	RN 277/2011
4.1.3 A operadora disponibiliza informações sobre: carência, doença ou lesão preexistente, cobertura assistencial, reajustes, mecanismos financeiros de regulação, características de planos coletivos e individuais, de forma clara e amigável ao cidadão no portal corporativo na internet.	6.2.1 A OPS presta atendimento por telefone (horário comercial) ou pelo site para fornecer aos clientes informações sobre os contratos, especialmente acerca de mecanismos de regulação, segundas vias de carteira de beneficiário e de boletos de cobrança.
4.4.1 A Operadora realiza anualmente pesquisa de satisfação de beneficiários, utilizando metodologia que contemple uma amostra estatisticamente significativa de sua carteira de beneficiários.	<p>4.1 A OPS possui procedimento devidamente documentado para identificar a população-alvo, com base nas reclamações e solicitações dos beneficiários, para realização da avaliação de satisfação.</p> <p>4.2 A OPS possui procedimento devidamente documentado para seleção apropriada de uma amostra da população-alvo, caso seja utilizada uma amostra.</p> <p>4.3 A OPS possui procedimento devidamente documentado para coletar e validar os dados relativos à população- alvo, com base nas reclamações e solicitações dos beneficiários.</p>