

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

**Priscila Brollo Tonetto**

**PERFIL DOS BENEFICIÁRIOS QUE REALIZARAM RECLAMAÇÕES NA  
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO PERÍODO DE 2016 A  
2020**

**Porto Alegre  
2021**

Priscila Brollo Tonetto

**PERFIL DOS BENEFICIÁRIOS QUE REALIZARAM RECLAMAÇÕES NA  
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO PERÍODO DE 2016 A  
2020**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Orientador: Dr. Ronaldo Bordin

Porto Alegre  
2021

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL**

Reitor: Prof. Dr. Carlos André Bulhões Mendes

Vice-reitora: Profa. Dra. Patrícia Helena Lucas Pranke

### **ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO**

Diretor: Prof. Dr. Takeyoshi Imasato

Vice-diretor: Prof. Dr. Denis Borenstein

### **COORDENAÇÃO DO CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM SAÚDE**

Coordenador Geral: Prof. Dr. Ronaldo Bordin

Coordenador de Ensino: Prof. Dr. Guilherme Dornelas Camara

### **DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)**

Tonetto, Priscila Brollo

Perfil dos Beneficiários que realizaram reclamações na Agência Nacional de Saúde Suplementar no período de 2016 a 2020 / Priscila Brollo Tonetto. -- 2021.

46 f.:il.

Orientador: Ronaldo Bordin

Trabalho de conclusão de curso (Especialização) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Administração, Especialização em Gestão em Saúde, Porto Alegre, BR-RS, 2021.

1. Gestão em Saúde. 2. Saúde Suplementar. 3. Beneficiário. I. Bordin, Ronaldo, orient. II. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os dados fornecidos pela autora.

### **Escola de Administração da UFRGS**

Rua Washington Luiz, 855, Bairro Centro Histórico

CEP: 90010-460 – Porto Alegre – RS

Telefone: 3308-3801

E-mail: gestaoemsaude@ufrgs.br

Priscila Brollo Tonetto

**PERFIL DOS BENEFICIÁRIOS QUE REALIZARAM RECLAMAÇÕES NA  
AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR NO PERÍODO DE 2016 A  
2020**

Trabalho de conclusão de curso de Especialização apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde.

Aprovada em 09 de setembro de 2021.

**Banca Examinadora**

---

Examinadora: Dra. Janiele Cristine Peres Borges

---

Examinadora: Dra Pamela Ferreira Todendi

---

Orientador: Dr. Ronaldo Bordin

## RESUMO

**Objetivo:** descrever o perfil dos beneficiários que realizaram reclamações na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) no período de 2016 a 2020.

**Métodos:** Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, realizado a partir dos registros das reclamações de beneficiários de planos de saúde do Brasil que constam no Sistema Integrado de Fiscalização (SIF) (n=609.494).

**Resultados:** Os planos coletivos empresariais apresentaram o maior número de beneficiários (67,6%) e das reclamações (49%) registradas no período, com aumento ao longo dos anos, predomínio na faixa de 20-59 anos (60,9%), contratados após a Lei 9.656/98 (65,5%). Por modalidade, as empresas de medicina de grupo apresentaram o maior percentual de reclamações (45,34%), seguida das cooperativas médicas (36,56). O principal motivo de reclamação se vinculava ao produto ou plano (98,1%), especialmente cobertura (71%), dos quais o gerenciamento das ações de saúde por parte da operadora (autorizações prévias, franquias, co-participação e outros somou 30,9%).

**Conclusão:** A relevância desta discussão para a política de saúde do país está relacionada ao contexto de poder contribuir na implementação de ações estratégicas para a melhoria dos serviços prestados pelos planos de saúde privados, possibilitando agregar longevidade com qualidade de vida aos beneficiários e saúde financeira às organizações.

**Palavras-chave:** Gestão em Saúde. Saúde Suplementar. Beneficiário.

## **Profile of beneficiaries who made claims with the national health supplementary agency in the period from 2016 to 2020**

### **ABSTRACT**

**Objective:** to describe the profile of beneficiaries who filed complaints at the National Supplementary Health Agency (ANS) in the period from 2016 to 2020.

**Methods:** This is a cross-sectional, quantitative study, carried out from the records of complaints from beneficiaries of health plans in Brazil that appear in the Integrated Inspection System (SIF) (n=609.494).

**Results:** Corporate collective plans had the highest number of beneficiaries (67.6%) and complaints (49%) registered in the period, with an increase over the years, predominantly in the 20-59 age group (60.9%) , hired after Law 9,656/98 (65.5%). By modality, group medicine companies had the highest percentage of complaints (45.34%), followed by medical cooperatives (36.56). The main reason for the complaint was related to the product or plan (98.1%), especially coverage (71%), of which the management of health actions by the operator (prior authorizations, deductible, co-participation and others totaled 30.9%).

**Conclusion:** The relevance of this discussion for the country's health policy is related to the context of being able to contribute to the implementation of strategic actions to improve the services provided by private health plans, making it possible to add longevity with quality of life to beneficiaries and financial health to organizations.

**Keywords:** Health Management. Supplementary Health. Recipient.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Total anual dos beneficiários de planos privados de saúde no Brasil e o percentual de reclamações, no período de 2016 a 2020	23
Figura 2 -	Percentual de beneficiários por tipo de contratação dos planos privados de saúde no Brasil em 2020	23
Figura 3 -	Reclamações dos beneficiários por faixa etária dos planos privados de saúde no Brasil por faixa etária, no período de 2016 a 2020	25
Figura 4 -	Distribuição das reclamações de acordo com as modalidades das operadoras, no período de 2016 a 2020 (n=609.494)	26
Figura 5 -	Cobertura dos planos privados de assistência médica no Brasil por Unidades da Federação, no período de 2016 a 2020.	28

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Frequência anual dos beneficiários de planos privados de saúde no Brasil, no período de 2016 a 2020.....	22
Tabela 2 -	Reclamações por tipo de contratação dos planos privados de saúde, 2016-2020.....	24
Tabela 3 -	Beneficiários dos planos privados de saúde no Brasil por faixa etária, no período de 2016 a 2020.....	24
Tabela 4 -	Meios de atendimento das reclamações pelos beneficiários dos planos privados de saúde, 2016-2020.....	27



## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NIP	Notificação de Investigação Preliminar
SUS	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>11</b>
<b>2 CONTEXTO DO ESTUDO</b> .....	<b>13</b>
<b>2.1 A Saúde Suplementar e o Sistema Único da Saúde (SUS)</b> .....	<b>13</b>
<b>2.2 A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS</b> .....	<b>15</b>
<b>2.3 Os Planos Privados de Saúde e a satisfação do usuário</b> .....	<b>16</b>
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	<b>19</b>
<b>3.1 Objetivo geral</b> .....	<b>19</b>
<b>3.2 Objetivos específicos</b> .....	<b>19</b>
<b>4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS</b> .....	<b>20</b>
<b>4.1 Tipo de estudo</b> .....	<b>20</b>
<b>4.2 População de estudo</b> .....	<b>20</b>
<b>4.3 Fonte de informação</b> .....	<b>20</b>
<b>5 RESULTADOS</b> .....	<b>22</b>
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	<b>29</b>
<b>7 CONCLUSÃO</b> .....	<b>31</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>32</b>
<b>ANEXO A: Número de beneficiários de plano de saúde por faixa etária em 2020 e número de reclamações por faixa etária de 2016 a 2020</b> .....	<b>36</b>
<b>ANEXO B: Beneficiários e reclamações por faixa etária e ano, 2016 – 2020</b> .....	<b>37</b>
<b>ANEXO C: Beneficiários e reclamações por faixa etária e tipo de contratação, 2016 – 2020</b> .....	<b>38</b>
<b>ANEXO D: Beneficiários e reclamações por época de contratação, 2016 – 2020..</b> .....	<b>40</b>
<b>ANEXO E: Beneficiários e reclamações por faixa etária e modalidade de operadora, 2016 -2020</b> .....	<b>41</b>
<b>ANEXO F: Temas das reclamações por faixa etária, 2016 – 2020</b> .....	<b>43</b>
<b>ANEXO G: Subtemas das reclamações referente ao tema produto ou plano, por faixa etária, 2016 – 2020</b> .....	<b>44</b>
<b>ANEXO H: Subtemas das reclamações, por faixa etária, 2016 – 2020</b> .....	<b>45</b>
<b>ANEXO I: Portal Agência Nacional de Saúde Suplementar</b> .....	<b>46</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O acesso à saúde é direito do cidadão e está assegurado na Constituição Federal, desde 1988, a partir da criação do Sistema Único de Saúde (DOS SANTOS; GABRIEL; DE CAMPOS MELLO, 2020). Essa determinação originou um sistema de acesso universal com financiamento público e com a liberalidade da iniciativa privada (BARROS; PIOLA, 2016). Sendo assim, no Brasil, o sistema de saúde é composto pelo setor público, representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS); pelo setor privado, que pode ser contratado através dos planos privados junto a operadoras de planos de saúde, denominado saúde suplementar; e o liberal clássico, que ocorre através da contratação direta de particulares autônomos (CARDOSO *et al.*, 2017).

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde em 2019, 71,5% da população residente do País tem cobertura unicamente pelo sistema público de saúde e 28,5% da população, que corresponde a 59,7 milhões de pessoas, possuíam algum tipo de plano de saúde suplementar, médico ou odontológico (IBGE, 2020).

Os planos e seguros privados de assistência à saúde foram regulamentados por meio da Lei nº 9.656/1998 e a implantação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) está fundamentada através da Lei nº 9.961/2001. A Agência Nacional de Saúde Suplementar é uma agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde e tem por finalidade “promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País” (BRASIL, 2000).

Em março de 2021, a ANS publicou um boletim com dados sobre a utilização dos planos de saúde e o setor segue com uma tendência de crescimento desde julho de 2020. O número é o maior registrado desde dezembro de 2016 e em janeiro de 2021 o setor contava com 48,1 milhões de beneficiários em planos de assistência médica. Essa evolução crescente do número de beneficiários demonstra a importância do setor e torna evidente o interesse dos brasileiros no acesso à saúde suplementar (BRASIL, 2021). Entretanto, estudos têm demonstrado que os números de reclamações em relação à atuação das operadoras impressionam, tendo em vista que em 2020, com dados atualizados até junho, foram formuladas 56.646 reclamações, resultando em um aumento de 17,05% em relação ao mesmo período de 2019 (CECHIN; BOAS 2021).

Diante desse crescimento de insatisfação e do desafio do sistema de saúde suplementar em fornecer serviços de qualidade e proporcionar vida longa e bem-estar para seus usuários, esta pesquisa tem como objetivo principal descrever o perfil dos beneficiários que realizaram reclamações na ANS, bem como, conhecer o motivo do seu descontentamento.

Conhecer o perfil do usuário que demanda esse tipo de serviço pode contribuir de forma significativa nos planos de ação da Saúde Suplementar para garantir um maior nível de satisfação e aumentar o nível dos serviços ofertados. Dessa forma, pode-se entender melhor em qual área o setor precisa direcionar seus esforços para reduzir o número de reclamações, além de permitir a criação de estratégias que tenham resultados de longo prazo, possibilitando agregar longevidade com qualidade de vida aos beneficiários e saúde financeira às organizações.

## 2 CONTEXTO DO ESTUDO

### 2.1 A Saúde Suplementar e o Sistema Único da Saúde (SUS)

O Sistema de Saúde brasileiro foi definido pela Constituição Federal de 1988 como único e universal. Determinando ainda, que “são de relevância pública as ações e serviços de saúde”, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado” (BRASIL, 1988). A fim de regulamentar os Planos de Saúde e as empresas que atuam nesse ramo, as chamadas Operadoras de Planos de Saúde, foi assinada a Lei n. 9.656, em 3 de junho de 1998 (JÁCOME; PAIVA; MARTINS, 2020), a qual dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

De acordo com a Lei n. 8080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, a iniciativa privada poderá participar do SUS em caráter complementar (BRASIL, 1990). A participação complementar de instituições privadas no SUS, prevista no artigo 199, parágrafo 1º da Constituição Federal de 1988, ocorre mediante elaboração de contrato de direito público ou convênio, com preferência para as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos (BRASIL, 1988).

Ainda, atendendo aos ditames da Constituição Federal, no ano 2000 foi promulgada a Lei n. 9.961, criando a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), autarquia vinculada ao Ministério da Saúde (MS), com a finalidade de regulação, normatização e fiscalização das atividades das operadoras de planos privados de saúde. Entre as competências legais da ANS, cabe garantir a cobertura assistencial adequada e de qualidade aos usuários de planos de saúde (BRASIL, 2000).

Dessa maneira, o sistema de saúde brasileiro é composto por dois subsistemas: o público, representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e o privado, constituído por dois subsetores: o da Saúde Suplementar, composto pelos serviços financiados pelos planos e seguros de saúde, e o liberal clássico formado pelos serviços particulares e autônomos (BRASIL, 2007).

Devido à regulamentação do mercado de planos privados de assistência à saúde ser recente, até o ano de 2000 o setor apresentava muitas informações inconsistentes e/ou inexistentes (ALBUQUERQUE, 2008). Entretanto, fatores como a restrições no financiamento do setor público de saúde; oferecimento de planos de saúde por parte de empresas aos funcionários; acréscimo no custo dos serviços de saúde associado aos avanços tecnológicos, impossibilitando o seu pagamento direto e a insatisfação com os serviços prestados pelo SUS, contribuíram para o crescimento acentuado desse segmento (JÁCOME; PAIVA; MARINS, 2020). Dessa forma, os principais benefícios em decorrência da regulamentação do setor da saúde, para os beneficiários, foram a ampliação das coberturas assistenciais, a portabilidade de carências e a imposição das barreiras para a entrada e saída das operadoras de planos de saúde do mercado (SALVATORI; VENTURA, 2012).

O subsetor Saúde Suplementar compreende o mercado de planos privados de assistência à saúde, sendo formada por operadoras, profissionais e beneficiários, cuja suas ações e serviços não têm vínculo com o Sistema Único de Saúde (SUS) (ALBUQUERQUE, 2008; PIETROBON; PRADO; CAETANO, 2008). As operadoras, caracterizadas como toda e qualquer pessoa jurídica de direito privado que ofereça plano mediante contraprestações pecuniárias com atendimento em serviços próprios ou de terceiros, são classificadas nas modalidades de administradoras, cooperativas médicas e odontológicas, autogestão, medicina e odontologia de grupo e filantropia (MALTA *et al.*, 2017).

Com a melhora da renda da população e a insatisfação cada vez maior com os serviços prestados pelo sistema público de saúde, o mercado da Saúde Suplementar tem se expandido. Dados referentes à Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) em 1988 evidenciaram que aproximadamente 38,7 milhões de brasileiros eram cobertos por pelo menos um plano de saúde, o que correspondia a 24,5% da população do país (IBGE, 2000). Já em dezembro de 2020, de acordo com a Pesquisa Nacional de Saúde, o Brasil possuía cerca de 47,6 milhões de beneficiários cobertos por planos privados de assistência médica com ou sem odontologia, o que representam uma taxa de crescimento percentual de 1,2% quando comparados com 2019 (ZANOTELLI, 2021).

Atualmente, devido a fusões no setor, existem 909 operadoras médico-hospitalares ativas com beneficiários. Estimativas indicam que as operadoras privadas de planos e de seguros em atividade tiveram uma receita de contraprestações de

aproximadamente R\$ 223 bilhões ao longo do ano de 2020, com o Bradesco Saúde, Notre Dame Intermédica, Amil, Hapvida e SulAmérica se destacando entre as cinco maiores empresas de saúde suplementar. Essas empresas, juntas, abrangem uma participação de 28,6% do mercado nacional, com 13,5 milhões de beneficiários, o que demonstra a grande relevância do setor para a economia do país (ZANOTELLI, 2021).

## **2.2 A Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS**

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi criada em novembro de 1999, pela MP nº 1.928, aprovada pelo Congresso Nacional e convertida na Lei nº 9.961/00, de 28/01/2000, sendo constituída como autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro/RJ, prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde (BRASIL, 2007).

A ANS possui maior poder de ação, autonomia administrativa, financeira e política, em relação ao governo, expressas por uma arrecadação própria e decisões da Diretoria Colegiada com poder legal para efetivar suas resoluções. Possui, ainda, competência de polícia normativa, decisória e sancionária exercida sobre qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que diferenciem de atividades exclusivamente econômicas financeiras (JANNUZZI; VASCONCELLOS, 2017).

A gestão da ANS é exercida pela Diretoria Colegiada, composta por até cinco diretores, sendo um deles o seu Diretor-Presidente. Os diretores – incluído o Diretor-Presidente – são indicados ao Senado Federal pelo Presidente da República, são sabatinados na Comissão de Assuntos Sociais daquela Casa e têm seus nomes submetidos à Plenária. A Lei n. 9.961/00 definiu que 3 dos 5 diretores, na primeira gestão teriam mandatos de quatro anos, diferentemente dos outros dois e de todos os demais diretores, que têm mandatos de três anos. Tal lógica veio impedir que todos os mandatos fossem coincidentes, impedindo solução de continuidade (BRASIL 2007).

Ainda, compete à Diretoria Colegiada, exercer a administração da ANS; editar normas sobre matérias de competência da ANS; aprovar o regimento interno da ANS

e definir a área de atuação de cada diretor, cumprir e fazer cumprir as normas relativas à Saúde Suplementar; elaborar e divulgar relatórios periódicos sobre suas atividades; julgar, em grau de recurso, as decisões dos diretores, mediante provocação dos interessados; encaminhar os demonstrativos contábeis da ANS aos órgãos competentes (BRASIL, 2007).

Em 05 de agosto de 2010 entrou em vigor a Resolução Normativa nº 226 e, desde então, a Notificação de Investigação Preliminar (NIP) passou a ser procedimento de Notificação de Intermediação Preliminar, um instrumento de mediação que visa à solução consensual de conflitos entre consumidores e operadoras de planos privados de assistência à saúde. Todas as demandas de reclamação recebidas pela ANS, que o consumidor seja diretamente afetado e a situação seja passível de mediação, passaram a ser automaticamente tratadas no procedimento da NIP (BRASIL, 2015). Não se restringe, assim, às demandas envolvendo restrição ao acesso de cobertura assistencial.

Com isso, em novembro de 2014, a ANS passou a disponibilizar, em seu portal, painel que reúne diferentes informações relacionadas à qualidade das operadoras de planos de saúde e dos serviços que elas prestam com a finalidade de oferecer cada vez mais subsídios para o fortalecimento da capacidade de escolha do consumidor (BRASIL, 2015).

### **2.3 Os Planos Privados de Saúde e a satisfação do usuário**

Os planos privados de saúde podem ser classificados, de acordo com sua forma, em individual ou familiar; e coletivo. O plano individual ou familiar se caracteriza por ser firmado entre um indivíduo, ou como representante da família, e uma operadora para a assistência do titular e dependentes. Já o contrato coletivo é firmado entre uma operadora e uma empresa para a assistência de seus colaboradores e dependentes, podendo ser empresarial ou por adesão; em que no primeiro caso, o ingresso é automático no ato da vinculação do usuário à pessoa jurídica contratante, já no segundo, a adesão é opcional (ALBUQUERQUE, 2008; TRETTEL; KOZAN; SCHEFFER, 2018).

Dados indicam que os beneficiários dos planos de saúde, em sua maioria, estão vinculados a planos coletivos, correspondendo a cerca de 75% da cobertura, com crescimento de 23,4 milhões de planos coletivos empresariais em 2008, para



33,7 milhões em 2014, além daqueles por adesão, que somaram cerca de 6,7 milhões em 2013, totalizando cerca de 40 milhões (ANA, 2021; MALTA *et al.*, 2011). O setor industrial é responsável pelo financiamento de quase 22% dos planos de saúde privados, cujo investimento em planos de saúde pelas indústrias representa, em média, 13,1% da folha de pagamento. Dentre os fatores relacionados ao aumento da oferta de planos coletivos, destaca-se a medida de fixação de valores máximos de reajuste para os planos individuais, tornando assim os planos coletivos mais competitivos e atrativos (MALTA *et al.*, 2017).

Apesar do aumento da oferta de planos de saúde com foco empresarial, as organizações estão sujeitas à diversas variáveis que podem impactar na qualidade de seus serviços, implicando na redução da quantidade de beneficiários registrados e, conseqüentemente, na redução do porte da organização. Nesse cenário, a Agência Nacional de Saúde Suplementar conta com os serviços de registro de reclamação por beneficiários contra as operadoras, quando estes se sentem lesados ou entendem que seus direitos não foram respeitados. Com isso, a ANS analisa as reclamações e intervém junto às operadoras (ALBUQUERQUE, 2008).

Diante desse contexto, pesquisar a respeito da satisfação dos clientes é uma tarefa fundamental para a gestão das empresas, uma vez que seu entendimento pode proporcionar uma avaliação de desempenho sob a perspectiva do cliente, indicando decisões tanto estratégicas quanto operacionais que venham a influenciar no nível de qualidade dos serviços prestados pela organização. Outros benefícios evidenciados pela literatura que aborda a satisfação de clientes são identificados por diversos estudos, os quais têm descoberto que níveis mais elevados de satisfação levam à maior retenção e lealdade de clientes e que, com o aumento da lealdade, a satisfação de clientes pode ajudar a assegurar receitas ao longo do tempo, a reduzir custos de transações futuras, a diminuir a elasticidade de preços e a minimizar a probabilidade de os clientes trocarem de fornecedor caso haja uma queda no nível da qualidade (MILAN; TREZ, 2005).

A satisfação dos usuários dos serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, representa uma preocupação no mundo todo. A avaliação da satisfação dos pacientes com os serviços de saúde é importante para que se conheçam melhor as falhas e os pontos positivos de cada serviço, de modo a obter subsídios para a melhoria dos serviços e para o melhor planejamento das políticas públicas voltadas

ao setor da saúde. Alguns estudos têm sido realizados nesse sentido, com resultados diversos (FIGUEIREDO, 2012).

Segundo Savassi (2010, p. 4),

A percepção do usuário interferirá na acessibilidade, na criação de vínculos e na conseqüente horizontalidade do cuidado, e terá reflexos na capacidade da equipe para coordenar o cuidado. [...] Os usuários geralmente demonstram maiores índices de satisfação em relação a médicos e menores em relação a exames; geralmente, a insatisfação se relaciona à medicação fornecida nas unidades ou na demora em serviços de propeidêutica (SAVASSI, 2010, p.4).

Satisfação do usuário, de modo amplo, tem sido definida como uma noção que remete à avaliação do cuidado recebido, considerando como seus determinantes especialmente a expectativa do paciente e sua experiência prévia com serviços similares. Essa definição tem sido criticada, em especial, no que se refere ao baixo desenvolvimento teórico e conceitual da expressão satisfação do paciente. Os estudos revisados possuem pouca padronização, baixa confiabilidade e validade incerta (ESPERIDIÃO; VIEIRA-DA-SILVA, 2018).

Considerando que a utilização dos serviços de saúde é produto da interação entre usuários, profissionais de saúde e serviços de saúde e que um dos principais problemas para que essa interação ocorra é a forma como o usuário consegue acessar os serviços, o acesso e o acolhimento são elementos essenciais do atendimento para que se possa incidir efetivamente sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade (RAMOS; LIMA, 2003).

### **3 OBJETIVOS**

#### **Objetivo geral**

Descrever o perfil dos beneficiários que realizaram reclamações na Agência de Saúde Suplementar no Brasil, no período de 2016 a 2020.

#### **Objetivos específicos**

- Identificar as reclamações realizadas na Agência de Saúde Suplementar no Brasil, no período de 2016 a 2020; e,
- Caracterizar as reclamações realizadas segundo o número de beneficiários, número de reclamações, faixa etária, Estado, meio de atendimento, modalidade da operadora, tipo de contratação, período de contratação e motivo da reclamação.

## **4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, realizado a partir dos registros das reclamações de beneficiários de planos de saúde do Brasil, no período de 2016 a 2020.

### **4.2 População de estudo**

A população de estudo são os registros de reclamações encaminhadas à Agência Nacional de Saúde Suplementar, por beneficiários de planos de saúde do Brasil no período de 2016 a 2020. Em dezembro de 2020, a população brasileira era de 211.755.692 de pessoas e 47.623.935 beneficiários possuíam plano de saúde médico-hospitalar no país, com uma taxa de cobertura equivalente a 22,49%.

### **4.3 Fonte de informação**

Os dados, de domínio público, foram obtidos através do Sistema Integrado de Fiscalização (SIF), que reúne todas as reclamações direcionadas ao setor, sob gestão da Agência Nacional de Saúde. Esse sistema tem sua origem vinculada à própria criação da ANS, e dentre as suas competências, destaca-se a fiscalização das atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde. Em 2001, foi criado o Disque ANS, que consiste em uma central de atendimento ao consumidor onde o beneficiário pode registrar sua reclamação contra a operadora do plano de saúde. Dessa forma, todas as reclamações recebidas pela ANS são registradas no SIF.

Foram consideradas todas as reclamações recebidas no período de 2016 a 2020 de todas as regiões do Brasil. Os dados foram consolidados e compilados, considerando-se as seguintes variáveis: número de beneficiários, número de reclamações, faixa etária, Estado da Federação, meio de atendimento, modalidade da operadora, tipo de contratação, período de contratação (anterior e posterior à Lei 9.656/98) e motivo da reclamação.

Nos anos de 2016 a 2020, foram recebidas e armazenadas no Sistema Integrado de Fiscalização (SIF) um total de 619.981 reclamações de todos os Núcleos/ANS em funcionamento no país. Deste total, foram excluídos os registros referentes a operadoras e cooperativas odontológicas, que somam 10.487 reclamações. Portanto, o universo de análise foi composto por 609.494 registros.

## 5 RESULTADOS

Na tabela 1 encontra-se a frequência anual dos beneficiários de planos privados de saúde no Brasil e a taxa de cobertura, no período de 2016 a 2020. Observa-se que em 2016 o mercado de planos privados de saúde no Brasil apresentava 47.669.146 beneficiários, com queda no ano de 2017, manutenção em 2018 e 2019 e aumento no ano de 2020 para 47.623.935. Em nenhum momento do período o número de beneficiário foi inferior a 47 milhões de indivíduos.

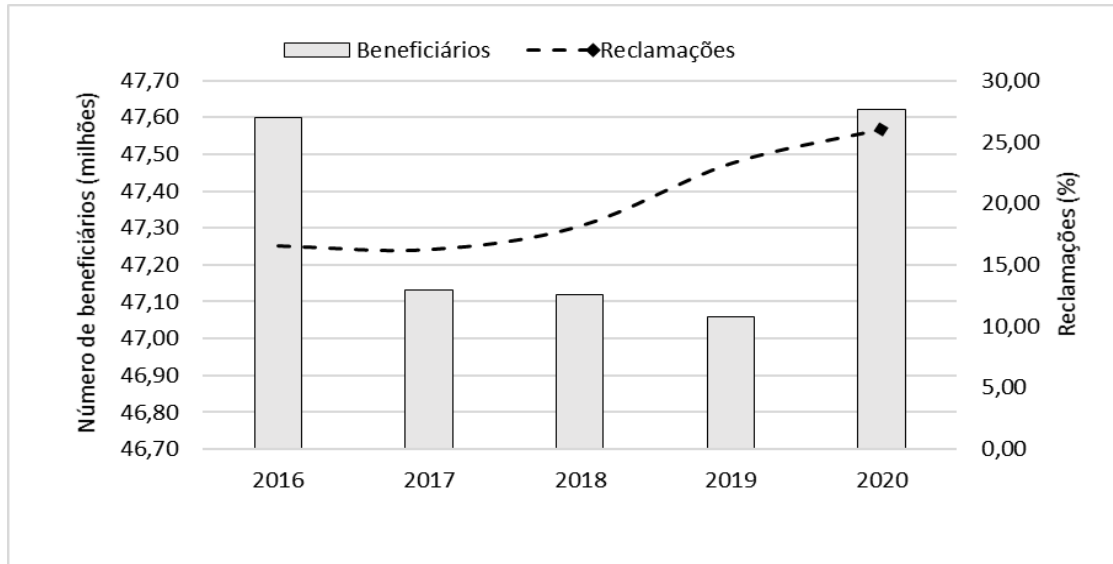
Tabela 1- Frequência anual dos beneficiários de planos privados de saúde no Brasil, no período de 2016 a 2020.

<b>Ano</b>	<b>População estimada</b>	<b>Número de beneficiários</b>	<b>Taxa de cobertura (%)</b>
2016	206.081.432	47.669.146	23,1
2017	207.660.929	47.136.515	22,7
2018	208.494.900	47.124.930	22,6
2019	210.147.125	47.064.289	22,4
2020	211.755.692	47.623.935	22,5

Fonte: SIB/ANS/MS; SIF/ANS/MS

Do total de 609.494 registros de reclamações, 100.782 (16,5%) ocorrem em 2016; 98.680 em 2017 (16,2%); 110.322 em 2018 (18,1%); 141.602 em 2019 (23,2%) e 158.108 em 2020 (26%). A figura 1 abaixo representa a distribuição anual dos beneficiários e o percentual de reclamações no período estudado, observando-se aumento dos registros ao longo dos anos.

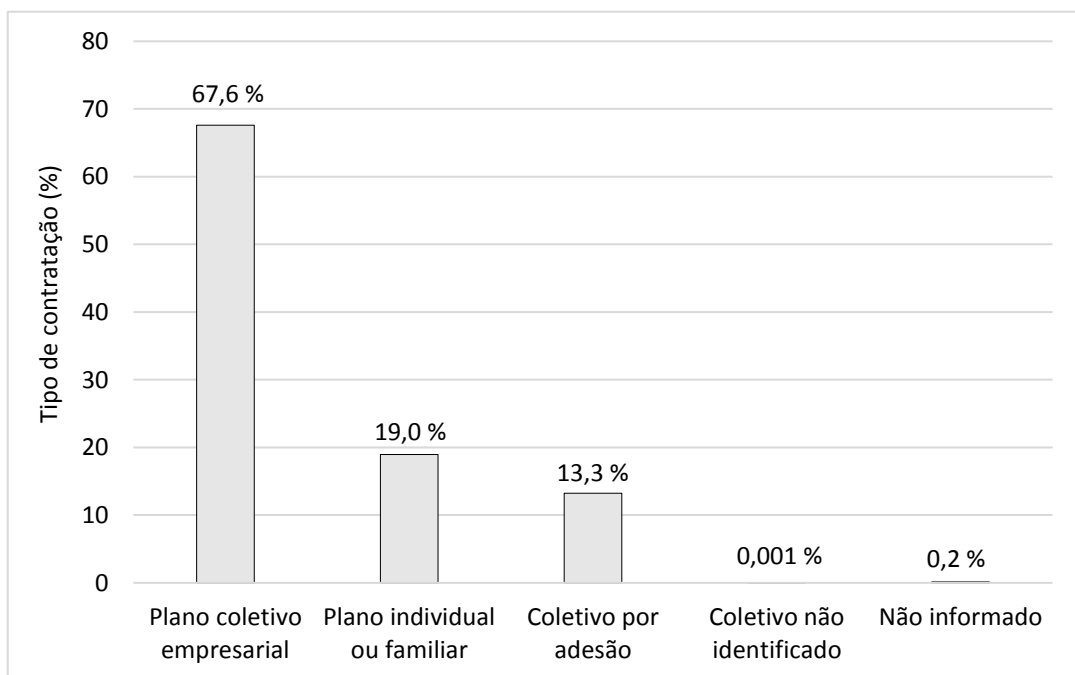
Figura 1 – Total anual dos beneficiários de planos privados de saúde no Brasil e o percentual de reclamações, no período de 2016 a 2020.



Fonte: SIB/ANS/MS; SIF/ANS/MS

No que se refere ao tipo de contratação dos beneficiários referente ao ano de 2020, 32.206.510 (67,6%) possuíam planos coletivos empresariais; 9.039.964 (19%) eram vinculados a planos individuais ou familiar; 6.309.009 (13,3%) possuíam planos do tipo coletivo por adesão. Planos do tipo coletivo não identificado e não foi informado somaram 0,14% (Figura 2).

Figura 2 – Percentual de beneficiários por tipo de contratação dos planos privados de saúde no Brasil em 2020.



Fonte: SIB/ANS/MS; SIF/ANS/MS

Em relação às reclamações por tipo de contratação em todo o período analisado, 48,97% ocorreram no tipo coletivo empresarial, seguida do tipo individual/familiar e coletivo por adesão, com 32,39% e 17,21%, respectivamente (Tabela 2).

Tabela 2 - Reclamações por tipo de contratação dos planos privados de saúde, 2016-2020.

Tipo de contratação	Reclamações	
	N	%
Individual ou Familiar	197.444	32,4
Coletivo Empresarial	298.483	49,0
Coletivo por adesão	104.885	17,2
Coletivo não identificado	-	0,0
Independente da Modalidade de Contratação	104	0,0
Não Informado	8.578	1,4
Total	609.494	100,0

Fonte: SIB/ANS/MS; SIF/ANS/MS

Quanto à faixa etária dos beneficiários de planos privados de saúde, observa-se uma maior concentração de pessoas na faixa etária compreendida de 20 a 59 anos, representando 61,6% dos beneficiários em 2016 e 60,9% em 2020 (Tabela 3)

Tabela 3 - Beneficiários dos planos privados de saúde no Brasil por faixa etária, no período de 2016 a 2020.

Ano/ Faixa etária		0-19 anos	20-59 anos	60 anos ou mais	Inconsistente
2016	N	12.072.863	29.388.018	6.207.389	876
	%	25,3	61,6	13,0	0,0
2017	N	11.884.519	28.920.339	6.330.976	681
	%	25,2	61,3	13,4	0,0
2018	N	1.860.039	28.769.727,00	6.494.547	617
	%	25,1	61,0	13,7	0,0
2019	N	11.817.612	28.642.540	6.603.573	564
	%	25,1	60,8	14,0	0,0
2020	N	11.836.411	28.995.393	6.791.787	344
	%	24,8	60,9	14,2	0,0

Fonte: SIB/ANS/MS; SIF/ANS/MS

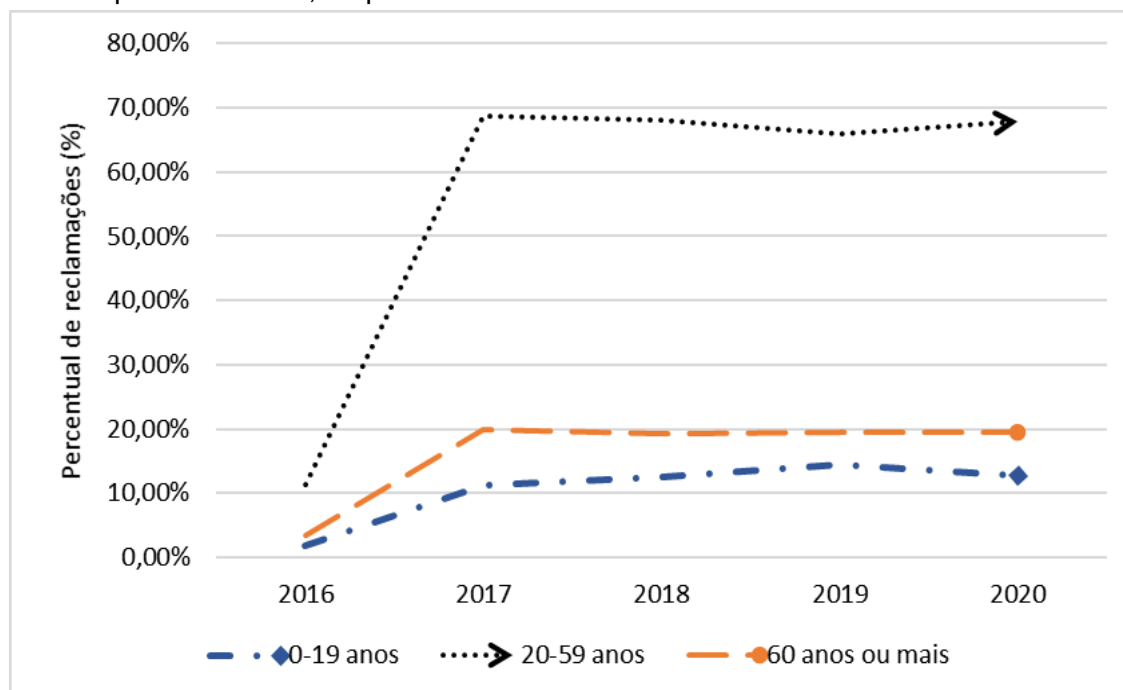
Os clientes de planos de saúde com idade igual ou superior a 60 anos representam 14,26% versus 24,85% dos beneficiários de 0 a 19 anos.

As reclamações por faixa etária dos beneficiários considerando o período total, apresentaram maior registro na faixa de 20-59 anos (67,7%), seguida da faixa de 60



anos ou mais (19,6%). A figura 3 evidencia a distribuição anual, observando-se que nos anos de 2016 a 2017 houve um crescimento das reclamações em todas as faixas etárias, mantendo-se constante nos anos seguintes.

Figura 3 – Reclamações dos beneficiários por faixa etária dos planos privados de saúde no Brasil por faixa etária, no período de 2016 a 2020.

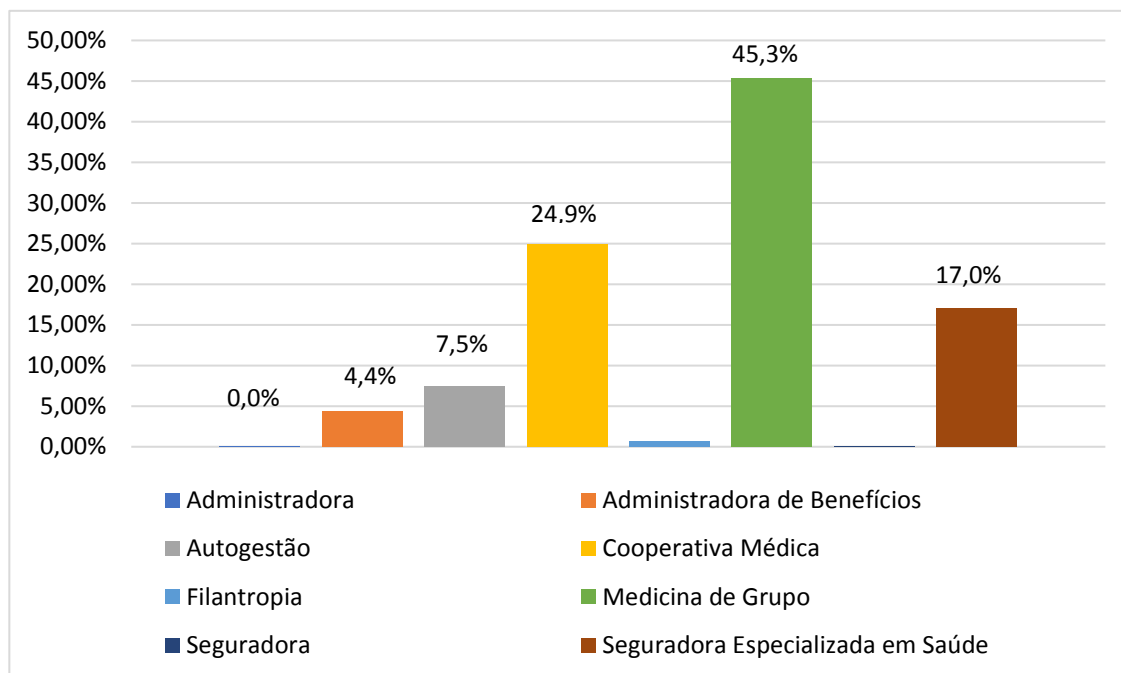


Fonte: SIB/ANS/MS; SIF/ANS/MS

Os planos de saúde podem ser considerados novos ou antigos, dependendo da data em que foram contratados. Dessa forma, os planos privados de assistência à saúde novos são aqueles comercializados a partir de 2 de janeiro de 1999. Ao contrário, os planos antigos são aqueles celebrados antes dessa data, ou seja, são anteriores à vigência da Lei 9.656/98. Em relação às reclamações por período de contratação dos planos privados de saúde, observou-se que a maioria (95%) ocorreram no posterior à Lei 9.656/98.

A figura 4 ilustra a distribuição das reclamações de acordo com as modalidades das operadoras. Dessa forma, verifica-se que as empresas de medicina de grupo apresentam o maior percentual de reclamações (45,34%), seguidas das cooperativas médicas (24,95%) e das seguradoras especializadas em saúde (17,04%).

Figura 4 - Distribuição das reclamações de acordo com as modalidades das operadoras, no período de 2016 a 2020 (n=609.494).



Fonte: SIB/ANS/MS; SIF/ANS/MS

Dentre os motivos abordados nas reclamações, estavam presentes questões relacionadas a autorizações prévias, franquia, coparticipação, rol de procedimentos e coberturas geográfica/assistencial, suspensão e rescisão contratuais, reembolso, prazos máximos para atendimento, rede conveniada, mensalidade ou contraprestação pecuniária, itens obrigatórios e cláusulas contratuais, contratação/adesão, vigência, manutenção e renovação, reajuste por variação de custos, carência, documentos de entrega obrigatória ao consumidor, portabilidade de carências, reajuste por mudança de faixa etária, doença ou lesão preexistente, cobertura parcial temporária e agravo, inclusão de dependentes do consumidor, demitidos, exonerados e aposentados, migração, adaptação e sucessão contratuais, além de reajuste por sinistralidade. Desses, o subtema gerenciamento das ações de saúde por parte da operadora (autorizações prévias, franquia, coparticipação) foram os que possuíam maiores registros de reclamações (30,9%).

Em se tratando dos meios de atendimento das reclamações realizadas pelos beneficiários dos planos privados de saúde, observou-se que a maioria foi realizada através de site (82,0%), conforme evidenciado na tabela 4.

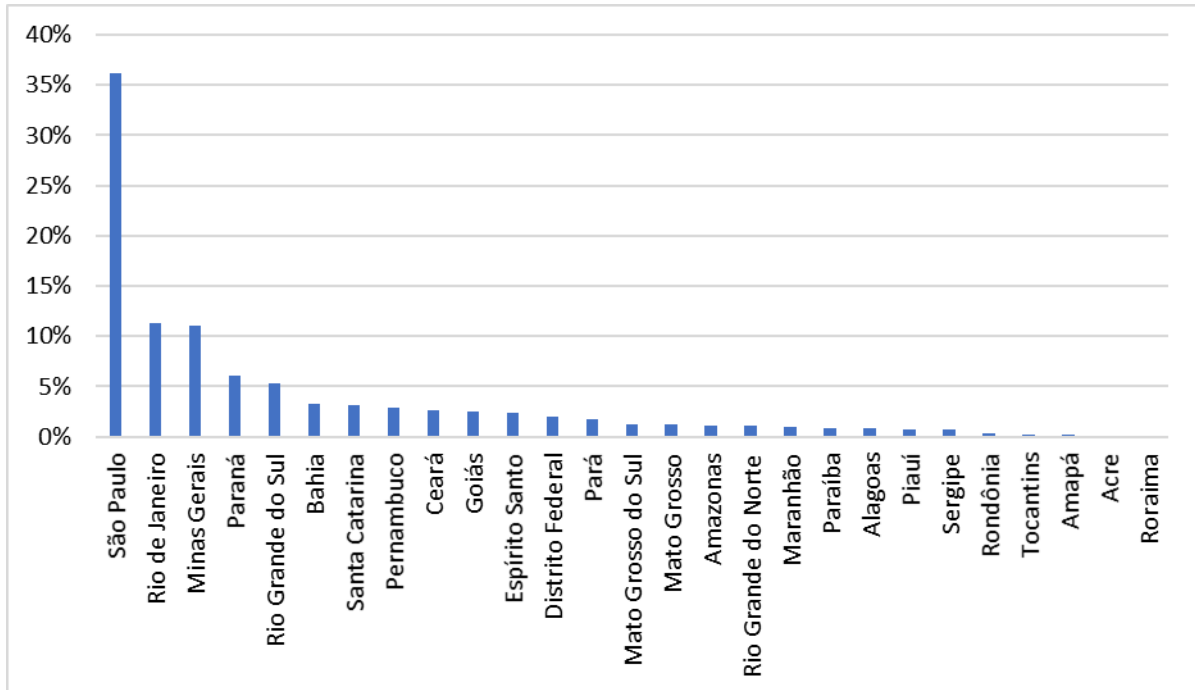
Tabela 4 – Meios de atendimento das reclamações pelos beneficiários dos planos privados de saúde, 2016-2020.

<b>Meio de atendimento das reclamações</b>	<b>2016-2020</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
Site	141.322	82,0
Pessoal	23.275	13,5
Outros	3.241	1,8
Carta/Ofício	3.131	1,8
Despacho	571	0,3
Nenhum	389	0,2
E-Mail	160	0,0
Memorando	54	0,0
Representação	44	0,0
Ouvidoria	32	0,0
Chat	22	0,0
Fax	11	0,0
Jornal / Revista	9	0,0

Fonte: SIB/ANS/MS; SIF/ANS/MS

A cobertura dos planos de saúde segundo os estados brasileiros evidenciou que a maior concentração de beneficiários se encontra nos Estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Paraná, conforme demonstrado na figura 5. Os maiores registros de reclamações ocorrem em São Paulo e Rio de Janeiro.

Figura 5 - Cobertura dos planos privados de assistência médica no Brasil por Unidades da Federação, no período de 2016 a 2020.



## 6 DISCUSSÃO

Em 2000, a Lei nº 9.961/2000 constituiu a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), com vínculo ao Ministério da Saúde para regular, normatizar, controlar e fiscalizar as atividades que garantam a assistência suplementar à saúde, exercendo assim papel fundamental de mediação e defesa dos interesses públicos (FERREIRA; RYNGELBLUM, 2020). O percentual de beneficiários dos planos de saúde privado no Brasil aumentou significativamente após a entrada em vigor da Lei n. 9.656/98, apresentando no ano de 2020 aproximadamente 47.623.935,00 beneficiários. Nos últimos anos, houve um incremento no mercado da saúde suplementar, com crescimento proporcional dos vínculos de beneficiários com assistência médica acompanhando o da população brasileira. Da mesma forma, tem-se observado também forte expansão do número de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos (MACHADO, 2011). Esse crescimento pode ser explicado pelo aumento do número de pessoas empregadas, crescimento econômico e maior disponibilidade de dinheiro, o que levou setores da população, em especial, pessoas com emprego formal e empresas, a realizarem aquisição dos planos privados de saúde (MALTA *et al.*, 2017).

No período analisado, a Agência Nacional de Saúde Suplementar recebeu 609.494 reclamações, com os maiores registros nos anos de 2019 a 2020. Tal fato pode estar relacionado ao maior conhecimento da população sobre seus direitos, e com isso, passou-se a utilizar mais o portal da agência para registrar alguma reclamação. Se em 2016 as reclamações representavam aproximadamente 16% de todas as reclamações, no ano de 2020 passou a representar cerca de 26%.

Em relação ao tipo de contratação dos beneficiários, a maioria possuía planos coletivos empresariais. Estudos sinalizam que a preponderância de planos coletivos é uma peculiaridade desse mercado, cujo ao longo dos anos houve um aumento consistente nesse tipo de contratação. A predominância dos planos coletivos empresariais possivelmente se deve ao fato da cobertura ser maior dentre aqueles beneficiários ligados formalmente ao mercado de trabalho, em que os empregadores são os responsáveis por adquirir os planos (VIEIRA; MARTINS, 2015).

Analisando os números por faixa etária, indivíduos de 20-59 anos são maioria entre os beneficiários de planos de saúde (61,16%), em segundo lugar estão os de 0 a 19 anos (25,13%) e, por último, os de 60 anos ou mais (13,70%). Em proporção

semelhante, beneficiários, com idades entre 20 e 59 anos foram os que mais prestam reclamações na ANS (67,72%), seguidos pelos de 60 anos ou mais (19,61%) e, por último, os de 0 a 19 anos (12,51%), no período de 2016 a 2020. Estudos apontam que indivíduos de até 59 anos pagam mensalidades maiores que o risco de sua idade, e os idosos pagam mensalidades inferiores ao risco associado à sua faixa etária. Por outro lado, crianças e jovens têm menor cobertura nos planos de saúde, o que pode ser explicado por serem populações mais saudáveis, e com isto as famílias retardariam sua adesão. Vale ressaltar que o maior registro de reclamações nas faixa de 20 a 59 anos pode estar relacionada à entrada nos planos de pessoas já inseridas no mercado de trabalho, com faixas de idade produtivas (CECHIN, 2009; ANS, 2003).

A Medicina de grupo se caracterizou como a modalidade que liderou as reclamações, possivelmente pelo fato dessas empresas apresentam o maior percentual de operadoras. Através da análise da cobertura dos planos de saúde pelos diversos estados brasileiros, conclui-se que a distribuição ocorre de maneira desigual entre as regiões do país, com maior concentração de beneficiários e reclamações na região sudeste. Isto pode ser explicado pelo fato dessas regiões possuírem um maior número de empregos formais e maior acúmulo de renda (ALBUQUERQUE, 2008; BRASIL, 2010), ratificando que a contratação de planos de saúde e a renda estão intimamente associadas, e que a cobertura aumenta progressivamente nas classes sociais de maior rendimento.

O site foi considerado o meio mais utilizado para as reclamações do período estudado, cujas reclamações foram direcionadas para o gerenciamento das Ações de Saúde por parte da Operadora (autorizações prévias, franquia, coparticipação e outros); seguida do Rol de procedimentos e coberturas (geográfica e assistencial); da suspensão e rescisão contratuais; do reembolso; prazos máximos para atendimento; rede de atendimento (rede conveniada) e mensalidade ou contraprestação pecuniária.

Diante desse contexto, é válido ressaltar que no mercado da assistência suplementar no Brasil, o cuidado à saúde é pautado em aspectos financeiros, tendo em visto que quando a atenção à saúde é tomada pela competitividade das empresas de livre iniciativa econômica, predominam os interesses particulares, resultando assim em baixos índices de qualidade, eficiência e responsabilidade. Nessa perspectiva, as operadoras de saúde devem ser rigorosamente fiscalizadas através das ações regulatórias da ANS para apuração das restrições e/ou prejuízos causados à saúde dos beneficiários.

## 7 CONCLUSÃO

O presente estudo procurou descrever o perfil dos beneficiários que realizaram reclamações na Agência de Saúde Suplementar no Brasil, no período de 2016 a 2020. A relevância desta discussão para a política de saúde do país está relacionada ao contexto de poder contribuir na implementação de ações estratégicas para a melhoria dos serviços prestados pelos planos de saúde privados, possibilitando agregar longevidade com qualidade de vida aos beneficiários e saúde financeira às organizações.

Dessa forma, conclui-se que foram recebidas e armazenadas no Sistema Integrado de Fiscalização (SIF) um total de 619.981 reclamações de todos os Núcleos/ANS em funcionamento no país, apresentando aumento ao longo dos anos. O tipo de contratação com maior número de beneficiários e reclamações são os planos coletivos empresariais. Ao analisar as reclamações por faixa etária dos beneficiários, observou-se maior registro na faixa de 20-59 anos, seguida da faixa de 60 anos ou mais. De 2016 a 2017, houve um crescimento das reclamações em todas as faixas etárias, mantendo-se constante nos anos seguintes. Em relação às reclamações por período de contratação dos planos privados de saúde, observou-se que a maioria ocorreu posterior à Lei 9.656/98. As empresas de medicina de grupo apresentam o maior percentual de reclamações, seguidas das cooperativas médicas e das seguradoras especializadas em saúde. Sobre o meio de atendimento das reclamações, o site liderou como o meio mais utilizado, com a maioria das reclamações associados ao gerenciamento das Ações de Saúde por parte da Operadora (autorizações prévias, franquias, coparticipação e outros).

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C. *et al.* A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 1421-1430, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/jXwhKzH5MtFjLS4h7WdMy8m/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 19 ago 2021.

ANA. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Caderno de Informações** [acessado 2015 mar 13]. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/portal/site/>> Acesso em: 20 ago 2021.

ANS. Agência Nacional de Saúde. **Resolução Normativa nº 63, de 22 de dezembro de 2003**. Define os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 2004. Diário Oficial da União, 2003.

BARROS, M. E. D. B.; PIOLA, S. F. **O financiamento dos serviços de saúde no Brasil**. In: Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento. 2016. p. 101-138.

BRASIL. **Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000**. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2000. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l9961.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9961.htm)> Acesso em: 23 jun 2021.

BRASIL. Agência Nacional De Saúde Suplementar (ANS). **Boletim Covid-19**. Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: < <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/coronavirus-covid-19/boletim-covid-19/2021/boletim-covid-janeiro-pdf.pdf>> Acesso em: 15 mai 2021.

BRASIL. Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF:Senado Federal; 1988. Disponível em: <[https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88\\_Livro\\_EC91\\_2016.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf)> Acesso em: 20 jul 2021.

BRASIL. **Lei 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, de 20 de setembro de 1990. Disponível em: < <https://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/setembro/30/Lei-8080.pdf>> Acesso em: 13 jun 2021.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Saúde Suplementar /Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: < [http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro\\_12.pdf](http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_12.pdf)> Acesso em: 12 jul 2021.



BRASIL. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. Caderno de Informação da Saúde Suplementar Setembro/2010. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar; 2010.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Saúde Suplementar**. Brasília: 2015. Disponível em: <[https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/saude\\_suplementar\\_conass.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/publicacoes/saude_suplementar_conass.pdf)> Acesso em: 22 ago 2021.

CARDOSO, M. R. O. *et al.* O mix público e privado no sistema de saúde brasileiro: coexistência em evidência. **Saúde em Redes**, v. 3, n. 2, p. 107-118, 2017. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/170053>> Acesso em: 22 ago 2021.

CECHIN, J.; BOAS, M. Judicialização de Planos de Saúde: Conceitos, disputas e consequências. **Instituto de Estudos de Saúde Suplementar–IESS**, 2021.

CECHIN, J.; BADIA, B. D.; MARTINS, C. B. Pacto intergeracional, seleção adversa e Financiamento dos planos de saúde. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 82, p. 214-221, 2009. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/4063/406341771004.pdf>> Acesso em: 22 ago 2021.

DOS SANTOS, I. F.; GABRIEL, M.; DE CAMPOS MELLO, T. R. Sistema Único de Saúde: marcos históricos e legais dessa política pública de saúde no Brasil. **Humanidades & Inovação**, v. 7, n. 5, p. 381-391, 2020. Disponível em: <<https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/2964>> Acesso em: 23 ago 2021.

ESPERIDIÃO, M. A.; VIERA-DA-SILVA, L. M. A satisfação do usuário na avaliação de serviços de saúde: ensaio sobre a imposição de problemática. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 331-340, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/sdeb/2018.v42nspe2/331-340/>> Acesso em: 27 jul ago.

FERREIRA, V. C.; RYNGELBLUM, A. L. A relação entre lógicas institucionais e práticas estratégicas organizacionais: o papel da agência nacional de saúde suplementar na regulação dos reajustes do setor. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 7, p. 42217-42236, 2020. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/12475>> Acesso em: 23 ago 2021.

FIGUEIREDO, L. V. **Curso de direito de saúde suplementar: manual jurídico de planos e seguros de saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Gen/Forense, 2012.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de trabalho e rendimento. **Pesquisa nacional saúde: 2019: informações sobre domicílios, acesso e utilização dos serviços de saúde: Brasil, grandes regiões e unidades da federação**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101748.pdf>> Acesso em: 20 mai 2021.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílio. Acesso e utilização dos serviços de saúde** 1998. Rio de Janeiro: Ministério do Planejamento, 2000.

JÁCOME, M. A. R.; PAIVA, S. B.; MARTINS, O. S. Regulação Econômico-Financeira como propulsora de práticas de Governança Corporativa na Saúde Suplementar. **Pensamento & Realidade**, v. 35, n. 1, p. 99-111, 2020. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/pensamentorealidade/article/view/47018> Acesso em: 20 ago 2021.

JANNUZZI, A. H. L.; VASCONCELLOS, A. G. Quanto custa o atraso na concessão de patentes de medicamentos para a saúde no Brasil?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00206516, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2017.v33n8/e00206516/> Acesso em: 21 ago 2021.

MALTA, D. C. *et al.* Usuários de planos de saúde: morbidade referida e uso de exames preventivos, por inquérito telefônico, Brasil, 2008. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 57-66, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/JvS7j5dVT9Td4wDrfzFBYsr/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 22 ago 2021.

MALTA, D. C. *et al.* Cobertura de Planos de Saúde na população brasileira, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & saúde coletiva**, v. 22, p. 179-190, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n1/179-190/> Acesso em: 21 ago 2021.

MACHADO, J. R. O. **Negativas de cobertura pelas operadoras de planos de saúde: análise das denúncias de beneficiários encaminhadas à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**. 2011. 112 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2011.

MILAN, G. S.; TREZ, G. Pesquisa de satisfação: um modelo para planos de saúde. **RAE eletrônica**, v. 4, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/raeel/a/pcpq4fzhKSLNGJqyM6dJPtt/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 18 jul 2021.

PIETROBON, L.; PRADO, M. L.; CAETANO, J. C. Saúde suplementar no Brasil: o papel da Agência Nacional de Saúde Suplementar na regulação do setor. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 18, p. 767-783, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/KFy6MMGRnjWVLNL7DKkXRKm/abstract/?lang=pt> Acesso em: 20 ago 2021.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. 27-34, 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/pNGdckPZ7Hh3kkLfCkJ8gdd/?lang=pt> Acesso em: 30 jul 2021.

SALVATORI, R. T.; VENTURA, C. A. A agência nacional de saúde suplementar-ANS: onze anos de regulação dos planos de saúde. **Organizações & Sociedade**, v. 19, p. 471-488, 2012. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/osoc/a/YZRSftDwyZRjBnwK8LpKJsn/?lang=pt>> Acesso em: 20 ago 2021.

SAVASSI, L. C. M. A satisfação do usuário e a autopercepção da saúde em atenção primária. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 5, n. 17, p. 3-5, 2010. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/135>> Acesso em: 25 jul ago.

TRETTEL, D. B.; KOZAN, J. F.; SCHEFFER, M. C. Judicialização em planos de saúde coletivos: os efeitos da opção regulatória da Agência Nacional de Saúde Suplementar nos conflitos entre consumidores e operadoras. **Revista de Direito Sanitário**, v. 19, n. 1, p. 166-187, 2018. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/148133>> Acesso em: 22 ago 2021.

VIEIRA, W. M.; MARTINS, M. Idosos e planos de saúde no Brasil: análise das reclamações recebidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 3817-3826, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/hP6tQgQKncnrRY5ysL4ZtXw/?format=pdf&lang=pt>> Acesso em: 24 ago. 2021.

ZANOTELLI, P. A. **Uma análise da concentração do mercado de planos de saúde suplementar em Fortaleza**. 2021. 48f. Dissertação (Mestrado em Economia de Empresas) - Universidade Federal do Ceará - UFC, Fortaleza (CE), 2021.

**ANEXO A: Número de beneficiários de planos de saúde por faixa etária em 2020 e número de reclamações por faixa etária de 2016 a 2020**

---

Tabelas 1 - Número de beneficiários de plano de saúde por faixa etária em 2020 e número de reclamações por faixa etária de 2016 a 2020.

---

Beneficiários (dez/2020)		
0-19 anos	11.836.411	24,8%
20-59 anos	28.995.393	60,8%
60 anos ou mais	6.791.787	14,2%
Inconsistente	344	0,0%
Total	47.623.935	100,0%

---

Reclamações (2016 - 2020)		
0-19 anos	76.252	12,5%
20-59 anos	412.727	67,7%
60 anos ou mais	119.533	19,6%
Inconsistente	982	0,1%
Total	609.494	100,0%

---

## ANEXO B: Beneficiários e reclamações por faixa etária e ano, 2016 – 2020

Tabela 2- Beneficiários e reclamações por faixa etária e ano, 2016 – 2020

Beneficiários e reclamações	2016		2017		2018		2019		2020	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Beneficiários (2016 - 2020)</b>										
0-19 anos	12.072.863	25,3	11.884.519	25,2	11.860.039	25,2	11.817.612	25,1	11.836.411	24,9
20-59 anos	29.388.018	61,6	28.920.339	61,4	28.769.727	61,0	28.642.540	60,9	28.995.393	60,9
60 anos ou mais	6.207.389	13,0	6.330.976	13,4	6.494.547	13,7	6.603.573	14,0	6.791.787	14,2
Inconsistente	876	0,0	681	0,0	617	0,0	564	0,0	344	0,0
<b>Total</b>	<b>47.669.146</b>	<b>100,0</b>	<b>47.136.515</b>	<b>100,0</b>	<b>47.124.930</b>	<b>100,0</b>	<b>47.064.289</b>	<b>100,0</b>	<b>47.623.935</b>	<b>100,0</b>
<b>Reclamações (2016 - 2020)</b>										
0-19 anos	10.791	10,7	11.061	11,2	13.891	12,5	20.502	14,4	20.007	12,6
20-59 anos	69.445	68,9	67.779	68,6	75.090	68,0	93.279	65,8	107.134	67,7
60 anos ou mais	20.334	20,1	19.692	19,9	21.137	19,1	27.651	19,5	30.719	19,4
Inconsistente	212	0,2	148	0,1	204	0,1	170	0,1	248	0,1
<b>Total</b>	<b>100.782</b>	<b>100,0</b>	<b>98.680</b>	<b>100,0</b>	<b>110.322</b>	<b>100,0</b>	<b>141.602</b>	<b>100,0</b>	<b>158.108</b>	<b>100,0</b>

### ANEXO C: Beneficiários e reclamações por faixa etária e tipo de contratação, 2016 – 2020

Tabela 3 - Beneficiários e reclamações por faixa etária e tipo de contratação, 2016 – 2020

Beneficiários e reclamações	0 - 19 anos		20 - 59 anos		60 anos ou mais		Não informado		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%

#### Beneficiários (dez 2020)

Individual ou Familiar	2.571.146	21,7	3.964.896	13,6	2.503.806	36,8	116	33,7	9.039.964	18,9
Coletivo Empresarial	7.933.927	67,0	21.527.148	74,2	2.745.392	40,4	43	12,5	32.206.510	67,6
Coletivo por adesão	1.325.936	11,2	3.473.329	11,9	1.509.579	22,2	165	47,9	6.309.009	13,2
Coletivo não identificado	30	0,0	246	0,0	147	0,0	-	0,0	423	0,0
Não Informado	5.372	0,0	29.774	0,1	32.863	0,4	20	5,81	68.029	0,1
<b>Total</b>	<b>11.836.411</b>	<b>100,0</b>	<b>28.995.393</b>	<b>100,0</b>	<b>6.791.787</b>	<b>100,0</b>	<b>344</b>	<b>100,0</b>	<b>47.623.935</b>	<b>100,0</b>

#### Reclamações (2016 - 2020)

Individual ou Familiar	28.701	37,6	111.718	27,0	56.716	47,4	309	31,4	197.444	32,3
Coletivo Empresarial	31.264	41,0	225.826	54,7	40.891	34,2	502	51,1	298.483	48,9
Coletivo por adesão	14.247	18,6	70.596	17,1	19.896	16,6	146	14,8	104.885	17,2
Coletivo não identificado	0	0,0	-	0,0	-	0,0	0	0,0	-	0,0

Independente da Modalidade de Contratação	8	0,0	43	0,0	53	0,0	0	0,0	104	0,0
Não Informado	2.032	2,6	4.544	1,1	1.977	1,6	25	2,5	8.578	1,4
Total	76.252	100,0	412.727	100,0	119.533	100,0	982	100,0	609.494	100,0

## ANEXO D: Beneficiários e reclamações por época de contratação, 2016 – 2020

Tabela 4 - Beneficiários e reclamações por época de contratação, 2016 – 2020

Beneficiários e reclamações	0 - 19 anos		20 - 59 anos		60 anos ou mais		Não informado		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Beneficiários (dez 2020)</b>										
Anterior à Lei 9.656/98	441.021	3,7	1.571.636	5,4	1.337.312	19,6	211	61,3	3.350.180	7,0
Posterior à Lei 9.656/98	11.395.390	96,2	27.423.757	94,5	5.454.475	80,3	133	38,6	44.273.755	92,9
<b>Total</b>	<b>11.836.411</b>	<b>100,0</b>	<b>28.995.393</b>	<b>100,0</b>	<b>6.791.787</b>	<b>100,0</b>	<b>344</b>	<b>100,0</b>	<b>47.623.935</b>	<b>100,0</b>
<b>Reclamações (2016 - 2020)</b>										
Anterior à Lei 9.656/98	348	0,4	8.626	2,0	14.040	11,7	47	4,7	23.061	3,7
Posterior à Lei 9.656/98	52.724	69,1	271.225	65,7	74.822	62,6	561	57,1	399.332	65,5
Não informado	23.180	30,4	132.876	32,1	30.671	25,6	374	38,0	187.101	30,7
<b>Total</b>	<b>76.252</b>	<b>100,0</b>	<b>412.727</b>	<b>100,0</b>	<b>119.533</b>	<b>100,0</b>	<b>982</b>	<b>100,0</b>	<b>609.494</b>	<b>100,0</b>



**ANEXO E: Beneficiários e reclamações por faixa etária e modalidade de operadora, 2016 -2020**

Beneficiários e reclamações	0 - 19 anos		20 - 59 anos		60 anos ou mais		Não informado		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%

**Beneficiários (dez 2020)**

Autogestão	891.080	7,5	2.268.707	7,8	1.087.549	16,0	168	48,8	4.247.504	8,9
Cooperativa Médica	4.461.399	37,6	10.435.148	35,9	2.516.424	37,0	26	7,5	17.412.997	36,5
Filantropia	226.832	1,9	525.377	1,8	159.448	2,3	2	0,5	911.659	1,9
Medicina de Grupo	4.729.891	39,9	11.742.199	40,5	2.500.524	36,8	108	31,4	18.972.722	39,8
Seguradora Especializada em Saúde	1.527.209	12,9	4.023.962	13,8	527.842	7,7	40	11,6	6.079.053	12,7
<b>Total</b>	<b>11.836.411</b>	<b>100,0</b>	<b>28.995.393</b>	<b>100,0</b>	<b>6.791.787</b>	<b>100,0</b>	<b>344</b>	<b>100,0</b>	<b>47.623.935</b>	<b>100,0</b>

**Reclamações (2016 - 2020)**

Administradora	2	0,0	4	0,0	7	0,0	-	0,0	13	0,0
Administradora de Benefícios	3.492	4,5	19.428	4,7	3.593	3,0	34	3,4	26.547	4,3
Autogestão	3.071	4,0	26.211	6,3	16.243	13,5	75	7,6	45.600	7,4
Cooperativa Médica	22.544	29,5	96.194	23,3	33.079	27,6	273	27,8	152.090	24,9
Filantropia	860	1,1	2.8020	0,6	915	0,7	7	0,7	4.584	0,7

Medicina de Grupo	36.323	47,6	191.079	46,3	48.499	40,5	463	47,1	276.364	45,3
Seguradora	8	0,0	42	0,0	6	0,0	1	0,1	57	0,0
Seguradora Especializada em Saúde	9.928	13,0	76.720	18,5	17.084	14,2	121	12,3	103.853	17,0
Não informado	24	0,0	247	0,0	107	0,0	8	0,8	386	0,0
Total	76.252	100,0	412.727	100,0	119.533	100,0	982	100,0	609.494	100,0

**ANEXO F: Motivos das reclamações por faixa etária, 2016 – 2020**

Motivos	Até 19 anos	De 20 a 59 anos	60 anos ou mais	Idade não informada	Total	%
ANS - Agência Nacional de Saúde	3	41	18	1	63	0,0
Operadora	411	2.410	937	13	3.771	0,6
Produto ou plano	74.812	405.429	116.707	955	597.903	98,1
Rede de atendimento	1.025	4.845	1.870	13	7.753	1,2
Outros	-	-	-	-	4	0,0
Total	76.251	412.725	119.532	982	609.494	100,0

**ANEXO G: Motivos das reclamações referente ao tema produto ou plano, por faixa etária, 2016 – 2020**

Motivos	Até 19 anos	De 20 a 59 anos	60 anos ou mais	Idade não informada	Total	%
Cobertura	59.044	283.609	81.022	711	424.386	70,9
Contratos e Regulamentos	12.942	92.277	23.971	198	129.388	21,6
Mensalidades e Reajustes	2.809	29.437	11.642	44	43.932	7,3
Outros	17	106	72	2	197	0,0
Total	74.812	405.429	116.707	955	597.903	100,0

### ANEXO H: Subtemas das reclamações, por faixa etária, 2016 – 2020

Subtema	Até 19 anos	De 20 a 59 anos	60 anos ou mais	Idade não informada	Total	%
Gerenciamento das Ações de Saúde por Parte da Operadora (autorizações prévias, franquia, co-participação e outros)	23.772	120.578	40.058	286	184.694	30,8
Rol de Procedimentos e Coberturas (geográfica e assistencial)	8.993	44.161	15.038	119	68.311	11,4
Suspensão e Rescisão Contratuais	5.606	43.860	9.990	92	59.548	9,9
Reembolso	8.435	40.192	8.014	85	56.726	9,4
Prazos Máximos para Atendimento	6.386	39.639	8.707	122	54.854	9,1
Rede de Atendimento (rede conveniada)	9.979	33.000	9.198	80	52.257	8,7
Mensalidade ou Contraprestação Pecuniária	2.066	17.513	5.978	32	25.589	4,2
Itens Obrigatórios e Cláusulas Contratuais	1.809	13.413	3.914	21	19.157	3,2
Contratação/Adesão, Vigência, Manutenção e Renovação	1.441	10.269	2.732	19	14.461	2,4
Reajuste por Variação de Custos	549	6.307	3.811	9	10.676	1,7
Carência	1.778	7.643	1.063	15	10.499	1,7
Documentos de Entrega Obrigatória ao Consumidor	917	6.117	1.759	17	8.810	1,4
Portabilidade de Carências	560	5.108	1.854	19	7.541	1,2
Reajuste por Mudança de Faixa Etária	171	5.311	1.663	3	7.148	1,2
Doença ou Lesão Preexistente, Cobertura Parcial Temporária e Agravo	566	3.778	518	13	4.875	0,8
Inclusão de Dependentes do Consumidor	1.516	2.845	343	11	4.715	0,7
Demitidos, Exonerados e Aposentados	56	2.762	888	7	3.713	0,6
Migração, Adaptação e Sucessão Contratuais	172	2.521	917	3	3.613	0,6
Reajuste por Sinistralidade	23	306	190	-	519	0,0
Outros	17	106	72	2	197	0,0
<b>Total</b>	<b>74.812</b>	<b>405.429</b>	<b>116.707</b>	<b>955</b>	<b>597.903</b>	<b>100,0</b>

## ANEXO I: Portal Agência Nacional de Saúde Suplementar (<https://www.gov.br/ans/pt-br>)

