



UNIMED SANTA BÁRBARA D'OESTE E AMERICANA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

Relatório de Asseguração Limitada dos Auditores Independentes relacionado com a Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de Planos de Saúde - 2018

CONTEÚDO:

- Relatório Asseguração Limitada dos Auditores Independentes
- Relatório Final com os Resultados da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de 2018
- Anexo I
- Anexo II



Relatório de Asseguração Limitada dos Auditores Independentes relacionado com a Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de Planos de Saúde

Aos

Senhores Administradores da

**UNIMED SANTA BÁRBARA D'OESTE E AMERICANA COOPERATIVA DE
TRABALHO MÉDICO**

Americana - SP

Introdução

Fomos contratados com o objetivo de aplicar procedimentos de asseguração limitada sobre a Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de Planos de Saúde realizada pela Unimed Santa Bárbara D'Oeste e Americana Cooperativa de Trabalho Médico, com base em dados do ano de 2018.

Responsabilidades da administração da Santa Bárbara D'Oeste e Americana Cooperativa de Trabalho Médico,

A administração da Unimed Santa Bárbara D'Oeste e Americana é responsável pelo processo de coleta de dados, condução da pesquisa e elaboração do Relatório Final com os Resultados da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de 2018 de acordo com o Documento Técnico para Realização da Pesquisa de Satisfação dos Beneficiários de Planos de Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar e com a Nota Técnica da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários 2018 elaborada pela Unimed Santa Bárbara D'Oeste e Americana, através do seu responsável técnico, Sra. Nivia Cristina Fernandes Santos – Registro Profissional nº 10.469 CONRE-3 SP.

Responsabilidade dos auditores independentes

Nossa responsabilidade é expressar conclusão sobre as adequação da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de Planos de Saúde, com relação a: processo de coleta de dados, condução da pesquisa e o Relatório Final com os Resultados da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de 2018, com base no trabalho de asseguarção limitada conduzido de acordo a NBC TO 3000 (Trabalhos de Asseguarção Diferente de Auditoria e Revisão), emitida pelo Conselho Federal de Contabilidade - CFC, que é equivalente à norma internacional ISAE 3000, emitida pela Federação Internacional de Contadores, aplicáveis às informações não financeiras históricas. Essas normas requerem o cumprimento de exigências éticas, incluindo requisitos de independência e que o trabalho seja executado com o objetivo de obter segurança limitada de que a Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de 2018 está livre de distorções relevantes e que foi realizada conforme Documento Técnico para Realização da Pesquisa de Satisfação dos Beneficiários de Planos de Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar e com a Nota Técnica da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários 2018 elaborada pela Unimed Santa Bárbara D'Oeste e Americana

Um trabalho de asseguarção limitada conduzido de acordo com a NBC TO 3000, equivalente à ISAE 3000, consiste principalmente de indagações à administração, ao responsável técnico e outros profissionais da Unimed envolvidos na Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de Planos de Saúde, assim como pela aplicação de procedimentos analíticos para obter evidências que nos possibilitem concluir na forma de asseguarção limitada sobre as informações e a regularidade da pesquisa, descrita no Relatório Final com Resultados da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de 2018.

Os procedimentos aplicados compreenderam:

- a) asseguarção quanto a aderência da pesquisa ao escopo do planejamento constante na Nota Técnica da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de 2018;
- b) asseguarção da fidedignidade dos beneficiários selecionados para a entrevista através de amostragem aleatória estratificada;
- c) asseguarção da fidedignidade das respostas, através do acompanhamento e análise amostral das gravações das entrevistas;
- d) asseguarção que os dados e conclusões apresentados no Relatório Final com Resultados da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de 2018, estão de acordo com as entrevistas realizadas.
- e) o entendimento da metodologia de cálculos e dos procedimentos utilizados para a compilação dos resultados.

A aplicação dos procedimentos descritos não significa que seja possível identificar eventuais informações e ocorrências que tenham sido deliberadamente ocultadas pela administração da entidade, e também por eventuais falhas e/ou erros na metodologia utilizada na pesquisa, contudo, o trabalho foi conduzido com observância às normas profissionais do auditor independente estabelecidas pelo Conselho Federal de Contabilidade.

Os procedimentos aplicados por nós foram considerados suficientes para permitir um nível de segurança limitada e, por conseguinte, não contemplam aqueles que poderiam ser requeridos para fornecer um nível de segurança razoável, como definido na Norma Brasileira de Contabilidade NBC TO 3000 – Trabalho de Asseguração Diferente de Auditoria e Revisão, emitida pelo Conselho Federal de Contabilidade.

Acreditamos que os procedimentos aplicados e que as evidências obtidas em nosso trabalho são suficientes e apropriados para fundamentar nossa conclusão na forma limitada.

Alcance e limitações

Os procedimentos aplicados em um trabalho de asseguração limitada são substancialmente menos extensos do que aqueles aplicados em um trabalho de asseguração razoável. Consequentemente, não nos possibilita obter segurança de que tomamos conhecimento de todos os assuntos que seriam identificados em um trabalho de asseguração razoável, que tem por objetivo emitir uma opinião. Caso tivéssemos executado um trabalho de asseguração razoável, poderíamos ter identificado outros assuntos e eventuais distorções que podem existir nas informações constantes na prestação de contas do Fundo.

Conclusão

Com base nos procedimentos realizados, descritos neste relatório, nada chegou ao nosso conhecimento que nos leve a acreditar que a coleta de dados, a condução da pesquisa e o Relatório Final com os Resultados da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de 2018 elaborados pela Unimed Santa Bárbara D'Oeste e Americana Cooperativa de Trabalho Médico relativa, não foram compiladas e não estejam adequadamente apresentadas, em todos os aspectos relevantes, de acordo com o Documento Técnico para a Realização da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de Planos de Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar e com a Nota Técnica da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários 2018 elaborada pela Unimed Santa Bárbara D'Oeste e Americana.

O presente relatório destina-se exclusivamente ao uso e informação da Administração da Unimed Santa Bárbara D'Oeste e Americana Cooperativa de Trabalho Médico e da Agência Nacional de Saúde Suplementar, não sendo destinado ao uso por outras partes que não tenham responsabilidade sobre as disposições da NBC TO 3000.

Belo Horizonte 27 de março de 2019.

Atenciosamente,

WALTER HEUER AUDITORES & CONSULTORES
WH AUDITORES INDEPENDENTES
CRC - RJ 319/O S 8 MG



MAURI PASSIG MARTINS
CONTADOR CRC - RJ 31.381/O T 2 MG



MARCEL IRVING MELO
ATUÁRIO - MIBA 2858

RELATÓRIO FINAL COM OS RESULTADOS DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS DE 2018

1. INTRODUÇÃO

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em seu Documento Técnico Para a Realização da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de Planos de Saúde (2018) embasa as Operadoras de plano de saúde para atender a Dimensão 3 do Programa de Qualificação das Operadoras (PQO) através da aplicação de uma pesquisa de satisfação com perguntas padronizadas, com a possibilidade de incluir outros questionamentos pertinentes à Operadora após as perguntas pré-estabelecidas.

Embasada pelo documento referido, a Pesquisa de Satisfação de Beneficiários ANS de 2018 foi aplicada para os beneficiários da Operadora de Saúde UNIMED DE SANTA BÁRBARA D'OESTE E AMERICANA - COOP DE TRABALHO MÉDICO, denominada no documento como Unimed SA, com o objetivo de mensurar a satisfação dos beneficiários quanto aos serviços oferecidos no ano de 2018.

2. RESPONSÁVEIS PELA PESQUISA E COLETA

O responsável da Operadora, que a representa legalmente perante a ANS, é o Dr. Cesar Augusto Cielo, e a responsável técnica da pesquisa é Nivia Cristina Fernandes Santos, com registro profissional nº 10469 no CONRE-3. Os termos de responsabilidade técnico e legal com demais informações constam nos Anexos I e II, respectivamente.

Para a coleta dos dados, foi contratada a empresa Doctor SAC, CNPJ: 05.702.313/0001-05, responsável por aplicar entre 2 de janeiro de 2019 a 11 de fevereiro de 2019 o questionário de satisfação contido no Anexo III via telefone e documentar em planilha eletrônica, fornecendo o resultado da pesquisa por unidade da amostra, inclusive se não obteve o contato.

3. QUESTIONÁRIO

Conforme definição da ANS, as perguntas padronizadas foram utilizadas na ordem pretendida. A Unimed SA acrescentou duas perguntas à seção denotada como Informações Adicionais apreender a percepção dos beneficiários sobre os prazos para autorização de procedimentos na questão 11 ("Como você avalia os prazos para autorização e realização de exames, consultas e outros procedimentos cobertos pelo seu plano de saúde?") e na questão 12 coletou a escolaridade do beneficiário para estudos posteriores ("Qual é o seu grau de escolaridade?").

4. PLANEJAMENTO AMOSTRAL

A pesquisa foi desenhada após julho de ano-base 2018 para ser aplicada ao final do ano por telefone, com contratação de empresa terceirizada para execução das entrevistas.

4.1. UNIVERSO AMOSTRAL

A população-alvo foram os beneficiários com 18 anos ou mais, detentores de plano de saúde da Unimed SA da área de ação (Santa Bárbara d'Oeste, Americana ou Nova Odessa).

Segundo determinação da ANS, os beneficiários que usaram ou não o plano de saúde nos últimos 12 meses estavam sujeitos à entrevista para não haver diferenciação ou seleção prévia da população escolhida.

4.2. POPULAÇÃO AMOSTRADA

Para avaliar a satisfação dos beneficiários da Operadora, foram identificados os beneficiários que atendiam aos seguintes critérios como população amostral:

- Estar ativo em 11/12/2018 (data de extração dos dados);
- Ter completado 18 anos ou mais na data de extração dos dados;
- Ser registrado como beneficiário da Operadora, sendo excluídos os beneficiários cedidos, ou seja, direciona a pesquisa todos os beneficiários de risco da operadora, pelos quais somos responsáveis pelas despesas;
- Possuir telefone fixo residencial ou celular registrados no setor de Cadastro da Operadora.

Os três primeiros critérios abrangem a população-alvo, e o quarto critério compõe a população amostral, ou seja, elegível para ser entrevistada de acordo com a restrição da pesquisa em ser realizada por telefone.

4.3. DEFINIÇÃO DOS ESTRATOS

A metodologia adotada para os cálculos é a Amostragem Aleatória Estratificada. Ela visa subdividir a população-alvo em estratos homogêneos (no caso, compostos por sexo e faixa etária) para que esses estratos sejam aplicados na população amostral, de forma que esta represente a população-alvo em suas características mais marcantes. A ponderação por sexo e faixa etária é suficiente para formar uma representatividade da utilização e distribuição de ativos da Operadora.

Com a finalidade de avaliar o perfil da população-alvo em sua definição mais ampla para compor os estratos da população amostral, contemplou-se nos cálculos os beneficiários ativos da Operadora com 18 anos ou mais (três primeiros critérios do sistema de referência). Logo, na data da análise, a Operadora tinha 80.152 beneficiários, sendo 47,05% deles do sexo masculino e 52,95% do sexo feminino:

Faixa Etária	Masculino		Feminino		Total Geral	
	Qtde	% por faixa	Qtde	% por faixa	Qtde	% por faixa
18 a 29 anos	8.213	10,25%	8.318	10,38%	16.531	20,62%
30 a 39 anos	9.481	11,83%	10.150	12,66%	19.631	24,49%
40 a 49 anos	6.942	8,66%	7.797	9,73%	14.739	18,39%
50 a 59 anos	6.233	7,78%	7.037	8,78%	13.270	16,56%
60 anos ou mais	6.840	8,53%	9.141	11,40%	15.981	19,94%
Total Geral	37.709	47,05%	42.443	52,95%	80.152	100,00%

Tabela 1 – População-alvo por sexo e faixa etária (dezembro de 2018). Fonte: Unimed SA

As faixas etárias foram definidas segundo análises anteriores na Operadora que apontam que há homogeneidade de quantidade de ativos e utilização de serviços quando são separados em intervalos de dez anos.

Dessa forma, os estratos foram compostos pela combinação entre sexo e faixa etária. As porcentagens da Tabela 1 foram postas na Tabela 2 abaixo para cada estrato, retratando o método de alocação proporcional ao tamanho do estrato:

Estrato	Sexo	Faixa Etária	% beneficiários por estrato da população
Estrato 1	Masculino	18 a 29 anos	10,25%
Estrato 2	Masculino	30 a 39 anos	11,83%
Estrato 3	Masculino	40 a 49 anos	8,66%
Estrato 4	Masculino	50 a 59 anos	7,78%
Estrato 5	Masculino	60 anos ou mais	8,53%
Estrato 6	Feminino	18 a 29 anos	10,38%
Estrato 7	Feminino	30 a 39 anos	12,66%
Estrato 8	Feminino	40 a 49 anos	9,73%
Estrato 9	Feminino	50 a 59 anos	8,78%
Estrato 10	Feminino	60 anos ou mais	11,40%

Tabela 2 – Estratos e suas porcentagens baseadas na população-alvo (dez/18). Fonte: Unimed SA

As porcentagens serão aplicadas no tamanho da amostra definido no tópico a seguir.

4.4. TAMANHO DA AMOSTRA

Para o cálculo do tamanho da amostra probabilística, foram empregados todos os critérios do sistema de referência para definir a população amostral, pois apenas beneficiários cujo cadastro continha o telefone residencial ou celular eram passíveis de serem entrevistados.

Faixa Etária	Masculino		Feminino		Total Geral	
	Qtde	% por faixa	Qtde	% por faixa	Qtde	% por faixa
18 a 29 anos	5.631	8,68%	6.547	10,09%	12.178	18,76%
30 a 39 anos	6.704	10,33%	8.003	12,33%	14.707	22,66%
40 a 49 anos	5.453	8,40%	6.590	10,15%	12.043	18,56%
50 a 59 anos	5.397	8,32%	6.273	9,67%	11.670	17,98%
60 anos ou mais	6.017	9,27%	8.288	12,77%	14.305	22,04%
Total Geral	29.202	44,99%	35.701	55,01%	64.903	100,00%

Tabela 3 – População-alvo elegível por sexo e faixa etária (dez/18). Fonte: Unimed SA

Desta forma, considerou-se o número de 64.903 beneficiários elegíveis para amostragem. Ou seja, 80,97% dos beneficiários da população-alvo poderiam ser entrevistados por telefone.

Segundo Cochran (1977) e Bolfarine e Bussab (2005), para definir a porcentagem da população de interesse, usamos os dados da pesquisa de satisfação aplicada no ano de 2017 de acordo com os padrões da ANS. Na pergunta número dez (“Você recomendaria o seu plano de saúde para amigos ou familiares?”), o índice de entrevistados que respondeu que definitivamente recomendaria a Unimed SA foi de 38,33% da amostra de 600 pessoas. Logo, eles estavam plenamente satisfeitos com os serviços e os promoveriam a pessoas próximas, e essa é a principal imagem que a Operadora gostaria de ter perante seus beneficiários.

O nível de significância (alfa) adotado foi de 5% para fornecer intervalos de confiança de 95%, e o erro amostral assumido 4%. Quanto menor o erro, maior a precisão estimada nas respostas coletadas, pois mais pessoas serão abordadas.

O efeito de desenho é a razão entre o erro amostral da amostra estratificada e o da amostragem aleatória simples. Ele corrige o tamanho da amostra para que possíveis erros na coleta sejam supridos por um número maior de amostra. Segundo Luiz e Magnanini (2000), um efeito igual a 1 significa que a amostragem aleatória simples e a estratificada possuem precisões semelhantes ao estimar o tamanho de amostra, sendo portanto a amostra estratificada uma escolha adequada de acordo com os interesses da Operadora de representar a população de forma mais fidedigna.

Sendo assim, o cálculo de tamanho de amostra estratificada proporcional, considerando a porcentagem de cada estrato como peso, fator de correção para população finita e efeito de desenho resulta em uma população de 564 entrevistados, que arredondaremos para 600 beneficiários a serem entrevistados na Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de 2018.

Os cálculos realizados com o tamanho da amostra definida multiplicada pela porcentagem da população-alvo que estava em cada estrato seguem na Tabela 4. Ao aplicar as porcentagens da população no tamanho de amostra, os valores resultantes da Amostra por estrato demandaram um arredondamento para inteirar a amostra de 600 pessoas, então houve a necessidade de recalculer as porcentagens para termos a proporção de beneficiários por estrato que seriam entrevistados:

Estrato	Sexo	Faixa Etária	% beneficiários por estrato da população	Amostra por estrato	% beneficiários por estrato entrevistados
Estrato 1	Masculino	18 a 29 anos	10,25%	62	10,33%
Estrato 2	Masculino	30 a 39 anos	11,83%	71	11,83%
Estrato 3	Masculino	40 a 49 anos	8,66%	52	8,67%
Estrato 4	Masculino	50 a 59 anos	7,78%	47	7,83%
Estrato 5	Masculino	60 anos ou mais	8,53%	51	8,50%
Estrato 6	Feminino	18 a 29 anos	10,38%	62	10,33%
Estrato 7	Feminino	30 a 39 anos	12,66%	76	12,67%
Estrato 8	Feminino	40 a 49 anos	9,73%	58	9,67%
Estrato 9	Feminino	50 a 59 anos	8,78%	53	8,83%
Estrato 10	Feminino	60 anos ou mais	11,40%	68	11,33%

Tabela 4 – Quantidade de beneficiários a serem entrevistados por estrato, segundo o tamanho da amostra. Fonte: Unimed SA

Para completar as 600 entrevistas, foi definido que cada estrato deveria ter a quantidade de beneficiários indicada acima, e os estratos definitivos foram expressos na coluna porcentagem de beneficiários por estrato entrevistados.

O erro amostral para o parâmetro de interesse encontrado após a coleta resultou em 1,24%.

4.5. SOFTWARE PARA SELEÇÃO DE ENTREVISTADOS

Para a aplicação de Amostragem Aleatória Estratificada para determinação dos estratos e Amostragem Aleatória Simples para seleção da amostra nos estratos, foi empregado o software IBM SPSS Statistics, versão 25.

5. ANÁLISE DESCRITIVA

Os intervalos foram calculados com 95% de confiança (IC 95%). Para cada uma das opções de resposta das perguntas, a distribuição multinomial com o método de Goodman compôs os cálculos do erro padrão amostral (variação para menos e para mais da média) conforme Goodman (1965).

5.1. SOFTWARE UTILIZADO PARA ANÁLISE

Para o tamanho da amostra, frequências absolutas e relativas, bem como o cálculo dos intervalos de confiança utilizou-se o Microsoft Excel.

5.2. DESCRIÇÃO DA POPULAÇÃO AMOSTRADA

A população amostrada de 600 pessoas tinha em média 44,26 anos, com intervalo de confiança de 95% entre 43 anos e 45,52 anos. A mediana de idade dos entrevistados foi de 43 anos. Na amostra, 52,83% eram mulheres e 47,17% dos respondentes eram homens.

Na faixa etária de 30 a 39 anos concentrou-se 24,5% de toda a amostra entrevistada. A idade mínima dos entrevistados foi de 18 anos e máxima registrada foi de 89 anos.

Dos entrevistados, 60,67% tinham plano coletivo empresarial e 39,33% planos individuais, sendo que esse dado não foi usado para a seleção ou diferenciação dos beneficiários a serem entrevistados.

A escolaridade foi analisada na pergunta 12 do questionário:

Informações adicionais	Frequência de respostas	Porcentagem de respostas
Q12 - Grau de escolaridade		
Ensino fundamental (antigo 1º grau)	105	17,50%
Ensino médio (antigo 2º grau)	261	43,50%
Ensino superior	233	38,83%
Não informado	1	0,17%
Total	600	100%

Tabela 5 – Escolaridade dos respondentes da pesquisa 2018. Fonte: Unimed SA

A maioria dos respondentes tinha ensino médio completo, seguido de beneficiários com ensino superior e em menor número beneficiários com ensino fundamental completo. Apenas um único beneficiário não informou sua escolaridade.

O erro amostral para o parâmetro de interesse encontrado após a coleta resultou em 1,24%, considerando a porcentagem de 38,33% de respostas “Definitivamente Recomendaria” o plano de saúde para amigos ou familiares na pesquisa de 2017.

Das 600 pessoas que responderam a entrevista inteira, 51 registraram insatisfações ao operador que realizava as perguntas. Destes 51 relatos, 25,49% estavam insatisfeitos por não haver distribuição de um Guia Médico físico, pois ele está disponível apenas no site institucional. A Unimed Santa Bárbara d'Oeste e Americana disponibiliza uma cópia do Guia Médico do dia ao beneficiário que se dirige à Operadora para melhor atendê-lo, contudo ressalta que o site é atualizado em tempo real com a disponibilidade do prestador para o beneficiário realizar agendamentos, sendo uma fonte dinâmica de pesquisa, e o Guia Médico impresso pode ficar desatualizado rapidamente.

Para promover a não diferenciação do beneficiário conforme orienta a ANS, pessoas que não utilizaram o plano podem ser abordadas para a entrevista. Dentre os 600 com status “Questionário concluído”, 6,33% não haviam usado os serviços da Unimed SA até 11/12/2018 mas responderam a todas as perguntas:

	Usou o plano?			Uso do plano por estrato	
	Sim	Não	Total	% Sim	% Não
Estrato 1	51	11	62	82,26%	17,74%
Estrato 2	61	10	71	85,92%	14,08%
Estrato 3	52	0	52	100,00%	0,00%
Estrato 4	41	6	47	87,23%	12,77%
Estrato 5	49	2	51	96,08%	3,92%
Estrato 6	61	1	62	98,39%	1,61%
Estrato 7	73	3	76	96,05%	3,95%
Estrato 8	55	3	58	94,83%	5,17%
Estrato 9	53	0	53	100,00%	0,00%
Estrato 10	66	2	68	97,06%	2,94%
Total lotes	562	38	600	93,67%	6,33%

Tabela 7 - Beneficiários entrevistados e separados por utilização ou não do plano nos últimos 12 meses. Fonte: Unimed AS

5.3. TAXAS DE RESPOSTAS À PESQUISA

No total, 2.906 beneficiários foram abordados pela empresa para entrevistas pelo menos uma vez. Destes, a taxa de respondentes foi de 20,65%, composta pelos 600 beneficiários com o questionário concluído conforme o acordado.

Durante a pesquisa, 2.105 beneficiários não foram localizados pelos números fornecidos ou não atenderam (72,44%). Não aceitaram participar da pesquisa 168 beneficiários (5,78%).

Houve 33 beneficiários que eram incapacitados por motivos de saúde para responder a pesquisa (1,14%). Destes, 81,82% eram incapacitados por serem portadores de necessidades especiais (21,21%), não tinham condições de responder e um cuidador da família atendeu a ligação (21,21%), tinham deficiência auditiva (18,18%), estavam acamados (18,18%) ou com Doença de Alzheimer (12,12%).

5.4. ERROS NÃO AMOSTRAIS

Os erros não amostrais foram tratados durante a realização das entrevistas, observando a evolução da coleta de entrevistas, respostas anotadas e as observações do entrevistador. As gravações ratificam a qualidade das respostas dadas.

Quando a empresa tentou contato através de números de telefones dos beneficiários que não estavam adequadamente atualizados, a Operadora foi notificada através dos registros de observações das entrevistas.

No status “O beneficiário não aceitou participar da pesquisa”, houve 85 anotações do operador sobre os motivos de recusa (50,60%) dentre as 168 recusas. Destes 85 registros, 20% ocorreram porque os beneficiários não usaram o plano, então não se sentiram à vontade para responder a pesquisa. Logo, a não diferenciação do beneficiário pode causar desconforto em qualificar o plano se desconhecer a qualidade do serviço oferecido de acordo com as próprias impressões. Não é possível nesse contexto controlar ou conhecer se outros beneficiários se recusaram a participar da pesquisa pela não utilização se estes não a mencionaram como motivo espontaneamente.

Outros motivos de recusa foram: não ter mais o plano (5,88%), alegar já ter participado da pesquisa (4,71%) ou não tê-la entendido em algumas de suas perguntas (2,35%), interrompendo assim a entrevista. As demais razões de recusa não configuram um erro não amostral.

O documento técnico elaborado pela Estatística responsável à empresa Doctor SAC trazia instruções sobre como responder um beneficiário atribuído ao status “O beneficiário é incapacitado por limitações de saúde de responder a pesquisa”. Em um trabalho conjunto, orientações adicionais com mais detalhamento foram dadas durante as entrevistas para categorizar os beneficiários incapacitados de forma adequada. Registrar a patologia de cada um quando o próprio entrevistado ou seu tutor alegavam não haver condições de responder a pesquisa por motivos de saúde auxiliou para que dessa forma não houvesse dúvida de que ele se encaixava no status “O beneficiário é incapacitado por limitações de saúde de responder a pesquisa”, que poderia ser confundido com o status “O beneficiário não aceitou participar da pesquisa”. As questões de categorização foram corrigidas durante a pesquisa através de arquivo de acompanhamento e verificação especialmente do status de incapacidade em suas observações do operador, uma vez que ele era uma nova exigência em 2018.

5.5. ATENÇÃO À SAÚDE

Atenção à saúde	Frequência	Frequência relativa	Erro padrão amostral	Intervalo de 95% de confiança	
Q1 - Frequência de consultas, exames ou tratamentos quando necessitou					
Sempre	337	56,17%	6,24%	49,93%	62,41%
A maioria das vezes	131	21,83%	5,19%	16,64%	27,03%
Às vezes	123	20,50%	5,08%	15,42%	25,58%
Nunca	6	1,00%	1,25%	0,00%	2,25%
Não se aplica	3	0,50%	0,89%	0,00%	1,39%
Q2 - Atenção imediata					
Sempre	308	51,33%	6,29%	45,05%	57,62%
A maioria das vezes	132	22,00%	5,21%	16,79%	27,21%
Às vezes	89	14,83%	4,47%	10,36%	19,30%
Nunca	14	2,33%	1,90%	0,44%	4,23%
Não se aplica	57	9,50%	3,69%	5,81%	13,19%
Q3 - Comunicação sobre necessidade de realização de consultas ou exames preventivos					
Sim	84	14,00%	2,78%	11,22%	16,78%
Não	516	86,00%	2,78%	83,22%	88,78%
Q4 - Avaliação de hospitais, laboratórios, clínicas e profissionais de saúde					
Muito bom	178	29,67%	6,20%	23,46%	35,87%
Bom	325	54,17%	6,77%	47,40%	60,93%
Regular	79	13,17%	4,59%	8,57%	17,76%
Ruim	8	1,33%	1,56%	0,00%	2,89%
Muito ruim	7	1,17%	1,46%	0,00%	2,63%
Não se aplica	3	0,50%	0,96%	0,00%	1,46%
Q5 - Facilidade de acesso à lista de profissionais e serviços de saúde					
Muito bom	114	19,00%	5,33%	13,67%	24,33%
Bom	353	58,83%	6,68%	52,15%	65,52%
Regular	102	17,00%	5,10%	11,90%	22,10%
Ruim	14	2,33%	2,05%	0,28%	4,38%
Muito ruim	6	1,00%	1,35%	0,00%	2,35%
Não se aplica	11	1,83%	1,82%	0,01%	3,66%
Total	600	100%			

Tabela 6 – Medidas descritivas e intervalos de confiança para questões relativas à Atenção à Saúde. Fonte: Unimed SA

A pergunta 1 é relativa à frequência de consultas, exames ou tratamentos prestados ao beneficiário quando este precisou da assistência do plano. Dos 600 beneficiários entrevistados, 78% afirmaram que sempre ou na maioria das vezes conseguiram cuidados de saúde quando necessitaram. Destes, 56,17% variando 6,24% para menos e para mais conseguiram sempre os cuidados de saúde, e 21,83% tiveram na maioria das vezes os cuidados, variando no intervalo entre 16,64% e 27,03%. Apenas 1% dos entrevistados respondeu que nunca conseguiu consultas, exames ou tratamentos quando precisou, variando de zero a 2,25% dos respondentes no intervalo de confiança.

Quando o beneficiário precisou de atenção imediata (pergunta 2), a pesquisa mostrou que 9,5% deles não passaram por emergências, e 73,33% afirmaram que sempre ou na maioria das vezes foram atendidos nessas circunstâncias. A variação entre quem sempre foi atendido em emergências oscilou entre 45,05% e 57,62% na porcentagem de 51,33% do total de entrevistados.

Na pergunta 3, sobre convidar por carta, e-mail ou outro meio de comunicação os beneficiários a fazerem exames ou consultas preventivas, novamente em 2018 poucos alegaram ter recebido avisos da Operadora – somente 14% dos 600 entrevistados. Na Unimed SA, o Viver Bem envia cartas para avisar especificamente beneficiários com faixa etária e sexos correspondentes aos exames e consultas preventivas necessárias. Isto é, nem todos os beneficiários precisam receber comunicação por não ser necessário fazer os exames ou consultas segundo recomendações do Ministério da Saúde. Contudo, há folhetos informativos sobre os exames disponíveis no site da Unimed Santa Bárbara d'Oeste e Americana e demandam acesso à internet. A implantação da Atenção Primária à Saúde nas carteiras também provavelmente contribuirá na comunicação sobre a importância dos exames preventivos a todos.

Na pergunta 4, sobre toda a atenção em saúde recebida, 83,33% avaliaram como muito boa ou boa a experiência em prestadores disponíveis na rede da Operadora, sendo que 54,17% avaliaram como bom o serviço na rede (variando 6,77% para menos e para mais). Apenas 2,5% consideraram os serviços de hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais da saúde como ruim ou muito ruim.

A facilidade de acesso à lista de prestadora por meio físico ou digital foi considerada boa por 58,83% dos respondentes com erro padrão de 6,68% para menos e para mais. Somando à proporção de pessoas que consideraram muito boa a acessibilidade da lista de profissionais e serviços de saúde, temos 77,83% de avaliação boa ou muito boa. Ruim e muito ruim somam 3,33%, apenas.

Atenção à saúde	Frequência	Frequência relativa	Erro padrão amostral	Intervalo de 95% de confiança	
Q1 - Frequência de consultas, exames ou tratamentos quando necessitou					
Sempre	337	56,45%	5,67%	50,78%	62,12%
A maioria das vezes	131	21,94%	4,74%	17,21%	26,68%
Às vezes	123	20,60%	4,63%	15,98%	25,23%
Nunca	6	1,01%	1,14%	0,00%	2,15%
Q2 - Atenção imediata					
Sempre	308	56,72%	5,94%	50,78%	62,67%
A maioria das vezes	132	24,31%	5,15%	19,16%	29,46%
Às vezes	89	16,39%	4,44%	11,95%	20,83%
Nunca	14	2,58%	1,90%	0,68%	4,48%
Q4 - Avaliação de hospitais, laboratórios, clínicas e profissionais de saúde					
Muito bom	178	29,82%	5,77%	24,05%	35,58%
Bom	325	54,44%	6,28%	48,16%	60,72%
Regular	79	13,23%	4,27%	8,96%	17,50%
Ruim	8	1,34%	1,45%	0,00%	2,79%
Muito ruim	7	1,17%	1,36%	0,00%	2,53%
Q5 - Facilidade de acesso à lista de profissionais e serviços de saúde					
Muito bom	114	19,35%	5,01%	14,34%	24,37%
Bom	353	59,93%	6,22%	53,71%	66,15%
Regular	102	17,32%	4,80%	12,51%	22,12%
Ruim	14	2,38%	1,93%	0,44%	4,31%
Muito ruim	6	1,02%	1,27%	0,00%	2,29%

Tabela 7 – Medidas descritivas e intervalos de confiança para questões relativas à Atenção à Saúde apenas para beneficiários que não marcaram a opção “não se aplica”. Fonte: Unimed SA

Considerando os 597 entrevistados que precisaram de cuidados de saúde, 78,39% foram atendidos sempre ou na maioria das vezes, e mais da metade conseguiu os cuidados de saúde sempre que precisou (56,45%, variando 5,67% para mais e para menos). Apenas 0,5% não precisaram usar o plano para consultas, exames ou tratamentos até a data da entrevista.

Ao contabilizar os 543 que necessitaram de atenção imediata, 81,03% foram atendidos sempre ou na maioria das vezes, e 56,72% dos entrevistados foram atendidos sempre que precisaram (intervalo de 95% variando entre 50,78% e 62,67%).

Ao contabilizar os 597 que foram atendidos na rede de prestadores disponível pela Operadora (desconsiderar o 0,5% de “não se aplica”), 84,25% classificaram a atenção em saúde recebida como muito boa ou boa, e mais da metade (54,44%, com 6,28% variando para mais e para menos) considerou que recebeu uma boa atenção em hospitais, laboratórios, clínicas e outros profissionais.

Para os 589 que alegaram usar a lista de prestadores por meio físico ou digital, 79,29% consideraram a facilidade de acesso como boa (59,93%, variando 6,22% para mais e para menos) ou muito boa (19,35%, variando 5,01% para menos e para mais).

5.6. CANAIS DE ATENDIMENTO DA OPERADORA

Canais de atendimento da Operadora	Frequência de respostas	Porcentagem de respostas	Erro padrão amostral	Intervalo de 95% de confiança	
Q6 - Avaliação de atendimento e acesso às informações pelo Teleatendimento, SAC e presencial					
Muito bom	125	20,83%	5,52%	15,32%	26,35%
Bom	365	60,83%	6,63%	54,20%	67,46%
Regular	75	12,50%	4,49%	8,01%	16,99%
Ruim	9	1,50%	1,65%	0,00%	3,15%
Muito ruim	6	1,00%	1,35%	0,00%	2,35%
Não se aplica	20	3,33%	2,44%	0,90%	5,77%
Q7 - Demanda resolvida de reclamações					
Sim	213	35,50%	4,78%	30,72%	40,28%
Não	61	10,17%	3,02%	7,15%	13,19%
Não se aplica	326	54,33%	4,98%	49,36%	59,31%
Q8 - Facilidade no preenchimento e envio dos documentos exigidos					
Muito bom	77	12,83%	4,54%	8,29%	17,38%
Bom	356	59,33%	6,67%	52,66%	66,01%
Regular	71	11,83%	4,39%	7,45%	16,22%
Ruim	7	1,17%	1,46%	0,00%	2,63%
Muito ruim	3	0,50%	0,96%	0,00%	1,46%
Não se aplica	86	14,33%	4,76%	9,57%	19,09%
Total	600	100%			

Tabela 8 - Medidas descritivas e intervalos de confiança para questões relativas à Canais de Atendimento da Operadora. Fonte: Unimed SA

O atendimento e acesso a informações pelo Teleatendimento, SAC, presencial ou por meio eletrônico foi considerado muito bom ou bom por 81,67% dos respondentes, sendo que a maioria (60,83%, com intervalo de confiança de 95% entre 54,20% e 67,46%) consideram o atendimento como bom, e 20,83% como muito bom. Classificaram o atendimento como regular 12,5% dos entrevistados e como ruim ou muito ruim 2,5%.

De todos os respondentes, 35,50% afirmaram que as reclamações feitas à Operadora foram resolvidas (variando entre 30,72% e 40,28%), 10,17% não foram sanadas (oscilando com 3,02% para mais e para menos) e 54,33% dos entrevistados não procurou a Operadora para registrar manifestos de reclamação nos últimos 12 meses.

A facilidade no preenchimento e envio de documentos para a Operadora (pergunta 8) foi considerado como muito bom (12,83%, variando 4,54% para menos e para mais) ou bom por 72,17% dos respondentes, e prevaleceu a avaliação de que o preenchimento é bom para a maioria (59,33% do total, em um intervalo de confiança de 95% que varia 6,67% para menos e para mais).

Canais de atendimento da Operadora	Frequência de respostas	Porcentagem de respostas	Erro padrão amostral	Intervalo de 95% de confiança	
Q6 - Avaliação de atendimento e acesso às informações pelo Teleatendimento, SAC e presencial					
Muito bom	125	21,55%	5,26%	16,29%	26,81%
Bom	365	62,93%	6,18%	56,75%	69,11%
Regular	75	12,93%	4,29%	8,64%	17,22%
Ruim	9	1,55%	1,58%	0,00%	3,13%
Muito ruim	6	1,03%	1,29%	0,00%	2,33%
Q7 - Demanda resolvida de reclamações					
Sim	213	77,74%	4,93%	72,81%	82,66%
Não	61	22,26%	4,93%	17,34%	27,19%
Q8 - Facilidade no preenchimento e envio dos documentos exigidos pela Operadora					
Muito bom	77	14,98%	4,85%	10,13%	19,83%
Bom	356	69,26%	6,27%	62,99%	75,53%
Regular	71	13,81%	4,69%	9,13%	18,50%
Ruim	7	1,36%	1,57%	0,00%	2,94%
Muito ruim	3	0,58%	1,03%	0,00%	1,62%

Tabela 9 – Medidas descritivas e intervalos de confiança para questões relativas à Canais de Atendimento da Operadora apenas para beneficiários que não marcaram a opção “não se aplica”. Fonte: Unimed SA

O acesso ao atendimento da Operadora em suas várias entradas não se aplica somente para 3,33% dos respondentes em 2018, diferente do ano de 2017 que 35,5% não acessaram a Operadora. Dos 580 que foram atendidos, 84,48% avaliaram o atendimento como muito bom ou bom. A maioria considerou o acesso às informações e tratamento como bom, com intervalo de confiança 95% entre 56,75% e 69,11%.

Dos 274 respondentes que fizeram reclamações à Operadora, 77,74% consideraram que sua demanda foi resolvida, variando com 4,93% para mais ou para menos no intervalo de 95% de confiança. Do total de 600 pessoas, apenas 54,33% não registraram manifestos de reclamação na Operadora em 2018, índice menor do que os 88,50% que não registraram reclamações na Operadora em 2017 e responderam a pesquisa.

Dos 514 que preencheram documentos para a Operadora, o que configura mais beneficiários do que no ano de 2017, 84,24% classificaram a facilidade de preenchimento e envio como boa ou muito boa. Avaliaram a acessibilidade aos documentos como boa 69,26% dos respondentes, com 6,27% para menos e para mais no intervalo de confiança de 95%.

5.7. AVALIAÇÃO GERAL

Avaliação Geral	Frequência de respostas	Porcentagem de respostas	Erro padrão amostral	Intervalo de 95% de confiança	
Q9 - Avaliação do plano					
Muito bom	157	26,17%	5,53%	20,64%	31,69%
Bom	340	56,67%	6,23%	50,44%	62,90%
Regular	91	15,17%	4,51%	10,66%	19,68%
Ruim	9	1,50%	1,53%	0,00%	3,03%
Muito ruim	3	0,50%	0,89%	0,00%	1,39%
Q10 - Recomendação do plano					
Definitivamente recomendaria	20	3,33%	2,05%	1,28%	5,38%
Recomendaria	468	78,00%	4,73%	73,27%	82,73%
Recomendaria com ressalvas	85	14,17%	3,98%	10,19%	18,15%
Nunca recomendaria	27	4,50%	2,37%	2,13%	6,87%
Total	600	100%			

Tabela 10 - Medidas descritivas e intervalos de confiança para questões relativas à Avaliação Geral. Fonte: Unimed SA

As duas perguntas de Avaliação Geral não possuem opções de “não se aplica”, sendo obrigatório dar opinião sobre o plano de saúde.

Dos 600 beneficiários entrevistados, 82,83% avaliaram o plano de saúde como muito bom ou bom. A maioria avaliou como bom, opinião que representou 56,67% dos entrevistados, variando 6,23% para menos e para mais. Classificaram o plano como muito bom 26,17% dos respondentes, variando 5,53% no intervalo de confiança de 95% para menos e para mais. Respectivamente, temos as menores porcentagens nas avaliações regular (15,17%), ruim (1,5%) e muito ruim (0,5%).

A indicação do plano em 2018 continua alta, pois 81,33% recomendariam ou definitivamente recomendariam o plano de saúde para amigos ou familiares. Contudo, neste ano 3,33% definitivamente recomendariam o plano, com intervalo de confiança 95% entre 1,28% e 5,38%, e no ano de 2017 eram 38,33%, que seriam os promotores do serviço – recomendariam com toda a certeza. Os demais 78% recomendariam o plano a amigos ou familiares, com variação de 4,73%. Recomendariam com ressalvas o plano de saúde 14,17% dos respondentes, com intervalo de confiança de 95% entre 10,19% e 18,15%. Nunca recomendariam o plano de saúde somente 4,5% dos entrevistados, índice menor do que em 2017, que foi de 7,67%.

5.8. INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Para as perguntas adicionais dos beneficiários inseridas pela Unimed SA, temos as seguintes medidas descritivas:

Informações adicionais	Frequência de respostas	Porcentagem de respostas	Erro padrão amostral	Intervalo de 95% de confiança	
Q11 - Prazos para autorização de procedimentos					
Muito bom	134	22,33%	5,24%	17,10%	27,57%
Bom	308	51,33%	6,29%	45,05%	57,62%
Regular	128	21,33%	5,15%	16,18%	26,48%
Ruim	20	3,33%	2,26%	1,08%	5,59%
Muito ruim	10	1,67%	1,61%	0,06%	3,28%
Q12 - Grau de escolaridade					
Ensino fundamental (antigo 1º grau)	105	17,50%	4,34%	13,16%	21,84%
Ensino médio (antigo 2º grau)	261	43,50%	5,66%	37,84%	49,16%
Ensino superior	233	38,83%	5,56%	33,27%	44,40%
Não informado	1	0,17%	0,47%	0,00%	0,63%
Total	600	100%			

Tabela 11 - Medidas descritivas e intervalos de confiança para questões relativas ao cumprimento de prazos para autorização de procedimentos e escolaridade. Fonte: Unimed SA

Quando perguntados sobre como avaliam os prazos para autorização e realização de exames, consultas e outros procedimentos cobertos pelo plano de saúde, 73,67% dos 600 respondentes afirmaram que os prazos são muito bons ou bons. A maioria avaliou o prazo como bom, com 51,33% variando entre 45,05% e 57,62% no intervalo de 95% de confiança. Em ordem decrescente, temos a avaliação de que o prazo de autorização e realização foi muito bom (22,33%, variando 5,24% para menos e para mais), regular (21,33% no intervalo de 17,10% e 27,57%), ruim (3,33%, com variação de 2,26% para menos e para mais) e muito ruim (1,67% variando entre 0,06% e 3,28%).

Os respondentes com ensino médio somam 43,5% da amostra, variando 5,66% para menos e para mais no intervalo de confiança. Os 38,83% com ensino superior variam entre 33,27% e 44,4% no intervalo de 95% de confiança. Os beneficiários com ensino fundamental somam 17,5% e variaram 4,34% para menos e para mais.

5.9. ASSOCIAÇÕES ENTRE AVALIAÇÃO GERAL E DEMAIS RESPOSTAS OU CARACTERÍSTICAS

Para compreendermos se existe associação entre a avaliação ou recomendação do plano e alguma característica do respondente ou resposta de outras perguntas, é possível aplicar o teste Qui-Quadrado de Pearson.

Se a correlação existir entre as duas variáveis, o coeficiente da correlação de Spearman é positiva quando a avaliação é boa e a outra pergunta tem bom desempenho, ou negativa se quanto maior a avaliação, menor a nota da pergunta.

Relação entre variáveis	P-valor do teste Qui-Quadrado		Correlação de Spearman	
	Avaliação do plano	Recomendação do plano	Avaliação do plano	Recomendação do plano
Cuidados de saúde	< 0,001	< 0,001	0,217	0,197
Atenção imediata	< 0,001	< 0,001	0,279	0,331
Medicina Preventiva	0,147	0,060	0,101	0,082
Rede	< 0,001	< 0,001	0,560	0,471
Facilidade da lista	< 0,001	< 0,001	0,413	0,287
Atendimento	< 0,001	< 0,001	0,519	0,373
Demanda resolvida	< 0,001	< 0,001	0,311	0,287
Facilidade para preencher formulários	< 0,001	< 0,001	0,454	0,351
Avaliação do plano	-	< 0,001	-	0,544
Recomendação do plano	< 0,001	-	0,544	-
Prazos para autorização	< 0,001	< 0,001	0,458	0,325
Escolaridade	0,155	< 0,001	-0,118	-0,186
Sexo	0,258	0,464	-	-
Faixa etária	0,058	0,004	0,078	0,116
Estrato	0,053	0,121	0,079	0,063

Tabela 12 – Avaliação e recomendação do plano (perguntas 9 e 10) em relação às demais variáveis para verificar correlação. Fonte: Unimed SA

O teste Qui-Quadrado foi aplicado com nível 5% de significância. Podemos dizer que os p-valor em negrito indicam associação entre as variáveis citadas, pois são menores do que 0,05. Às variáveis qualitativas ordinais foram atribuídos números para realizar os testes, então apenas o sexo do respondente não foi codificado. Os testes são feitos segundo Conover (1980) para as variáveis qualitativas ordinais. A categórica nominal sexo foi testada apenas quanto à associação.

Quanto melhor o beneficiário avaliou o plano de saúde, melhor a nota que deu em cuidados de saúde, atenção imediata, rede de prestadores, facilidade de acesso à lista de prestadores, atendimento, demandas resolvidas do SAC, facilidade para preencher formulários para a Operadora, recomendação do plano para amigos e familiares e prazos para autorização. Quanto maior a idade do beneficiário, melhor a nota que associou ao plano. Receber comunicação sobre exames preventivos, escolaridade, sexo, faixa etária e estrato não foram significantes a nível 5%, ou seja, esses fatores não influenciaram na avaliação do plano de saúde.

Quanto maior é a intenção do beneficiário em recomendar o plano de saúde, melhor a nota que atribuiu a cuidados de saúde, atenção imediata, rede de prestadores, facilidade de acesso à lista de prestadores, atendimento, demandas resolvidas do SAC, facilidade para preencher formulários para a Operadora, recomendação do plano para amigos e familiares e prazos para autorização. Quanto maior a idade do beneficiário ou menor sua escolaridade, maior é a intenção de recomendar o plano. Receber comunicação sobre exames preventivos, estrato e sexo não foram significantes a nível 5%, não influenciaram na recomendação do plano de saúde.

6. CONCLUSÕES

De acordo com as respostas à pesquisa de satisfação, podemos apreender que os beneficiários da Unimed SA são em sua maioria mulheres, pessoas com contrato coletivo empresarial ou adesão e de escolaridade até o ensino médio completo.

Na dimensão de Atenção à Saúde, pouco mais de 50% dos respondentes afirmaram que sempre conseguiram ter cuidados de saúde e atenção imediata quando necessitaram, assim como metade do total abordado consideraram bom o atendimento dos hospitais, laboratórios, clínicas e profissionais de saúde e a facilidade de acesso à lista disponível de prestadores da Operadora.

A comunicação de exames preventivos é uma pergunta com índices baixos provavelmente porque o processo de comunicação por carta das consultas ou exames preventivos é direcionado apenas para beneficiários que não fizeram os exames e estão em faixa etária e sexo em que o exame é recomendável. Para informar os beneficiários, a Unimed SA disponibiliza em seu site folhetos informativos, e a implantação da Atenção Primária à Saúde provavelmente contribuirá na comunicação sobre a importância dos exames preventivos a todas as pessoas, pois é um modelo que também visa prevenir o agravamento de doenças.

Nos Canais de Atendimento da Operadora, a maioria considerou o atendimento em qualquer método de entrada e facilidade no preenchimento e envio de documentos exigidos pela Operadora como bom.

A Avaliação Geral mostra que a maioria avalia bem o plano ou o recomendaria a amigos e familiares. Respondentes que manifestaram que recomendariam o plano ou o avaliam como bom foram a maioria.

A maioria dos beneficiários avaliou como bom o prazo para autorização ou realização de procedimentos.

Em uma análise de associação, quanto maior a nota atribuída ao plano ou maior a intenção de recomendá-lo a pessoas próximas, melhores foram as avaliações dos serviços da Operadora nas perguntas. Quanto menos anos de escolaridade, maior a chance de recomendar o plano, e quanto maior a idade, crescem as chances de recomendação ou boa avaliação do plano de saúde. O sexo não é um fator influenciador na avaliação do plano de saúde.

7. REFERÊNCIAS

Documento técnico para a realização da pesquisa de satisfação de beneficiários de planos de saúde [recurso eletrônico]. Agência Nacional da Saúde Suplementar (Brasil), 2018.

Bolfarine, H. e Bussab, W. O. (2005). **Elementos de Amostragem.** Editora Blücher, São Paulo.

Cochran, W. (1977) **Sampling Techniques.** 3ª Edição. New York: John Wiley and Sons.

Conover, W. J. (1980) **Practical Nonparametrics Statistics.** John Wiley & Sons, 493 páginas.

Luiz, R. R. e Magnanini, M. M. F. (2000) **A lógica da determinação do tamanho da amostra em investigações epidemiológicas.** Cadernos de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, volume 8, páginas 9-28.

Goodman, L.A. (1965). **On simultaneous confidence intervals for multinomial proportions.** Technometrics, volume 7, páginas 247-254.

8. ANEXOS

ANEXO I

www.unimedsa.com.br

Santa Bárbara d'Oeste/SP

Av. Tiradentes, 340 - Vila Mac Knight - 13450-236

T. (19) 3464.9530 F. (19) 3455.0350

Americana/SP

Avenida Brasil, 555 - Vila Medon - 13465-240

T. (19) 3471.3000 F. (19) 3471.3084

RESPONSÁVEL TÉCNICO DA PESQUISA

Eu, *Nivia Cristina Fernandes Santos*, (19)3471-4267, nivia.santos@unimedsa.com.br, inscrita no CPF sob o nº 368.832.448-08, estatístico legalmente habilitado, com número de registro profissional 10469, CONRE-3 (SP) sou a responsável técnica pela elaboração da pesquisa de satisfação de beneficiários da Operadora UNIMED DE SANTA BÁRBARA D'OESTE E AMERICANA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, registrada sob o nº 36.929-2 na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, e DECLARO, para os devidos fins de direito:

- Que os trabalhos foram conduzidos de acordo com os princípios estatísticos, boas práticas e as diretrizes estabelecidas pela regulamentação vigente;

- Que a Nota Técnica da Pesquisa foi elaborada de acordo com as diretrizes mínimas estabelecidas em documento técnico específico emitido pela a ANS;

- Que as perguntas efetuadas na pesquisa correspondem as perguntas estabelecidas em documento técnico específico emitido pela a ANS;

- Que a elaboração da pesquisa obedeceu ao estabelecido na Nota Técnica e Plano Amostral por mim elaborado e assinado;

- Que ao proceder à pesquisa de satisfação de beneficiários, foram observados fatos relevantes que ensejaram a adoção das seguintes medidas de adequação:

Os beneficiários da Operadora referida elegíveis para entrevistas por telefone por empresa terceira contratada são os que possuem telefone residencial ou celular registrados no Cadastro da Operadora.

- Que no relatório os resultados da pesquisa demonstram a compilação das respostas efetivamente fornecidas pelos beneficiários entrevistados;

- Assumo integral responsabilidade pela fidedignidade das declarações ora prestadas ou imperícia, ficando à ANS, desde já, autorizada a delas fazer, nos limites legais e em juízo ou fora dele, o uso que lhe aprouver.

Americana, 8 de março de 2019

Nivia Cristina Fernandes Santos**Registro Profissional nº 10469**Membro da Aliança
Cooperativa Internacional"Cooperativismo: caminho para a democracia e a paz."
Roberto Rodrigues**ANS - nº 36929-2**

ANEXO II**RESPONSÁVEL DA OPERADORA - REPRESENTANTE LEGAL PERANTE A ANS**

Eu, Cesar Augusto Cielo, (19)3471-3004 cesar.cielo@unimedsa.com.br, inscrito no CPF sob o nº 026.106.618-50 representante da Operadora UNIMED DE SANTA BÁRBARA D'OESTE E AMERICANA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, registrada sob o nº 36.929-2 na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, declaro que:

- Que sou responsável por todas as informações prestadas para a realização da pesquisa e da auditoria independente;
- Estou ciente que poderei ser responsabilizado pelas informações prestadas e pela ocorrência de situações que indiquem fraude, negligência ou imprudência na realização da pesquisa, elaboração do resultado e fornecimento dos dados necessários para a elaboração da auditoria independente, averiguação de possíveis situações que envolvam o conflito de interesses, sem prejuízo da aplicação das penalidades previstas na legislação em vigor;
- O Relatório Final com os Resultados da Pesquisa efetivamente publicado no site institucional na internet foi o Relatório auditado pela auditoria independente da pesquisa;
- Todo o material referente a pesquisa se encontra arquivado na sede da operadora, disponível para solicitação a qualquer tempo da ANS pelo prazo mínimo de 5 anos a contar da data de assinatura deste termo;
- Assumo integral responsabilidade pela fidedignidade das declarações ora prestadas, ficando à ANS, desde já, autorizada a ceder, nos limites legais e em juízo ou fora dele, o uso que lhe aprovar.

Americana, 8 de março de 2019



Assinatura do Representante Legal da operadora perante a ANS

ANS - nº 36929-2

ANEXO III

Questionário de Satisfação – Pesquisa ANS 2018

*com as determinações da ANS de novembro/2018 e perguntas extras da Unimed

De acordo com a norma da ANS, se a pessoa entrevistada não tiver utilizado o serviço referido na pergunta, o entrevistador deve orientá-lo por telefone a usar a opção "Não se aplica" quando ela estiver disponível como opção de resposta:

- Na questão “1” o entrevistado não buscou cuidados em saúde nos últimos 12 meses.
- Na questão “2” o entrevistado não necessitou de atenção imediata (urgência ou emergência) nos últimos 12 meses.
- Na questão “4” o entrevistado não buscou atendimento nos últimos 12 meses.
- Na questão “5” o entrevistado nunca acessou a lista de prestadores de serviços.
- Na questão “6” o entrevistado não precisou acessar a operadora pelos canais de atendimento.
- Na questão “7” o entrevistado não fez reclamação nos últimos 12 meses.
- Na questão “8” o entrevistado nunca preencheu ou enviou documentos ou formulários para seu plano de saúde.

A. Atenção à Saúde

1. Nos 12 últimos meses, com que frequência você conseguiu ter cuidados de saúde (por exemplo: consultas, exames ou tratamentos) por meio de seu plano de saúde quando necessitou?

Sempre
A maioria das vezes
Às vezes
Nunca
Não se aplica

2. Nos últimos 12 meses, quando você necessitou de atenção imediata, com que frequência você foi atendido pelo seu plano de saúde assim que precisou?

Sempre
A maioria das vezes
Às vezes
Nunca
Não se aplica

3. Nos últimos 12 meses, você recebeu algum tipo de comunicação de seu plano de saúde (por exemplo: carta, e-mail, telefonema, etc.) convidando e/ou esclarecendo sobre a necessidade de realização de consultas ou exames preventivos, tais como: mamografia, preventivo de câncer, consulta preventiva com urologista, consulta preventiva com dentista, etc.?

Sim

Não

4. Nos últimos 12 meses, como você avalia toda a atenção em saúde recebida (por exemplo: atendimento em Hospitais, laboratórios, clínicas, médicos, dentistas, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e outros)?

Muito bom

Bom

Regular

Ruim

Muito ruim

Não se aplica

5. Como você avalia a facilidade de acesso à lista de prestadores de serviços credenciados pelo seu plano de saúde (por exemplo: médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, hospitais, laboratórios e outros) por meio físico ou digital (por exemplo: livro, aplicativo de celular, site na internet)?

Muito bom

Bom

Regular

Ruim

Muito ruim

Não se aplica

B. Canais de atendimento da Operadora

6. Nos últimos 12 meses, quando você acessou seu plano de saúde (exemplos de acesso: SAC, presencial, teleatendimento ou por meio eletrônico), como você avalia seu atendimento, considerando o acesso as informações de que precisava?

Muito bom

Bom

Regular

Ruim

Muito ruim

Não se aplica

7. Nos últimos 12 meses, quando você fez uma reclamação para seu plano de saúde você teve sua demanda resolvida?

Sim
Não
Não se aplica

8. Como você avalia os documentos ou formulários exigidos pelo seu plano de saúde quanto ao quesito facilidade no preenchimento e envio?

Muito bom
Bom
Regular
Ruim
Muito ruim
Não se aplica

C. Avaliação geral

9. Como você avalia seu plano de saúde?

Muito bom
Bom
Regular
Ruim
Muito ruim

10. Você recomendaria o seu plano de saúde para amigos ou familiares?

Definitivamente recomendaria
Recomendaria
Recomendaria com ressalvas
Não recomendaria

D. Informações adicionais

11. Como você avalia os prazos para autorização e realização de exames, consultas e outros procedimentos cobertos pelo seu plano de saúde?

Muito bom
Bom
Regular
Ruim
Muito ruim

12. Qual é o seu grau de escolaridade?

Ensino fundamental (antigo 1º grau)
Ensino médio (antigo 2º grau)
Ensino superior
Não informado

