

Sirley Aparecida Araújo Dias

**“DA ARTE DE DIZER NÃO”: A ATIVIDADE DO ATENDENTE EM UMA
OPERADORA DE SAÚDE.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Engenharia de Produção.

Área de Concentração:
Dinâmica dos Sistemas de Produção

Linha de Pesquisa:
Ergonomia e Organização do Trabalho

Orientador:
Prof. Dr. Francisco de Paula Antunes Lima

DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO - UFMG

Belo Horizonte

2007

**“Pasma sempre quando acabo qualquer coisa.
Pasma e desolo-me. O meu instinto de perfeição
deveria inibir-me de acabar; deveria inibir-me até de
dar começo. Mas distraio-me e faço. O que consigo
é um produto, em mim, não de uma aplicação de
vontade, mas de uma cedência dela.”**

Fernando Pessoa

Dedicatória,

Dedico este trabalho à memória do meu pai que sempre disse que em tudo há ciência... Sua ausência é viva e presente na minha vida!

À minha filha que, embora ainda que não saiba avaliar precisamente o que aconteceu, sabe que a batalha foi árdua,

À minha mãe que, mesmo sem entender o que estava se passando, simplesmente me apoiava, rezava e torcia.

À minha família, irmãos, sobrinhos e cunhados pela compreensão das ausências, pelo companheirismo e pela torcida,

À turma da primeira fila que, em discussões instigantes e paisagens maravilhosas, me inspirou a empreender esse desafio,

A todos que torceram, se envolveram e desejaram que tudo de melhor acontecesse!

Agradecimentos

À Deus, pela força e coragem para perseverar;

Ao Professor Francisco que, ainda quando cursava disciplinas isoladas, se dispôs a ser meu orientador. Por sua paciência com minhas "imprudências de aprendiz" e, por me ensinar, que em se tratando de ergonomia *entender rápido demais, nem sempre é uma vantagem...*

À Professora Ana Valéria, pela escuta, sugestões, disponibilidade e, em especial, pelo acolhimento, em toda a extensão da palavra.

Aos Professores Doutores Ana Valéria Carneiro Dias e José Marçal Jackson Filho por aceitarem o convite de participar da banca e pelas contribuições vindouras.

Aos colegas do mestrado, especialmente, André, Carlos, Eduardo e Joana, que sabem, tanto quanto eu, o que é a 'síndrome da folha em branco'.

À Diretoria da empresa pesquisada, na pessoa do Dr. Garibaldi, por me abrir o campo de pesquisa e, em especial, aos atendentes, por me receberem tão prontamente e compartilharem comigo sua atividade.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS.....	7
LISTA DE FIGURAS.....	8
LISTA DE QUADROS.....	9
RESUMO.....	10
ABSTRACT.....	12
1. INTRODUÇÃO.....	14
1.1.COMO FAZ O ATENDENTE PARA DIZER ‘NÃO’	16
2 . ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR NO BRASIL	29
2.1.SURGIMENTO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR – BREVE HISTÓRICO	30
2.2.CONTEXTO ATUAL - REGULAMENTAÇÃO DO MERCADO.....	34
2.3.OS INTERESSES PRESENTES NO MERCADO DE SAÚDE.....	43
2.4.O CONTEXTO DA MICRORREGULAÇÃO	47
2.5. O CAMPO DE PESQUISA, PROBLEMA, HIPÓTESE, METODOLOGIA	49
2.5.1.O PROBLEMA	50
2.5.2.A HIPÓTESE	51
2.5.3.A METODOLOGIA.....	51
3. INDÚSTRIA, SERVIÇOS E SERVIÇOS DE SAÚDE	55
3.1. A PRODUÇÃO INDUSTRIAL DE SERVIÇO	58
4. DESVENDANDO O ATENDIMENTO FACE A FACE NA OPS BH.....	61
4.1.VISÃO GLOBAL DO ATENDIMENTO.....	61
4.2.TELEATENDIMENTO.....	71
4.3. ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE ATENDIMENTO FACE A FACE.....	75
4.3.1. PRÉ-ATENDIMENTO	77
4.3.2. CADASTRO E FINANCEIRO	81
4.3.3.BALCÃO DE AUTORIZAÇÃO.....	82
4.3.4.APOIO AO CLIENTE.....	82
4.4.DELIMITAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA	86
5. REVELANDO O ATENDIMENTO FACE A FACE NA OPS BH.....	91

5.1.A CONSTRUÇÃO DAS ESTRATÉGIAS PARA DIZER ‘NÃO’	99
5.2.CATEGORIAS DE ‘NÃO’: SIMPLES E COMPLICADO	102
5.2.1.O “NÃO SIMPLES”	103
5.2.2.O “NÃO COMPLICADO”	112
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	127
7. BIBLIOGRAFIA	134
ANEXO 1	140
1 - Medicina de grupo.....	140
2 - Odontologia de grupo.....	140
3 - Cooperativas médicas.....	140
4 - Cooperativas odontológicas	141
5 - Autogestão	141
6 - Seguradoras	141
7 - Administradoras	142
8 – Filantropia	142
ANEXO 02	143
ANEXO 03	145
ANEXO 04	148

LISTA DE ABREVIATURAS

ACF - AUTOCONFRONTAÇÃO

AET – ANÁLISE ERGONÔMICA DO TRABALHO

ANS – AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE

ABRASPE - (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SERVIÇOS ASSISTENCIAIS PRÓPRIOS DE EMPRESAS)

CACR – COMISSÃO DE AVALIAÇÃO, CONCESSÃO E REEMBOLSO

GDHO – GERÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO HUMANO E ORGANIZACIONAL

GRCI – GERÊNCIA DE RELACIONAMENTO COM O CLIENTE INDIVIDUAL

GRSS – GERÊNCIA DE RELACIONAMENTO COM SERVIÇOS DE SAÚDE

IAP's – INSTITUTOS DE APOSENTADORIAS E PENSÕES

IAPI – INSTITUTO DE APOSENTADORIAS E PENSÕES DOS INDUSTRIÁRIOS

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA

OPS – OPERADORA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

UNIDAS – UNIÃO NACIONAL DAS INSTITUIÇÕES DE AUTOGESTÃO EM SAÚDE

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – A cartografia da regulação.....	18
Figura 2 – Esquema global que articula as diferentes áreas estudadas.	22
Figura 3 – Detalhamento do Esquema global que articula as diferentes áreas estudadas.	25
Figura 4 - Formas de prestação de assistência médica.....	31
Figura 5 – Esquema que situa a Relação Contratual entre os Agentes que atuam no mercado de assistência médica supletiva. Fonte: ANS/MS – 2000	44
Figura 6 - Organograma Funcional – Fonte: Intranet da OPS BH Acesso em 14/12/2006.....	63
Fluxograma 1 – Apresentação global do processo de atendimento da GRCI	70
Fluxograma 2 -Esquema do processo de atendimento face a face na OPS Belo Horizonte.....	76

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Tipologia do relacionamento Usuário x Operadora. Fonte: ANS (2000).....	37
Quadro 2 – Tipos de contrato segundo a ANS. Fonte: <i>Site</i> da ANS	39
Quadro 3 – Informações sobre processo de migração. Fonte: OPS BH	39
Quadro 4 – Comparativo entre planos regulamentos e não regulamentados. Fonte:OPS BH	41
Quadro 5 – Quadro comparativo entre planos antigos e planos regulamentados. Fonte: Ministério da Saúde - Biblioteca Virtual de Saúde – Acesso em 12/01/2007.....	43
Quadro 6 – Práticas de microrregulação adotadas pelas Operadoras (ANS, 2005)	48
Quadro 7 – Área de Abrangência da OPS BH.....	49
Quadro 8 – Posição atual da carteira de clientes da OPS BH – Dados de Nov/2006	50
Quadro 9 – Folder da OPS BH “Dicas para usar melhor”	72
Quadro 10 – Folder da OPS BH com orientações sobre o teleatendimento.....	73
Quadro 11 – O que não se resolve pelo Teleatendimento Fonte: OPS BH	74
Quadro 12 – Tela inicial do sistema para emissão de senha. Fonte: OPS BH.....	77
Quadro 13 – Apresentação das especialidades de atendimento dos guichês.	80
Quadro 14 – Relação de demandas mais relevantes no setor Apoio ao Cliente. Fonte: Documentos internos da OPS BH.....	86
Quadro 15 – Relação de problemas de atendimento por tipos de regulação	87
Quadro 16 – Descrição dos Tipos de Problemas de atendimento.....	89
Quadro 17 – Categorização das Situações de Atendimento e Estratégias dos Atendentes.....	126

RESUMO

Existe no Brasil um número significativo de usuários de planos de saúde, distribuídos nas diferentes modalidades de prestação de assistência médica. A relação dos usuários com os planos de saúde nem sempre é tranqüila; ao contrário, em determinados momentos é tensa em função das barreiras e normas interpostas pelos planos para não disponibilizar cuidados à saúde que não estejam previstos em contrato.

A revisão bibliográfica da área de serviços indica que toda prestação de serviço é baseada numa relação em que o atendente busca compreender a necessidade do cliente com a intenção de lhe dizer “sim”. No presente caso, evidenciou-se o contrário: as etapas do atendimento são conduzidas para informar ao cliente que sua solicitação foi negada. Assim poder-se-ia supor que a atividade do atendente é informar monótona e constantemente uma resposta negativa, como se fosse uma correia de transmissão para repetir uma resposta que foi dada em outros níveis da organização. Esse estudo trata das estratégias do atendente para dizer “não” às solicitações dos usuários dos planos de saúde. A tese defendida é de que existem espaços de autonomia e estratégias de regulação da carga afetiva para dizer “não”, inclusive jeitos que eventualmente podem viabilizar a solicitação, apesar do aparente monolitismo, burocratização e impessoalidade da gestão do contrato entre cliente e operadora de saúde.

No estudo empírico realizado em uma cooperativa médica na cidade de Belo Horizonte-MG foi possível identificar que os atendentes classificam em diferentes tipos o “não” que será dado. Essa classificação, proposta pelos atendentes, foi obtida através da observação da atividade, gravações e entrevistas semi estruturadas. Os resultados apontam que os atendentes adotam estratégias para regular sua carga afetiva e estabelecer uma inter-relação com os clientes e os demais atores da organização presentes na relação.

Palavras-chave: atendente, atendimento face a face, saúde suplementar, estratégias de negação, atividade impedida

ABSTRACT

There are a significant number of users of private health care plans in Brazil, distributed among the many different types of medical care. The relation between the users and the private health care plans is not always peaceful; in fact, in some cases it is very tense due to the many obstacles and norms created by the plans to prevent the users from getting health assistance not stipulated in their contracts.

The bibliography about the service sector indicates that every service provision is based on a relation in which the operator aims at understanding the client's needs with the intention of saying 'yes'. In the present study, evidence to the contrary was found: the many steps of the service are conducted in order to say that the client's request has been denied.

Therefore, one could imagine that the operator's activity is to inform repeatedly and monotonously an negative statement, as if he were a transmission gear to pass along an answer that has already been given in another level of the organization. This study addresses the strategies created by the operators to say "no" to the users' requests. The proposed thesis is that there are certain autonomy margins and affective regulation strategies in the process of saying "no", including alternatives that could eventually lead to accepting a request, despite the apparent strictness, and bureaucratic and impersonal nature of the contractual arrangement between the client and the health care plan.

The empiric study that took place in a health care cooperative from the city of Belo Horizonte, state of Minas Gerais, Brazil, made it possible to identify the different types of "no" used by the operators. This classification, proposed by the operators, was obtained through observation of the activity, recordings of conversations, and semi-structured interviews. The results show that the operators use strategies to regulate its affective load and to establish a interrelation with the clients and the other actors of the organization present in the process.

Keywords: operator, face to face service provision, private health care, denial strategies, obstructed activity.

1. INTRODUÇÃO

Cotidianamente a imprensa veicula matérias sobre as difíceis relações entre usuários e planos de saúde. Basta perguntar que tem sempre alguém que passou pela situação ou conhece um parente ou vizinho que teve a solicitação de um exame, tratamento ou cirurgia negada ou reformulada para que pudesse ser autorizada. Os motivos da negativa podem ser pautados, e freqüentemente o são, nas cláusulas contratuais, onde estão estabelecidas as coberturas e limitações dos planos. No entanto, considerando a natureza do serviço, há campo para questionamentos e, conseqüentemente, acirramento dos ânimos das partes envolvidas. Algumas vezes, os médicos não concordam com as regras colocadas pelas operadoras e, em outros momentos, são os hospitais que se insurgem. O fato é que, diariamente, vários usuários têm suas solicitações negadas. Assim, pode-se afirmar que as relações são tensas e os conflitos entre usuários de planos de saúde tornam-se freqüentes e, não raro, precisam ser resolvidos em outras instâncias, como órgãos de defesa do consumidor e Ministério Público.

Em reportagem veiculada em 26/03/2007, um jornal de circulação local dava destaque a esse tipo de situação, divulgando que usuários de planos de saúde antigos, assinados antes da Lei 9656/98, estão conseguindo na Justiça o direito de *“realização da cirurgia da angioplastia coronariana, para colocação de ‘stent’ no coração, procedimento já consagrado na medicina para desobstrução de veias e artérias do principal órgão do corpo humano”*. Na seqüência, a reportagem dá voz aos pacientes, médicos, planos de saúde, advogados e promotores de justiça para opinarem sobre o assunto. Os casos relatados na reportagem tratam das barreiras interpostas pelos planos de saúde para liberação dessa cirurgia aos seus associados, sob alegação de que o *“stent”* é uma prótese e que não tem cobertura nos planos não regulamentados, anteriores à referida Lei. Sem entrar no mérito do julgamento em si, pretende-se apenas evidenciar que as situações de negativas às demandas de saúde estão presentes no cotidiano do usuário do plano de saúde.

A Agência Nacional de Saúde (ANS) foi criada com o objetivo de agir como agente regulador desse mercado. A questão da regulação desse mercado surge principalmente em decorrência do crescimento do número de clientes das operadoras de saúde e da necessidade de estabelecimento de critérios para a operação dos planos de saúde. Um dos objetivos da ANS é acompanhar e fiscalizar a ação das operadoras de saúde de forma a coibir abusos relacionados à falta de cobertura e não permitir que os usuários fiquem ao “sabor do mercado” .

Por se tratar de uma relação marcada por conflitos e por expectativas originariamente diferentes, ou seja, o usuário tem interesse em usar serviços de saúde e a operadora regula o acesso aos serviços, existe uma possibilidade evidente de conflitos e divergência de interesses. A pesquisa foi realizada em uma operadora de saúde, mais precisamente uma cooperativa médica, fundamentada em um estudo de caso, no qual se aplicou a metodologia da Análise Ergonômica do Trabalho (AET) e se propõe a compreender em que consiste a atividade do atendente em situações de atendimento face a face em que é necessário informar o cliente da resposta negativa de alguma solicitação. O foco de análise é um tipo específico de atendimento que demanda avaliação da auditoria médica sobre a liberação de determinados procedimentos. Trata-se de um momento em que o cliente aguarda, presencialmente, uma definição que será dada pela auditoria e lhe será repassada pelo atendente. Entretanto, a observação da atividade mostrou que existem outras situações em que a demanda é negada.

Para compreender, analisar e descrever essas situações, definiu-se que a área a ser estudada é onde ocorre a maior incidência de respostas negativas, conforme será abordado adiante. De modo geral, compete aos diferentes setores de atendimento recepcionar, encaminhar e informar o cliente sobre a autorização ou negativa da solicitação, bem como responder aos eventuais questionamentos decorrentes dessa situação.

1.1.COMO FAZ O ATENDENTE PARA DIZER ‘NÃO’

Na ocorrência da liberação da autorização, aparentemente não existirão maiores dificuldades para a “*situação de atendimento*”¹. No entanto, existem situações em que é necessário informar ao cliente que a solicitação foi negada. Nesse caso, os atendentes se valem de “estratégias para dizer não”. A observação da atividade mostrou que a forma como isso acontece decorre, entre outros fatores, das inter-relações que se estabelecem entre o atendente, o auditor e o cliente; do conhecimento anterior do atendente; das experiências vivenciadas; e do conhecimento da organização. Dizer “não” é uma construção, uma ação que se desenrola em uma interação social – que não ocorre de uma única forma, pois existem várias maneiras de dizer “não”. Pretende-se acompanhar, descrever e analisar o atendimento de tal forma que seja possível explicitar as estratégias usadas pelos atendentes para informar a negativa da solicitação, caracterizando as diversas formas de dizer “não”.

Para a compreensão dessa atividade será necessário contextualizá-la no segmento estudado. Trata-se de uma atividade de atendimento que está inserida no mercado de assistência médica suplementar², ou seja, de um serviço de saúde privado. É cada vez maior o contingente de brasileiros usuários do sistema privado de saúde. Esse mercado envolve mais de 38 milhões de usuários, o que corresponde a 24,5% da população brasileira (IBGE, 2000; BRASIL, 2004; ANS, 2006). A contratação da assistência médica suplementar pode ser feita diretamente pelos usuários, por meio da cobertura oferecida por empresas públicas ou privadas, ou por meio de formas de agremiação (clubes, instituições

¹ Termo utilizado por FERREIRA (2000) “*é a ocasião em que se manifestam os problemas e as dificuldades dos diferentes sujeitos, cujas raízes estão em outras instâncias ou momentos, por exemplo, na falta de treinamento do funcionário; na desinformação do usuário; e/ou no planejamento ineficaz da empresa / instituição*”.

² Não existe consenso na literatura sobre esta expressão. Bahia (1897, p. 1 *apud in* Almeida, 1998) sugere a denominação de *assistência médica suplementar*, que integra a classificação utilizada pelas seguradoras e significa a opção de pagar um seguro privado para ter acesso à assistência médica, a despeito da manutenção da contribuição compulsória para a seguridade social, que inclui o direito de acesso ao serviço público por meio de um sistema nacional de saúde.

de classe, organizações filantrópicas e outras). Respectivamente, os contratos seriam denominados: individual ou familiar, empresarial e contrato empresarial por adesão. Há que se registrar, preliminarmente, que existe interesse das operadoras em não extrapolar o contrato e reduzir os custos da assistência médica, como será posteriormente discutido.

De acordo com a Revista *Veja*³ (Edição de 20/02/2002), “Os três maiores desejos da classe média” são: plano de saúde, educação e previdência privada – itens que passaram à frente de casa própria e carro. Esse é um indicativo da preocupação do brasileiro em (i) não depender dos recursos públicos (ii) buscar assegurar sua assistência em momentos de necessidade, considerando também o alto custo dos serviços médicos. Dito isso, começa a tomar contornos mais claros o que “ter um plano de saúde” contém de expectativas em cada usuário, em contradição com os interesses da operadora.

O mercado de assistência médica suplementar é formado por diversas operadoras de saúde que tecem um emaranhado de ações voltadas para a prestação de serviços médicos e hospitalares. Esse segmento é composto, entre outros⁴, pelas operadoras de saúde, profissionais de saúde, estabelecimentos de saúde e usuários vinculados às empresas que operam os planos. As empresas de saúde se organizam sob variadas formas de atuação e são classificadas pela ANS (Agência Nacional de Saúde) em oito modalidades de operadoras⁵, a saber: medicina de grupo, odontologia de grupo, cooperativas médicas, cooperativas odontológicas, autogestão, seguradoras, administradoras e filantropia. Esse segmento foi regulamentado através da criação da ANS, que é o agente regulador das relações que se estabelecem entre operadoras, prestadores de serviços e beneficiários.

³ Conforme resultado de pesquisa realizada pela empresa Interscience de São Paulo.

⁴ Apesar de ser uma “*evidente simplificação*” (ANS, 2005:64), nesse estudo os agentes relacionados são os prestadores de serviços, os usuários e as operadoras. Os demais agentes como fornecedores de medicamentos, insumos e materiais médico-hospitalares, entre outros, não serão considerados, uma vez que não participam diretamente do contexto das situações de atendimento face a face.

Em pesquisa realizada em 2005, a ANS investiga, descreve e caracteriza os modelos assistenciais e mecanismos de regulação praticados pelas operadoras de saúde nas suas relações com os prestadores de serviços e clientes. Para “fins de focalização do estudo” a ANS adotou uma “Cartografia da Regulação” - Figura 1, onde são diferenciados dois níveis de regulação: Campo A – regulação da regulação – e o Campo B – a microrregulação.

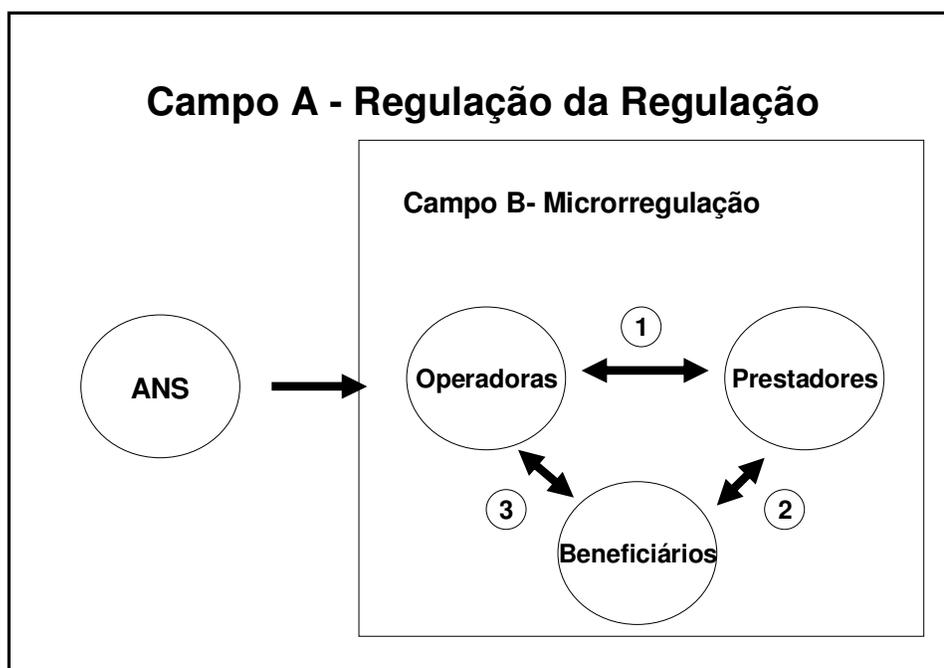


Figura 1 - A cartografia da regulação (ANS, 2005:64)

“O que está sendo designado como Campo A (regulação da regulação) é constituído, basicamente, pela legislação e regulamentação já produzidas pelos poderes Legislativo e Executivos Federais, pela ANS (...) O Campo B foi designado, na investigação, como o campo da microrregulação (ou auto-regulação), isto é, as formas de regulação que se estabelecem entre operadoras, prestadores e compradores / beneficiários, em particular entre os primeiros sem uma clara intermediação do Estado” (ANS,2005:63-4).

⁵ Para maiores informações sobre classificação das operadoras, ver Anexo 1 (RDC nº 39/2000).

A relação que se estabelece entre a pesquisa ANS e o objeto do estudo situa-se na perspectiva da adoção, por parte das operadoras de saúde, de formas de regulação denominadas “microrregulação”, nas quais são definidos critérios de acesso dos beneficiários aos serviços de saúde e que, eventualmente, poderão repercutir na negativa da solicitação. Conseqüentemente, isso irá exigir do atendente desenvolvimento de estratégias para informar o usuário da negativa. Nesse sentido, a Cartografia da Regulação, bem como os “Campos Relacionais”, conforme tratado adiante, constituem o pano de fundo das situações de atendimento.

Dentro do Campo B são destacados os “Campos Relacionais” da seguinte forma: o espaço relacional 1, onde ocorrem as relações entre operadoras e prestadores; o espaço relacional 2, onde ocorrem as relações entre prestadores e usuários / beneficiários; e o espaço relacional 3 como aquele que marca o encontro entre usuários / beneficiários e as operadoras. O Campo B é *aquela que opera com regras próprias, em um complexo e conflitante processo micro e auto regulatório, o território de encontro entre operadoras, prestadores e usuários* (ANS, 2005:66).

Os espaços são *“intimamente imbricados”* (ANS, 2005) e, conforme constatado no campo de pesquisa, a atividade do atendente se encontra permeada por esses campos relacionais, sendo que uma situação de atendimento perpassa todos esses campos. Pôde-se constatar que essa divisão é didática, pois, na realização da atividade, o atendente lida simultaneamente com todos esses campos, considerando os aspectos relativos à legislação e critérios internos da operadora em situações que envolvem o usuário e o prestador de serviço.

Segundo os especialistas em saúde suplementar, apesar das dimensões macrorregulatórias de responsabilidade da ANS, existe um conjunto parcial de características microrregulatórias dentro das operadoras de saúde que afetam as relações entre os agentes e que “fogem” ao campo da regulação governamental (ANS, 2005; ALMEIDA, 1998; BAHIA, 2001).

Os aspectos microrregulatórios estão presentes na gestão cotidiana das operadoras de saúde e se mostram nos critérios e/ou protocolos usados para definir o acesso ao serviço. Essa situação é atual, mas também era real antes da existência da ANS, ou seja, a relação entre operadoras de saúde e clientes sempre tratou de limitações, critérios, carências e condições para atendimento. A diferença é que, com o advento da regulamentação, foram definidos os tipos de planos e coberturas, mas o que se vê é que coexistem, numa mesma carteira de clientes, os contratos regulamentados e os não regulamentados.

Em se tratando de assistência médica supletiva, o termo 'regulação', tanto na dimensão macro quanto micro, tem um caráter de controle, gestão e monitoramento, do ponto de vista do alcance da legislação e até mesmo onde ainda não lhe foi possível intervir. Nesse sentido, retoma-se a expressão de Bahia (2001) quando afirma que "*os mecanismos de auto-regulação não foram atingidos pelos refletores do processo de regulamentação*" (p. 337), destacando, assim, que na gestão micro das operadoras de saúde não há regulação da ANS.

Convém ainda estabelecer uma distinção importante sobre o uso do termo 'regulação', uma vez que a AET (Análise Ergonômica do Trabalho) trabalha com o conceito de 'regulação' em um contexto diferente das dimensões micro e macro mencionadas acima. Em AET, o termo regulação se refere à forma como a atividade é desenvolvida pelo trabalhador, uma vez que a sua realização pressupõe a construção de modos operatórios e o uso de estratégias, que podem ser de adaptação ou de antecipação, para realizar a tarefa da forma como a empresa exige ou espera (GUÉRIN *et al*, 2001).

A construção dos modos operatórios presta-se à mediação entre o que tem que ser feito e a forma como é feito, contemplando "*os objetivos gerais fixados pela empresa, os objetivos intermediários que o operador se fixa para atingir os primeiros e os objetivos mais pessoais*" (GUÉRIN *et al*, 2001:53). A análise ergonômica possibilita entrever que

“conforme a situação, a margem de manobra que o operador dispõe para atingir os objetivos de produção é maior ou menor. Em quase todos os casos, observam-se tentativas por parte dos operadores para antecipar os eventos a vir e planejar o desenvolvimento posterior da atividade” (GUÉRIN *et al*, 2001:53).

A margem de manobra é a ‘margem de liberdade’ de que dispõe o trabalhador para regular sua atividade: quanto menor essa margem, maior a carga de trabalho. A atividade pesquisada sujeita-se a constrangimentos específicos decorrentes da quase impossibilidade do atendente de agir sobre os objetivos e os meios de trabalho, conforme será explorado adiante. Segundo Telles (1995), a atividade de regulação consiste na *“gestão das variabilidades e implica na modificação de modos operatórios, isto é, maneiras de trabalhar, com o objetivo de manter as normas de segurança, qualidade e quantidades de produção”* (p.25).

Retomando a articulação entre as diferentes formas de regulação e considerando a descrição já feita, pode-se representá-la em torno de três grandes eixos, a saber: (1) um eixo das operadoras de saúde, (2) outro eixo dos prestadores de serviços de saúde, incluídos os médicos, hospitais, clínicas, etc, e (3) o eixo dos contratantes, sejam pessoas físicas ou jurídicas. A aproximação ou o distanciamento entre esses eixos é que permitirá entrever a problemática da atividade do atendente. Se a articulação for considerada nas esferas distantes da atividade, são aspectos da macroregulação, são relações entre instituições, como operadora e agência reguladora. No processo inverso, ocorre a aproximação com a atividade, pois se trata do atendimento a uma demanda de um usuário associado da operadora. Assim, quanto maior a aproximação desses pólos, mais se evidenciam as nuances da atividade e o movimento inverso aponta para a macroregulação, numa perspectiva da relação com o mercado.

A discussão da articulação entre os três pólos, a dimensão da macroregulação no campo estatal, as características da microrregulação e a

regulação da atividade constituem a espinha dorsal na qual se sustenta essa pesquisa. A Figura 2 esquematiza uma visão geral dessa articulação:



Figura 2 – Articulação das diferentes formas de regulação que compõem a atividade pesquisada.

Dependendo da distância ou da aproximação entre o centro (a atividade do atendente ou a relação de serviço) e os pólos do triângulo, os atores mudam seus interlocutores e a forma de atuação, conforme exposto abaixo:

- ✓ **Eixo das operadoras de saúde:** o espaço 1, que marca a distância entre a operadora e o contratante, constitui a dimensão macro onde a operadora está submetida à regulação que é da competência da ANS. Ao mesmo tempo, num mesmo eixo, ao se diminuïrem as distâncias, no espaço 4 existe um interstício para a microrregulação, onde o contratante é o cliente

que procura a operadora para obter determinado serviço e poderá se confrontar com as regras próprias da operadora, considerando as permissões legais, as quais serão repassadas pelo atendente.

- ✓ **Eixo dos prestadores de serviços de saúde:** o espaço 2, compreendido entre os prestadores de serviço e as operadoras, também está submetido à regulação macro da ANS. Ali são definidos os critérios de contratação, base territorial de prestadores x número de clientes e periodicidade dos reajustes dos preços. Da mesma forma, entre esses pontos existe a perspectiva da microrregulação por meio dos mecanismos definidos pelas operadoras.

- ✓ **Eixo do contratante:** o espaço 1, compreendido entre o contratante e a operadora, também é definido pela distância entre os pólos: quanto mais próximo da operadora, mais o contratante se torna cliente e, quanto mais distante, mais evidente é o caráter contratual em si. A mesma pessoa que adquire um plano de saúde pode ser um cliente em sua relação com o prestador de serviço e com a operadora e, dependendo da circunstância, pode ser um consumidor na esfera da macroregulação ou na condição de alguém que procura instâncias legais para definições de questões que envolvem o contrato.

Resumidamente, esses eixos podem se aproximar ou se distanciar, sendo nesses intervalos, maiores ou menores, onde se sucederão as articulações descritas acima.

Buscar compreender a natureza de cada uma das facetas dessas articulações se revelou um território de estudo amplo e foi preciso definir claramente o objeto de estudo, qual seja, acompanhar, descrever e analisar os atendimentos decorrentes dessa articulação, buscando compreender a atividade do atendente no desenvolvimento de estratégias para informar ao cliente a

resposta negativa da solicitação, explicar os motivos da negativa e estabelecer estratégias para lidar com a carga afetiva decorrente desses atendimentos.

Para tanto, serão exploradas as dimensões macro e microrregulatórias por parte das operadoras de saúde, contemplando as definições da legislação da ANS e as regras internas para acesso e concessão sob o ponto de vista da atividade específica do atendente, imersa nesse contexto marcado por lógicas conflitantes dos protagonistas dessa rede de relações.

A Figura 3 é uma ampliação, como uma lente de aumento, do esquema anterior, especificamente no recorte que interessa à pesquisa, explicitando onde as articulações vão redundar na atividade pesquisada e evidenciando a imbricação do contexto na atividade do atendente. Observa-se que o paciente tem uma relação com o seu médico e vice-versa, e que esse último é vinculado à cooperativa, que, por sua vez, faz a intermediação entre a demanda do paciente e a oferta de trabalho do médico. Diante da necessidade do paciente, o médico solicita autorizações de procedimentos, exames ou tratamentos e, após análise da auditoria médica da operadora e consulta aos procedimentos internos, caberá ao atendente informar da liberação ou negativa da solicitação. Propositadamente, o espaço definido para o médico encontra-se representado de uma maneira mais ampliada que os demais, uma vez que ele sempre busca ampliar esse espaço. A pesquisa conduzida pela ANS (2005) aponta que, além da busca da ampliação que é da *"natureza da prática médica"*, existem ainda as instituições que procuram manter a autonomia médica, como o Conselho Federal de Medicina, que, *"por suas resoluções, busca resguardar certas características da autonomia da prática médica, freqüentemente em aberto conflito com os prestadores e as operadoras"* (ANS, 2005:67).

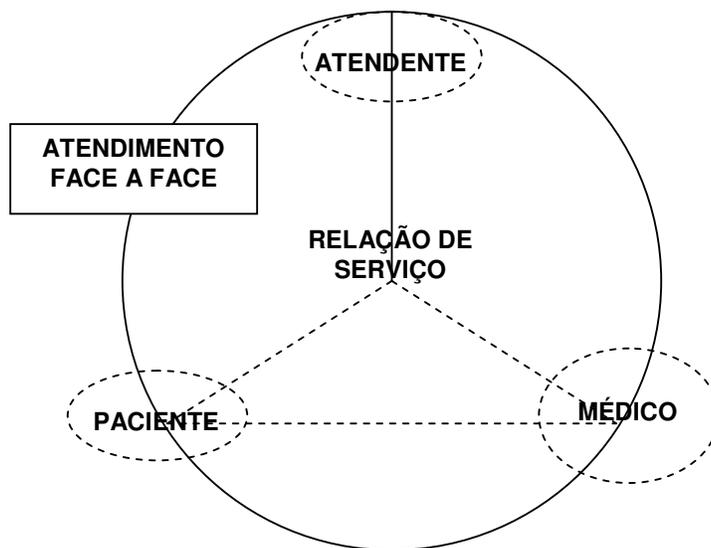


Figura 3 – Detalhamento do Esquema global que articula o encontro das diferentes áreas estudadas.

O detalhamento do esquema permite focalizar a atividade engendrada em seu contexto, porém, faltam-lhe algumas peças essenciais, que se encontram na retaguarda do atendente. São os setores especialistas que municiam os atendentes com as informações necessárias ao atendimento. Deles fazem parte, por exemplo, auditores médicos e alguns funcionários dos setores internos, os quais não mantêm contato com o paciente/cliente. Caberá ao atendente, no desenvolvimento da sua atividade, em várias circunstâncias, representar toda a área da retaguarda e falar em nome da organização.

Tomando como pressuposto que existe um *“território de encontro entre operadoras, prestadores e usuários”*, é precisamente no momento da realização da atividade do atendente que um desses encontros acontece. Há que se situar a complexidade dessa atividade e demonstrar as situações vividas e administradas pelos atendentes, face a face, para a realização da atividade que, independentemente do baixo número de atendimentos, se comparado ao volume do teleatendimento, expõe a organização e o atendente a um conflitante jogo de interesses que têm que ser tratados e negociados. Do ponto de vista da organização, a atividade de atendimento face a face apenas complementa a

atividade de teleatendimento. A despeito do arcabouço de regras disponíveis para definição do atendimento, caberá ao atendente, em muitas situações, optar pela forma de dar andamento àquela situação.

Considerando que a atividade de atendimento se desenvolve em um segmento marcado por conflitos e contradições⁶ entre os agentes que atuam no mercado, e envolve um número expressivo de clientes, pretende-se contribuir para a análise, compreensão e adequada representação do atendimento face a face, numa perspectiva de intervenção que inclua os atendentes, a partir da observação da atividade real do trabalho.

Em resumo, o presente estudo desvela e revela, inspirado pela metodologia da AET, o atendimento face a face e suas especificidades ao tratar de demandas de saúde mediadas por legislação específica, protocolos internos de liberação, indicadores de atendimento, relacionamento com a área médica credenciada e a necessidade do cliente. Dessa forma é esperado que se alcance um dos objetivos da ergonomia no sentido de criar uma representação do trabalho para os trabalhadores e para os empregadores, pois a definição da tarefa por vezes não dá conta de apreender a complexidade da atividade (GUÉRIN *et al*, 2001). O que norteia a discussão é como o atendente faz para dizer “não” ao cliente, que estratégias elabora, como lida com as barreiras interpostas pela operadora para definir o acesso aos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, se existem espaços de autonomia e regulação da carga afetiva para o próprio atendente.

Nesse primeiro capítulo foi feito um mapeamento do contexto da assistência médica supletiva, articulação das diferentes áreas estudadas, estabelecimento do que está em jogo na situação e introdução do problema da pesquisa.

⁶ A este respeito ver SILVA (2003); BAHIA (2001); ALMEIDA (1998).

O capítulo seguinte apresenta um panorama sobre o mercado de assistência médica suplementar no Brasil, faz um breve relato histórico e situa a questão da regulamentação da ANS, que representou um novo contexto para as operadoras de saúde e clientes. É também o momento de apresentar o campo de pesquisa, detalhar o problema e a hipótese da pesquisa e a metodologia. A abordagem metodológica foi baseada na Análise Ergonômica do Trabalho (AET) para estudo da atividade. Os diálogos entre atendentes, clientes e auditores serão transcritos de forma a possibilitar a compreensão da atividade efetiva.

Em seguida, no terceiro capítulo, são apresentadas considerações sobre serviços e é estabelecido um diálogo com diversos autores, buscando compreender em que se constitui o chamado “setor de serviços”, a perspectiva da industrialização da área de serviços e o inverso, ou seja, o quanto a indústria tem se ocupado com a produção de serviços. Será discutido o paradigma que estabelece que em ambos os setores o que existe é “relação de serviço”. A questão do atendimento é analisada buscando evidenciar o que há por trás da aparentemente simples atividade de atendimento. Trata-se ainda do momento de situar a atividade de atendimento em um contexto de gestão de serviços e da definição da chamada “linha de frente” e da “retaguarda” e, ao mesmo tempo, demonstrar que a literatura pouco acrescenta quando se trata de um segmento que efetivamente não tem uma “relação de serviço”, conforme será tratado adiante.

No capítulo quatro é apresentada a estrutura organizacional da empresa pesquisada, em especial as áreas que respaldam o campo de pesquisa e definições formais do atendimento e as tarefas de cada setor de atendimento. Será também delimitado o setor pesquisado.

Os ‘achados’ da pesquisa são analisados no capítulo cinco de forma a permitir um conhecimento da atividade a partir da perspectiva de uma categorização proposta pelos atendentes, que definem formas de regular a carga de trabalho ao realizar a tarefa que a organização espera que seja cumprida.

No último capítulo é retomado o problema e a hipótese para confrontação com os resultados. Além disso, são feitas as considerações finais e reconhecimento das limitações, bem como sugestões de melhorias para a organização pesquisada e a atividade dos atendentes.

A escolha do título “A arte de dizer ‘não’” é uma tentativa de explicitar a sutileza da atividade do atendente que, numa interação direta com o cliente, em uma situação de saúde, elabora estratégias para informar ao cliente que sua solicitação foi negada e, concomitantemente, espera-se que o cliente entenda as razões da negativa sem maiores prejuízos para a sua relação com a operadora.

2 . ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR NO BRASIL

Com vistas a delimitar e caracterizar *a priori*, o segmento de assistência médica supletiva, diferentemente da assistência médica pública, é permeado pela “*natureza mercantil-contratual das relações entre os atores*”, sendo que essa mesma característica evidencia o “*caráter seletivo da demanda*” (ALMEIDA, 1998), ou seja, o acesso não é para toda a população e sim para os usuários desse sistema. Em contraposição à assistência médica pública, o poder da escolha, em tese, é exercido por todos os atores envolvidos na relação, como se fosse um mercado liberal, onde o profissional de saúde escolhe para quem vai trabalhar, o paciente escolhe quem vai atendê-lo e as operadoras escolhem os serviços profissionais que irão contratar. Assim, o “*mercado de serviços privados de saúde, é composto pelas formas de produção e gestão da assistência médico-hospitalar, que têm por objetivo atender a determinada demanda ou clientela restrita*” (ALMEIDA, 1998:6).

A questão da *natureza mercantil-contratual da relação entre os atores* se expressa por meio de pagamento para acesso aos serviços, sendo esse um requisito básico para utilização dos serviços. A forma mais tradicional seria o pagamento direto ao prestador de serviço, podendo também ser feito através da “*intermediação de terceiros — contratos entre indivíduos – famílias / empresas com a medicina de grupo, cooperativas médicas e seguradoras*” (ALMEIDA, 1998:6). Existe ainda a possibilidade do pagamento através das empresas empregadoras para programas autogeridos, ou seja, realizados pelas próprias empresas, públicas ou privadas, onde essas contratam diretamente prestadores de serviços profissionais de saúde para atendimento a uma clientela específica.

A assistência médica suplementar constitui parte significativa do mercado de serviços privados de saúde. A partir da década de 80, apresentou crescimento expressivo, *pari passu* à implantação do Sistema Único de Saúde e à intensificação dos conflitos entre os diversos atores que participam dessa arena setorial, incluindo os usuários dos planos de saúde, acelerando-se o processo de aprovação de regulação específica (ALMEIDA, 1998:5).

Conquanto se faça essa divisão entre a assistência pública e privada, nem sempre os limites serão tão claros e, desde os primórdios da prestação de assistência médica, houve, para usar a expressão de Bahia (2002) “*um mix público privado*”. Essa convivência e até mesmo conivência entre as duas formas de assistência permeia até mesmo os contratos de assistência médica supletiva, considerando procedimentos que não são cobertos por serviços privados e que estão disponíveis na rede pública, como por exemplo, vacinação a procedimentos de altíssima complexidade que são realizados em hospitais públicos¹¹. Antes de adentrar nos aspectos referentes à regulamentação desse mercado, far-se-á um breve relato dos primórdios da assistência médica suplementar, com vistas a recuperar o eixo histórico que envolvem as situações de atendimento que são foco do interesse. Compõem o cenário a evolução da medicina versus a cobertura dos planos de saúde e as questões que permeiam a autonomia da prática médica (MILLIEZ *et al*, 1972; ANS, 2005).

2.1.SURGIMENTO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR – BREVE HISTÓRICO

Até o final da década de 60, existiam basicamente três tipos de assistência médica no Brasil: a assistencialista, realizada por entidades filantrópicas como as Santas Casas de Misericórdia; a pública, representada pelos IAP's (Institutos de Aposentadorias e Pensões), vinculados a categorias profissionais determinadas, e a medicina particular ou privada.

A assistência médica suplementar teve início no Brasil na década de 60, a partir da utilização do convênio-empresa entre o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários – IAPI – e a Previdência Social. Tal fato ocorreu em função da necessidade de ampliar os serviços prestados pelo IAPI, que não dispunha de recursos próprios suficientes para atender à demanda dos trabalhadores vinculados aos institutos. Em 1964, ocorreu a unificação desses

¹¹ A este respeito ver tese de doutoramento de BAHIA, L. “Mudanças e Padrões das Relações Público-Privado: Seguros e Planos de Saúde no Brasil” (2003).

institutos e surgiu o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) que foi sucedido pelo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) e na década de 90 pelo SUS (Sistema Único de Saúde) (ROQUETE, 2002).

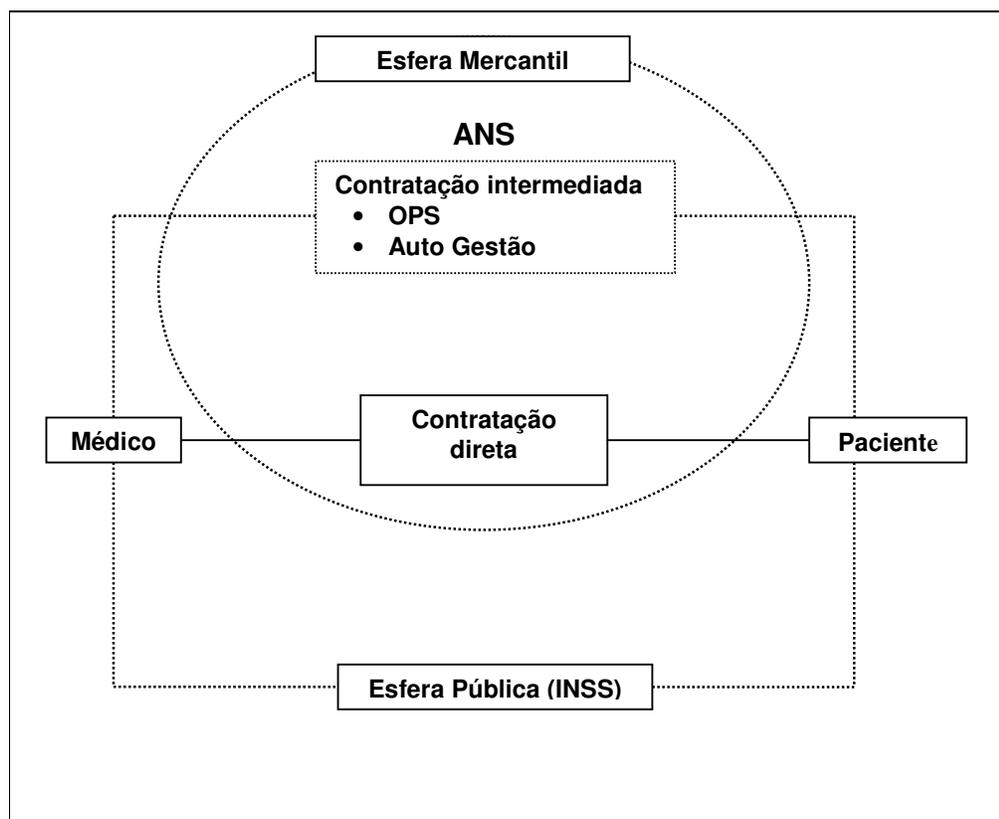


Figura 4 – Formas de prestação de assistência médica

Os institutos possuíam serviços próprios e/ou adotavam o reembolso de despesas médico-hospitalares contraídas por seus empregados com provedores de serviços autônomos. Havia também o atendimento médico dentro das fábricas, em ambulatórios médicos e serviços prestados por profissionais externos que eram reembolsados pela empresa. Esse processo progrediu/evoluiu para a organização empresarial dos prestadores de serviço de forma que, paulatinamente, se configurou uma nova forma de prestação de serviços médicos, por meio de reembolsos, em detrimento da prática médica liberal. Essa mudança impactou em alterações nas relações de compra e venda de serviços de saúde (BAHIA, 2001; CORDEIRO, 1984).

Ainda na década de 60, surge a primeira empresa médica do Brasil, destinada a prestar atendimento aos funcionários da Volkswagen, no Estado de São Paulo. A partir daí, tem início o processo de autogestão em saúde nas empresas empregadoras¹², que contam, inclusive, com incentivo governamental, por meio da dedução no imposto de renda, para atuarem na área de saúde suplementar.

Diante dessa iniciativa, começa a haver uma expansão na prestação de serviços médicos, iniciada pelos prestadores de serviços por meio de recursos próprios. *Os denominados convênios médicos entre as empresas empregadoras com as empresas médicas (...) estimularam decisivamente o empresariamento da medicina* (BAHIA,2001).

As décadas de 60 e 70 são marcadas pela “*constituição de redes de serviços privados contratados pelo Estado e aquelas em torno do mercado de compradores institucionais privados*” (BAHIA, 2001:332), embora não necessariamente com os mesmos balizadores de remuneração. Tal situação desagradou um grupo de médicos que, por não aceitarem a intermediação referida acima, fundam, em 1967, a primeira cooperativa de trabalho médico do Brasil, a Unimed de Santos, sob a liderança do médico Edmundo Castilho. Naquela época, a cidade de Santos passava por um importante momento de crescimento econômico, com a chegada de novas empresas. O então presidente do Sindicato dos Médicos, Edmundo Castilho, aspirava fundar um tipo de organização que pudesse competir com a medicina de grupo, que fosse uma sociedade civil, sem fins lucrativos, um sistema de livre escolha do médico pelo próprio paciente, similar às prerrogativas de um cliente particular em conformidade com o Código de Ética Médica (FERRARI *et al*, 2003).

¹² As entidades que representam o segmento de autogestão são a ABRASPE (Associação Brasileira de Serviços Assistenciais Próprios de Empresas) criada em 1980, voltada para a defesa dos interesses das empresas privadas, e devido à expansão do setor, em 1990 foi criado o CIEFAS (Comitê Integrado de Entidades Fechadas de Assistência Social) voltado para as empresas públicas e que recentemente passou a se denominar UNIDAS (União Nacional das Entidades de Autogestão), ampliando sua atuação para empresas de autogestão em geral.

Assim deu-se início às diferentes modalidades de prestação de serviços médicos, sendo que as medicinas de grupo organizaram suas redes próprias em torno dos hospitais e dos médicos a eles vinculados e o surgimento das Unimed's como *alternativa heterodoxa para preservar a prática nos consultórios médicos através da constituição de cooperativas de trabalho* (BAHIA, 2001:332). Em seguida, as medicinas de grupo buscam ampliar a rede credenciada para competir com as Unimed's que, pela natureza da cooperação, dispõem de médicos de diferentes especialidades para atendimento aos convênios que passam a ser firmados diretamente entre as empresas e as com as Unimed's.

As empresas médicas organizaram suas redes assistenciais próprias, e diante das resistências à perda de autonomia dos médicos, tornaram-se compradoras de serviços, por meio dos credenciamentos de profissionais, laboratórios e hospitais. Já as Unimed's, uma vez que já dispunham de diversos profissionais de especialidades médicas distintas, complementaram suas redes com o credenciamento de hospitais e laboratórios. Por sua vez, as medicinas de grupo buscaram outras especialidades além da rede própria (BAHIA, 2001).

O aumento da demanda por planos privados de assistência médica poderá ser explicado por *“um conjunto de causas e efeitos que articulam relações do mercado segurador com elementos do setor saúde, mais especificamente com o declínio de qualidade da assistência médico-hospitalar pública”* (BAHIA, 2003:38).

O advento da regulamentação surge em função de circunstâncias como as descritas abaixo:

“O mercado de saúde suplementar apresenta especificidades, expressas pelas relações contratuais estabelecidas entre seus agentes: paciente, operadora e provedor. Os problemas são claramente identificáveis: falhas na cobertura e exclusão de procedimentos, exigências indevidas para admissão de paciente, prazos de carência irregulares, descumprimento de normas de atendimentos de emergência, falta de cobertura para doenças crônicas e degenerativas, erros nas condições de validade e rescisão de contrato, dentre outros. A regulação do segmento de planos e seguros-saúde destina-se, portanto, a corrigir as falhas de mercado e as condições contratuais que afetam consumidores e empresas” (MACERA, SAINVITE, 2004:2).

Essa é uma temática ampla e não se tem por objetivo pormenorizar esse processo mas, tão somente, situar o surgimento da assistência médica suplementar, no qual se insere o problema da pesquisa. Algumas situações que ocorreram no histórico da assistência médica suplementar permanecem na atualidade. A perspectiva da autonomia da prática médica, por exemplo, continua sendo um ideal para os profissionais, apesar de esse ter sido um dos motivos para a criação das cooperativas médicas. Atualmente, as operadoras de saúde instituem mecanismo para cercear a prática médica por meio dos critérios de microrregulação, conforme será detalhado adiante. Esses mesmos critérios serão aplicáveis para colocar barreiras às demandas de saúde e caberá ao atendente informar aos usuários da resposta negativa à sua solicitação.

2.2.CONTEXTO ATUAL - REGULAMENTAÇÃO DO MERCADO

A expansão¹³ do segmento de assistência médica privada tornou necessária a intervenção estatal no segmento. Em defesa da necessidade da intervenção e regulamentação do setor, a ANS (2000) argumenta que

“ (...) apesar de influenciar a vida de aproximadamente um quarto da população brasileira e movimentar recursos anuais, estimados em 23 bilhões de reais, o setor privado de assistência à saúde esteve, durante todo esse período, por sua conta, agindo segundo sua própria lógica e estabelecendo suas próprias regras, praticamente sem interferência governamental” (ANS, 2000:6).

O mercado de assistência médica suplementar passou, na década de 90, a ser regulamentado pela ANS que definiu as regras que orientam o funcionamento do setor. A regulamentação estabeleceu critérios para entrada, funcionamento e saída de operação de empresas no setor; discriminou os padrões de cobertura e de qualidade da assistência; responsabilidade pela regulação da atividade

¹³A revelação da existência de um grande mercado de planos de saúde, no final da década de 1980, ocorreu simultaneamente a uma importante intensificação da comercialização de planos individuais, a decisiva entrada de grandes seguradoras no ramo saúde, adesão de novos estratos de trabalhadores, particularmente, funcionários públicos da administração direta, autarquias e fundações à assistência médica supletiva e uma inequívoca vinculação da assistência privada ao financiamento da assistência médica suplementar (BAHIA, 2001: 332).

econômica das Operadoras e da assistência à saúde por elas prestada e o dever de fiscalização do cumprimento das normas vigentes.

A ANS assim define sua Missão:

A ANS tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais - inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores - e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no País (ANS, 2006).

Diferentemente das demais agências governamentais pertencentes aos setores de infra-estrutura, tais como energia elétrica, telecomunicações, etc, que se tratam de atividades anteriormente realizadas por empresas estatais que foram privatizadas, no caso da saúde, ocorre exatamente o oposto. A Agência Nacional de Saúde (ANS) surge *“para regular uma atividade privada, já existente, e que nunca havia sido objeto de regulação por parte do Estado”* (MACERA, 2004:12). Dentre outras diferenças destacam-se abaixo prerrogativas exclusivas dessa agência:

“No que diz respeito exclusivamente à ANS, foram incorporadas novas atribuições, como a de monitorar a evolução de preços de planos de assistência à saúde, seus prestadores de serviços e insumos, autorizar os processos de cisão, fusão, incorporação, alteração ou transferência do controle acionário e a articulação com os órgãos de defesa do consumidor” (ANS, 2000:24-5).

Para orientar as suas estratégias de atuação, a ANS definiu como foco a “defesa dos interesses do consumidor”¹⁵ em sua relação com a operadora de saúde, com base na seguinte argumentação:

“O usuário do sistema é o segmento mais vulnerável nessa relação – tem pouco controle sobre as variáveis-chave do seu relacionamento com as empresas do setor: não tem instrumentos para coibir os abusos que contra ele são cometidos, tem baixa capacidade de

¹⁵ Conforme palestra proferida por seu Presidente no Conselho Nacional de Saúde- Rio de Janeiro sobre Diretrizes Estratégicas (ANS:2000).

negociação por não estar institucionalmente articulado e pouco pode influir nas questões referentes à melhoria de qualidade do atendimento de saúde” (ANS, 2000:28).

A opção da ANS pelo foco no usuário corrobora o interesse da pesquisa em conhecer as estratégias usadas pelo atendente para formular e informar ao usuário acerca da negativa da solicitação. A pesquisa evidenciou que, entre outros fatores, o fato do cliente ser individual ou empresarial é tratado de forma diferente, uma vez que o cliente ‘avulso’ não tem a estrutura da empresa para lhe salvaguardar. Os casos que dizem respeito às empresas contratantes mormente são tratados também pela área comercial da OPS BH, considerando o porte da empresa e o número de clientes envolvidos. Quando a negativa da autorização diz respeito a um cliente empresarial, a orientação é para que o cliente procure a área de Recursos Humanos da empresa cliente e que os trâmites junto à operadora sejam conduzidos por esta.

A descrição da Tipologia do Relacionamento, conforme quadro abaixo, é clara ao tratar das diferenças entre diferentes tipos de plano e alterações decorrentes, especialmente ao tratar dos itens “Exposição a abuso” e “Capacidade para negociar”, evidenciando a vulnerabilidade do contratante individual ou familiar.

TIPOLOGIA DO RELACIONAMENTO				
Tipo de Plano	Forma de pagamento	Exposição a abuso	Capacidade e negociar	Influência sobre a qualidade
Individual ou Familiar	100% usuário	Alta	Baixa	Baixa
Coletivo por adesão	100% usuário	Alta a média	Baixa a média	Baixa a média
Coletivo empresarial Parcial	Usuário paga parte	Média a baixa	Média	Alta
Coletivo empresarial Integral	100% empresário	Baixa	—	Média

Quadro 1: Tipologia do relacionamento Usuário x Operadora. Fonte: ANS (2000)

Segundo Almeida (1998), a regulação pública do serviço privado de saúde teria três objetivos: a manutenção da estabilidade do mercado segurador, o controle da assimetria das informações e a maximização do consumidor no mercado privado de saúde.

O primeiro ponto inclui a definição de padrões financeiros e éticos que regulem a entrada, operação e saída das seguradoras e/ou operadoras no mercado, (...) regras para capital financeiro mínimo inicial, capacidade de poupança, condições fiscais e garantias para o caso de insolvência das empresas.

O segundo ponto está referido fundamentalmente às assimetrias de informação específica desse mercado (entre as seguradoras e os segurados e entre os profissionais e o paciente) e deve cobrir tipicamente duas áreas: a regulação das cláusulas contratuais e do marketing dos planos de seguro; e a regulação das relações entre planos de saúde e prestadores de serviços.

O terceiro ponto, maximização da participação do consumidor, refere-se às regulações que tendencialmente têm tentado conciliar as práticas do mercado privado de seguros (em geral restritivas) com as demandas sociais de justiça e maior equidade no acesso aos serviços de assistência médica e incluem normatizações de três tipos: proibição ou restrição de exclusões, proibição ou restrição da vinculação dos preços às condições de saúde, idade, sexo, etc; e obrigatoriedade de cobertura para determinados serviços ou benefícios (compulsoriedade para alguns benefícios) (ALMEIDA, 1998:38).

A legislação definiu os parâmetros de comercialização dos planos de saúde que servem de referência para todos os contratos que venham a ser celebrados, bem como estabeleceu regras para os contratos vigentes e anteriores à regulamentação .

Sobre os contratos anteriores à Lei 9656/98, a regulamentação estabelece critérios para a dissolução do contrato e define a impossibilidade de rescisão unilateral, ou seja, a operadora deverá manter os contratos anteriores à legislação e esses somente poderão ser cancelados por inadimplência superior a 60 dias. As novas regras para a operação dos planos de saúde começaram a valer a partir de janeiro de 1999.

Os contratos antigos foram atingidos pela nova regulamentação nos seguintes pontos: a) proibição de limites de consulta e suspensão de internação, inclusive em UTI; b) proibição de rompimento unilateral de contrato para os contratos individuais; c) controle dos reajustes para contratos individuais. Estabeleceu-se, ainda, uma data para a migração de todos os contratos antigos para contratos novos: dezembro de 1999. Contudo, este dispositivo foi revogado e os usuários mantiveram o direito de permanecer no plano antigo por tempo indeterminado (MACERA, SAINVITE, 2004:11).

A Lei definiu cinco tipos de planos a serem comercializados pelas operadoras: ambulatorial, hospitalar, obstétrico, odontológico e referência. Da mesma maneira, estabeleceu a cobertura mínima a ser oferecida em todos os planos de assistência médica, o chamado “*rol de procedimentos*” (ANS, 2006).

Essas informações serão especialmente válidas quando forem apresentadas situações onde as autorizações são negadas em função das coberturas definidas por planos anteriores à regulamentação ou por não constarem no rol de procedimentos definido pela ANS.

A ANS (2006) considera os planos quanto à data de assinatura e assim são definidos:

Contrato novo - É o contrato celebrado depois da vigência da Lei 9.656/98. Todos os contratos celebrados a partir de 1º de janeiro de 1999 têm que ter registro na ANS e estão totalmente sujeitos à nova legislação.

Contrato adaptado - É o contrato antigo adaptado às normas estabelecidas na lei 9.656/98. O contrato adaptado tem que ter registro na ANS e está totalmente submetido à nova legislação.

Contrato antigo – É o contrato celebrado antes da vigência da Lei 9.656/98 que não foi adaptado às novas regras estabelecidas. Os contratos antigos não podem mais ser comercializados. Eles permanecem válidos apenas para os consumidores que não optarem pela adaptação às novas regras, mas são intransferíveis (sua transferência é vedada a terceiros sob qualquer pretexto) e suas condições são garantidas apenas ao titular e aos dependentes já inscritos. É permitida, somente, a inclusão de novo cônjuge e filhos.

Quadro 2 – Tipos de contrato segundo a ANS. Fonte: Site da ANS

É facultado ao usuário fazer a migração de contrato, de plano anterior à regulamentação para um regulamentado. O processo de migração, em casos de urgência, pode ser feito com vigência imediata, conforme constatação da pesquisa. Para fins de comparação, a operadora pesquisada disponibiliza, em seu *site*, informações sobre esse processo, conforme Quadro abaixo:

Os planos anteriores à implantação da Lei 9.656/98 podem ser facilmente trocados pelos novos planos regulamentados, através da migração de contrato.

Você só tem a ganhar, com o aumento de coberturas, sem perder as carências. Além disso, não é cobrada taxa de implantação.

Para conhecer detalhadamente as facilidades e vantagens de migrar para um plano regulamentado, ligue para xxxx.

Coberturas aumentadas, vantagens multiplicadas.

Quadro 3 – Informações sobre processo de migração. Fonte: OPS BH

A questão da migração de plano é um ponto crucial para a operadora. E, como não existe obrigatoriedade, o contrato não regulamentado pode representar, em alguns casos, um problema a ser administrado. Da mesma forma, como não é

prevista a cobertura de determinados procedimentos, também não é facultado à operadora a rescisão unilateral do contrato. Em outros termos, é uma situação potencialmente tensa, onde a cobertura pode não ser liberada e, ao mesmo tempo, o usuário tem direitos assegurados que podem dificultar a sua relação e da própria operadora com os prestadores, considerando que, após uma internação do usuário e diante de uma necessidade, é que se obtém a informação da não cobertura de determinados procedimentos. A operadora pesquisada tem interesse em migrar os contratos não regulamentados e, para tanto, tem investido em fornecer informação ao usuário e, nos momentos de atendimento, essa alternativa é explicitamente oferecida ao usuário com vistas a solucionar alguma questão pendente de autorização. O interesse da operadora na migração dos contratos deve-se, entre outros fatores, principalmente (i) os contratos antigos têm aspectos mais restritivos que os regulamentados (ii) se encontram com valores defasados em relação aos valores atuais de comercialização. A operadora disponibiliza em seu *site* um comparativo sobre a cobertura dos planos anteriores e posteriores à regulamentação, conforme abaixo.

TABELA DE PROCEDIMENTOS COBERTOS PELA NOVA LEGISLAÇÃO		
PROCEDIMENTOS	COBERTURA ATUAL	NOVOS PLANOS
Ecocardiograma	LIMITADO A 01 POR ANO	ILIMITADO
Cateterismo cardíaco	LIMITADO A 01 POR ANO	ILIMITADO
Holter	LIMITADO A 01 POR ANO	ILIMITADO
Tomografia computadorizada	LIMITADO A 01 POR ANO	ILIMITADO
Teste ergométrico	LIMITADO A 01 POR ANO	ILIMITADO
Ultra-sonografia	LIMITADO A 01 POR ANO	ILIMITADO
Internação	LIMITADO A 45 DIAS/ANO	ILIMITADO
Fisioterapia (por patologia)	LIMITADO A 30 sessões/ano	ILIMITADO
Cirurgia de miopia	NÃO TEM	ILIMITADO
Densitometria óssea	NÃO TEM	ILIMITADO
Doppler	NÃO TEM	ILIMITADO
Duplex scan	NÃO TEM	ILIMITADO
M.A.P.A.	NÃO TEM	ILIMITADO
Ressonância magnética	NÃO TEM	ILIMITADO
Ultra-sonografia endovaginal	NÃO TEM	ILIMITADO
Obesidade mórbida	NÃO TEM	ILIMITADO
Transplantes de rins	NÃO TEM	ILIMITADO
Transplantes de córnea	NÃO TEM	ILIMITADO
Quimioterapia	NÃO TEM	ILIMITADO
Radioterapia	NÃO TEM	ILIMITADO
Diálise e hemodiálise	NÃO TEM	ILIMITADO
Doenças infecto-contagiosas (Aids, dengue, cólera, etc)	NÃO TEM	ILIMITADO

Quadro 4 – Comparativo entre planos regulamentos e não regulamentados. Fonte: Site OPS BH

O Quadro abaixo apresenta um detalhamento ainda maior sobre as diferenças de cobertura entre as duas opções. É um comparativo disponibilizado pelo Ministério da Saúde para esclarecimento dos usuários de planos de saúde sobre as coberturas previstas na legislação e anteriores à regulamentação.

PLANOS ANTIGOS	PLANOS NOVOS OU ADAPTADOS
Limitações na quantidade de consultas e quanto a dias de internação e a número de procedimentos	
Muitos planos de saúde antigos limitam o atendimento para consultas médicas por ano e principalmente para internações, determinando um número fixo de dias para internação ou para sessões de fisioterapia.	Todos os procedimentos são ilimitados, inclusive consultas, dias de internação em CTI, exames, sessões de fisioterapia e outros, com exceção dos transtornos psiquiátricos.
Doenças preexistentes ou congênitas	
Alguns contratos antigos excluem totalmente a cobertura de doenças preexistentes ou congênitas.	As operadoras são obrigadas a tratar de consumidores com doenças preexistentes ou congênitas, em condições especiais
AIDS e Câncer	
Muitos planos de saúde antigos excluem o tratamento dessas doenças.	A cobertura para essas doenças é obrigatória, nos limites do plano contratado (ambulatorial, hospitalar). Se o consumidor já era portador quando adquiriu o plano de saúde, essas doenças são consideradas preexistentes.
Doenças infecto-contagiosas, como Dengue, Febre Amarela e Malária	
A maioria dos contratos antigos não cobre doenças infecto-contagiosas ou epidemias como dengue, febre amarela e malária.	É obrigatória a cobertura assistencial para essas doenças, nos limites do plano contratado.
Órteses e próteses	
A maioria dos planos de saúde antigos exclui a cobertura de qualquer tipo de órtese ou prótese.	É obrigatória a cobertura de órteses, próteses e seus acessórios, ligados ao ato cirúrgico, nos planos com cobertura para internação hospitalar, desde que não tenham finalidade estética.
Fisioterapia	
Tratamentos de fisioterapia são excluídos ou limitados a poucas sessões nos planos de saúde antigos.	Quando indicado pelo médico assistente do consumidor, o tratamento de fisioterapia é de cobertura obrigatória e em número ilimitado.
Distúrbios Visuais (Miopia, Hipermetropia e Astigmatismo)	
A maioria dos planos de saúde antigos exclui qualquer cirurgia para tratamento de distúrbios visuais.	É obrigatória a cobertura de cirurgias refrativas para pessoas com grau de miopia igual ou superior a 7, unilateral ou bilateral.
Obesidade mórbida	
Raramente os planos de saúde antigos cobrem cirurgias para o tratamento de obesidade mórbida.	Quando indicadas por médico assistente do consumidor, é obrigatória a cobertura de cirurgias para tratamento de obesidade mórbida.
Acompanhante	
Não há regulamentação na matéria, ficando a critério de cada operadora a definição da cobertura.	A lei obriga as operadoras de planos de saúde a oferecerem cobertura para acompanhantes de pacientes menores de 18 anos. É facultado estender esta cobertura a acompanhante de paciente maior de idade.
Pessoas portadoras de deficiência	
Os planos de saúde antigos não eram obrigados a oferecer cobertura para pessoas portadoras de deficiência.	A lei assegura que ninguém pode ser impedido de participar de um plano de saúde por ser portador de qualquer tipo de deficiência.
Transtornos psiquiátricos	
Poucos planos de saúde antigos cobrem procedimentos psiquiátricos. Os pacientes com transtornos mentais, inclusive os dependentes químicos (alcoólatras e viciados em drogas), não	A lei prevê o atendimento a portadores de transtornos mentais, inclusive nos casos de intoxicação ou abstinência provocadas por alcoolismo ou outras formas de dependência

tinham acesso ao tratamento básico de saúde mental.	química. As operadoras devem cobrir lesões decorrentes de tentativas de suicídio.
Transplantes de rim e córnea	
Os planos de saúde antigos excluem, em geral, qualquer tipo de transplante.	Os planos com cobertura para internação hospitalar cobrem transplantes de rim e córnea, incluindo despesas com doadores vivos, medicamentos usados na internação, acompanhamento clínico no pós-operatório, despesas com captação, transporte e preservação dos órgãos.
Quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e transfusão	
Poucos planos de saúde cobriam quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e transfusão, em geral com limitações de número de sessões.	A cobertura é obrigatória nos planos com cobertura ambulatorial, quando realizada em nível ambulatorial; nos planos com cobertura hospitalar, quando realizada durante a internação.

Quadro 5 – Quadro comparativo entre planos antigos e planos regulamentados. Fonte: Site Ministério da Saúde - Biblioteca Virtual de Saúde – Acesso em 12/01/2007

2.3.OS INTERESSES PRESENTES NO MERCADO DE SAÚDE

O mercado de assistência médica supletiva, é constituído basicamente por três agentes: as operadoras de planos de saúde, os clientes ou beneficiários e os prestadores de serviços de saúde. De um lado os usuários e suas necessidades de serviços médico-hospitalares, em outro ponto os prestadores de serviços, a saber: médicos, hospitais e serviços auxiliares de diagnóstico que configuram a rede credenciada pelas operadoras de saúde e, por fim, a operadora de saúde atua no sentido de credenciar e acompanhar os serviços para prestar assistência ao usuário contratante. Tratando-se de uma relação de intermediação entre oferta e demanda de serviços.

“Ao se estudar a relação existente entre operadoras de saúde e prestadores de serviços, na verdade, está se analisando o fulcro do maior objetivo desejado pelo cliente ao subscrever um plano de saúde: a segurança de ter acesso aos serviços de saúde. Portanto, o plano de saúde é meio e o serviço de saúde é fim” (SILVA, 2003:2).

Apesar de ser uma relação de intermediação, a figura abaixo mostra as relações formais e contratuais entre os agentes citados acima, destacando que o beneficiário e as operadoras estão em pontos opostos e que a rede credenciada está em posição de acesso entre os dois pólos. Isso equivale dizer que a

contratação do plano, em tese, seria para viabilizar o acesso do usuário aos serviços contratados. A relação do usuário / consumidor se revela também na dimensão prática da utilização. Assim não basta a contratação do plano, ao usuário interessa se vai funcionar a utilização. A contratação é apenas o início da relação entre o cliente e a operadora, assim como ocorre em outros segmentos de mercado (ZARIFIAN,2001). O plano de saúde ocupa uma lacuna mediante a constatação de que existe um cliente que dispõe de recursos para pagamento de serviços médicos ao invés do pagamento direto aos serviços, o que seria considerado um paciente particular. Assim, o plano de saúde é intermediário na relação entre usuário e prestador. Na pesquisa de campo, um Gestor da OPS BH trata dessa relação dizendo que a operadora “*contrata e conta com a rede assistencial para dar saúde ao segurado*”.

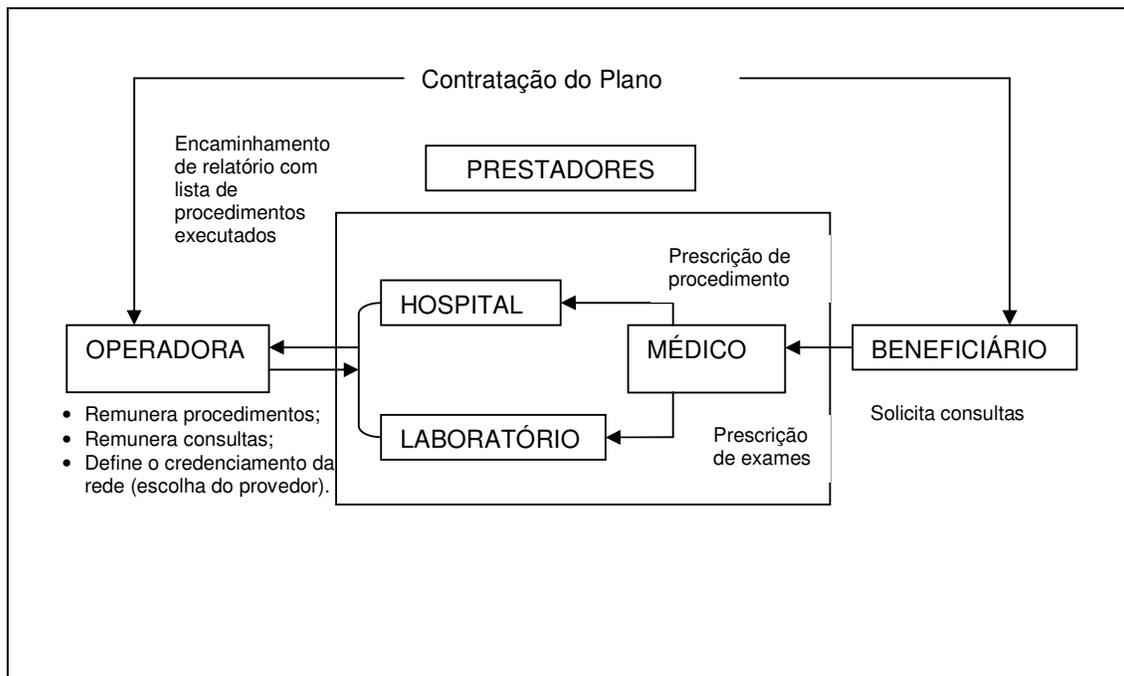


Figura 5 – Esquema que situa a Relação Contratual entre os Agentes que atuam no mercado de assistência médica supletiva. Fonte: ANS/MS – 2000

De acordo com a ANS (2006), *“operadoras de Planos de Assistência à Saúde são as empresas e entidades que atuam no setor de saúde suplementar oferecendo aos consumidores os planos de assistência à saúde.”*

A Lei n.º 9.656, de 3 de junho de 1998, define como Operadora de Plano de Assistência à Saúde: *“pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de assistência à saúde”*.

Com o advento da regulamentação e com base nas informações recolhidas no setor, a ANS definiu oito modalidades de operadoras. São elas: administradoras, cooperativas médicas, cooperativas odontológicas, instituições filantrópicas, autogestões (patrocinadas e não patrocinadas), seguradoras especializadas em saúde, medicina de grupo e odontologia de grupo¹⁶. O mercado de saúde suplementar no Brasil apresenta diversas formas de constituição de empresas e entidades, que podem operar nas atividades de administração, comercialização ou disponibilização dos planos de saúde, conforme Lei 9656/98.

Independentemente da modalidade ou da forma de constituição das empresas, o mercado contratual se compõe dos agentes anteriormente citados, conforme definido na articulação dos três eixos. Na mesma linha de raciocínio, será preciso situar os interesses envolvidos nessas relações, uma vez que cada uma das partes envolvidas tem suas peculiaridades na forma de participação nesse mercado onde *“a priori”* se pode afirmar que existem conflitos.

Essa análise aponta para uma divergência que está na gênese da relação de compra e venda do plano de saúde, assim como em outros segmentos que trabalham com a perspectiva de seguro. Enquanto o usuário se interessa em acesso aos serviços de saúde, a outra parte se interessa pela boa condição da saúde do contratante. Nesse sentido, Bahia (2003) afirma que não é obra do

¹⁶ Para uma descrição detalhada sobre as modalidades de operadoras - ver Anexo 1

acaso que as seguradoras prefiram planos corporativos aos planos individuais. Na ocorrência da celebração de contratos coletivos, os riscos para as operadoras são menores, em função da *“menor voluntariedade na procura do seguro”* (BAHIA, 2003). Os usuários não planejaram a contratação, por isso, os eventuais riscos poderão ser diluídos e minimizados, em função do número de clientes envolvidos na contratação. O oposto também é verdadeiro, o cliente individual pode representar um risco potencial pelo caráter da sua necessidade que pode estar presente no momento da contratação e ainda pelo maior risco de inadimplência.

Nas relações existentes entre as operadoras e a rede credenciada, o conflito de interesses, decorre do fato de eventos que representam custos para a operadora representam receita para os prestadores de serviços de saúde. Em relação ao cliente, ocorre um processo similar uma vez que, tendo arcado com a mensalidade, ele está no direito do uso dos serviços. Contraditoriamente, o que é receita para a operadora representa para o cliente a sua permissão para o uso, preferencialmente sem controles ou limitações. Desse modo, as divergências de interesses ficam evidentes nas relações contratuais das operadoras com os prestadores de serviços de saúde e beneficiários à medida que as ações estratégicas que administram esses contratos possuem caráter oposto (WANICK, 2000).

Na atualidade *“operadoras e prestadores de serviços passam a ser concorrentes entre si, com negócios originalmente desiguais”* (CAMPOS, 2004). Enquanto um teria interesse em não gastar com procedimentos o outro tem interesse em executá-los. Alguns hospitais passaram a comercializar planos de saúde e as operadoras de planos de saúde se tornaram proprietários de hospitais (SILVA, 2003).

“o nível de desconfiança e do desequilíbrio da relação se tornou muito forte, criando um cenário desastroso continuamente delineado pelos agentes, onde cada um acredita que o outro negócio deva ser melhor que o seu” (CAMPOS, 2004:34).

As instituições de saúde, notadamente os hospitais, *“são lugares de disputa, de dissenso, de entrecruzamento de múltiplas racionalidades, nem sempre sinérgicas ou complementares”* (ANS, 2005:70). Isso acontece principalmente em função do confronto entre a *“lógica eficientista que todo hospital precisa buscar hoje e a forte autonomia com que atuam os médicos (...) procurando escapar de todo e qualquer mecanismo de controle sobre sua prática cotidiana”* (Ibid., 2005:70). Considerando essas circunstâncias, constata-se que a diversidade de interesses pode conduzir a importantes tensões entre empresas de planos de saúde, profissionais, estabelecimentos e usuários.

“A adequação da prática médica e das instituições de saúde à lógica, mesmo que transformada do seguro não ocorre sem conflitos. São patentes as contradições entre as tentativas de preservação da autonomia profissional em meio à emergência de instituições modernas que democratizam o acesso aos cuidados médicos. O ideal da livre escolha tanto para que os médicos possam arbitrar sobre todos as etapas envolvidas na relação como os pacientes – desde a aceitação, passando pela seleção de procedimentos diagnósticos e terapêuticos até a fixação do valor de remuneração das atividades - quanto para a opção dos clientes pelos médicos, conflita com a intervenção de instituições que tendem a padronizar a prática médica e racionalizar o consumo de serviços de saúde (BAHIA, 2003:155).

Assim o fio lógico assumido nesse trabalho é de que, diante da complexidade do contexto, ficará a cargo do atendente, em situações do atendimento, lidar com vários dos aspectos tratados anteriormente, considerando os conflitos de interesses e as tensões nas relações entre as partes e, em muitos casos, dizendo “não” às solicitações.

2.4.O CONTEXTO DA MICRORREGULAÇÃO

Para dar sustentação à perspectiva de que as operadoras dispõem de mecanismos para controle da demanda, retoma-se a discussão sobre o chamado “Campo B” na Cartografia da Regulação proposta pela ANS que relacionou as práticas mais comuns em todas as operadoras pesquisadas, conforme abaixo:

ESTRATÉGIAS MICRORREGULATORIAS	DISPOSITIVOS DE OPERAÇÃO
1- Direcionamento da clientela para prestadores preferenciais	<p>Construção de sub-redes/segmentação dos planos em função de prestadores;</p> <p>Negociação de “pacotes” com prestadores hospitalares preferenciais, associando custos mais baixos a maior volume de direcionamento de pacientes;</p> <p>Hierarquização de encaminhamento para prestadores individuais a partir da utilização de “padrões de custos”.</p>
2- Controle/disciplinamento de prática dos médicos em seus consultórios	<p>Credenciamento criterioso dos médicos em seus consultórios a partir de critérios “mercadológicos” bem definidos pela operadora;</p> <p>Acompanhamento da “performance” do médico a partir de uma perspectiva econômica (“matriz de desempenho”, “meta referencial”, “custo agregado”);</p> <p>Adoção de protocolos¹⁸;</p> <p>A necessidade de autorização prévia / auditoria para exames complexos e / ou de maior custo;</p> <p>A necessidade de autorização prévia / auditoria para internações e cirurgias eletivas.</p>
3- Controle/disciplinamento das práticas de rede hospitalar contratada	<p>Auditorias nos hospitais;</p> <p>Sistema de classificação dos hospitais para fins de credenciamento;</p> <p>Negociação de “pacotes” com prestadores hospitalares preferenciais, associando custos mais baixos e maior volume de direcionamento de pacientes;</p> <p>Glosas¹⁹;</p> <p>Intermediação na compra de órtese e prótese;</p> <p>Imposição de tabelas de medicamentos.</p>
4- Controle de consumo excessivo do “sistema” por parte dos usuários	<p>Acompanhamento da utilização dos serviços, por cada usuário, mês a mês;</p> <p>Co-pagamento/franquia²⁰;</p> <p>Programas de prevenção e promoção.</p>

Quadro 6 – Práticas de microrregulação adotadas pelas Operadoras (ANS, 2005)

¹⁸ Conjunto de procedimentos, indicações, intervenções, cuidados baseados nos consensos científicos, que vão orientar a prática médica (ANS, 2005:83).

¹⁹ Termo designado para tratar de despesas que, apesar de serem cobradas da operadora de saúde, não são pagas por critérios da auditoria médica.

²⁰ Consiste em uma prática de cobrança compartilhada que incide quando o usuário usa os serviços de saúde.

Esse capítulo finaliza tendo apresentado a configuração atual da assistência médica e anunciado em que contexto as relações de atendimento serão estabelecidas. Portanto, o pano de fundo da atividade de atendimento em uma operadora de saúde é um contexto regulado por legislação específica, marcado por uma legislação e regulado por um conjunto de regras que as próprias operadoras podem criar. No capítulo cinco, serão apresentadas situações de atendimento com as quais o atendente se depara.

2.5. O CAMPO DE PESQUISA, PROBLEMA, HIPÓTESE, METODOLOGIA

A pesquisa foi realizada em uma cooperativa de trabalho médico²¹, detentora de uma significativa fatia do mercado de assistência médica supletiva na cidade de Belo Horizonte e cidades vizinhas. A maior parte da clientela é composta por clientes empresariais e também mantém um grande número de planos de saúde individuais. Está no mercado há 36 anos de mercado e integra um conjunto de cooperativas em âmbito nacional e, dessa forma, garante assistência em *“80% do território nacional, para situações de urgência e emergência, podendo ser atendido em outras regiões através de Intercâmbio (OLIVEIRA, 2006: 101).* O Quadro abaixo relaciona as cidades, além de Belo Horizonte, que compõem a área de abrangência da OPS BH.

Área de Abrangência – OPS BH	
Baldim	Raposos
Caeté	Ribeirão das Neves
Confins	Rio Acima
Contagem	Sabará
Ibirité	Santa Luzia
Jaboticatubas	Santana do Riacho
Lagoa Santa	São José da Lapa
Nova Lima	Vespasiano

Quadro 7 – Área de Abrangência da OPS BH

²¹ Doravante a empresa pesquisada será denominada OPS BH.

O fato de haver uma área de abrangência definida significa que o usuário somente poderá usar serviços de saúde em outros locais em duas hipóteses (i) não haver credenciados na referida área de atuação (ii) em situações de urgência e emergência. Essas situações, tratadas como exceções, se configuram motivos para o atendente verificar se é cabível a abertura de processos de concessão e reembolso, conforme será tratado adiante.

Em relação à regulamentação dos planos, segundo dados internos da GRCI, a situação atual da OPS BH, conforme dados relativos ao número de clientes por segmento é a seguinte:

Planos individuais: 36.231
Planos corporativos: 64.089
Total planos não regulamentados: 100.320

Quadro 8 – Posição atual da carteira de clientes da OPS BH – Dados de Nov/2006

Os dados relativos aos clientes que possuem planos não regulamentados se alteram diariamente, considerando que alguns desses quando têm autorizações negadas, optam pela migração do plano. Face a uma negativa de autorização, é também o momento em que o atendente faz essa proposta ao cliente, conforme orientação da OPS BH.

2.5.1.O PROBLEMA

Em uma operadora de saúde algumas solicitações dos clientes, por diversos motivos, serão negadas e definida a resposta negativa, é necessário que os funcionários da linha de frente informem ao cliente sobre isso. Trata-se de um momento em que o atendente, considerando os dados de que dispõe para o atendimento, irá informar ao cliente, presencialmente, sobre a negativa. Numa determinada situação de atendimento, o atendente vai até a auditoria médica verificar a liberação de um procedimento e foi informado pelo auditor que havia sido negado. Quando se encaminhava para repassar a resposta negativa à

solicitação do cliente, disse que a partir daquele momento ele *“estaria sob fogo cruzado”*. Nas palavras do atendente *“eu estou entre o cliente que passou a solicitação, o médico do paciente, que fez o pedido e o médico auditor, que segue a norma da operadora e não acata a solicitação, mas quem vai dizer a ela que não foi autorizado, sou eu”*. A proposta é compreender como o atendente faz para informar a resposta negativa, dentro de um determinado quadro institucional (macro e micro), ocasionando em retorno, uma carga emocional de maior ou menor intensidade.

2.5.2.A HIPÓTESE

Existem espaços de autonomia e estratégias de regulação da carga afetiva para dizer não, inclusive jeitos que eventualmente podem viabilizar a solicitação, apesar do aparente monolitismo, burocratização, impessoalidade da gestão contratual da relação cliente / operadora de planos de saúde. Caberá ao atendente, no momento do atendimento face a face, numa perspectiva de inter-relação entre atendente, auditoria e usuário, elaborar estratégias para informar a negativa. Dizer “não” é uma construção que depende da inter-relação entre os atores envolvidos na relação, da legislação que regula o segmento e dos critérios internos da operadora.

2.5.3.A METODOLOGIA

A estratégia metodológica seguida nessa pesquisa foi a de estudo de caso, para realização da pesquisa adotou-se a metodologia da Análise Ergonômica do Trabalho (AET), considerando que a observação permite desvendar em que consiste a atividade do atendente, em situações de atendimento face a face numa operadora de saúde. Considerou-se a perspectiva da observação detalhada da atividade como uma forma de aproximação das situações reais de trabalho, tornando possível explicitar os critérios de ação que orientam os comportamentos no trabalho, eventuais dificuldades e formas de lidar com a variabilidade das situações e formas de regulação que perpassam a atividade (GUÉRIN *et al*, 2001;

SOARES, LEAL E LIMA, 2002). Ao se referir à postura do pesquisador, Thiollent (1983) argumenta sobre a necessidade de tomar as de “tomar decisões oportunas, selecionar conceitos, hipóteses, técnicas e dados adequados (...)” (THIOLLENT, 1983:55). A opção pela AET (Análise Ergonômica do Trabalho), fundamenta-se na proposição de que a observação da atividade do atendente permitiria desvendar em que consiste a atividade do atendimento face a face em uma operadora de saúde.

Segundo Guérin et al (2001) a AET é um *“processo onde o ergonomista entra, no qual fica imerso. É ao longo do desenvolvimento desse processo que o ergonomista constrói sua compreensão da situação de trabalho”* (p. 82-3).

A pesquisa iniciou-se em Novembro de 2005, com os primeiros contatos feitos junto à Diretoria, a Gerência de Desenvolvimento Humano e Organizacional (GHDO) e Gestores da Gestão de Relacionamento com o Cliente Individual (GRCI). Inicialmente, a pesquisa seria realizada no teleatendimento, havendo inclusive interesse da empresa na pesquisa. Porém, como é um serviço terceirizado, dependeria da aprovação da empresa contratada que não concordou com a realização da pesquisa.

A OPS BH sugeriu que fosse estudado o atendimento face a face, informando que havia um grupo de aproximadamente 70 pessoas que trabalhavam nesse atendimento que é realizado dentro da própria empresa e que o campo estava disponível para pesquisa. Dessa forma foi definido que o novo foco da pesquisa seria o atendimento face a face considerando que a organização reconhece que se trata de um setor conflituoso e de contato intenso com os clientes.

Os primeiros meses de 2006 foram dedicados à leitura de material interno da organização, folhetos, dissertações e monografias já feitas na operadora e contatos com os gestores das áreas de atendimento. A partir do mês de Maio iniciou-se a observação dos diferentes setores de atendimento, conforme será detalhado no capítulo quatro. Depois desse período de observação, optou-se por

acompanhar e analisar os atendimentos da área de Apoio ao Cliente, conforme será tratado adiante.

Optou-se pela observação e gravação dos atendimentos, em determinados momentos foi possível fazer a autoconfrontação e em outros, foi realizada entrevista buscando resgatar atendimentos ou situações anteriores. Os atendentes sabiam que os atendimentos eram gravados e, aos poucos, ficaram à vontade para se manifestarem.

Buscando a “imersão”, o período total de observação foi de 8 meses e na área de Apoio foi de 6 meses. Não foi estabelecido um critério “a priori” de quais atendimentos seriam observados, foram privilegiadas as situações de atendimentos que envolviam análise da auditoria. Sempre que um atendente ia até a auditoria, era acompanhado pelo pesquisador que continuava gravando o atendimento, incluindo as verbalizações do auditor. As observações não tinham dias e horários fixos, mas ocorriam por períodos de 4 a 6 horas, três vezes por semana.

No decorrer dos atendimentos, foi se delineando a questão das negativas e dos desdobramentos que a situação acarretava para os atendentes e para a organização. A AET propõe ainda que a sua intervenção se dê de forma a assegurar a compreensão dos próprios trabalhadores acerca da sua atividade, colocar a questão da atividade em evidência e permitir aos trabalhadores e à direção da empresa pensar a representação da atividade no contexto geral da empresa. Considerando que

“a ergonomia tem pelo menos duas finalidades: o melhoramento e a conservação da saúde dos trabalhadores, e a concepção e o funcionamento satisfatórios do sistema técnico do ponto de vista da produção e da segurança” (WISNER, 1994:77).

Espera-se que a pesquisa possa contribuir para a compreensão e adequada representação da atividade dos operadores e servir de instrumento de transformação das condições efetivas do trabalho podendo colaborar com a

perspectiva de trabalhar de forma simultânea e coerente à organização do trabalho e à formação dos operadores.

Nesse capítulo buscou-se situar a assistência médica suplementar e o quadro institucional onde está localizada a OPS BH. Foi também o momento de se definir o problema, a hipótese e a metodologia que orientou a pesquisa. O passo seguinte será buscar compreender se a atividade de atendimento face a face numa operadora de saúde, tem referências com outras situações de atendimento, apontando suas similaridades e suas diferenças, conforme se verá no próximo capítulo. Para isso serão apresentados conceitos sobre a relação de serviço que afirma que existe “produção industrial de serviço” tanto na área de serviços quanto na indústria.

Esse capítulo finaliza tendo apresentado a configuração atual da assistência médica e anunciado em que contexto as relações de atendimento vão ser estabelecidas. O pano de fundo da atividade de atendimento em uma operadora de saúde é um contexto regulado por legislação específica, marcado por uma legislação e regulado por um conjunto de regras que as próprias operadoras podem criar. No capítulo 4, serão apresentadas situações de atendimento com as quais o atendente se depara.

3. INDÚSTRIA, SERVIÇOS E SERVIÇOS DE SAÚDE

O setor de serviços vem ganhando importância cada vez maior em muitos países que, outrora, tiveram sua economia fortemente baseada na atividade industrial (CAON, CORREA, 2002). No Brasil, o crescimento da área de serviços também acompanha essa tendência mundial e é isso é um fato indiscutível. O crescimento da área de serviços se deve a fatores de ordem político-social e tecnológica, dentre os quais se destacam, a urbanização que torna necessários serviços como segurança e transporte urbano; as mudanças demográficas que demandam serviços específicos para crianças e idosos; a participação da mulher no mercado de trabalho que pode implicar em demanda por serviços domésticos ou de creches e transporte escolar. Por fim, as mudanças tecnológicas que podem criar formas novas de prestação de serviços, tais como: reservas e vendas de passagens aéreas, ensino à distância, compra de produtos pela Internet e consulta a bancos eletrônicos, entre outros. Esse período seria caracterizado, dentre outros aspectos, pela preocupação com a qualidade de vida, indicada pela procura por serviços como saúde, educação e lazer (GIANESI E CORREA, 1996; CAON E CORREA, 2000; FITZSIMMONS E FITZSIMMONS, 2005).

Diante do incremento das atividades em serviço, os olhares dos pesquisadores deverão ir além da dimensão numérica do setor e buscar compreender a perspectiva dessa atividade produtiva (SALERNO, 2001). Nessa tentativa, é possível confrontar posições diversificadas. Serão tratadas algumas delas. Em certa medida, serviço é mais reconhecido pelo que não é, ou seja, em *definições residuais*. Assim o “setor de serviços abrange tudo que não está incluído na produção extrativa e de transformação” (OFFE, 1991).

Outros pesquisadores se referem a uma provável dicotomia entre produtos e serviços, baseando-se em critérios físicos para diferenciá-los. Por essa linha de raciocínio, essas supostas diferenças consideram a imaterialidade dos serviços em contraposição ao produto físico. Tratam ainda da necessidade da presença do cliente e da simultaneidade entre prestação de serviço e consumo, afirmando que

serviços são prestados diretamente ao cliente e que não podem ser estocados. Entretanto, existem outros autores que reconhecem que essa dicotomia está ultrapassada, e que em ambos os segmentos é possível ter a presença do cliente considerando diferentes “*graus de frequência e intensidade do contato*” (GIANESI E CORREA, 1996; CAON E CORREA, 2000).

Em outra perspectiva, existem autores que acreditam que, cada vez mais, os setores se interpenetram e incorporam práticas em comum. Assim, o setor de serviços adquire características ditas “industriais” e a indústria busca cada vez mais oferecer serviços aos clientes. “*O setor industrial e o de serviços seriam assim tão estanques? (...) Uma empresa industrial não produziria também serviços, e uma empresa de serviços não teria igualmente seu lado industrial?*” (SALERNO, 2001:12). Nesse sentido, a indústria *descobre e incorpora a noção de serviços* e a área de serviços adota processos de industrialização, inclusive por meio do uso de critérios de produtividade que se supõe terem sido eficientes para a indústria. Na área de atendimento, a exemplo do que já acontece em teleatendimento, é possível afirmar que o segmento adota o indicador do tempo de atendimento como um critério para definir produtividade (ASSUNÇÃO, A. A., VILELA, L. V. O., 2004; SILVA, A. M., 2004; SINTTEL, 2006).

Isso se coloca como um paradoxo, apesar de todas as mudanças no mundo do trabalho, sejam de ordem tecnológica, organizacionais, sociais ou econômicas, a questão da produtividade continua sendo tratada de maneira tradicional, de acordo com critérios tayloristas. A proposta de produção em massa voltada para a área de serviços, e até mesmo com critérios tayloristas, não é pouco usual e vem crescendo a perspectiva da “*fábrica de serviços*” (SALERNO, 2001). Zarifian (1990) retoma o conceito de produtividade taylorista que ocorre mediante “*o encurtamento do tempo necessário à execução das operações de trabalho humano inseridas no processo real de produção*”. Foram criados mecanismos para estudar o tempo de trabalho, definição das rotinas operacionais e prescrição destas rotinas para os funcionários. A lógica taylorista entendia que o tempo gasto nas etapas anteriores compensaria o ganho de produtividade, ou seja, o ganho no trabalho direto compensava o trabalho indireto.

O objetivo central de Taylor era “quebrar o monopólio detido pelos operários sobre a definição dos seus atos de trabalho”. Segundo Zarifian (1990) “instaura-se, então, de forma muito precisa, uma divisão entre concepção e execução do trabalho”.

Tratar das similitudes dos segmentos é instigante uma vez que pressupõe fugir do lugar comum que “relaciona a produção de serviço com a interação com o cliente” ou dos rótulos do tipo “trabalho criativo” em serviços e “trabalho repetitivo” na indústria. Salta aos olhos o conteúdo ideológico que estas afirmativas possuem, como se trabalhar com serviços significasse uma passagem, do “velho para o novo”, da “era do trabalho para a era do lazer” e por aí em diante (SALERNO, 2001).

Outra dicotomia freqüente é a que relaciona serviço a trabalho imaterial e a indústria a trabalho material. Novamente, existem críticas à esta clivagem e evidências de que os limites não são tão distintos, pois uma indústria teria igualmente seu lado de prestação de serviço, desde a produção, quanto, por exemplo, nos serviços de pós venda, assistência técnica e de relacionamento com o consumidor. A área de serviços também tem seus momentos de materialidade, um pedido feito pelo telefone ou Internet, deverá chegar ao consumidor, para tanto serão necessários mobilizar vários recursos e momentos materiais. Do mesmo modo, para atender um cliente que solicita instalação de Internet, conserto de iluminação externa ou de saneamento básico, serão necessárias obras de infra-estrutura para viabilizar, por exemplo, cabeamento para Internet ou postes para instalação elétrica. Considerando que a linha que distinguia a manufatura da prestação de serviços não é mais tão visível, acreditamos que tanto a produção industrial quanto a produção de serviços contemplam momentos materiais e imateriais de produção. Assim prestar serviço é uma alternância de momentos materiais e imateriais (LIMA, SOARES E LEAL, 2002; FITZSIMMONS E FITZSIMMONS, 2005).

Compondo esse cenário, a categoria trabalho também passa por modificações. Segundo vários pesquisadores estabeleceu-se a “era do pós

fordismo” em que o trabalho se reveste de características diferentes do período fordista, havendo uma negação do trabalho parcelado, mecanizado e tido essencialmente como trabalho manual. Haveria sim um tipo de trabalho *“imaterial”* em contraposição ao trabalho material, sendo que o trabalho imaterial se caracterizaria pela intelectualização geral e crescente, onde a atividade de vigilância na forma de acompanhamento dos sistemas automatizados passa a exigir do trabalhador capacidade de diagnósticos e intervenções como, por exemplo, em casos de pane (LIMA, 2006). Conforme Lazzarato & Negri (2001) *“(…) o trabalho do operário é um trabalho que implica sempre mais, em diversos níveis, capacidade de escolher entre diversas alternativas e, portanto, a responsabilidade de certas decisões”*.

3.1. A PRODUÇÃO INDUSTRIAL DE SERVIÇO

Zarifian (2001) argumenta que existe uma lógica de *“produção industrial de serviço”*, considerando que a indústria realiza diretamente a relação de serviço quando os bens produzidos conseguem *“prestar um serviço”* e que o setor de serviços também realiza esta tarefa uma vez que esta é sua finalidade. Dessa forma, *“a distinção entre serviços (no plural) e relação de serviço (no singular) não é gratuita.*

“(…) uma produção que incorpora, nas suas tecnologias, na sua organização social, nos seus objetivos de eficiência, princípios semelhantes aos que são desenvolvidos na grande indústria e que os aplica, modificando-os, na produção de serviço” (ZARIFIAN, 2001: 69).

A *“lógica de serviço”*, preconiza que o serviço *“não é somente o ponto de chegada da produção”*, uma vez que a realização do serviço é também o que justifica a sua existência e dá indicativos da performance da empresa no seu negócio. Partindo desta lógica, o usuário do serviço tem um papel muito mais forte e passa a ser referência para pesquisar a qualidade do serviço prestado. É

evidente que uma certa gama de produção de bens e serviços tem como característica um alto conteúdo relacional” (SALERNO,2001:16).

No presente caso, esses aspectos também são considerados, entretanto a avaliação se presta a verificar se a rede contratada cumpre os requisitos da operadora. Não se trata de avaliar a prestação de serviço da operadora e sim da rede contratada. O entendimento subjacente a essa forma de avaliação é de que o serviço prestado pela operadora é baseado em regras contratuais, quem presta serviços de saúde são os estabelecimentos que integram a rede credenciada. Tal raciocínio corrobora a visão da operadora de saúde como um intermediador entre o usuário e os prestadores de serviço. Enquanto a primeira relação se pauta por regras contratuais, na segunda são avaliadas a relação com o cliente de modo a satisfazer sua expectativa.

A rigor, a noção de serviço se amplia, implicando numa concepção de uma relação que deve ser estabelecida entre quem presta e quem recebe o serviço, uma vez que se trata de organizar e mobilizar de forma eficiente, recursos para *“interpretar, compreender e gerar a mudança necessária nas condições de atividade de um usuário ou cliente”*. Além de gerar esta mudança necessária, *“o serviço deve agir sobre as condições de vida ou sobre as condições de uso do cliente, usuário, de maneira que responda às expectativas deste”* (ZARIFIAN, 2001:69). Esse raciocínio se aplica a várias situações de prestação de serviço em saúde, como por exemplo, diante de uma internação hospitalar, onde um paciente é internado e mediante o tratamento realizado, ocorre uma mudança em seu estado inicial de doença para condições de alta.

Em relação ao gerenciamento da expectativa, embora a literatura sobre serviços aponte no sentido de diminuir a expectativa do cliente, o objetivo de alguma forma é atender o cliente. No presente caso, não se trata de diminuir a expectativa, o atendente vai gerenciar para de modo a reduzir de forma significativa a expectativa inicial do cliente e ainda é esperado que ao final desse processo, o cliente fique satisfeito com o que foi obtido. Assim, o atendente tem que verificar qual é a expectativa do cliente para decidir qual é a melhor forma de

dizer não, ou seja, não é para atender a expectativa do cliente é para resolver o problema da empresa.

A pesquisa de campo mostrou que a noção de que o cliente participa da relação de serviço não é totalmente aplicável para o segmento de assistência médica supletiva, pois as regras contratuais são determinantes para o acesso ao serviço de saúde. Nesses casos as regras contratuais podem funcionar como barreiras, impedimentos ao acesso do usuário. Depreende-se desta relação que a prestação de serviço que ocorre em uma operadora de saúde tem um caráter externo, pois habitualmente a operadora não presta serviços, ficando responsável pela contratação e acompanhamento da rede credenciada. Trata-se de uma relação de intermediação, entre a demanda do usuário e a oferta do prestador.

O atendimento tem como principal função verificar a liberação dentro das regras contratuais de acesso. Acrescente-se o fato de que muitos clientes das operadoras possuem contrato não regulamentado, estando, portanto, sem amparo legal para acesso a todos os procedimentos previstos pelo rol da ANS, uma vez que os contratos anteriores à Lei não se beneficiam dos mesmos parâmetros daqueles regulamentados. Nesses casos, existem duas formas de impedimento, num primeiro momento pelo não pertencimento à esfera da macro regulação representada pela ANS e no momento seguinte por regras de acesso previstas em contratos anteriores à legislação.

No próximo capítulo será detalhado o processo de atendimento de forma a possibilitar a análise e o acompanhamento das situações em que o atendente, em determinados momentos, deverá informar ao cliente que algum procedimento ou tratamento foi negado e lidar com os imprevistos decorrentes desta situação.

4. DESVENDANDO O ATENDIMENTO FACE A FACE NA OPS BH

Para explicar como funciona o atendimento face a face na OPS BH, serão apresentados aspectos referentes à organização do atendimento, estrutura organizacional, áreas de interface com o atendimento e definições de atribuições destas áreas. Após esta visão geral do atendimento, será privilegiado o estudo do atendimento face a face e a atividade do atendente frente às negativas de autorização, foco principal desta análise, conforme explicitado anteriormente.

4.1.VISÃO GLOBAL DO ATENDIMENTO

O setor de atendimento ao cliente da OPS BH faz parte da GRCI (Gerência de Relacionamento com o Cliente Individual), que por sua vez, integra a Superintendência de Comercialização, conforme Figura 2 - Organograma Funcional .

Do ponto de vista administrativo, existe um Gestor responsável pela GRCI e esta Gerência se divide em 4 áreas: Atendimento e Cadastro são subordinados ao Especialista 1 e Teleatendimento e Fala Cliente ao Especialista 2.

Área A - Atendimento e Cadastro - Responsável pelos quatro setores que realizam atendimento face a face, na sede da empresa, sendo que a área de cadastro não atende a clientes, funcionando como um setor de retaguarda.

Área B – Teleatendimento e Fala Cliente – Responsável pelo atendimento eletrônico e o Fala Cliente é o setor responsável por fornecer respostas, por telefone, às situações formalizadas pelo cliente, ou seja, quando o cliente gerou um processo interno e necessita de retorno da sua solicitação, fazer reclamação, sugestão, elogio ou crítica.

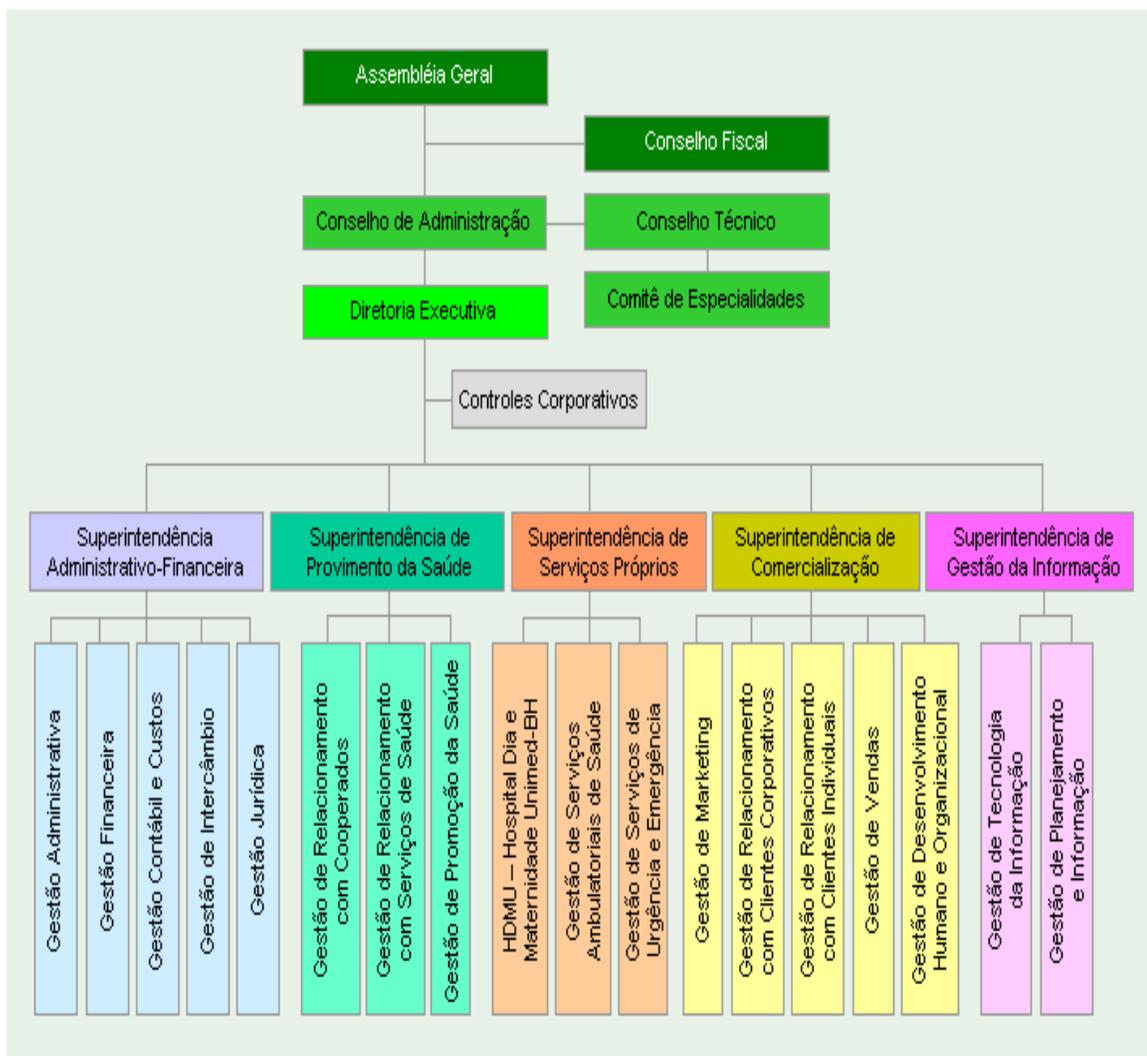


Figura 6 - Organograma Funcional – Fonte: Intranet da OPS BH Acesso em 14/12/2006

A GRCI atende tanto os clientes individuais quanto os clientes empresariais. Apesar de não existir um impedimento formal para que o cliente de plano empresarial procure diretamente a operadora, quando isto ocorre, ele é orientado a buscar atendimento em sua própria empresa e esta última definirá se será necessário buscar a operadora. A operadora espera que a empresa contratante acompanhe as liberações ou negativas de atendimento e possa ajustar a contratação a sua demanda. Se a empresa contratante ainda não tiver

feito a migração, pode definir por fazê-la, considerando as necessidades dos seus usuários.

O foco da análise será a Área A, especificamente no atendimento face a face, sem contudo, deixar de considerar que, a despeito das divisões setoriais, do tipo cliente individual, cliente empresarial, teleatendimento, atendimento face a face, pretende-se, neste momento, apresentar elementos que possibilitem pensar no serviço como um todo. O cliente que liga para o teleatendimento e depois comparece à Sede, tem necessidades que precisam ser tratadas, independentemente de qual setor lhe dará esta resposta. Considerando esta amplitude é que se pretende apresentar todas as áreas e revelar a interdependência das áreas.

O fio condutor da análise passa por situar a GRCI dentro da operadora, definições de atribuições, particularidades no processo de atendimento, até chegar à atividade do atendimento face a face na área de Apoio ao Cliente, evidenciando situações em que o atendente é o interlocutor das negativas da organização. Afinal o “não” que é dito pelo atendente, tem início em outros processos definidos pela organização.

Do ponto de vista histórico, os últimos 10 anos foram decisivos para a OPS BH, que inovou e reestruturou vários aspectos de sua gestão (FERRARI *et al*, 2003). Um gestor se refere a este período considerando que a gestão atual da OPS BH teve que se estabelecer em um contexto marcado pela regulamentação recente, movimentos do consumidor, estatuto do idoso e conquistar a confiança do cooperado que estava em expectativa quanto à gestão, pois a Diretoria anterior, permaneceu no poder por mais de 20 anos. Segundo os gestores, um dos investimentos iniciais foi feito na aquisição e customização de um sistema de banco de dados denominado “Autorizador”. O sistema contém dados cadastrais dos clientes (data do contrato, datas de cobrança e pagamento, plano do cliente,

histórico de autorizações e internações, entre outros), rol de procedimentos da ANS, regras contratuais, procedimentos que dependem de auditoria ou de perícia, regras e critérios para fornecimento de materiais, dados dos cooperados e dados dos prestadores de serviços. Segundo um Especialista da OPS, o critério para liberação imediata no sistema “Autorizador” é “baseado em custo e complexidade”, sendo que, diante do aumento destas variáveis, é necessária a avaliação médica para definição. A OPS BH optou por investir em operações²³ próprias e informatizar parte dos procedimentos para autorização no teleatendimento, conforme será tratado a seguir.

Deste modo, todo e qualquer atendimento se inicia pela conferência de dados do cliente através do sistema de computador, a primeira existência do cliente é dentro do sistema da operadora. Ao acessar o cadastro do cliente, o atendente tem acesso a várias informações necessárias ao atendimento, como tipo de plano, desde quando é cliente, como é feito o pagamento e histórico de utilização e pontualidade no pagamento, entre outras.

Concomitantemente à aquisição do sistema, foram desenvolvidas outras medidas para reestruturação do atendimento. Até 2002, o atendimento aos clientes era feito na Sede da OPS e também nos denominados Postos de Atendimento, que estavam instalados em hospitais com grande fluxo de clientes e em locais estratégicos de trânsito da cidade de Belo Horizonte e Região Metropolitana. Ou seja, a perspectiva era de atendimento descentralizado. Ainda assim, segundo os gestores, o fluxo de clientes à OPS BH era intenso e então reformularam todo o processo de atendimento. Diante disso a OPS BH optou por terceirizar o processo de atendimento, através da contratação de empresa especializada em teleatendimento. À época a avaliação foi feita considerando que o teleatendimento representava a possibilidade de i) informatizar a maior parte

²³ Através de seu planejamento estratégico, a empresa definiu alguns focos de atenção, tais como: relacionamento com cooperados, atenção básica à saúde, monitoramento de grupos de risco etc.

dos procedimentos de autorização²⁴; ii) melhoria do atendimento com mais conveniência e comodidade para o cliente.

A opção organizacional por terceirizar parte do trabalho de atendimento ao cliente por meio de teleatendimento, guarda relação com as “*novas lógicas organizacionais*”. A este respeito CASTELLS (1999) afirma que presencia-se o “*declínio da grande empresa verticalmente integrada como modelo organizacional*”. Passa a haver a concepção de que a desintegração vertical é uma forma de produzir com mais eficácia, através da otimização do processo e conseqüente diminuição dos custos. Por desintegração vertical entende-se que é possível reduzir níveis hierárquicos e a empresa poderia se concentrar em determinados processos e buscar fornecedores para outros, ou seja, pode-se produzir ou comprar produtos e componentes a partir de uma decisão estratégica da própria empresa. Segundo o Gestor da GRCI, a partir desta opção, houve fechamento dos postos de atendimento, a transferência da autorização dos procedimentos para o teleatendimento e a estruturação do atendimento face a face.

A “*empresa horizontal*” é uma rede dinâmica e estrategicamente planejada de unidades autoprogramadas e autocomandadas com base na descentralização, participação e coordenação (CASTELLS, 1999). Integra esta perspectiva a terceirização de processos considerando que redes são mais leves que a empresa hierárquica tradicional e sua hierarquia se apresenta de forma mais sutil. Dentro de uma rede existem relações de poder e hierarquia em diferentes graus, sendo possível se evidenciar a hierarquia através das regras de um contrato formal entre as partes (CASTELLS, 1999). Esta realidade pode ser percebida no campo de pesquisa, pois, apesar do teleatendimento ser prestado por uma empresa terceirizada, a OPS BH, como contratante dos serviços, contando com um Especialista e de uma equipe de apoio da OPS BH que trabalha lotada nas dependências da empresa terceirizada, acompanha o funcionamento do

²⁴ Para informações sobre alguns procedimentos que podem ser autorizados pelo teleatendimento vide Anexo 4

teleatendimento, seja *“in loco”* e também pelas manifestações dos clientes através do “Fala Cliente”.

Em relação ao atendimento aos clientes, um dos objetivos da operadora é de que o contato seja feito preferencialmente por meio do teleatendimento. Conforme um Especialista da GRCI, *“o nosso maior objetivo é que os clientes só viessem aqui quando não houvesse outra alternativa”*. O atendimento face a face seria usado somente em casos que não pudessem ser resolvidos pelo telefone. Segundo um Especialista da área *“Noventa e oito por cento das demandas de atendimento são resolvidas através do teleatendimento”*. E explica que esse percentual significa que *“98% do total dos procedimentos que fazem parte das coberturas dos contratos da OPS BH podem ser resolvidos pelo 0800”*

Existe uma ação intencional voltada para o encaminhamento do cliente para o teleatendimento como via preferencial de contato com a operadora. Essa ação inclui todas as formas de comunicação com os clientes, seja através dos impressos emitidos pela operadora e direcionados para o cliente e também toda a estrutura de comunicação interna e externa enfatiza o uso do teleatendimento. Esta mensagem é veiculada no boleto bancário enviado aos clientes, nos folhetos expostos no setor de atendimento face a face, no luminoso onde é chamada a senha de atendimento e nos impressos disponibilizados para contato com a operadora. O cliente é sistematicamente lembrado do teleatendimento.

Quando os procedimentos não estão previstos para autorização por telefone ou são situações em que é necessária a presença do cliente, os casos são atendidos no atendimento face a face. São situações que envolvem a perícia médica para definir pela liberação ou negativa do procedimento ou necessidade de complementação de informações, verificação dos exames complementares ou exames anteriores, relatórios médicos ou justificativa para realização do procedimento. O cliente pode, através das opções do teleatendimento, agendar a

perícia, mas invariavelmente terá que ir à Sede para realizá-la. Outro exemplo típico de clientes que precisam ser atendidos pessoalmente ocorre quando o cliente é de intercâmbio²⁶, ou seja, o seu contrato não é com a OPS BH e sim com outra operadora do Sistema, sendo assegurado seu atendimento fora do domicílio em situações de urgência ou emergência. Tais situações são ambulatoriais, ou seja, sem internação, pois, nesse caso, este processo seria conduzido pelo hospital. Ao longo da descrição do processo e no detalhamento da atividade do atendimento, essas situações ficarão mais definidas.

Considerando a dimensão de prestação de serviços, e das diferentes formas de contato com os clientes, numa abordagem mais gerencial para a área de serviços, as áreas são distinguidas pela perspectiva de contato com o cliente.

As atividades de alto contato também são chamadas de atividades de linha de frente' ou de *'front office'*. As atividades que ocorrem sem contato com o cliente são chamadas de atividades de 'retaguarda' ou de *'back office'* (CAON, CORREA, 2002:66).

O Fluxograma 1 apresenta de forma esquemática uma visão global do processo de atendimento da OPS BH, mostrando as possibilidades de atendimento pelos setores da "linha de frente" e da "retaguarda".

VENDA - O processo se inicia com a venda do plano de saúde e a determinação das regras contratuais, definições de cobertura e carências. O comprador pode ser individual, familiar, empresarial ou agremiações e associações de classe, conforme informado anteriormente. Caberá ainda o preenchimento, por parte do comprador, da "Declaração de Saúde" , dando ciência à Operadora de sua situação de saúde e eventuais doenças anteriores à contratação, conforme prevista na legislação.

²⁶ Os clientes de outras localidades diferentes da área de atuação da empresa deverão solicitar a autorização em Belo Horizonte e aguardar a autorização vinda da cidade de origem. Este processo é denominado "autorização de cliente de intercâmbio".

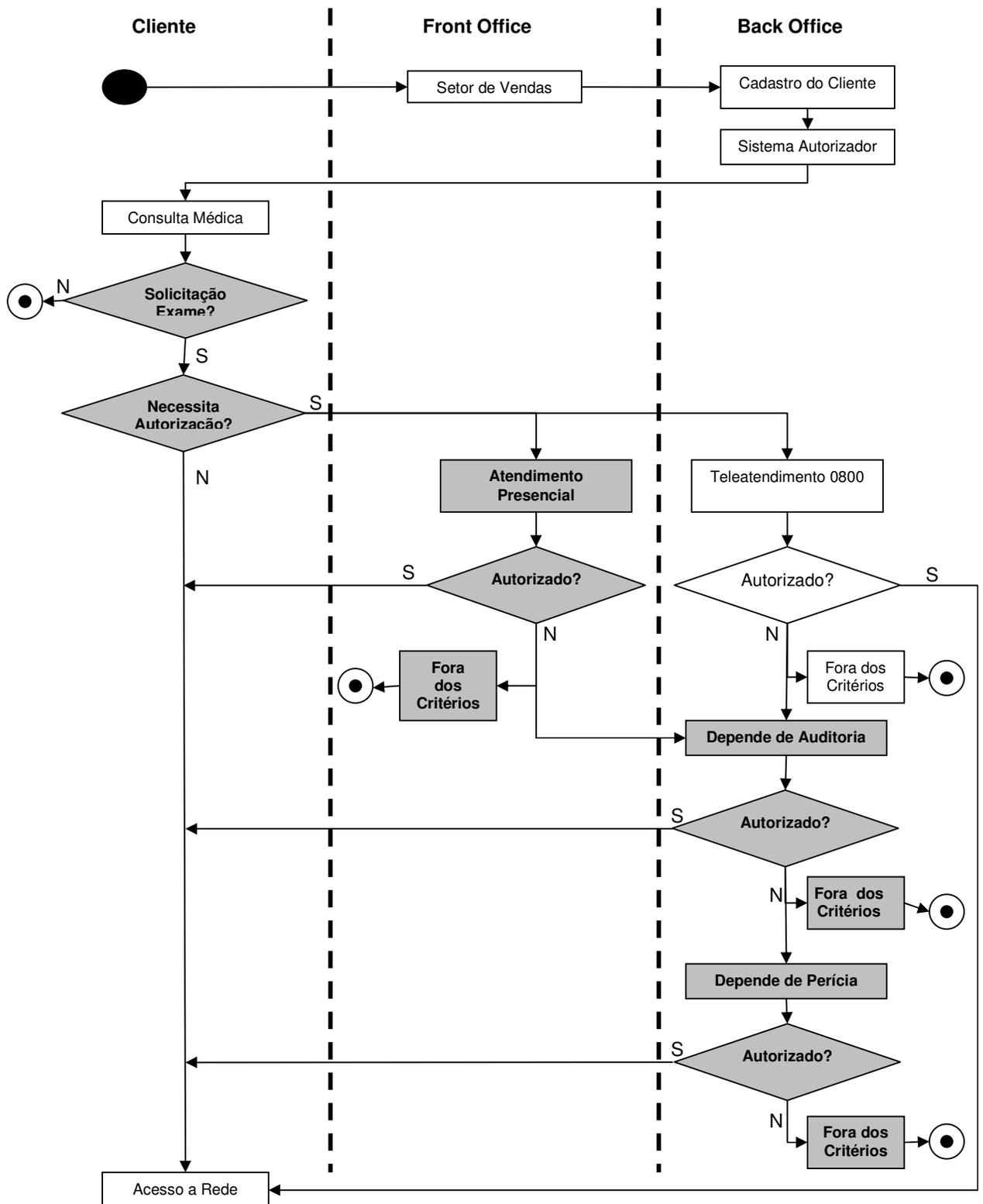
CADASTRO - Trata-se do momento da entrada dos dados do cliente no cadastro, verificação da documentação, análise e registro das movimentações dos clientes (cancelamentos, inclusões, mudanças de planos, mudanças de endereço, mudanças de forma de cobrança, mudanças de acomodações, etc). Este setor trabalha na retaguarda do atendimento, inserindo e disponibilizando informações para o atendimento.

SISTEMA AUTORIZADOR – A partir da entrada dos dados cadastrais do cliente, o programa de computador da operadora contém as regras contratuais para autorizações. Os dados são disponibilizados para o teleatendimento e para o atendimento presencial, no Fluxograma 1, sendo representado pela “Sede”.

AUDITORIA MÉDICA - Tanto o atendimento presencial quanto o teleatendimento devem recorrer à Auditoria Médica sempre que o procedimento codificado estiver relacionado como “DEPAUD” (Depende de Auditoria), ou seja, a autorização somente poderá ser dada mediante liberação da auditoria, o que oportunamente será detalhado. A autorização ou a negativa poderá ser informada pelo teleatendimento ou pelo atendimento presencial dependendo, neste caso, da forma que o cliente solicitou a autorização. Caso tenha sido pelo teleatendimento a resposta lhe será dada após o retorno da auditoria, o que pode demandar algumas horas, diferentemente do atendimento presencial, onde o retorno, na maioria das vezes, é imediato. Ainda no atendimento presencial podem ocorrer situações onde o auditor recomenda que o atendente aguarde o especialista para dar um parecer e, nesta hipótese, o cliente também será avisado oportunamente.

CLIENTE – A demanda do cliente se inicia após uma solicitação médica de um exame ou de um procedimento. O cliente poderá comparecer à Sede por solicitação da Auditoria ou da Perícia Médica, ou seja, ele pode solicitar uma liberação pelo teleatendimento e ser informado de que deverá comparecer pessoalmente à Sede para ser examinado ou fornecer complementação de informações e apresentação dos exames de diagnóstico para os peritos. Como também poderá optar, por razões próprias, pelo atendimento face a face.

O Fluxograma 1 apresenta uma visão geral da GRCI, composta da área de área de teleatendimento e do atendimento face a face. A área onde se situa o campo da pesquisa está destacada de forma a permitir a visualização da atividade inserida no interior da organização. É oportuno reafirmar que o teleatendimento está no campo destacado apenas para enfatizar que, apesar de esta ser a opção mais usual, existem casos em que o atendimento face a face decorre do teleatendimento. Diante disso, o teleatendimento será citado para tratar desta interdependência organizacional.



Fluxograma 1 – Apresentação global do processo de atendimento da GRCI

4.2. TELEATENDIMENTO

O objeto da pesquisa conduz à análise sobre o teleatendimento, considerando que, caso o cliente não obtenha a informação desejada no sistema de teleatendimento, buscará o atendimento presencial. A observação da atividade mostrou que alguns usuários preferem o atendimento face a face, a despeito da alardeada comodidade do teleatendimento.

Embora não seja o foco específico desta pesquisa, como a maior parte do atendimento da operadora se dá através do teleatendimento, torna-se importante situar seu funcionamento, como forma de trazer mais evidências para a proposição de desvendar o processo de atendimento presencial da OPS BH.

Outra razão, não menos importante, seria a concepção de que o processo de atendimento se dá através de todas as estruturas organizacionais que fazem interface com o atendimento presencial. Em uma organização existe um conjunto de ações voltadas para o atendimento e os setores, diretos ou indiretos, participam deste atendimento como um todo.

Em matéria veiculada em 14/05/2006 em um jornal de circulação nacional, o enunciado foi taxativo “O atendimento de *call centers* das empresas tem deixado o consumidor brasileiro descontente”. Segundo esta pesquisa, realizada em quatro capitais brasileiras, com cerca de 13 mil pessoas “mostrou que 56% dos que precisaram do serviço não tiveram solução para o problema apresentado”. Os motivos da insatisfação são de ordem diversa, tais como, “o atendimento eletrônico, com longas e mal administradas esperas e diversas dificuldades de contato com o atendente”. Os consumidores ouvidos na pesquisa reclamaram também do “tempo excessivo de espera da transferência do atendimento eletrônico para o humano e a longa duração de todo o tipo de mensagens”. Também foram considerados “a falta de cumprimento de prazos, a qualidade da solução dos problemas dos clientes e a do atendimento humano também entraram na pesquisa como defeitos do serviço”.

O teleatendimento, para ser efetivo, demanda alguns cuidados que fogem, em alguns casos, à possibilidade de controle da operadora ou do próprio atendente. Certos casos são resolvidos desde que o paciente consiga ler para o atendente o código do serviço solicitado, mas isto pressupõe que o médico tenha codificado a solicitação. Caso o médico não tenha codificado, o paciente talvez consiga informar ao atendente o procedimento e, neste caso, o atendente pode localizar o código no sistema. Um folder na recepção da operadora orienta o cliente sobre o uso do teleatendimento e lhe dá *“Dicas para usar melhor”*, cuja reprodução é a seguinte:

- “Tenha sempre em mãos o seu cartão de usuário.
- Peça ao médico para preencher corretamente e com letra legível a Guia de Serviços. O preenchimento incompleto pode causar transtornos na hora da autorização.
- Todos os campos da Guia são obrigatórios. Solucione suas dúvidas com o seu médico na hora da consulta.”

Quadro 9 – Folder da OPS BH “Dicas para usar melhor”

Um folder institucional enfatiza que a opção do teleatendimento proporciona *“agilidade, conveniência e mais conforto para autorizar procedimentos, solucionar dúvidas, atualizar informações e muito mais. Tudo isso sem sair de casa. Precisou é só ligar”*.

As empresas que fazem opção por envolver o cliente na resolução de um problema relativo ao atendimento, devem se preocupar em informá-lo e treiná-lo para que isto seja efetivo. Quando se espera que o cliente consiga informar corretamente todos os campos da guia para obter uma autorização através do teleatendimento, existe aí, uma forma implícita de atribuir uma tarefa ao cliente. Uma tarefa que seria da própria empresa, em função da centralização das autorizações através do teleatendimento, o cliente passa a executá-la.

A característica de os serviços requererem que o cliente tenha pelo menos algum tipo de contato com o processo produtivo abre possibilidades de que algumas atividades produtivas sejam ‘delegadas’ ao cliente. Isso traz evidentes vantagens do ponto de

vista da produtividade no processo, pois, caso atividades não sejam delegadas a clientes, elas terão que ser feitas por pessoal do próprio processo prestador, consumindo assim mais recursos e , portanto, incorrendo em mais custos (CAON, CORREA, 2002:62-3).

Esta característica não é exclusiva do setor de serviços, uma vez que a indústria também fornece manual para que o cliente. Contudo, existem riscos associados a este processo de “*delegação*” de tarefas ao cliente e este processo “*passa a ser uma possível fonte de falhas e defeitos*” (CAON, CORREA, 2002).

Considerando a necessidade de informar e treinar o cliente para o teleatendimento, o conteúdo do folder da OPS BH transcrito abaixo, detalha as opções para os clientes que ligam para o teleatendimento:

<p>Atenção para as opções do atendimento eletrônico:</p> <ul style="list-style-type: none">• Opção 3 <p>Para urgências e emergências médicas</p> <ul style="list-style-type: none">• Opção 5 <p>Se você já é nosso cliente, tecle esta opção e escolha novamente:</p> <p>Opção 5 para autorização de exames e procedimentos médicos como fisioterapia, ressonância magnética, tomografias, partos, internações e cirurgias, agendamento de perícias ou confirmação de autorização para clientes de outras unidades.</p> <p>Opção 7 para mudança de plano.</p> <p>Opção 9 para informações sobre médicos cooperados e rede credenciada, solicitação de 2ª via de boleto ou cartão magnético, atualização de dados cadastrais, alteração na data de vencimento e outros serviços.</p> <ul style="list-style-type: none">• Opção 7 <p>Para compra ou informações sobre novos planos.</p> <ul style="list-style-type: none">• Opção 8 <p>Para atendimento exclusivo aos prestadores de serviços de nossa rede credenciada.</p>
--

Quadro 10 – Folder da OPS BH com orientações sobre Teleatendimento.

Durante o período de observação do atendimento face a face, foi possível ouvir os clientes, durante a triagem do atendimento, informarem sobre eventuais dificuldades com o teleatendimento. Um deles, após expor o seu problema, finalizou dizendo *“acho que as coisas por telefone são complicadas mesmo”*, outro cliente disse que *“...o que mais estressa é ter que explicar tudo para uma pessoa que depois responde... vou te encaminhar e depois a gente tem que falar tudo de novo...”*. Esses e outros comentários dos clientes denotam que, em alguns casos, os clientes preferirão o atendimento presencial. O atendimento face a face é também uma alternativa para os casos que poderiam ou foram tratados pelo teleatendimento, mas que não foram resolvidos. O Quadro abaixo relaciona algumas das situações que não podem ser resolvidas pelo teleatendimento.

Tipos de situações que não podem ser resolvidas pelo teleatendimento
<ul style="list-style-type: none">• Intercâmbio• Pagamento dentro do prazo de até 60 dias (2ª via de boleto e negociação)• Pagamento de boleto após 60 dias – Setor de Cobrança (que é externo)• Vendas de plano (que é externo)• Migração de planos• Procedimentos que dependem de Avaliações da Perícia Médica• Complementação de informações e/ ou resultados de exames para Auditoria Médica• Entrega de catálogo• Cancelamento de plano• PEA / seguro• Abertura de processos de concessão e reembolso• Acordos para pagamento de exames e procedimentos

Quadro 11 – O que não se resolve pelo Teleatendimento. Fonte: OPS BH

Buscando contribuir com a análise das situações que não são resolvidas pelo teleatendimento e voltar o foco para a atividade de atendimento, adiante será apresentada uma categorização das situações mais freqüentes que demandam o atendimento presencial. A idéia central é buscar conhecer o que há de típico nestas ocorrências e situar a atividade do atendente nestas situações. Claramente se esboça uma questão que é de levantar que tipo de ocorrências não podem ser atendidas pelo teleatendimento, uma vez que, segundo informações da organização, 98% dos procedimentos estão disponibilizados para

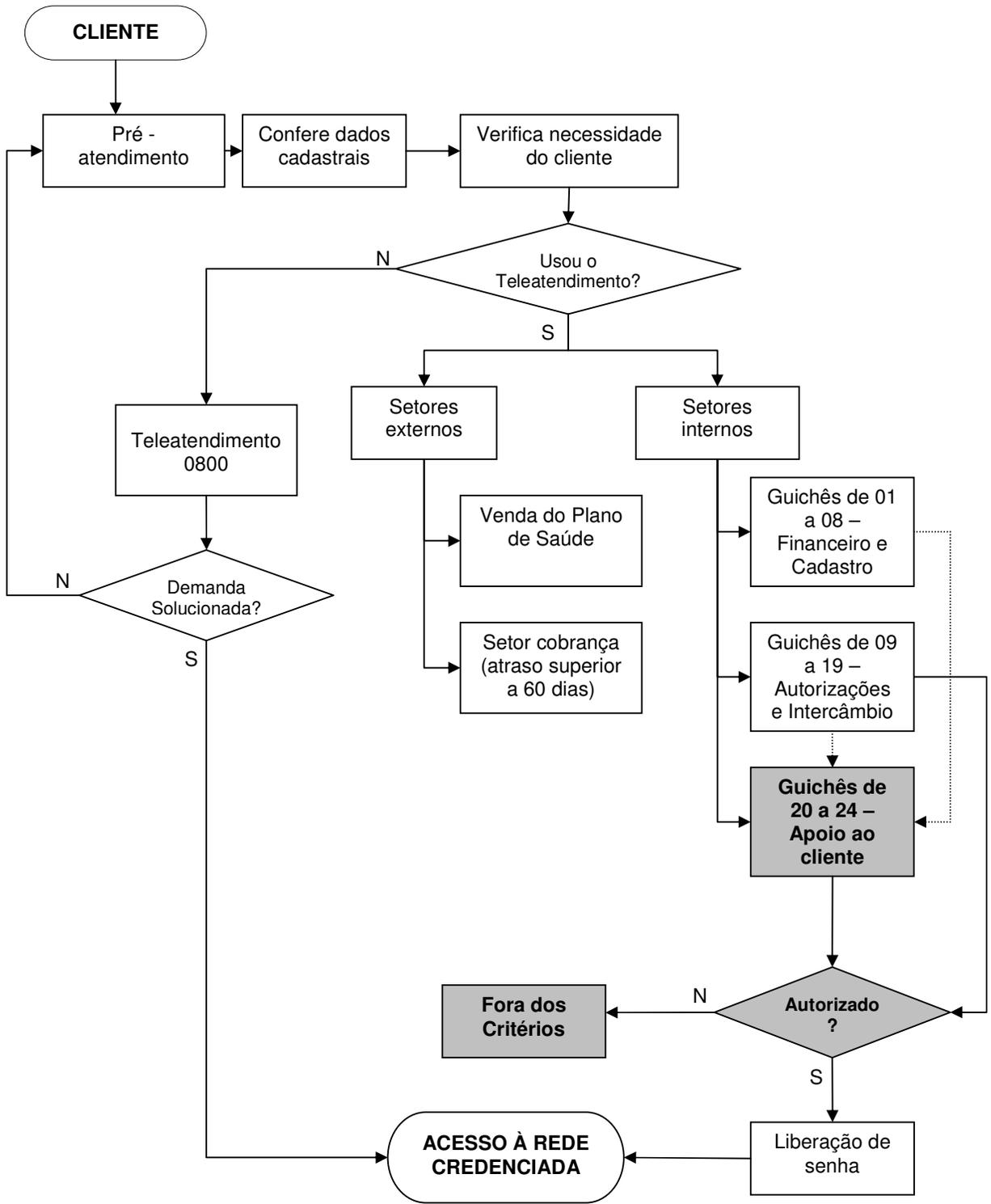
autorização por essa forma de atendimento. No próximo capítulo as situações serão detalhadas de forma a possibilitar sua compreensão.

4.3. ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE ATENDIMENTO FACE A FACE

O atendimento face a face é realizado por quatro setores, a saber:

- Pré –atendimento;
- Atendimento Financeiro e Cadastro;
- Atendimento para Autorização;
- Apoio ao Cliente.

O Fluxograma 2 resume o sistema de atendimento face a face, desde a triagem feita no Pré-atendimento e as etapas seguintes do atendimento, bem como relaciona algumas situações que podem necessitar do atendimento face a face. O Pré-atendimento tem a tarefa de distribuir as demandas para os demais setores internos e externos, sendo que dois dos setores, Financeiro / Cadastro e Autorização / Intercâmbio, têm a prerrogativa de, após efetuar o primeiro atendimento, redirecionar o usuário para o Apoio ao Cliente, conforme será detalhado a seguir. Novamente foi destacado no Fluxograma, o campo que interessa ao objeto desta pesquisa, que são as áreas de atendimento interno e especificamente a área de Apoio ao Cliente.



Fluxograma 2 -Esquema do processo de atendimento face a face na OPS Belo Horizonte

4.3.1. PRÉ-ATENDIMENTO

É o setor que faz atendimento inicial ao cliente, sendo responsável por verificar sua necessidade, emitir uma senha e encaminhá-lo ao atendimento propriamente dito. Todo cliente deve obrigatoriamente se dirigir ao pré-atendimento e, se assim não o fizer, não será atendido pelos demais, sendo reconduzido ao pré-atendimento. Está localizado logo na entrada do prédio da OPS BH, no andar térreo, próximo à Recepção dos visitantes e os demais setores de atendimento e respectivas chefias, também estão neste mesmo andar. O cliente não tem acesso às demais dependências do prédio, que é limitado por catracas eletrônicas somente liberadas através de crachás codificados. Apenas visitantes autorizados têm acesso às demais dependências. O quadro abaixo reproduz a tela inicial do Terminal de Emissão de Senhas e relaciona as opções para encaminhamento aos guichês pré-definidos para atendimento.



Quadro 12 – Tela inicial do sistema para emissão de senha. Fonte: OPS BH

A tarefa do pré-atendimento é ouvir a demanda do usuário e encaminhá-lo ao guichê adequado. Assim que o cliente chega, o atendente verifica sua situação no sistema de informação e, ainda neste primeiro momento, confere seus dados cadastrais (tipo de contrato, regularidade de pagamento, tipo de solicitação, entre outros) e realiza a triagem por tipos de solicitações. Embora esta atividade não seja o foco de análise, é uma etapa importante para os passos seguintes do atendimento. Para realizá-la, o atendente tem que fazer várias perguntas, análises e sínteses para encaminhar de forma adequada e, inclusive, verificar que situações são resolvidas por setores externos ao atendimento, por exemplo, atrasos no pagamento da mensalidade de até 60 dias são encaminhados para os guichês de 01 a 08, superiores a 60 dias, deverão ser encaminhados para o Setor de Cobrança, que funciona fora da Sede da OPS BH, e que atende especificamente esta situação.

Durante o período de observação deste setor, foram constatadas algumas peculiaridades no pré-atendimento. Quando os clientes vêm solicitar autorização de atendimento para procedimentos que podem ser autorizados pelo teleatendimento, os atendentes perguntam se a pessoa tentou obter esta autorização, se houve algum problema e qual foi. O cliente informa se fez ou não o contato. Se o contato foi feito e não foi resolvido, pode ter havido problemas diversos, tais como: incompreensão do código do procedimento, a ausência de codificação, o médico pode não ser cooperado, o contrato não prevê cobertura, limitação contratual etc.

Se o cliente não tentou usar o teleatendimento, o atendente lhe informa desta possibilidade e lhe encaminha para que ele use os equipamentos disponíveis na OPS para falar com o teleatendimento. Se a pessoa não se recusa e diz que não sabe usar, o atendente sai da área do pré-atendimento e lhe ajuda, pessoalmente, a usar o serviço. Novamente, se constata que a ênfase é para o teleatendimento e que os atendentes estão buscando 'ensinar' ao cliente como usá-lo. Se o atendente 'julgar' que o cliente não saberá usar o teleatendimento, por exemplo, se for idoso ou se o cliente se nega a usar, mesmo sendo possível a autorização pelo teleatendimento, ele será encaminhado para o setor de

autorização. O movimento diário pode chegar a 1.300 atendimentos, não computados casos em que, apesar de serem atendidos, não há emissão de senha, sendo encaminhados para os setores externos, encaminhamento para o teleatendimento e entrega de catálogos contendo endereços e telefones dos serviços credenciados.

O processo do pré-atendimento prevê a emissão da senha a partir da entrada dos dados do cliente no programa de computador e, a partir daí, passa a existir o monitoramento dos tempos de espera e atendimento, pois a senha especifica o guichê para o atendimento e hora da emissão. Após a emissão da senha, o cliente é direcionado para um dos setores de atendimento que são especializados em atender os seguintes assuntos:

Guichês de 01 a 08 Cadastro e Financeiro	Guichês de 09 a 19 Autorizações	Guichês de 20 a 24 Apoio ao Cliente
<ul style="list-style-type: none"> • Cobrança; • Negociação de débitos; • Emissão de boleto; • Alteração de endereço para outra cidade; • Movimentação de planos (inclusão, exclusão de dependentes, mudança de plano ou cancelamento) • Cadastro Biometria • Seguro PEA 	<ul style="list-style-type: none"> • Autorizações de atendimentos, tratamentos, cirurgias. • Autorizações de intercâmbio; • Transcrições de não cooperados; • Transcrições de pedidos de intercâmbio 	<ul style="list-style-type: none"> • Migração de Contratos • Cadastro/ suspensão biometria²⁷ • Reclamações / Informações Diversas • Cobranças de Co-participações • Abertura de Processos (concessão / reembolso) • Abertura de Processos para programa de monitoramento domiciliar • Emissão Autorização / Comunicação para clientes referente a Liminares Judiciais • Acordos Extra-Judiciais • Alegação de DLP (Doença ou Lesão Preexistentes) • Orientações Diversas a Clientes Intercâmbio

Quadro 13 – Apresentação das especialidades de atendimento dos guichês.

O programa de computador disponibiliza para os Facilitadores, Analista e Especialista de atendimento²⁸ qual é a situação do processo de atendimento,

²⁷ Trata-se de uma forma de identificação do usuário por meio de cadastro das digitais. É também um mecanismo para evitar fraudes na utilização do plano de saúde, dificultando o uso indevido da carteira de usuário .

²⁸ Estes três cargos representam, respectivamente, parte da hierarquia da GRCI e referem-se aos profissionais que estão presentes nas áreas de atendimento, além dos atendentes. Somente o Gestor não está presente nas áreas de atendimento, permanecendo em outro andar da Sede.

informando clientes que estão sendo atendidos, clientes em espera, tempo de espera, guichês em atendimento, guichês parados e por qual motivo (atendente saiu para almoçar, ir ao banheiro, intervalo, fazer outras atividades, entre outros). Todo atendente ao sair do seu posto de trabalho, deverá informar o motivo e esta justificativa fica disponível para a hierarquia do setor de atendimento.

4.3.2. CADASTRO E FINANCEIRO

Os guichês de 01 a 08 dão suporte à Gestão Financeira realizando atividades de cobrança como negociação de débitos, segunda via de boleto, entre outros. São também responsáveis pelo cadastro biométrico processo de entrada de dados para pagamento do PEA²⁹, negociações referentes a processos movidos pelo Movimento das Donas de Casa (MDC). Atuam na linha de frente para recebimento, conferência e encaminhamento de toda documentação necessária para alterações cadastrais dos planos, bem como recebimento de planilhas de movimentação empresarial. Estes guichês também são responsáveis pelo cancelamento de contratos a pedido dos clientes ³⁰.

Existem situações em que o atendimento pode ser redirecionado para o Apoio ao Cliente, por exemplo, quando o cliente tem um plano co-participativo, ou seja, participa das despesas do plano de saúde e, ao receber o extrato de utilização, discorda dos lançamentos e alega que não realizou aqueles procedimentos. O atendente poderá encaminhá-lo para atendimento no Apoio que é o setor especializado em regras contratuais. Nesses casos, o atendente dispõe de uma opção no programa para "redirecionar o atendimento" e o cliente volta a constar no sistema que acompanha o processo de atendimento, como alguém que aguarda o atendimento do setor de Apoio ao Cliente.

²⁹ É um seguro de vida previsto em alguns contratos antigos, consiste na cobertura assistencial gratuita para os dependentes, em caso de óbito do titular.

³⁰ De acordo com critérios pré-estabelecidos do perfil que a operadora considerada adequado, o cliente poderá ser encaminhado para a área de Retenção para evitar o cancelamento.

4.3.3.BALCÃO DE AUTORIZAÇÃO

Os guichês de 09 a 19 trabalham com autorização de procedimentos e realizam as seguintes atividades: atendimento a clientes da OPS BH com perícia agendada, clientes em intercâmbio eventual, transcrição de pedidos de médicos não cooperados para guia da OPS BH e emissão de senhas de autorização ou negativas de atendimento. Nesse setor também existe a possibilidade de “redirecionamento da senha”, que pode ocorrer, por exemplo, pelo fato de algum cliente discordar da negativa que lhe foi dada ou por algum problema no atendimento. Caso isso ocorra, o atendente poderá lhe reencaminhar para o Apoio ao Cliente.

4.3.4.APOIO AO CLIENTE

Segundo definição formal da organização, a área de Apoio ao Cliente é responsável por *“dar tratamento diferenciado aos clientes no que diz respeito às dúvidas contratuais, bem como ser um canal de captação de reclamações / solicitações”*³¹.

Os clientes poderão ser encaminhados pelo Pré-atendimento, pelo teleatendimento e demais guichês de atendimento. Cada um destes encaminhamentos se origina de um determinado tipo de demanda. O cliente, quando vem encaminhado do Pré-atendimento ou do teleatendimento, pode ser por falta de cobertura contratual, limitação contratual, questionamento de cobranças de co-participação e para proposição de acordos para pagamento de procedimentos não cobertos, entre outros. Quando vêm encaminhados dos outros guichês, pode ser para reclamação de prestadores, complementação de informações para autorização, insatisfação com os demais atendimentos, explicação sobre negativa de atendimento, entre outros.

³¹ Para maiores informações sobre a descrição das tarefas da área ver Anexo 4.

Os serviços prestados são: migração de contratos, informações diversas, abertura de processos (concessão e reembolso), abertura de processos para programa de monitoramento domiciliar, comunicação e liberação da autorização para clientes referente a Liminares Judiciais, acordos extra-judiciais, cadastro ou suspensão do cadastro de Biometria, orientação e preenchimento de documentação de alegação de DLP (Doença ou Lesão Preexistentes), orientações diversas a clientes intercâmbio (inclusive contatos telefônicos com as outras OPS's do Sistema Nacional), correções de autorizações encaminhadas pelo balcão de autorização ou teleatendimento. Existem algumas características peculiares ao setor de Apoio ao Cliente:

- **Área Física:** Trata-se do único setor de atendimento ao público em que os guichês são fechados por divisórias e vidros, de forma que quem está aguardando o atendimento, não escuta o que está sendo tratado dentro da sala. Por outro lado, em função da dimensão da sala, todos os atendentes escutam mutuamente o atendimento dos outros. Da mesma forma e pelo mesmo motivo, o supervisor também ouve todos os atendimentos.
- **Atendentes:** Segundo o Gestor da área *“são funcionários preparados... equipe tem faixa etária jovem... em início de carreira ... conhecem mais das regras e da OPS BH”*. Nenhum deles tem formação específica na área de saúde e, antes do Apoio ao Cliente, eram funcionários dos outros setores de atendimento.
- **Organização do Trabalho:** É um setor onde o Supervisor fica presente no mesmo espaço físico que os atendentes. A área dispõe de 05 funcionários, incluindo o supervisor.
- **Acompanhamento e intervenção do Supervisor:** Na área do Apoio, o Supervisor acompanha, à distância, o processo de atendimento e eventualmente intervém em algum atendimento, através do envio de mensagens instantâneas para o atendente, seja lhe repassando

argumentos, seja complementando informações e, por solicitação do atendente, esclarecendo dúvidas.

- **Acesso à Auditoria Médica** – Todos os dados necessários à avaliação da auditoria, são lançados no programa de autorização e circulam pela *intranet*. O atendimento face a face, consta no programa como atendimento prioritário, pois os clientes estão aguardando, pela definição da auditoria. Todos os atendentes do Apoio têm acesso irrestrito à Auditoria, diferentemente do setor de Autorização, onde apesar de necessitarem da auditoria, apenas o Facilitador daquela área vai até a Auditoria.
- **Contatos com rede credenciada** – Os atendentes têm autonomia para entrar em contato com qualquer prestador e buscar diretamente qualquer informação necessária ao atendimento. Enquadram-se nestas situações, eventuais desencontros de informações sobre serviços, coberturas, locais de realização, ausência de codificação e contatos com médicos cooperados para quaisquer esclarecimentos.

O Facilitador³² acompanha não apenas os momentos de atendimentos que estão ocorrendo no Apoio, como o processo de atendimento como um todo, desde a liberação da senha no Pré-atendimento. Assim, ele sabe quantos clientes estão esperando e há quanto tempo e, em alguns momentos, ele próprio começa a atender para que o indicador de tempo de espera (no máximo 4 minutos) não seja excedido. No Apoio não foi definido um limite para duração do atendimento em função da variabilidade da demanda. Trata-se de um setor em que a duração do atendimento tende a ser variada. Em alguns casos, como migração com vigência imediata, o tempo de atendimento pode ser superior a uma hora. Por mais incoerente que pareça, existem de fato, atendimentos breves e outros demandam muito mais tempo. Especificamente nos casos de migração, para efetivação da vigência imediata, o próprio atendente irá agilizar todos os processos dentro da OPS BH, enquanto o cliente aguarda o desfecho desse

³² Na OPS o cargo equivalente a Supervisor de Área é denominado Facilitador.

processo. O atendente preenche os documentos de adesão e de rescisão do contrato antigo, providencia o trâmite dos papéis até a liberação da carteira e, em alguns casos, já entrega ao cliente, além da nova carteira, alguma autorização do procedimento que estava pendente. Ressalte-se que, conforme tratado anteriormente, a OPS BH tem interesse em que o cliente do plano antigo faça a migração de seu contrato para o plano regulamentado.

Em todos os guichês de atendimento, inclusive no Apoio ao Cliente, existe um equipamento disponível para a avaliação do atendimento³³. Numa situação de atendimento nesse setor, onde não houve a avaliação ocorreu o seguinte diálogo:

Pesquisador³⁴: Você pede para o cliente avaliar? É obrigatório?

At.2 – É e não é... Porque atendimento aos clientes, 99% dos clientes é problema...Na maioria das vezes sai irritado, nervoso... e eu não vou pedir para avaliar o atendimento por que ele vai bater em você, entendeu? É tão automático que a gente tem vezes que nem pede... mas ele pode avaliar... porque ele está vendo o equipamento (se referindo ao equipamento que fica em cima do balcão, voltado para o cliente).

Segundo dados do Apoio ao Cliente, são realizados, em média, 1.583 atendimentos mensais, apurados através de uma planilha mensal³⁵, que relaciona, de forma genérica, todos os atendimentos. A referida planilha vem sendo adotada há aproximadamente 8 meses, é preenchida manualmente por cada atendente e aponta que as demandas mais relevantes são:

³³ O cliente poderá escolher entre as opções: Ótimo, Bom, Regular e Ruim.

³⁴ Doravante serão adotadas as siglas **Aud** para Auditor, **At** para Atendente, **CI** para Cliente e **Pesq** para Pesquisador.

³⁵ Modelo de planilha usada para lançamento dos tipos de atendimento. Fonte: Documentos internos da OPS BH - Anexo 05.

Demandas³⁶	Percentual
Esclarecimentos sobre coberturas contratuais (carência, acordos, auditoria) coberturas, cobertura,	20%
Informações Diversas (contratos, médicos, prestadores)	20%
Esclarecimentos para Clientes Intercâmbio	13%
Reclamações referentes a horários especialistas	12%
Reclamações Diversas (atendimento, prestadores, médicos, contratos)	8%
Demais Serviços(liminares, processos de concessão, revisão co-participação, biometria, migração de contratos)	27%

Quadro 14 – Relação de demandas mais relevantes no setor Apoio ao Cliente. Fonte: Documentos internos da OPS BH.

A Tabela acima pouco esclarece sobre as reais demandas dos clientes e se limita a informar em termos genéricos, tais como, informar, esclarecer e não detalha quais são os motivos do atendimento. As etapas seguintes da pesquisa irão aprofundar nessas demandas para torná-las visíveis e portanto aprofundar em eventuais dificuldades do atendimento.

4.4.DELIMITAÇÃO DO CAMPO DE PESQUISA

Após observação preliminar de todos os setores de atendimento, optou-se por centrar a análise no Apoio ao Cliente por se tratar de uma área que presta um atendimento que se constitui na etapa final de todo processo estudado. Cabe ao Apoio ao Cliente prestar suporte às demais áreas de atendimento, pois conforme foi especificado, existe a opção dos outros guichês para redefinir a senha e encaminhar o cliente para o Apoio. A organização considera que o Apoio tem que

³⁶ O detalhamento das demandas foi feito com base na planilha de lançamento dos tipos de atendimento conforme dados internos da OPS BH.

funcionar como “*retaguarda para as pontas de atendimento*”. Em resumo, o Apoio ao Cliente é o ‘final da linha’ no processo de atendimento. Depois do atendimento no Apoio, o cliente não terá outro atendimento face a face na OPS BH. Outras formas de contato não serão mais presenciais e poderão ser feitos através dos formulários internos de pesquisa, site da OPS, teleatendimento e processo interno³⁷.

Dentro da OPS BH, o Apoio ao Cliente é conhecido como setor do ‘*pepino*’, dos problemas e, foco de interesse desse trabalho, com uma expressiva ocorrência de negativas. Nas palavras do Gestor da área “...o Apoio...100% é problema, vai ter negativa...”. As negativas poderão ocorrer por motivos que englobam tanto as dimensões da macro regulação quanto da microrregulação, e por falta da regulamentação nos contratos antigos. O quadro abaixo relaciona algumas possibilidades de negativas das solicitações dos clientes.

Macro regulação	Microrregulação	Contratos anteriores à regulamentação
Autorização de procedimentos não constantes no rol da ANS	Autorização de procedimentos que dependem de Auditoria ou Perícia Médica	Autorização de exames que têm limites de utilização ou procedimentos que têm limites de sessões .
Reativação de contrato por inadimplência superior a 60 dias	Autorização de procedimentos e/ou materiais hospitalares que dependem de critérios internos para liberação.	Autorização de procedimentos não constantes na Lista de Procedimentos da OPS BH
Isenção do cumprimento de carências previstas na legislação.	Liberação de atendimento fora da rede de prestadores e da área de atuação	Reativação de contratos não regulamentados por inadimplência superior a 60 dias

Quadro 15 – Relação dos problemas de atendimento por tipos de regulação.

³⁷ Segundo o “Fala Cliente”, setor que faz parte de um setor que faz parte da GRCI, atuando como um canal formal de comunicação entre clientes e operadora, essas são as quatro opções para o cliente se manifestar junto à operadora e, respectivamente, nessa seqüência de ocorrências. Fonte: GRCI - OPS BH.

A partir dessa visão global, percebe-se que esse detalhamento é genérico para apreender em que consiste a atividade do atendente, as ocorrências estão relacionadas considerando as dimensões de regulação, coberturas e limitações contratuais. Num segundo momento, serão tratadas algumas situações típicas de negativas e prováveis encaminhamentos. De um lado o problema a ser tratado e, do outro, as possibilidades e as regras para o atendente lidar com a situação. Não seria equivocado inferir que, se os critérios estão especificados, caberia ao atendente verificar o enquadramento das situações às regras e dar encaminhamento. No entanto, durante o acompanhamento dos atendimentos, observou-se que, a exemplo do que preconiza a ergonomia da atividade, a tarefa prescrita não dá conta da diversidade de situações que caracterizam a demanda espontânea³⁸.

A coluna que classifica as situações não é suficiente para explicar como a atividade é realizada, sendo no máximo um apontamento para a tarefa prescrita pela organização. Para a resolução das situações dispõe-se das regras externas ou internas, embora essas não são e não serão, em nenhuma hipótese, garantia plena para o desenvolvimento das atividades, sempre haverá espaço para a singularidade na realização da atividade. Para que isso ocorra, o atendente utiliza estratégias para efetivar o atendimento face a face, considerando que a OPS BH tem como objetivo que o cliente saia do atendimento com a sua dúvida esclarecida. Nas palavras de um Gestor da organização: *“o cliente tem que entender os motivos da OPS BH ... mesmo não gostando da resposta... ele deve entender que é uma questão de regra contratual...”*.

³⁸ A demanda espontânea decorre da procura aos serviços de saúde a partir da constatação, pelo próprio paciente, da existência de uma necessidade. Fonte: Biblioteca Virtual da Saúde. Acesso em 15/03/2007.

Situações típicas de negativas	Implicações para a tarefa
Contratos regulamentados – autorização de procedimentos não constantes no rol	Administrar a relação com o cliente
Realização de exames fora da área de cobertura da operadora	Administrar a expectativa do cliente com a OPS BH. Avaliar se é caso de abrir processo para a CACR
Procedimentos não autorizados pela auditoria médica	Informar ao cliente sobre a avaliação da auditoria. Avaliar se é caso de abrir processo para a CACR
Crítérios internos para liberação de material hospitalar	Administrar a relação com o cliente, com o cooperado e com o hospital. Avaliar se é caso de abrir processo para a CACR
Isenção do cumprimento de Carências	Verificar os critérios e informar ao cliente. Avaliar se é caso de abrir processo para a CACR
Cobertura contratos não regulamentados – Procedimentos não previstos / não constantes na lista de procedimentos	Acompanhar os critérios e informar ao cliente. Avaliar se é caso de abrir processo para a CACR
Reativação de contratos cancelados por inadimplência	Acompanhar os critérios e informar ao cliente. Avaliar se é caso de abrir processo para a CACR

Quadro 16 – Descrição dos Tipos de Problemas de atendimento

A especificação das situações de atendimento permite focar nas ocorrências de negativas, mas não revela a atividade. Assim, o terceiro momento será buscar revelar como o atendente lida com essas contradições e conflitos para realizar a tarefa que lhe cabe na organização.

Em um quadro organizacional em que tudo parece ter sido determinado previamente, em que consiste o atendimento face a face? Será que o papel que cabe aos atendentes é repetir monótona e constantemente uma negativa? Acredita-se que não é dessa forma e para tanto buscar-se-á “*compreender a atividade por dentro, reconstituir a sua lógica em seu curso próprio de ação*” (LIMA, 2000). Não se trata mais de reafirmar a distância entre o trabalho prescrito e o real, trata-se de entender a atividade que preenche esta lacuna. A perspectiva

do próximo capítulo é de que o detalhamento dos diálogos e das situações de atendimento permitam a aproximação com a atividade real, bem como a revelação das estratégias do atendente para, ao desempenhar sua atividade, buscar cumprir a tarefa prescrita pela organização e, simultaneamente, evitar o sofrimento emocional.

5. REVELANDO O ATENDIMENTO FACE A FACE NA OPS BH

Uma primeira consideração à análise é de que *“todas as atividades, inclusive o trabalho, têm pelo menos três aspectos: físico, cognitivo e psíquico. Cada um deles pode determinar uma sobrecarga”* (WISNER, 1994:13). A questão da carga de trabalho está relacionada à *“busca do entendimento sobre as repercussões da atividade de trabalho sobre a saúde e o desempenho do trabalhador”* (ECHTERNACHT, 1998:95). Possibilita ainda a *“compreensão dos processos que definem a qualidade da vida produtiva nas coletividades humanas”* (Ibid., p.96). Na atividade analisada a carga é predominantemente psíquica embora exista a cognitiva. A carga psíquica *“pode ser definida em termos de níveis de conflitos no interior da representação consciente ou inconsciente das relações entre a pessoa (ego) e a situação (no caso, a organização do trabalho)”* (ibid., p.13).

O que há por trás da atividade de atender? Para a realização da atividade, o atendente tem que mobilizar o seu conhecimento anterior sobre a organização, as experiências de outros atendimentos, informações dos setores de retaguarda, suas próprias percepções, entre outros, se colocar em prontidão para entender a demanda do cliente e buscar os dados necessários para a efetivação do atendimento. Efetivar o atendimento não significa atender a necessidade do cliente. Na área de Apoio ao Cliente, conforme já especificado, são comuns as negativas que o atendente irá comunicar ao cliente. O fio lógico assumido nessa pesquisa é que dizer “não” é uma construção, depende de vários fatores que perpassam a organização em todos os seus níveis hierárquicos, ainda que seja tarefa do atendente repassar uma negativa que foi definida em outras esferas da operadora. Diante de uma realidade institucional definida, o atendente buscará evitar o aumento da carga de trabalho, elaborando estratégias de modo a realizar a tarefa e minimizar seu desgaste.

“(…) há a combinação de uma grande carga de trabalho (às vezes materializada pela existência da longa fila de usuários à frente do guichê) e uma atitude de aflição por parte do público interessado (serviços de emprego, reclamações, centrais telefônicas)...apesar desses funcionários serem de fato competentes, eles foram colocados no guichê não para resolver o problema...mas para que alguém estivesse lá para escutar as reclamações e os protestos...pois as decisões são tomadas longe do público, muitas vezes sem se preocupar com as reações...o pessoal do guichê deve ‘armazenar’ a expressão do descontentamento dos usuários” (WISNER, 1987:178).

A atividade aparece entremeada por exigências variadas e de ordens distintas que diminuem as possibilidades dos atendentes e podem aumentar a carga emocional e sofrimento no trabalho. O cenário com seus determinantes, bem como as relações, algumas vezes inamistosas com os clientes podem agravar a carga do trabalho. No presente caso, os atendimentos não são em grande escala, sendo entre 12 a 20 atendimentos por dia; contudo, alguns deles poderão ser extremamente conflituosos. Um atendente relata *“tem dia que tá indo tudo bem... aí chega um cara às cinco da tarde e acaba com a gente...xinga... grita...”* Isso também acontece em sistemas de teleatendimento onde o operador *“ouve xingamentos e insultos sem direito à resposta ou mesmo poder desligar a ligação são outros sérios fatores para o desgaste emocional do teleatendente”* (FREIRE, 2002:108). Nas situações de atendimento face a face, como no teleatendimento, *“(…) espera-se que o diálogo seja conduzido pelo atendente e, por conseqüência, todas as derivações geradas pelo cliente possam ser controladas”* (MASCIA E SZNELWAR, 2000:98).

Não é essa a realidade para quem exerce a atividade, nas palavras de um atendente *“a gente nunca sabe o que vai acontecer... tem cliente que chega no Apoio querendo reclamar de tudo... do atendimento, do médico, do hospital, da OPS BH... Quer saber? Acho que ele vem aqui pra reclamar até da vida... e a gente tem que escutar”...* (At. 5, se referindo à imprevisibilidade do atendimento, à possibilidade, sempre presente, do conflito e tensão). (grifos nossos)

“A ‘tarefa de atendimento’ é, freqüentemente, uma ‘etapa terminal’, resultante de um processo de múltiplas facetas que se desenrola em um contexto institucional, envolvendo dois tipos de personagens principais: o funcionário (atendente) e o usuário (...) ‘Situação de atendimento’ é a ocasião em que se manifestam os problemas e as

dificuldades dos diferentes sujeitos, cujas raízes estão em outras instâncias ou momentos, por exemplo, na falta de treinamento do funcionário; na desinformação do usuário; e/ou no planejamento ineficaz da empresa / instituição” (FERREIRA, 2000).

À definição acima deve ser acrescentado que existem outras dificuldades, como no presente caso, em que a negativa de autorização do cliente pode estar baseada em contratos ou em regras internas da operadora. E o que é comum em todos os casos é que a função do atendente é de lidar com a insatisfação do cliente. Diante da impossibilidade de atender o cliente, cabe ao atendente, muitas vezes não apenas “armazenar” mas também “engolir”, sendo ambas expressões usadas por WISNER (1994) para retratar a difícil relação entre atendente e usuário, onde não se espera que os problemas sejam resolvidos, tão somente ouvidos. Esse quadro não passa despercebido ao atendente e nem ao cliente que, por vezes, ironiza, desdenha do atendente com frases inacabadas do tipo “*se eu quiser Apoio, tenho que ir ao Ceasa?*”. São duas referências subliminares, onde primeiro se refere ao nome do setor de atendimento (Apoio) e ao mesmo tempo se refere a um estabelecimento comercial de mesmo nome. Ao atendente também fica evidente a limitação de suas tarefas, verbalizado como “*a gente fica de pés e mãos amarrados*”. O atendente fica exposto, inclusive a constrangimentos que, às vezes, os próprios clientes lhe impingem. Durante a pesquisa presenciou-se situações em que os clientes alteram o volume da voz, algumas vezes gritam, desdenham da competência do atendente e, numa situação extrema, houve um cliente que chamou a polícia³⁹. Em alguns momentos, o atendente se torna uma espécie de “*pára raios emocional da organização*” (FERREIRA, 2000).

Ao mesmo tempo em existem esses determinantes, haverá espaço para a realização da atividade? O presente caso mostrou que há espaço para a atividade ainda que reprimida, não plenamente realizada (CLOT, 2006).

³⁹ Um cliente não aceitou a negativa da solicitação e não apenas se alterou como chamou a polícia para fazer registro da negativa. A solicitação era para realização de um exame fora da área de cobertura da OPS BH.

A questão da negativa de determinada solicitação revela a existência de *"injunções paradoxais"* (LIMA, 2006), onde o atendente tem que atender bem, ser bem avaliado pelo cliente e, ao mesmo tempo, tem que saber dizer 'não', de forma que este entenda os motivos da negativa. Em síntese, a organização tem a expectativa de que o atendente domine "a arte de dizer *não*". Implica não apenas a comunicação da negativa como também toda a movimentação do atendente até a posição final do atendimento, conforme será detalhado. Segundo Zarifian (2001) toda prestação de serviço será submetida a uma avaliação pelo usuário mediante três elementos: o que se esperava *"ex ante"*, quais eram as expectativas, o que foi obtido *"ex post"*, ou seja, os resultados obtidos e o modo como o serviço foi obtido, em outras palavras, um *"curso considerado válido para cada um dos atores envolvidos na prestação de serviço"* (ZARIFIAN, 2001:103-4). Na atividade pesquisada nem sempre o *"curso foi considerado válido"*, a expectativa do cliente é de obter a autorização e, conforme já foi dito, o cliente que paga um plano de saúde quer ter acesso aos serviços e garantia de que haverá a liberação. Igualmente, o próprio atendente tem sua expectativa, num nível mais geral, como todos os trabalhadores, de que seu esforço seja reconhecido e, mais específico, de atender o cliente na sua necessidade. Tanto isso é verdadeiro que numa pesquisa realizada em um grupo de telefonistas lesionadas e não lesionadas⁴⁰, num segmento em que a questão da produtividade é um fator preponderante nos indicadores de desempenho, foi ponderado que algumas delas, no grupo das não-lesionadas, *"não se preocupam com isso e nem ultrapassam seus próprios limites para responder às médias exigidas pela empresa"* (LIMA, 2000:166). Obviamente, isso se dá num determinado contexto organizacional que não está sendo tratado nesse momento, aqui se faz um recorte para falar da atividade das telefonistas e buscar semelhanças entre a referida pesquisa e o atendimento face a face na OPS BH. Buscando trazer mais elementos à análise, a verbalização de uma das telefonistas fala, literalmente, por si só.

⁴⁰ Trata-se de um projeto intitulado "Investigação sobre estados mórbidos específicos - o caso da LER" para maiores informações ver artigo de LIMA, M.E.A., "Informatização e saúde no setor de telecomunicações o problema das lesões por esforços repetitivos".

“Uma delas relata que no final de cada jornada as colegas ficam ansiosas para saber qual foi a sua média de atendimentos naquele dia, mas ela não tem o menor interesse por isto. Ela prefere pensar que fez seu trabalho com qualidade, isto é, que resolveu os problemas dos clientes. Uma outra revela o quanto essa forma de organização do trabalho pode culminar no inverso que se pretende, ou seja, os controles passam a ser mais importantes que o bom atendimento ao cliente: “não (me preocupo com as médias exigidas). Eu posso até lembrar um tiquinho, ‘Ah, meu Deus! Eu tenho que trabalhar, tenho que trabalhar’... Mas aí esqueço. Quando vejo, estou atendendo o cliente. Eu quero é atender o cliente normal. É atender ele e pronto. Só isso. Não penso nessa média não. Tanto que tem ali um resultado na mesa (...) eu não vou olhar. Não vou lá mesmo” (LIMA, 2000:166) (grifos da autora)⁴¹

Não apenas será avaliada a forma como o serviço é prestado, como também os resultados obtidos, considerando que a necessidade se dá em circunstâncias práticas. Não se resolve uma necessidade apenas com gentilezas no atendimento, principalmente quando está em questão uma situação de saúde. Numa situação de atendimento, uma paciente de 82 anos está internada e precisa colocar marca-passo. O seu plano é anterior à regulamentação, não sendo prevista a cobertura de órtese e prótese e a autorização do procedimento só é possível mediante a migração de plano. Por outro lado, os familiares somente farão a migração com a confirmação do pagamento dos materiais que são de alto custo. O atendente vai verificar junto à auditoria farmacêutica sobre os materiais requisitados e junto à auditoria médica sobre a autorização do procedimento. A auditoria médica liberou o procedimento, mas a auditoria farmacêutica tem que verificar se o material que foi solicitado integra a relação de materiais que a OPS BH disponibiliza. Apesar da posição da auditoria médica, o atendente não tem como assegurar a autorização, pois a farmacêutica está de férias e a substituta faltou ao trabalho por motivo justificado, não havendo outra pessoa da área que pudesse resolver esta situação. A informação poderá ser fornecida somente no dia seguinte. O atendente se comprometeu a dar andamento ao trâmite interno e informar à família sobre a posição da auditoria farmacêutica. Ao final do atendimento, um dos familiares avaliou o atendimento “Ruim”. Após a saída dos

⁴¹ Os grifos nas verbalizações são uma estratégia da autora para evidenciar algum aspecto das falas.

mesmos, o atendente vê a avaliação na tela do computador e verbaliza o seguinte:

“Não adiantou nada tudo que eu fiz... eles queriam a autorização... e não tiveram... aí já disseram que o atendimento foi ruim... as pessoas não sabem separar uma coisa da outra... acham que se a autorização não foi dada... o atendimento foi ruim... tem que saber separar...separar o atendimento das coisas de contrato” (Atendente)

A verbalização do atendente delinea as duas idéias contidas no atendimento, contendo certa *“ambigüidade no interior da própria tarefa”* (WISNER, 1994:18), uma ligada ao processo de atendimento e a outra ligada ao desfecho do atendimento e imputa ao cliente a necessidade de compreensão da negativa sob o ponto de vista da instituição. Retomando a questão da avaliação, pode-se supor que, enquanto o atendente fala do processo de atendimento, ou seja, *“em que medida o procedimento para gerar resultados seguiu um curso considerado válido para cada um dos atores envolvidos na prestação”* (ZARIFIAN, 2001), a avaliação do cliente diz respeito ao que foi obtido, ou mais precisamente nesse caso, ao que não foi obtido. Há que se observar ainda, que a avaliação não desconsidera o que se esperava antes e o que foi obtido, então não é questão de “tratar bem ” o cliente, refere-se à perspectiva de atender sua expectativa. Como se vê, em alguns casos, o atendente lida com expectativas originalmente diferentes: a organização que espera que ele saiba ser convincente na negativa e o cliente que espera obter a autorização solicitada. Presumivelmente, o exemplo acima não é fato rotineiro na organização, considerando a impossibilidade do parecer da auditoria farmacêutica, pois se trata de acontecimento fortuito. O que se quer evidenciar é que, conforme verbalização de um atendente no capítulo anterior, não é comum que os clientes usem o equipamento disponível no balcão para fazerem a avaliação formal do atendimento. Então, quando a família avalia o atendimento com “Ruim”, a avaliação é ainda mais reveladora do que o cliente espera do atendimento.

No campo de pesquisa, constatou-se que a atividade do atendente é *“marcada por interesses cruzados”* (SOARES, 2005): o da operadora, dos clientes

e dos médicos cooperados, o que implica em uma complexidade crescente, pois, conforme tratado anteriormente, o momento do atendimento pode ser também evidenciar o conflito de interesses entre os atores. De acordo com FERREIRA (2000), o atendimento ao público *“é um serviço complexo; sua simplicidade é apenas aparente”*. O atendimento vai muito além de simples troca ou fornecimento de informações, bem mais que uma *“breve interação”*, sendo ao contrário, uma atividade que *“foge das convenções contextualizadas como as regras e padronizações”* (SOARES, 2005). A atividade de atendimento implica na *“(...) necessidade do entendimento com o cliente, a condução do diálogo e o convencimento em situações mais delicadas, acabam por exigir do atendente um esforço mental substancial”* (MASCIA e SZNELWAR, 2000:97). Essa citação é relacionada ao teleatendimento, considerando que naquele segmento existe o indicador do tempo da ligação, mas também é aplicável ao atendimento face a face. Uma situação de atendimento é repleta de momento em que é necessário não apenas a condução do diálogo, mas também a adequação da linguagem. Numa situação o atendente se dirige ao cliente e diz *“O boleto está em aberto...”* e esse pergunta *“...quer dizer que eu não paguei?...”*

Em princípio, a atividade do atendente está definida em termos do cumprimento das regras contratuais, das regras da legislação, das normas do ‘bom atendimento’ e, aparentemente, não deveria haver maiores dificuldades para sua realização. A observação mostrou que também no presente caso, a atividade do atendente não se resume a esta descrição. Ao contrário, a atividade que parece estar tão definida, em toda sua generalidade, guarda um espaço para a singularidade, conforme será demonstrado adiante.

A complexidade da atividade decorre da interação com o cliente, das relações com os setores de retaguarda, da constatação de que as regras, por si só, não decidem sobre o acesso aos serviços. Em uma primeira instância, quem faz essa mediação, dentro de um dado quadro institucional, é o atendente.

As regras antecedem o atendimento e numa situação concreta, haverá a necessidade de uma *“renormalização”*, assim haverá uma escolha, um debate de

normas ao escolher orientar sua atividade de tal modo (SCHWARTZ,1998), ou seja, uma adaptação, uma releitura das regras, considerando não apenas as experiências anteriores dos atendentes, bem como sua própria história.

“Todo indivíduo chega ao trabalho com seu capital genético, remontando o conjunto de sua história (...) traz também seu modo de vida, seus costumes pessoais e étnicos, seus aprendizados. Tudo isso pesa no custo pessoal da situação de trabalho em que é colocado” (WISNER, 1994:19).

Buscar conhecer os mecanismos, as situações em que os indivíduos, no caso os atendentes, têm que, no desenvolvimento da sua atividade, fazer escolhas, às vezes entre valores não apenas diferentes mas contraditórios, *“uma ‘dramatique’ é portanto, lugar de uma micro-história, essencialmente inaparente, na qual cada um se vê na obrigação de escolher (...) orientar sua atividade desse ou daquele modo”* (SCHWARTZ, 1998:104).

Os estudos sobre a atividade revelam que existem situações onde a tarefa do atendente é “amputada”, onde a atividade não pode ser realizada, ou melhor dizendo, que a realização da atividade é não realizá-la (CLOT, 2006). São situações em que os atendentes, são colocados em uma função para que exista alguém que escute o cliente, porém, escutar não significa poder atendê-lo em sua necessidade e sim, tão somente, “parecer” que o atendimento foi feito. Desta forma é que se diz que a *realização da atividade é não realizá-la*.

“o real da atividade é também aquilo que não se faz, aquilo que não se pode fazer, aquilo que se busca fazer sem conseguir – os fracassos-, aquilo que se teria querido ou podido fazer, aquilo que se pensa ou que se sonha poder fazer alhures. (...) – o que é um paradoxo freqüente- aquilo que se faz para não fazer aquilo que se tem a fazer ou ainda aquilo que se faz sem querer faz” (CLOT, 2006:116).

As estratégias formuladas pelos atendentes podem variar em função das inter-relações que ele estabelece para lidar com a solicitação do cliente e definições da operadora. Também nesse caso, o atendimento é *“uma atividade social mediadora que coloca em cena a interação de diferentes sujeitos em um contexto específico, visando responder a distintas necessidades”* (FERREIRA,

2000). Integra a atividade do atendente a perspectiva de administrar a expectativa do cliente num segmento em que, via de regra, não se considera a necessidade do serviço, se verifica a cobertura contratual. Ao contrário, *“num processo social sutilíssimo, as decisões são tomadas longe do público e muitas vezes sem muitas preocupações com suas reações”* (WISNER, 1994:19).

Serão analisados os atendimentos da área de Apoio ao Cliente, que se constitui na *“retaguarda para as pontas de atendimento”*. Na prática, isso significa que os atendimentos dessa área são aqueles que têm uma probabilidade maior de serem negados, considerando que, na maioria dos casos, já foram esgotados os recursos anteriores, como o teleatendimento e o balcão de autorização. Os casos envolvem demandas encaminhadas do Pré-Atendimento ou redirecionamentos dos demais atendimentos, em que os clientes querem obter maiores informações ou questionar a negativa. Em síntese, os clientes querem, para usar uma expressão usual quando eles se dirigem ao Apoio, *“verificar o que pode ser feito por eles”*.

5.1.A CONSTRUÇÃO DAS ESTRATÉGIAS PARA DIZER ‘NÃO’

Quando ocorre resposta negativa, as etapas anteriores, como consulta aos dados cadastrais, verificação das regras contratuais, consulta ao setor de auditoria, conversa com o supervisor da área, entre outros, já aconteceram. É o momento de comunicar ao usuário a negação de sua demanda ou de informá-lo sobre prováveis limitações à sua solicitação.

Preliminarmente, pode-se afirmar que a complexidade não depende apenas do tipo de situação em si, estando sujeita à interação entre os envolvidos e à forma como a ação irá se desenrolar. A complexidade poderá ser maior ou menor nessa relação e o envolvimento do atendente também dependerá, das inter-relações engendradas na atividade.

Como é saber negar? Essa pergunta foi formulada aos atendentes e, conforme abaixo, é possível perceber algumas das estratégias dos atendentes tais como: entonação de voz, argumentação com base no contrato e a tentativa de fazer o cliente compreender o que a operadora quer que ele entenda da negativa. Para aprofundar na compreensão da construção de estratégias, abaixo são destacadas as verbalizações de um atendente que distingue dois momentos de sua prática de atendimento, conforme a seguir:

Pesq. Quando tem que falar 'não' para o cliente, como é que faz? Você se prepara para falar 'não'?

At.1 Ah... na verdade, não tem assim... um pensamento de preparação, não ... quando eu tava aqui no princípio, eu pensava um pouquinho no que eu ia falar e tudo... agora já falo tudo automático... falo que não, já sei porque, já falo que não explicando porque não tem, porque não pode... mas assim não penso antes assim de falar não...

A verbalização do atendente é esclarecedora não apenas do ponto em que destaca dois momentos de sua prática, quanto pelo automatismo, que assume a partir do tempo de atividade, *“agora já falo tudo automático”*.

At.1 Eu ficava pensando em falar de uma forma que ele não fosse brigar muito... eu já sabia que ia brigar, então pensava... vou falar 'não' e ele vai brigar comigo.

Pesq. E como é que você fazia para ele não brigar?

At.1 Não tem jeito...né? ... tento falar assim com calma...assim olha (faz uma voz pausada)... vamos supor...igual ao caso dele...né? [refere-se a um atendimento que não foi autorizado] não tem cobertura, não está no rol... tentar fazer ele entender que não é a OPS BH que está falando não... é o contrato que ele assinou que é desta forma ... não oferece cobertura... mas aí vem a questão...que é urgência...que é saúde...né?...tem que cobrir... eu tô pagando...mas não é assim... aí eu falo para ele... é uma operadora de saúde? É... mas é uma empresa... tem normas e um contrato que rege... não tem como liberar tudo...tudo...assim...fugir do contrato...ter que abrir uma exceção porque é uma questão de saúde...

Quando os atendentes não vêem possibilidade para fornecer ao cliente o que está sendo solicitado e as razões estão baseadas no contrato, o argumento utilizado é da falta de cobertura contratual afirmando que *“é o contrato que ele assinou que é dessa forma”*. Emerge dessa verbalização uma sentença de que todos deveriam saber exatamente o que está previsto em seu contrato. Isso

jamais poderia ocorrer em função do ambiente não apenas da regulamentação como também da microrregulação. Em verdade, é um momento em que o atendente se refugia nas regras, a exemplo de outras situações de atendimento, em outros segmentos, em que alguma eventual impossibilidade de acesso é tratada como se fosse externa a todos os envolvidos. *“As regras introduzem um terceiro nas relações de trabalho: eu não crio a regra, você não cria a regra, ele não cria a regra”* (D. Cru *apud* CLOT, 2006:46).

Antes de tratar das situações de negativas de atendimento, serão apresentadas outras situações de atendimento que ocorrem na área de Apoio. Uma primeira constatação diz respeito às possibilidades de autorização de atendimento, que podem acontecer por motivos legais ou por adequações que os atendentes possam fazer, conforme será detalhado a seguir.

Cabe lembrar que o Apoio conta com relativa autonomia, do ponto de vista da organização do trabalho, para realizar suas tarefas. Diferentemente das outras áreas de atendimento, tem acesso livre à auditoria, não tem limite de tempo para duração do atendimento, pode entrar em contato com prestadores de serviços e outras operadoras integrantes do sistema OPS regional e nacional. Assim várias situações que vão demandar mais tempo dos outros setores de atendimento, são encaminhadas ao Apoio, que deve dar “retaguarda” aos demais atendimentos. Portanto, existem situações em que a área de Apoio ao Cliente fornece autorização de atendimento aos clientes. Seriam casos de “Sim” simples, conforme abaixo:

- ✓ Fornecimento de autorização por liminares judiciais: são processos movidos por clientes que anteriormente tiveram sua solicitação negada. É função do Setor de Apoio fazer contato com os clientes e quando esses comparecem ao setor, lhes fornecer a documentação necessária para efetivação do atendimento.

- ✓ Migração com vigência imediata: São situações em que o cliente, ao fazer a migração com vigência imediata, finaliza o atendimento com a autorização liberada. Nesses casos, os atendentes, a pedido dos clientes, procuram certificar sobre a autorização antes de fazer a migração. E, estando dentro das normas da operadora, a migração é feita e os clientes obtêm a autorização solicitada.

- ✓ Autorizações de intercâmbio: São situações em que o cliente foi redirecionado do setor de autorizações por dificuldades na emissão da autorização, tais como, falta de contato com a OPS de origem, informações incompletas ou códigos incorretos. Nesses casos o setor de Apoio faz contato telefônico com a OPS de origem até que resolva a situação do cliente.

- ✓ Acordos para pagamento de procedimentos: Nos casos em que os clientes não possuem contrato regulamentado, existe a possibilidade de pagamento direto à OPS BH dos exames ou procedimentos realizados em regime ambulatorial. Caso o paciente opte por acordo com a operadora, o atendente faz a negociação do pagamento e fornece a autorização para o paciente.

- ✓ Mudança de código do procedimento: São situações em que o paciente tem seu procedimento inicial negado em função dos limites dos contratos antigos. Assim, os pacientes são orientados a procurar o médico assistente para que faça mudança de código do procedimento para obter a autorização.

5.2.CATEGORIAS DE ‘NÃO’: SIMPLES E COMPLICADO

Um atendente considera que existem diferentes graus de dificuldade para informar a resposta negativa à solicitação do cliente. E propõe uma classificação

considerando não apenas o motivo, mas também a possibilidade do atendente intervir na situação e a própria necessidade do cliente, conforme abaixo.

At.2 - Ah... o “não” que é simples é ... por exemplo...aquela pessoa que estava em carência, sabe qual? A professora que queria fazer a cirurgia nas férias de janeiro... era eletivo ... a situação dela não implicava em transtornos, riscos maiores à saúde... entre aspas... é uma situação burocrática, pessoal...então não interfere...”“não complicado é quando você sabe que o cliente não está em condições de saúde, tipo mental, tá abalado, tem que dar retorno negativo. Eu acho que este é complicado...(Atendente 2)

A partir da verbalização do atendente descortinou-se uma forma de abordar a atividade. Saber o que era o “não simples” e o “não complicado”, como diferenciá-los, como localizá-los e como correlacioná-los num quadro de referência comum a todos os atendentes. De posse do material empírico, refazer a trajetória buscando as pistas e indícios para a categorização. A primeira constatação é de que a dificuldade está no interior da atividade e que a despeito das regras e critérios, mesmo num cenário regulamentado, existem aspectos que são peculiares a quem realiza a atividade. Considerar o estado do paciente, a sua necessidade e a disposição do atendente para atendê-lo é parte da construção que se delinea.

5.2.1.O “NÃO SIMPLES”

Segundo a definição do atendente, o “não simples” se caracteriza pela falta de alternativa, é um “não” direto, é um “não” formal, não há margem para as partes discutirem, é baseado puramente nas regras, em cobertura contratual, em limites de utilização, porém, sem implicações para a saúde. Nas palavras do atendente “... não tem cobertura...não tem o que fazer...”. Enquadram-se nesses casos as situações burocráticas, formais, sem envolver problemas imediatos de saúde, como situações de cancelamento por inadimplência, exames ou cirurgias programadas, entenda-se, sem urgência, em que é possível aguardar alguma forma de resolução do problema, embora para o cliente seja sempre urgente a sua demanda. Nesses casos, o atendente tem a perspectiva de atuar sem muito

envolvimento, o que menos o implica do ponto de vista da carga de trabalho emocional, porém é também o mais destituído do significado do trabalho.

“Ninguém tem o poder de aniquilar a atividade pessoal do trabalhador. Na melhor das hipóteses, ela é deslocada ou alienada. (...) A atividade é a apropriação das ações passadas e presentes de sua história pelo sujeito, fonte de uma espontaneidade indestrutível. Mesmo brutalmente proibida, nem por isso é ela abolida. E, em certo sentido, reside de fato aí, por outro lado, o drama. (...) aquilo que não se pode fazer no âmbito daquilo que se faz” (CLOT, 2006:14-5).

A verbalização do atendente corrobora essa afirmativa *“eu prefiro o ‘não complicado’... desperta o interesse de ajudar o cliente... entendeu?”*. Trabalhar é prestar serviço a alguém, que esteja perto ou distante, é implicar-se na atividade (LIMA, 2006).

“Então ... é mais ou menos por este lado ... quando é inovação tecnológica...por exemplo....não consta no rol da ANS... este também é simples... não tem cobertura...não tem o que fazer...Tudo aquilo que não tem o que fazer...que não tem alternativa, é um não simples... Porque? Por que não tem o que fazer pelo cliente...então você vai seguir aquela coisa padrão... o contrato...o governo... a ANS não prevê cobertura, então não tem o que fazer... eu prefiro o não complicado... desperta o interesse de ajudar o cliente... entendeu” (Atendente 2).

A verbalização do atendente deixa entrever que o não complicado pode vir a ser um sim. Enumera mais características do “não simples” quando diz que *“tudo aquilo que não tem o que fazer ... seguir o padrão... o contrato... o governo... a ANS...”*. A verbalização trata da *“atividade impedida”* (CLOT, 2006) quando afirma que é quando não há o que fazer, conforme assinalado nas características da negativa em que, não existem alternativas para atender o cliente.

O “não” simples também pode ocorrer nas circunstâncias em que o atendente conta com a cooperação do cliente. Em uma pesquisa anterior, SOARES (2005) identifica em um setor de atendimento face a face de uma companhia de saneamento que, em determinadas situações de atendimento, o atendente e o cliente vão mutuamente complementando as verbalizações um do

outro, “recorrendo a representações compartilhadas indicadas pelas frases incompletas e interrupções nos turnos de fala” (p. 111). Segundo os atendentes, a forma como a informação da negativa será passada ao cliente dependerá, entre outros fatores, da abordagem do próprio cliente ao se dirigir ao atendimento. No exemplo abaixo, foi destacada a parte do diálogo que ilustra esta afirmativa.

CI (...) este exame não tem jeito de ter cobertura... pelo jeito eu não vou poder fazer este exame...

[Entrega o pedido para o atendente que consulta o sistema e informa ao cliente].

At. 4 (...) É senhor...realmente não tem cobertura contratual... isso porque... o senhor possui um plano não regulamentado...anterior à lei 9656 de 98... e seu plano segue o rol e procedimentos determinado pela operadora... no caso a OPS BH... este procedimento tá excluído deste rol...

No momento inicial do atendimento, o atendente confirmou a falta de cobertura contratual e, no mesmo momento, propôs ao cliente a opção do acordo⁴² ou migração do plano para um contrato regulamentado.

At. 4 (...) aí o que a OPS BH pode fazer para o senhor tá realizando... é fazer um acordo com o senhor... aqui e agora... o senhor vai pagar para a OPS BH custo operacional... o valor que a OPSBH repassa para a clínica... o senhor tem interesse que eu esteja vendo este valor? Porque pelo convênio não tem como o senhor estar fazendo mesmo não... a não ser desta forma...custo operacional.

CI (...) fica em quanto?

[Atendente localiza o código do exame, verifica o valor do exame na tabela e faz o cálculo do custo operacional, ou seja, o valor do exame acrescido dos impostos]

At. 4 (...) Será R\$ 523,03 ... em cheque ou dinheiro...

CI (...) Se eu resolver pagar... como que eu faço?

At. 4 (...) O senhor tem que vir aqui pessoalmente...fechar com gente aqui... vou anotar o valor atrás da guia... o senhor também tem a opção de estar regulamentando o seu plano, passando para um contrato regulamentado...onde o senhor vai tá com um rol de procedimentos mais extenso....

⁴² Trata-se de uma opção de pagamento direto à OPS BH de exames ou procedimentos ambulatoriais, ou seja, que não ocorram numa internação, que não tenham sido autorizados por falta de cobertura ou limitação contratual. O Acordo é um documento formal devendo ser feito pessoalmente, mediante assinatura de um termo entre o cliente e operadora.

CI (...) é mas tem preço novo...

At. 4 (...) É... hoje o senhor entraria numa tabela nova...

CI (...) pagando bem mais...

At. 4 (...) falando de valores eles são...

CI (...) bem mais...

At. 4 (...) é os valores são maiores.

CI (...) vou pensar...

At. 4 (...) tá ok... se o senhor achar vantagem tá fechando aqui com a gente então... tá ok?

Aparentemente, como existe alternativa a ser oferecida ao cliente, consoante com a explicação do atendente, esse não seria um caso de “*não simples*”. Porém, as opções que foram oferecidas ao cliente, continuam sendo “formais”, não sendo viáveis nas condições atuais do cliente, pois tanto a opção do acordo quanto a migração, no presente caso, são alternativas que efetivamente não resolvem a demanda do cliente. À definição de qual seria o tipo do ‘não’ resta buscar referência na diferenciação proposta pelo atendente, uma situação que não demandava atenção imediata à saúde. Evidencia-se que a diferença está no interior da atividade e na inter-relação entre o atendente e o cliente, não se tratando apenas da dimensão contratual de cobertura ou não do procedimento.

Após a saída do cliente, ao comentar sobre esse atendimento, o atendente verbaliza como ele faz para negar numa situação que envolva regras contratuais.

“ (...) o cliente pode chegar aqui já sabendo que não vai ser autorizado... ele pode ter ligado no 0800... depende do jeito que ele inicia o atendimento... por exemplo... esse que saiu daqui agora... chegou dizendo “pelo jeito eu não vou poder fazer este exame” ... a forma de abordagem dele deixou claro para mim que ele já estava ciente que não teria cobertura contratual para o exame. Tanto que antes de olhar no sistema, eu já tinha verificado...eu olhei na carteirinha e vi que era plano não regulamentado... (os atendentes sabem quais planos são regulamentados pela numeração da carteirinha)...Quando é cobertura contratual a situação é mais objetiva, mais segura para passar para o cliente...” (Atendente 4)

O acompanhamento da atividade, revelou que existem outras formas desse “não” simples, como adiar a resposta a ser dada ao cliente, em função de uma eventual alteração do humor do cliente. Os atendentes têm uma estratégia para

lidar com o cliente que grita, briga, xinga, ou insiste muito e não vai sair da operadora sem uma perspectiva de ter sua autorização. Nesses casos, os atendentes podem abrir processos de concessão ou reembolso para ganhar tempo e evitar a relação desgastante com o cliente. Abertura de processos é um recurso administrativo para encaminhar as questões que não puderam ser resolvidas no atendimento, para outras instâncias da organização. A rigor, processos de concessão e reembolso deveriam ser abertos para serem encaminhados à CACR. No entanto, os atendentes, em alguns momentos, abrem processos para eles mesmos, ou seja, o cliente recebe o protocolo de abertura de processos, vai embora e depois de alguns dias, recebe um telefonema do atendente lhe dando a mesma posição que já havia sido dada no atendimento. É uma estratégia do atendente para evitar o desgaste decorrente da carga psíquica desse tipo de atendimento em que ele fica pressionado pelo cliente e pela organização. Diante da “*amputação*” (CLOT, 2006) de suas possibilidades de agir, o atendente, para lidar com o cliente e com a hierarquia, opta pela evitação emocional.

“Essa amputação é particularmente clara nos ofícios de serviço orientados para acolher públicos em dificuldades sociais. Nestas situações, cuja quantidade aumenta sem cessar, o objeto do trabalho não é nada menos que a existência do outro (...)” (CLOT,2006:17).

Uma das estratégias de evitação emocional, é essa abertura de processos “de fachada”, ou seja, não serão encaminhados para outras áreas da OPS BH. Na verbalização abaixo, o atendente aponta as duas possibilidades: ganhar tempo para verificar alguma outra informação ou para evitar o desgaste com o cliente.

“... é que às vezes a gente tem dúvida se dá cobertura ou não... então a gente abre porque o cliente tá aqui e vê depois com o Fulano (nome do Facilitador da área) ou então a gente abre só para o cliente acalmar... achar que vai ser avaliado... aqueles que você tenta explicar... falar que não tem jeito e ele não entende e a gente abre nesta situação... (Atendente 1)

A opção da abertura de processos “de fachada” possibilita ao atendente ganhar tempo para dar a mesma resposta por telefone, ao invés do face a face, para ter tempo do cliente se acalmar. A diferença, segundo o atendente, é que quando ele telefona e confirma a negativa para o cliente, é pouco provável que o

cliente continue se alterando, “*é mais fácil do cliente aceitar...*”. É também uma alternativa para que o atendente possa buscar maiores informações com a chefia da sua área sobre cobertura de procedimentos ou situações novas e dar uma posição final para o cliente.

“Às vezes eu prefiro dar um retorno por telefone... mesmo que eu não abra processo...eu peço para ele aguardar que eu vou conversar com a auditoria... só para dar uma posição final mesmo por telefone... Porque se tem alguma chance a gente... né?...a gente com a orientação do Fulano (refere-se ao Facilitador da área)...ele fala que a gente pode abrir processo...a gente vê que vai ser avaliado e que pode haver alguma chance... mas normalmente...pelo menos a minha posição... eu sempre falo que não tem chance...não tem como e só se estiver realmente muito alterado...insistindo numa outra avaliação... às vezes eu abro processo para mim mesmo(a)... e aguardo um...dois dias e entro em contato com o cliente e informo a posição final”.
(Atendente 1)

O atendente relata a estratégia de adiamento e posterior contato telefônico para dar a mesma resposta que já tinha sido dada. Enfatiza que prepara o cliente para ouvir novamente o “não”, quando diz “*eu sempre falo que não tem chance... não tem como...*”. Uma das características dos serviços de atendimento é administrar a expectativa do cliente (Zarifian, 2001). Ainda que nesse caso ocorra o inverso, o atendente reduz ao máximo a expectativa, de tal forma que quando voltar a dar a resposta negativa, o cliente já esteja “*preparado para ouvir não*”.

Num outro atendimento, o atendente vai até a auditoria para verificar a posição da autorização de uma cirurgia que foi inicialmente solicitada através do teletendimento.

(Cliente vai até o Apoio pedir autorização de procedimento, atendente verifica liberação da autorização⁴³ no sistema, não entendeu o que foi autorizado e vai até a auditoria para verificar a situação).

Aud. (...) Se eu tô entendendo... ela (a médica da paciente) está pedindo uma cirurgia profilática, ou seja, a paciente não tem diagnóstico de câncer e ela quer fazer... a paciente tem um risco... tem umas lesões lá que são de risco... só que isso não é padronizado pela OPS BH... não adotou a incorporação deste

⁴³ Cliente fez solicitação através do teletendimento e foi orientada a comparecer à Sede para obter maiores informações sobre a cirurgia e liberação de material médico hospitalar.

procedimento, tá? Tem uma Circular para os médicos... que foi liberada há uns dois anos atrás... então eu tô informando isso a ela e perguntando: já que o que ela (médica da paciente) quer é retirar as microcalcificações... isso eu posso autorizar, mas não posso autorizar a retirada da mama toda, tá?

Nesse caso, a médica se refere a uma Circular que tratava da mastectomia profilática. A esse respeito cabe ressaltar que, a OPS BH instituiu Comitês de Especialidades, conforme exigência da ANS, que são compostos por cooperados especialistas e representantes da classe médica para elaborarem regras internas para balizar as situações que envolvam uma determinada especialidade. As Circulares são emitidas e divulgadas para os cooperados da especialidade em questão.

O atendente esclarece suas dúvidas e, ao mesmo tempo, antecipa-se a uma situação, propondo que os médicos conversem entre si.

At3 (...) paciente me falou que a médica dela está de férias, viajando, deixou o celular para ligar. Eu posso ligar para a médica dela?

Aud. (...) Pode, você pode ler meu relatório para ela e tudo... para te ser muito sincero (a) eu preferia que isso voltasse por escrito...

At3 (...) Só que a médica está viajando, não vai dar...

Aud. (...) Pois é... mas ela vai fazer a cirurgia quando? Só vão fazer quando a médica voltar, né?

At3 (...) Se for o caso, você pode conversar com a médica dela? (no momento de atendimento a cliente disse que a médica dela tinha tentado falar na auditoria e não tinha conseguido.)

Aud. (...) Claro, não tem problema

At3 (...) Tá ok, doutor(a), vou lá...

(At retorna ao Apoio ao Cliente)

O atendente retoma os argumentos dados pela auditoria, referindo-se às regras internas da operadora, consoantes com a dimensão microrregulatória, de estabelecerem critérios técnicos. Informa à cliente o andamento da situação, pede o telefone da médica e informa para a auditora. Em seguida, retoma seu atendimento e dá andamento às primeiras definições que já foram dadas na autorização.

At3 (...) de acordo com os dados clínicos que foram passados para a nossa auditoria médica...você não tem histórico de câncer na mama direita...certo? Então neste caso não pode ser realizada a mastectomia... não pode ser realizada a retirada da mama... seria uma mastectomia profilática... que não tá normatizada pela OPS BH... portanto não pode ser autorizada...Aí (o)a Dr(a) ... (refere-se ao auditor especialista da OPS BH) quer verificar com sua médica se pode autorizar a excisão das microcalcificações... no lugar da mastectomia... por não ter...né? diagnóstico de câncer na mama direita.

A cliente quer entender o que foi autorizado e o que não foi e, com base no que tinha de informação, começa a questionar o atendente, que lhe informa que está aguardando a conversa entre as duas médicas.

At3 (...) elas estão conversando... vamos ver o que elas resolvem... (refere-se à conversa entre a auditora e a médica da paciente)

Durante o atendimento, o atendente elabora argumentos recorrendo às regras contratuais, ao seu conhecimento sobre relação da operadora com prestadores de serviços e às informações dadas pela auditora. Num determinado momento o atendente retorna à sala da auditoria, conversa com a auditora e retoma o atendimento:

At3 (...) olha... foi explicado para ela (a médica da paciente) que a cirurgia profilática não é autorizada...mas, será autorizada as microcalcificações...

Cl. (...) Eu quero questionar a divergência de diagnóstico... eu estive em três mastologistas e a daqui (auditora) barra (faz gesto indicando dinheiro)

At3(...) Não...não é... não foi avaliada a questão financeira... é...

Cl. (...) Ela (a auditora) concorda ... ela sabe que do jeito que tá... não tem controle

At3 (...) ela é especialista...entendeu? Só que ela tem que seguir a norma da empresa. Ela não tem autonomia para passar por cima da Circular...entendeu? Você chegou a conversar com sua médica? (refere-se à ligação que a cliente disse que faria para sua médica)

Cl. (...) conversei... você não sabe o que eu estou passando... (começa a chorar)

At3 (...) Entendo...

[Atendente providencia a emissão da autorização e entrega a guia autorizada para o cliente]

[cliente vai embora].

O atendimento finaliza com a cliente saindo do Apoio com a autorização do procedimento e autorização da prótese conforme definido pela auditoria, ou seja, de acordo com os critérios da operadora. Especificamente, nesse caso, a inter-

relação com a auditora ocorreu durante todo o atendimento, o que foi diferente de outras situações, em que, após o fornecimento da informação, o atendente realiza o atendimento sem retornar à auditoria. Fica evidente nesse caso, que a linha de frente trabalha numa perspectiva de proteger a retaguarda. Ao final do atendimento, em autoconfrontação, o atendente comenta que, sempre que possível, prefere que os médicos conversem entre si.

At.3 (...) eu prefiro quando os médicos conversam entre si ... Aqui tem muito fumo...

Pesq. Fumo?

At.3 (...) é... problemas... o Apoio ao Cliente é o local onde a OPS BH tem para justificar a negativa e passar para o cliente outras opções.

Pesq. Opções?

At.3 (...) É. Por exemplo... entrar com termo de acordo...migração...o médico alterar o código do procedimento... às vezes... é só buscar outro código ... buscar analogias de coisas que não estão no rol...Pode alterar dentro do rol e atender ...

As opções que o atendente coloca são relacionadas com o “não complicado”, o caso que ele acabou de atender era “não simples” , considerando a existência das regras internas e da impossibilidade de resolver de outra forma. Uma estratégia do atendente para evitar seu desgaste com o cliente e com a situação, foi colocar os médicos para conversarem entre si. Esse atendente relata que não quer “*ficar no meio das discussões técnicas*”, pediu à auditora que conversasse diretamente com a médica da paciente. Em outro momento, ao comentar sobre o atendimento, ele relata que “... *prefiro que os médicos conversem entre si...não sei o que mastectomia profilática... sei falar os termos técnicos... mas não o que é...*” Numa outra situação de atendimento, quando se encaminhava para repassar a resposta negativa de autorização para um cliente, esse mesmo atendente descreveu a situação da seguinte forma:

At. 3 “(...) agora eu estou sob fogo cruzado... eu estou entre o cliente que passou a solicitação...o médico do paciente que fez o pedido e o médico auditor que segue a norma da operadora e não acata a solicitação... mas quem vai dizer que não foi autorizado... sou eu”.

A verbalização do atendente indica que nem sempre é simples repassar as informações da auditoria para o cliente, conforme será tratado a seguir.

5.2.2.O “NÃO COMPLICADO”

Como seria o “não complicado”? Das verbalizações dos atendentes depreende-se que são situações que também têm regras evidentes, aparentemente sem margem para qualquer negociação ou alternativas em que, diante de uma necessidade real do cliente, numa situação de saúde, o atendente irá buscar outras formas de resolver a situação. Pode ser que o ‘não’ se torne um ‘sim’, pode ser um ‘não’ temporário, o atendente assinala as diferenças.

“... eu procuro... de acordo com a política da empresa a gente não pode estar fazendo desta forma... procuro dar opções para a pessoa... tipo não posso fazer neste contrato mas podemos mudar de contrato...veja bem... vai custar 100 reais a mais mas ... Um “não” dependendo do diálogo que você tem com o cliente, ele sai conformado...” (Atendente 2).

Ao ser questionado sobre o que possibilita que o cliente saia conformado, mesmo depois de ouvir um não, o atendente explica que o cliente quer opções e exemplifica:

“Por exemplo... cliente tem plano antigo... vem aqui pedir autorização... não tem cobertura... aí a gente explica que é procedimento que tem jeito de fazer de outra forma... da forma convencional e que aí ele tem direito... a gente orienta... ele volta no médico dele e faz a troca do código... pronto... resolveu” (Atendente 2).

Para compreender em que consiste o “não” complicado, serão detalhados alguns aspectos presentes nessas situações: relacionamento com a auditoria médica, relacionamento com o cliente a partir da dimensão ética da atividade e abertura de processos internos. Ao final da análise, será apresentado um quadro de referência de todas as situações, constando das situações em que há liberação das solicitações, que seriam os casos de “sim”, dos tipos de não e também das possibilidades que dependem de jeitos para se tornarem autorizações, ou seja, formas que os atendentes conhecem e que eventualmente podem transformar uma negativa inicial em uma autorização no final.

A relação com a Auditoria Médica

Considerando determinada demanda do cliente, as informações pertinentes ao atendimento serão prestadas pelos especialistas que atuam na retaguarda, como os especialistas das áreas financeira, comercial e médica. Assim, o atendente é responsável por repassar ao cliente o que foi definido em outra instância da organização. Uma verbalização do atendente indica uma provável dificuldade, quando diz que a situação pode se complicar quando depende da avaliação ou da informação de outros setores, nesse caso, mais especificamente da auditoria médica.

“(...) agora quando a gente depende de terceiros, por exemplo a auditoria, a gente tem que... tem que formular a forma de passar para o cliente” (Atendente 4).

O atendente é responsável por repassar ao cliente o que foi definido em outra instância da organização. A expressão *“ter que formular a forma de passar para o cliente”* não é uma redundância, é indício da dificuldade de repassar o que é dito pelo auditor, muitas vezes em termos técnicos, e que será informado ao cliente. O mesmo atendente diz que cada atendimento vai exigir dele uma habilidade, uma forma de contornar para dizer ao cliente sobre a negativa.

“tem que contornar para falar com o cliente... o que é variável... não tem uma forma padrão... cada cliente vai exigir de mim uma habilidade diferente. A forma como você fala... de repente a expressão que você faz... com certeza começa na abordagem... tanto pelo cliente em si como pelo que vai ser discutido... pelo assunto... pelo tema e também pelo cliente... Tem cliente que te dá liberdade de falar de forma direta... tem cliente que tem que contornar... muitas vezes tem que pedir desculpa para falar qualquer coisa... “o senhor me desculpe... mas a realidade é esta”...dá para perceber a reação do cliente... “ (Atendente 4)

A negativa de um procedimento que foi avaliado e indeferido pela auditoria médica, exige que o atendente formule estratégias, no tempo e no espaço, ou seja, no deslocamento entre as duas salas, num curto espaço de tempo, para informar a decisão do auditor para o cliente.

O atendente trata da dificuldade em intermediar a relação entre os vários atores presentes na situação, o que diz respeito não só à formulação da negativa quanto ao próprio conteúdo, pois se trata de assunto técnico, não imediatamente previsto em contrato.

A relação entre atendentes e auditores guarda algumas peculiaridades. São situações em que os atendentes buscam informações que têm que ser suficientemente assimiladas de forma que possam servir de argumentação para o cliente, conforme verbalizações a seguir. A área de auditoria⁴⁴ também tem sua dinâmica própria que, por não ser objeto desse estudo, não será detalhada. Informações preliminares dão conta de que a área tem 60 auditores entre médicos, enfermeiros, dentistas e farmacêuticos. A grande maioria da equipe trabalha na retaguarda e não tem contato com os clientes. Ao se referir à necessidade de auditoria para autorização de exames, a responsável pela área, enumera as seguintes possibilidades:

A) Existem procedimentos / exames que não precisam de autorização. O cliente tem livre acesso à rede credenciada para realizá-lo.

B) Existem procedimentos/ exames que precisam de autorização prévia mas não precisam de auditoria prévia. Nesse caso valem as regras do sistema autorizador que considera o contrato, carências e eventuais limitações. A autorização pode ser obtida pelo teleatendimento.

C) Existem procedimentos/ exames / tratamentos que precisam de autorização com análise do auditor. Nesses casos é necessária a análise técnica e, mediante critérios internos, pode haver necessidade da perícia médica.

No primeiro momento de atendimento, ao verificar os dados cadastrais no sistema autorizador, o atendente, ao mesmo tempo em que verifica o status da autorização, já disponibiliza informações na *intranet* para os auditores. Ao enviar o

⁴⁴ É oportuno destacar que não se desconsidera eventuais dificuldades para a atividade dos auditores, mas o foco dessa análise é a atividade do atendente em sua inter-relação com a auditoria.

pedido da avaliação, o sistema disponibiliza para o auditor que é um cliente presencial. Os auditores médicos recebem demandas de avaliação de vários setores, como o teleatendimento, atendimento presencial e autorização hospitalar. Os pedidos de avaliações enviadas pelos atendentes da Sede chegam no sistema da auditoria como preferenciais, uma vez que o cliente está aguardando, por aquela definição. Assim, quando o atendente se dirige ao Apoio, já foram enviados os dados da solicitação do cliente, não havendo nenhum direcionamento para qual auditor se dirige o pedido. Alguns atendentes verbalizaram que preferem procurar um auditor que seja da especialidade da demanda do cliente mas, nem sempre é possível.

Pesq. Você disse que é melhor conversar com um auditor do que com o outro? Qual a diferença?

At.1 Preciso entender porque foi negado, para saber se abro um processo de concessão ou não... Ali a gente vê que tem um que conhece mais do que o outro, até de outras áreas... (refere-se a outras especialidades médicas)...Agora tem quem não conhece muito, que não pode confiar... De confiança mesmo... saber assim se já te passou informação errada... tem auditor muito medroso... medo de ser chamado atenção... medo de alguma coisa de autorização... então ele fala que o médico (refere-se ao médico do paciente) tem que falar, tem que escrever, ele não consegue me dar uma orientação mais clara, sempre eu prefiro falar com alguém da especialidade. Mas agora eu fui e não tinha nenhum oftalmologista lá... a informação pode não ser segura, mas é a que tem na hora...

Na verbalização acima, o atendente relata que prefere conversar com o especialista, para obter informações de confiança para dar andamento à situação de atendimento. Pode ser uma forma de fundamentar a negativa, um momento de definir se o caso é passível de abertura de processos ou uma forma de obter informações de prováveis opções para o cliente, conforme as diferentes situações com as quais lida no atendimento face a face. Apesar de preferir conversar com o especialista, se não for possível, *“a informação pode não ser segura mas é a que tem na hora”*. Ao mesmo tempo em que essa *“decisão coletiva”* (LIMA,1996) não é prevista, é exatamente a troca de informações que orienta o atendente. Dessa troca poderá surgir argumentação necessária à negativa ou a definição se é caso para encaminhar para a CACR, conforme verbalização abaixo:

Pesq. O que seria te dar uma melhor orientação?

At.1 Por exemplo, igual ... tem uma negativa, eu queria uma explicação melhor para saber se eu posso abrir um processo de concessão ou não... para eu entender um pouco mais do que ele negou... se foi técnico ou se foi alguma coisa que poderia ser autorizada...Tipo assim é critério da operadora? Ele não me deu detalhes... foi seco... aí eu fiquei na dúvida, que argumentos eu vou ter... fiquei insatisfeita com a resposta dele.

Pesq. Você ficou insatisfeita? E aí o que você faz?

At.1 Aí eu venho e converso com o supervisor, se ele souber, me ajuda ou então ele pergunta para o responsável pela auditoria.

O que interessa à análise nesse momento, é todo o movimento que acontece antes da negativa. Algumas vezes o atendente sai da sala da auditoria e retorna, antes de falar com o cliente, e pede mais informações. A chefia da auditoria ao se pronunciar sobre a inter-relação entre auditoria e área de Apoio, inicia dizendo que há uma percepção de que a área de Apoio deve ser um *'pepino'*.

“A auditoria não faz a regra...faz a regra ser cumprida...Teoricamente se existe a regra...deve ser cumprida...se não é cumprida não deve existir...A relação do auditor não é de médico com paciente... é uma relação de consumo...O que define a cobertura é o contrato... A auditoria fica no centro de um triângulo, onde entra o médico assistente... o cliente e a operadora (...)” (Chefia da auditoria).

A verbalização acima é categórica ao tratar do entendimento, não apenas da auditoria, embora expresso pela chefia da auditoria, de que a relação entre operadora e cliente é uma relação de consumo e que a relação médico auditor não é uma relação médico-paciente. Ressalta que a única possibilidade de exceção é técnica, ou seja, casos de pacientes que apesar de serem impedidos pela regra, poderão ser autorizados diante de uma excepcionalidade técnica. Em uma pesquisa anterior, MENDES (2006) relata aspectos semelhantes na relação entre o perito da Previdência Social e o segurado, numa situação em que o médico deve definir e hierarquizar sobre onexo de doença profissional, a despeito de não ser o médico do paciente e ainda lidar com uma organização que limita seu poder decisório. A maior diferença é que naquela pesquisa, o perito é a linha de frente e aqui o auditor está na retaguarda do atendimento. *A priori* pode-se afirmar que atendimento e auditoria estão em posições diferentes, tanto do ponto

de vista do atendimento em si, onde um é presencial e o outro está na retaguarda do atendimento, quanto na própria consequência do atendimento. O cliente está na frente do atendente e este busca informações de um especialista que atua na retaguarda, mas quem vai voltar, reformular e repassar as informações e continuar o atendimento, é o atendente. Assim o “*triângulo*” do atendente é mais apertado por ser em situação de atendimento face a face. Em relação às consequências do atendimento, também será dirigido ao atendente algum eventual desagrado em relação ao parecer da auditoria. Assim, a interação com o auditor pode contribuir para a inter-relação com o cliente, pois o atendente precisará se sentir seguro, preparado para responder aos eventuais desdobramentos do atendimento. Buscando compreender como isto acontece na prática, são apresentadas algumas situações onde os atendentes tratam de solicitações que envolveram o setor de auditoria médica.

“(...) vou à auditoria...porque eu preciso saber o que o auditor vai falar...eu não quero que ele me fale que eu vou abrir um processo... eu preciso que ele me explique mais a situação para ver se é um caso que o cliente tem que fazer ... igual a caso de cirurgia de ptose (correção da pálpebra)... às vezes o cliente precisa fazer... só que pelas normas da OPS BH não libera... o auditor sabe que é uma necessidade... mas que não é liberado... como a gente sabe que pálpebra não é urgência, nem abre processo... dependendo do caso...quando a gente sabe que é mais sério...mais complexo...eu pelo menos dou uma atenção maior do que um caso mais simples.

O atendente espera que o auditor o subsidie de informações para que sejam decididos os passos seguintes do atendimento. Segundo Zarifian (2001) *“a qualidade da cooperação entre back office (retaguarda) e o front office é decisiva (tanto que a diferença entre os dois se torna, em larga medida, difusa)* (p.141). Tornar a divisão entre as áreas uma perspectiva “difusa” significa que a tarefa de atendimento, não importa se é presencial ou não, é um trabalho conjunto. O exemplo que foi citado no início desse capítulo trata de uma situação em que o atendimento foi avaliado como “Ruim” pelo cliente. O cliente avaliou que o que ele foi buscar, ou seja, garantia de autorização para fazer migração do contrato, não foi obtido. Observa-se que a tarefa do atendimento inclui administrar a expectativa do cliente em relação ao que ele esperava obter da organização e a realidade com a qual ele se confronta, que são as barreiras criadas na

organização ou para além dela em certos casos que envolvem a macro regulação.

Numa situação a autorização de um procedimento foi dada por analogia, ou seja, como não havia a codificação na especialidade, buscou-se um código em outra, que pudesse ser usado para autorizar o atendimento. Ocorre que o procedimento inicial (colocação de cateter) foi autorizado, mas o procedimento final (retirada de cateter) não foi autorizado. A cliente já havia ligado para o teleatendimento e obtido a informação de que não poderia ser autorizada a retirada do cateter, no entanto, ela compareceu à Sede para questionar esta negativa e pediu nova avaliação da auditoria. O atendente conferiu os dados da cliente e foi até a sala da auditoria para tratar do assunto. Após as explicações sobre a situação, obteve o parecer do auditor, conforme abaixo:

Auditor: Quem colocou o cateter que o retire... senão vai ser uma festa... cobra para dar ponto... cobra para retirar... corpo estranho é uma analogia e está negado...

At.2 (sai em silêncio)... hoje a casa cai...

[dirige-se à cliente e diz:]

At.2 Senhora...a retirada do cateter não tem cobertura porque não está previsto na relação de procedimentos da ...

Cl.: Não tem cobertura? Isto é um absurdo...me dá meus papéis que vou procurar meus direitos...

A explicação do atendente para a cliente é uma elaboração do que o auditor disse, não havia codificação no rol de procedimentos, mas o atendente não repetiu os comentários do auditor. Após a saída da cliente o atendente relata que *“esperava coisa pior...”* e que a cliente esbravejou tanto antes do atendimento que ele espera que ela fosse ficar muito alterada e que *“até que não foi tão difícil...”* Após a saída da cliente, o atendente comentou com o facilitador a respeito do atendimento e da negativa da retirada do cateter. O facilitador questionou sobre a liberação anterior e disse que se a OPS BH tinha autorizado a colocação que não era cabível a negativa para a retirada. O atendente explicou que foi até a auditoria e que a negativa foi mantida. O facilitador disse que isso estava errado, que a paciente tinha direito e que esse assunto deveria ter sido tratado com o supervisor da auditoria. Apesar desse diálogo, não houve nenhum

movimento para localizar a paciente e reverter a resposta negativa que já havia sido dada. Esse atendimento evidencia que o atendente faz uma triagem sem critérios definidos e sem espaço para “*decisão coletiva*”.

Dimensão ética da atividade

Nas situações de trabalho não se pode generalizar e ao buscar articular o que há de geral, universal e singular em cada situação é que aumenta a carga de trabalho. Assim é no interior do trabalho que se engendra um conjunto de valores, normas e regras de natureza ética (LIMA, 1994; 2002). Em alguns casos, as pessoas preferirão se esconder atrás das regras para tomar decisões em momentos mais oportunos.

At. 4 Pode ser uma negativa e às vezes o cliente quer... quer que eu vire para o lado do sentimentalismo, tem horas que a gente realmente não pode se envolver por este lado...entendeu? A gente trabalha numa empresa e aqui nem sempre tem um jeito...

Quando o atendente diz que o cliente quer que “*ele vire para o lado do sentimentalismo*” evidencia uma dimensão ética que está presente em várias atividades profissionais e não seria diferente em uma área que atende solicitações de autorizações para procedimentos médicos. Isso demandará do atendente “*implicação subjetiva*” (LIMA,1994). Para evitar o sofrimento, o atendente se refugia na regras, leva para os aspectos contratuais.

Pesq. E como você faz para não levar para o lado pessoal?

At.1 Eu não sei explicar... eu sempre tento...é questão contratual, eu não me conformo do cliente assinar uma coisa e depois questionar aquilo que ele assinou, então.. eu não levo para o lado pessoal. Às vezes, só um pouquinho a gente leva, né? Mas é uma coisa que você consegue passar por cima, ao mesmo tempo que você pensa, fica sensibilizado(a), chateado(a) com aquilo, você pensa o contrário, que você não pode ficar, que é trabalho.

Há que se considerar que “*o serviço não é unilateral, se faz pela troca, comporta sempre uma certa negociação, reciprocidade e compromisso (...)*” ZARIFIAN (1998:21). No presente caso, as verbalizações dos atendentes ao dizer

que “*trabalha numa empresa*” ou que “*é trabalho*” denotam pouca margem de negociação, prevalecendo a definição da empresa. Quando se referem ao trabalho, falam do trabalho no sentido formal do termo e não consideram a perspectiva que trabalhar é prestar serviço. No presente caso, quando o atendente diz que é “trabalho” é a reafirmação da prevalência das regras, quando está evidente que o cumprimento à risca da regra, significa manter as barreiras para atender o cliente. Se as possibilidades são limitadas, ou se dilata esse espaço, ou não existe relação de serviço. Outra irrealidade é afirmar que se é uma questão contratual, então as pessoas deviam saber. Ora, isso seria plausível apenas para quem conhecesse não apenas a legislação da ANS, o que pode ser possível, como também conhecesse os critérios internos da operadora para todo tipo de procedimento, o que seria impossível.

Para realização da sua atividade, o atendente é guiado por valores próprios e busca o “*estabelecimento de relações solidárias contra a impessoalidade e o formalismo das leis*”, que no caso estudado, são as regras, tentando “*articular a universalidade e a singularidade*” (LIMA, 2002).

“o jeitinho é dotado de legitimidade social precisamente porque se transgridem as normas para fazer justiça e não para criar privilégios, humanizam-se as relações, considerando cada indivíduo como uma pessoa, a quem se pode dar confiança ou não, em vez de lhe dar o tratamento abstrato da lei universalizante” (LIMA, 2002:92)

O atendente procurará definir para si próprio o quanto o atendimento se enquadra ou que tipo de andamento poderá ser dado àquela situação. Como o cliente não tem acesso a outros níveis da organização, ele espera que o atendente faça não apenas o que puder ser feito mas que considere sua necessidade. A exemplo de um “*bom juiz que consegue ‘equilibrar’ a universalidade da lei*” (LIMA, 2002), descobrir o que há de singular numa regra geral. O atendente busca definir o que é a aplicação estrita da regra e o que talvez possa ser negociado. Entretanto, ele fará esta articulação considerando também a própria inter-relação com o cliente.

At.1 - ... igual ontem... tentei ajudar uma cliente... mas ela não quis ser ajudada...ela brigou... falou que ia ficar esperando...que eu não ia ligar para ela...então assim...então tá...tentei ajudar... tá com o marido doente... mas mesmo assim ela não quis... ai eu falei seco(a)

com ela... a senhora pode aguardar lá fora...quando tiver uma posição...eu te chamo...se não quer que eu ajude... às vezes eu ligo para o hospital...para o médico...né? tento ajudar de alguma forma...não deixa de ser também o lado profissional...mas eu faço um pouco mais de esforço para tentar ajudar... se o cliente fica muito nervoso ou muito alterado... vai pelas vias normais, então você aguarda aí....“

Na verbalização acima o atendente relata dois momentos de sua atividade, num primeiro momento ele se propõe a fazer algo mais para o cliente, ao mesmo tempo em que diz do seu *“lado profissional”*, relata também que se adotou a regra quando o cliente não aceitou sua ajuda. E, quando se refugia na regra, diz que foi *“seco e falei para aguardar lá fora”* e resume dizendo que *“vai pelas vias normais”*. Seguir as vias normais equivale a dizer que nada será tentado fora do padrão normal, ou seja, o caso tornou-se um “não simples”. Claro que o esforço do atendente não necessariamente vai repercutir em alguma mudança na organização, mas quando ele abdica desse esforço, pode ser que o seu trabalho perca o significado. O inverso também pode acontecer, apesar dele se envolver, talvez o desfecho da situação, nas demais esferas de decisão, pode não ocorrer da forma que o cliente espera, a despeito do que o atendente tenha feito para diferenciar a situação.

Abertura de Processos

A abertura de processo está prevista para situações que devem ser objeto de análise pela Comissão de Avaliação Concessão e Reembolso (CACR). A Comissão é formada por representantes do Jurídico, Auditoria, Atendimento ao Cliente e pela Diretoria. Ocorrem reuniões duas vezes por semana para decidir sobre os processos que foram abertos. Não existem critérios definidos para a abertura dos processos. Somente serão avaliadas as possibilidades para abertura de processos se os casos não estiverem previstos nas situações de rotina. Por exemplo, em casos de solicitação de reativação de contratos por inadimplência, o atendente deve verificar⁴⁵ se o cliente recebeu a correspondência da operadora

⁴⁵ Esta informação fica disponível no programa de dados cadastrais do cliente. A operadora costuma *“scanear”* o Aviso de Recebimento (AR). O atendente visualiza o AR, contendo os dados de quem recebeu, data da entrega e assim, pode usar este argumento com o cliente.

informando sobre o atraso de pagamento; caso tenha recebido, manter o cancelamento. Se o cliente não recebeu, o passo seguinte é verificar seu histórico de pagamento, podendo ter no máximo 3 atrasos no último ano. Se houve um número maior de atrasos, não há possibilidade de reativação do contrato. Outro critério é verificar a utilização do plano e quantas pessoas estão envolvidas na contratação. Somente após essas etapas é que se define se a situação se configura numa exceção que justifique a abertura de processos.

Existem outros tipos de processos que são abertos com maior frequência, por exemplo, reclamações de prestadores, cobranças indevidas nos hospitais ou nos serviços credenciados, entre outros. Esses processos dizem respeito ao poder de acompanhamento da operadora frente aos seus credenciados, sendo encaminhados para o setor “Fala Cliente”, que é outra área da GRCI.

Em parte, a abertura de processo está na autonomia do atendente, embora não seja estimulada, por ser uma possibilidade remota. Segundo o facilitador da área os atendentes são formalmente orientados a evitar a abertura de processos de concessão e reembolso pois *“nada é autorizado”*. Continuando, diz que abertura ainda pode repercutir para o cliente *“como uma possibilidade de liberação para algum processo que já havia sido negado”*, gerando frustrações posteriores. Todos os atendentes falam que a única possibilidade concreta de concessão é para antecipação de parto por no máximo 15 dias.

O atendente relata o caso de uma paciente que foi à Sede solicitar concessão para o tratamento e reembolso dos valores já pagos para um hospital na cidade de São Paulo, cidade onde vinha realizando tratamento de sua filha. O atendente explica que a médica da paciente orientou que a família procurasse um prestador que não era credenciado, dizendo que esse estaria mais preparado para atender o caso. Na verbalização abaixo, o atendente explica quais foram os critérios que adotou para abertura do processo.

“Então o que eu pensei? Ela me explicou todo o histórico...muito educada...me contou que tem pago todo o tratamento do Sírio Libanês (hospital na cidade de São Paulo)...tudo particular...me mostrou toda a documentação...né? Eu precisava de um relatório da

médica atestando que realmente aqui em BH o prestador tá credenciado... tem o código...mas a técnica no caso específico desta paciente...exige um cuidado maior... eu não abri somente com a minha opinião...porque às vezes o cliente influencia a gente...né? Realmente quando a gente conversa com ele...a gente acha que é um caso que deveria abrir... então precisa assim... ou de um parecer assim... vou à auditoria...porque eu preciso saber o que o auditor vai falar...eu não quero que ele me fale que eu vou abrir um processo... eu preciso que ele me explique mais a situação para ver se é um caso que o cliente tem que fazer (...) dependendo do caso, quando a gente sabe que é mais sério... mais complexo...eu pelo menos dou uma atenção maior do que um caso mais simples.

Os critérios do atendente levam em conta a inter-relação com a cliente, “*muito educada*”, o fato dela já haver iniciado o tratamento “*tudo particular... me mostrou toda a documentação*” e os relatórios que apresentou. Após essa primeira “*triagem*” que foi do próprio atendente, que faz questão de ressaltar que “*não abri só com minha opinião*”, afinal “*o cliente influencia a gente*”, será necessária uma opinião técnica da auditoria. O atendente ressalta que precisa da opinião técnica para se certificar de que é um caso “*mais sério... mais complexo...*”, não para lhe dizer se deve ou não abrir processo. Caso o facilitador do Apoio concorde com a abertura e com o encaminhamento do processo, esse será levado ao conhecimento dos demais integrantes da hierarquia e daí, até o Gestor da GRCl. Além de não ser estimulado, é dito aos atendentes que tenham cuidado com abertura de processos. Formalmente, a organização não se opõe expressamente à abertura mas, por outro lado, os atendentes manifestam esse receio de forma bem clara, dizendo que é preciso “*tomar cuidado*”.

“A gente tem que ter cuidado porque este processo que a gente abre...vai direto para a comissão que são diretores... que fazem esta reunião... se a gente chega com uma coisa que tá na cara que não é prá poder... né?... segue normas da empresa... já teve outros casos, que não é liberado...tem que ter atenção para não mandar uma coisa errada para eles e chamar a atenção da gente depois... né? Então por isso se for um caso muito específico mesmo... se a gente tá em dúvida...se é caso que a gente nunca pegou... a gente tira a dúvida com o Fulano (nome do Facilitador da área) antes” (Atendente 1)

O processo a que o atendente se refere não é de “fachada”, caso as chefias da GRCl concordem que é pertinente o encaminhamento à CACR, o próprio Gestor da área irá encaminhá-lo e apresentá-lo, uma vez que ele participa

das reuniões da Comissão, como representante da área de atendimento⁴⁶. Fica evidente que a preocupação dos atendentes é com relação ao trâmite pela organização. No final das contas, quem gerencia e administra as exceções são os funcionários da linha de frente. A verbalização seguinte permite entrever as barreiras que são interpostas para que o atendente possa usar da estratégia de abertura de processos para evitar o aumento da carga psíquica.

“nossos chefes devem ter ... eu lembro que uma vez o Fulano (nome do Facilitador da área) fez uma reunião de final de ano e disse que a gente abriu muito processo para reativação de contrato e explicou de novo quais são as regras para reativação... planos anteriores à lei não adianta... não reativa... então só se tiver os planos regulamentados, não tiver recebido AR, se não tiver histórico de atraso... então prá gente ficar atento para não abrir... abre à toa porque não vai ter condições de ser liberado, então eles devem ter algum controle porque a gente coloca lá o motivo...” (Atendente 1).

Acrescente-se a essa situação o fato de que os atendentes não são informados sobre a decisão final dos processos que foram abertos. Após a avaliação da CACR, fica a cargo de outro setor - Fala Cliente - fazer contato com o cliente e informar sobre o desfecho dos processos. Questionado sobre o que achava dessa situação, o atendente respondeu que:

“(...) Ah... não acho bom... porque às vezes se a gente soubesse o final que dá, a gente teria mais discernimento de saber, se abriria um processo ou não... qual é o parecer deles, porque que não, porque aí se chegar um caso parecido, eu vou ter mais critérios para avaliar se eu encaminho... como que eu vou orientar o cliente... às vezes uma informação que vai ser passada para o cliente porque não vai ser liberado, porque não foi feita a concessão, eu não precisaria abrir um processo novamente para que seja dado o mesmo retorno” (Atendente 1).

Jeitos que podem dar certo

Já foram detalhadas várias situações de atendimento em que os atendentes procuram “jeitos” que podem redundar em uma autorização do atendimento ou em um “atalho” organizacional, uma possibilidade de burlar uma regra sem que isso comprometa a sua tarefa. Um atendente detalha mais uma

⁴⁶ A CACR é formada por representantes do Jurídico, GRCl, GRSS e Diretoria. As reuniões para definir sobre processos ocorrem duas vezes por semana.

delas, ao dizer que um cliente comparece à Sede para solicitar uma autorização que depende de um especialista. O auditor define que o cliente deverá esperar o especialista, porém esse irá à OPS somente no dia seguinte. Diante de uma situação em que o cliente reclame, se exalte, o atendente do Setor de Autorização encaminha o cliente para o setor de Apoio. O atendente relata:

“(...)aí o cliente já chega aqui a ponto de bala... aí a gente fala... aqui ó... realmente o processo é avaliado por um especialista, ele não tá aqui hoje, tá?... “eu entendo a situação do senhor... vou verificar a possibilidade de estar verificando com outro auditor”... uma vez que a gente sabe que existe a possibilidade. Agora... é assim, como toda empresa existe aquela coisa padrão... isso a gente faz... isso a gente não faz... mas aí se aquele médico avaliou, seguiu a regra padrão e não quis autorizar... o cliente brigou... a gente foi lá conversou com outro auditor... e o outro auditor teve o bom senso de estar autorizando” (Atendente 2).

Nesse exemplo que o atendente relata que ao mesmo tempo em que explica a regra “realmente o processo é avaliado por um especialista, ele não tá aqui hoje...” se disponibiliza a verificar se existe outra possibilidade. O atendente conhece a regra, mas também sabe que existem chances reais de obter a autorização para aquele caso. Ao procurar outro auditor, ele demonstra o conhecimento que tem, não apenas da instituição mas dos coletivos de trabalho (Zarifian, 2001) que compõem a organização.

A seguir, conforme exposto no início dessa análise, estão classificadas as possibilidades dos atendimentos realizados pela área de Apoio ao Cliente. São relacionados não apenas os tipos de não, mas também as situações de “sim” e os “jeitos”, num conjunto que permita conhecer que estratégias os atendentes usam para lidar com as situações de atendimento, administrar a relação com o cliente, com a organização e minimizar a carga afetiva presente na atividade.

Casos de Sim	Casos “Não simples”	Casos “Não complicado”	“Jeitos” que podem resultar em sim
	Evitação emocional	Envolvimento emocional	
<p>Acordos;</p> <p>Migração com vigência imediata;</p> <p>Esclarecimento de códigos, serviços, locais de atendimento;</p> <p>Autorizações de intercâmbio que necessitem de contato com a OPS de origem;</p> <p>Mudança de códigos para procedimentos cobertos pelo plano do usuário.</p>	<p>Cooperação do cliente;</p> <p>Sem alternativa;</p> <p>Seguir padrões (rol, ANS, contrato);</p> <p>Sem implicações para a saúde do cliente;</p> <p>“Não” direto;</p> <p>Abrir processos de fachada ou até conversar com o chefe;</p> <p>Conversa entre os médicos;</p> <p>Processos formais (acordo, migração)</p> <p>Situações formais (aproveitamento carências, inadimplência)</p>	<p>Regra evidente;</p> <p>Sem margem para “jeito”;</p> <p>Com implicações para a saúde do cliente, necessidade real;</p> <p>“Não” provisório podendo ser “sim”;</p> <p>Abrir processos para avaliação nos diferentes níveis;</p> <p>Interação com o auditor, procurar o especialista;</p> <p>Mudar o código, procedimentos por analogia;</p> <p>Acordos, migração</p>	<p>Mudança de código para procedimentos previstos no contrato;</p> <p>Mudança de códigos por analogias;</p> <p>Abertura de processos;</p> <p>Conversar com o especialista;</p> <p>Conversar com o chefe da auditoria;</p>

Quadro 17 – Categorização das Situações de Atendimento e Estratégias dos Atendentes

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

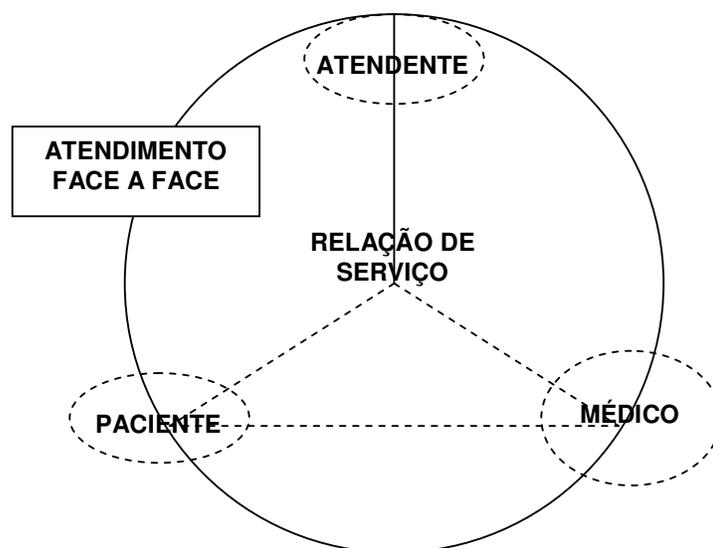
A questão colocada nesse estudo foi buscar compreender a atividade de atendimento face a face em uma operadora de saúde e as condições de realização da tarefa, assim como as conseqüências para os atendentes e para a organização, com o objetivo de contribuir para uma adequada representação da atividade para os próprios atendentes e organização, a partir do acompanhamento da atividade real do trabalho.

A hipótese defendida é que existem espaços de autonomia para os atendentes e estratégias de regulação da carga afetiva para dizer “não”, inclusive jeitos que eventualmente podem viabilizar a solicitação, apesar do aparente monolitismo, burocratização e impessoalidade da gestão contratual da relação cliente e operadora de planos de saúde.

Para isso buscou-se conhecer o segmento da assistência médica suplementar, o advento da regulamentação do mercado e o quadro institucional em suas dimensões macro e microrregulatórias. A Figura 2, constante no primeiro capítulo, prestou-se a situar o contexto institucional representado no esquema tripolar que articula os pólos e mostra o que está em jogo na situação. Os esquemas ajudam a entender o contexto da macrorregulação e a relação que se estabelece entre os atores no nível econômico e nas esferas do consumidor em relação à operadora e aos prestadores de serviço. Ao fundo do esquema situa-se a atividade, engendrada na confluência dos pólos. Dessa articulação que sustenta a assistência médica suplementar, foi feito o recorte para análise da atividade de atendimento face a face.



A Figura 3 reproduz em um “zoom” o final da aproximação entre as diferentes áreas estudadas. É no momento do atendimento que vai se dar um dos encontros dos três diferentes pólos. O usuário, cliente da operadora, a partir de uma demanda de saúde, irá buscar formas de acesso aos prestadores de serviços. Os dados empíricos atestam que a atividade de atendimento face a face na OPS BH está engendradora na articulação entre esses pólos. Demonstrou-se que o atendente, ao realizar sua tarefa, lida com demandas que perpassam todos os campos relacionais. Desse encontro deveria resultar a relação de serviço; contudo, a observação da atividade não demonstrou isso. Ao contrário, a observação da atividade evidenciou a ocorrência de respostas negativas às solicitações dos clientes considerando as dimensões macro e microrregulatórias. Assim, o foco específico foi estudar a elaboração de estratégias para informar a resposta negativa e buscar compreender como essa situação era administrada pelos atendentes, considerando-se a carga emocional decorrente do dizer “não”.



Depreende-se desse trabalho que, a exemplo do que preconiza a ergonomia da atividade, a tarefa prescrita não dá conta da atividade real. Informar ao cliente uma resposta negativa é mais do que uma tarefa administrativa. Dizer “não” é uma construção complexa que depende da inter-relação entre os envolvidos. A análise da atividade conduziu a uma categorização proposta pelos atendentes de que existem dois tipos de “não”. Um seria o “não simples” e o outro seria o “não complicado”. A diferenciação entre os dois tipos se encontra na atividade, na inter-relação que se estabelece entre atendentes, clientes, auditores e as necessidades dos clientes. Das verbalizações dos atendentes foi possível apreender o que eles consideram importante no atendimento, bem como o estabelecimento de critérios sobre a forma de conduzir as solicitações. Dessa categorização se evidencia também a forma como os atendentes lidam com eventuais opções que possam ser apresentadas aos clientes. Em determinadas situações, as opções são meramente formais e, em outras, o atendente se implica e se envolve para que o cliente tenha opções reais para resolver ou minimizar os problemas que o afetam. A perspectiva de minimizar a carga emocional decorre do atendimento e do encaminhamento dado à situação. Se as questões são formais, existe um envolvimento menor; quando são questões reais, a implicação

é maior. Segundo os atendentes, lidar com um cliente que está “abalado” por problemas de saúde e ter que lhe informar da resposta negativa é o mais complicado. Então, será preciso pensar em alternativas, opções que possam realmente ajudar o cliente a resolver ou minimizar seu problema.

A literatura sobre serviços foi relacionada para verificar se a relação de serviço está presente no segmento. A revisão bibliográfica mostrou a evolução da relação de serviço, afirmando que está presente tanto na indústria quanto na própria área de serviços. Apesar de todas as mudanças tecnológicas, organizacionais, econômicas e sociais, o problema da produtividade continua a ser apreendido e tratado de maneira tradicional, segundo critérios tayloristas - como se a melhor forma de fazer fosse sempre o menor tempo. Esse paradigma impregna todos os setores e está presente na relação de serviço e também no segmento de saúde, onde determinados setores têm como indicador de performance o tempo de duração do atendimento, em detrimento da resolução do problema do cliente.

Constatou-se que as relações entre operadoras de saúde e usuários estão calcadas nos princípios de uma relação contratual, sujeita ao cumprimento das regras contratuais, não cabendo praticamente nenhuma outra negociação. Dessa forma, não se trata de uma relação de serviço: é uma relação de consumo, o que equivale a dizer que os critérios para acesso aos serviços de saúde estão baseados unicamente na cobertura contratual e que os clientes são considerados consumidores.

Retomando a hipótese que norteou esse trabalho, a tarefa do atendente de informar a resposta negativa dentro de um determinado quadro institucional não acontece sem que haja uma atividade, uma regulação e o estabelecimento de estratégias. Contrariamente ao que poderia parecer, considerando-se o contexto macro e microrregulatório, a atividade do atendente não está fadada a repetir de forma predeterminada e monótona uma negativa de autorização. A atividade do atendente não se resume a uma mera repetição, como uma engrenagem de transmissão de regras já estabelecidas em outras instâncias da organização. Os

atendentes ocupam um espaço maior, sendo possível que a própria organização desconheça a articulação que eles engendram para informar da resposta negativa. Movidos por critérios e valores que lhes são próprios – como acreditar no cliente, se são casos de urgência, se o cliente está abalado, se é uma pessoa percebida como alguém que fala a verdade ou se o problema é sério, entre outros – eles empreendem esforços no sentido de discutir o assunto com especialistas, colegas e chefia, verificar as opções possíveis e abertura de processos. Assim, imbuídos das responsabilidades das tarefas que lhe foram atribuídas pela organização, desse “debate” de regras, eles redesenham a atividade e buscam lidar com seu próprio desgaste. Para isso criam categorias de atendimento e desenvolvem estratégias para evitar o sofrimento psíquico.

Os atendentes são a linha de frente e fazem a proteção para a área de retaguarda, os clientes não têm acesso a nenhuma outra área da empresa sendo essa a etapa terminal do atendimento face a face. A advertência que se coloca é de que os atendentes se incumbem de “engolir” todas as insatisfações dos clientes e o fazem de forma tal que a organização nem mesmo chega a ter essas informações. Essa atitude tem respaldo no processo de abertura de concessão e reembolso. De tão desestimulada a abertura de processos, pode-se dizer que caiu no descrédito; os atendentes não acreditam em concessão, que exista a possibilidade real de que alguma exceção venha a ser tratada como tal e, por isso, evitam a abertura. Resta saber se é isso que a organização quer. Os atendentes bloqueiam os clientes. Por outro lado, a abertura de processos “de fachada” é uma condição concreta para evitar o sofrimento de lidar com situações conflituosas.

O paradoxo colocado é que ao mesmo tempo em que a hierarquia controla a abertura de processos, deixa a cargo do atendente identificar o que é a regra e o que poderia ser exceção. A tendência dos atendentes é tentar resolver todas as coisas sem abertura de processos reais de concessão e reembolso. Uma alternativa seria o estabelecimento de critérios para abertura de processos, bem como resgatar ou instaurar a credibilidade dos mesmos. Será necessário também que os auditores tenham maior clareza e cuidado para lidar com as questões que

os atendentes trazem para avaliação. Parece que também os auditores precisam ter uma melhor representação do que é a atividade do atendente.

A falta de retorno das finalizações dos processos que foram abertos não contribui para o desenvolvimento profissional dos atendentes; ao contrário, torna o processo ainda mais desacreditado, além de retirar a possibilidade dos atendentes aprenderem sobre seu próprio trabalho e aumentarem sua competência. Como a CACR não retorna o resultado dos processos, restringe cada vez mais a abertura.

Se a proposta da área de Apoio ao Cliente é *“dar tratamento diferenciado aos clientes no que diz respeito às dúvidas contratuais, bem como ser um canal de captação de reclamações / solicitações”*, conforme definição formal da área na organização, algumas questões se colocam. A primeira delas é como dar tratamento diferenciado se existe uma fala institucional repetida em diversos níveis de que não são abertas exceções? Uma outra questão estaria relacionada à possibilidade de ser um canal de captação de reclamações / solicitações: a que se presta essa captação? Conclui-se que a OPS BH não tem relação de serviço, ao contrário, a organização do atendimento se presta à manutenção do padrão, representado pelas regras e cláusulas contratuais. Via de regra, a organização não vai atender o que estiver fora do padrão.

Ao final dessa análise, fica a reflexão promovida pela AET ao acompanhar a atividade e descobrir como cada trabalhador se implica para dar sentido ao seu trabalho. E, conforme hipótese inicial, não importa o quanto possa parecer que só existe uma resposta a ser dada para os clientes. A vivacidade da atividade não permite essa rigidez; ao contrário, é o momento em que, ao se implicar na atividade, criam-se estratégias que possibilitem o alcance dos objetivos, o reconhecimento pelo trabalho e a adequação da carga de trabalho.

O presente trabalho é um estudo exploratório que certamente tem lacunas importantes, tanto na análise dos dados empíricos quanto nos referenciais

teóricos. Em vários momentos, a análise peca por não haver autoconfrontação das situações de atendimento. A dinâmica do atendimento, ou seja, a perspectiva de ter outro cliente esperando o atendimento, restringiu a abordagem imediata das situações. Acompanhar a atividade é uma experiência tão fascinante que torna-se traiçoeira. Pode-se embevecer a tal ponto que, simplesmente, em dados momentos, precipitadamente, supõe-se que tudo foi entendido e esclarecido. Ledo engano. Assim, faz-se uma crítica em relação à profundidade da análise dos dados coletados. Quanto à bibliografia, a maior parte faz referência a uma relação positiva entre clientes e prestadores de serviços. A pesquisa evidencia que nem sempre é dessa forma: no presente caso, interessam as regras contratuais. Assim como existem serviços que estão voltados para o atendimento da necessidade do cliente – portanto, vão lhe dizer “sim” –, existem serviços que farão o oposto. Administrar a relação com o cliente de forma que não haja outra expectativa a não ser a impossibilidade do atendimento à solicitação.

Esse trabalho pretendeu analisar e classificar as negativas às demandas de saúde dos clientes de uma operadora de planos de saúde, mas que estão presentes em outras áreas de atendimento, seja na retenção de serviços ou em outras situações em que possam ser percebidas as barreiras interpostas pelas organizações para atender as necessidades dos clientes. Talvez seja uma pista, um indício de que em serviços que o cliente paga, independentemente da utilização, é interessante mantê-lo, mas não interessa atendê-lo, por mais paradoxal que isso possa parecer. Ao mesmo tempo em que se reconhece as limitações aqui presentes, é inevitável destacar a relevância social do estudo que ora se inicia. Assim, está dado o primeiro passo; que venham outros estudos que o complementem.

7. BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, C. *O mercado privado de serviços de saúde no Brasil: panorama atual e tendências da assistência médica suplementar*. Brasília: IPEA, 1998.

ASSUNÇÃO, A. A., VILELA, L. V. O. *Os mecanismos de controle da atividade no setor de teleatendimento e as queixas de cansaço e esgotamento dos trabalhadores*. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 20 (4): 1069-1078, jul-ago, 2004.

ASSUNÇÃO, A. A., VILELA, L. V. O. *As condições de adoecimento na empresa Contax*. Faculdade de Medicina, UFMG. Belo Horizonte: 2004

BAHIA, L. *Planos privados de saúde: luzes e sombras no debate setorial dos anos 90*. Ciência Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, 2001. Disponível em: www.scielo.br Acesso em: 28 Nov 2006.

BAHIA, L. *Mudanças e Padrões das relações público-privadas: seguros e planos de saúde no Brasil*. Tese de Doutorado. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro: Funenseg , 2003.

BARROS, G. *Brasileiros reprovam call centers*. Folha de São Paulo, São Paulo, 14 mai. 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Duas faces da mesma moeda: microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar*. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar. – Rio de Janeiro : Ministério da Saúde, 2005. 270 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *O impacto da regulamentação no setor de saúde suplementar*. Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar - Rio de Janeiro: ANS, 2001. 43 p. - (Série ANS; n. 1)

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 39*. Dispõe sobre a definição, segmentação e a classificação das operadoras de Planos de Assistência à Saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 31 out. 2000.

CAMPOS, C.C. *Um estudo das relações entre operadoras de planos de assistência à saúde e prestadores de serviço*. Dissertação de Mestrado. UFRGS: 2004.

CASTELLS, M. *A Sociedade em Rede*. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1999.

CLOT, Y. *A Função Psicológica do Trabalho*. Yves Clot; tradução de Adail Sobral. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

CORDEIRO, H. *As empresas médicas: as transformações capitalistas da prática médica*: Rio de Janeiro: E. Graal, 1984.

CORREA, H. L. GIANESI, I. G. N. *Administração Estratégica de Serviços*. São Paulo: Atlas, 1996.

CORREA, H. L. CAON, M. *Gestão de Serviços*. São Paulo: Atlas, 2002.

ECHTERNACHT, E. H. *Sobre a carga de trabalho*. Belo Horizonte: Escola de Engenharia da UFMG, 2002. 12 f. Mimeografado.

FERRARI, A. E. M. *et al Análise do Modelo de Gestão Atual da Unimed Belo Horizonte*. Belo Horizonte: Monografia de conclusão de MBA, 2003.

FERREIRA, M. C. , MENDES, A. M. *"Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor"*: atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho. Estudos Psicologia (Natal), Natal, v. 6, n. 1, 2001.

FERREIRA, M. C. *Serviço de Atendimento ao Público: O que é? Como analisá-lo? Esboço de uma abordagem teórico-metodológica em ergonomia*. Revista Multitemas, nº 16, maio, 2000, pp. 128-144, Campo Grande-MS, UCDB.

FITZSIMMONS E FITZSIMMONS. *Administração de Serviços - operações, estratégia e tecnologia da informação*, 4ª edição. Porto Alegre:2005.

FREIRE, O. N. *Ser atendente a vida toda é humanamente impossível: Serviço de teleatendimento e custo humano do trabalho*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, 2002.

GUÉRIN, F. *et al. Compreender o trabalho para transformá-lo*. São Paulo: Edgar Blucher, 2001.

LIMA, F. P. A. *Fundamentos teóricos da metodologia e prática da análise ergonômica do trabalho*. Belo Horizonte, 1998 (mimeo.)

LIMA, F. P. A. LEAL, L. L. SOARES, R. G. *A relação de serviço na produção material e na produção imaterial*. Recife: Abergó, 2002.

LIMA, F. P. A. *Ética e Trabalho*. Psicologia Organizacional e do trabalho; teoria, pesquisa e temas correlatos. Íris Barbosa Goulart (org.) Casa do Psicólogo: 2002.

LIMA, F. P. A. *Conflitos Sócio-cognitivos e ética no trabalho: um caso que “deu certo”*. Qualidade da Produção, Produção dos Homens. DEP, Belo Horizonte, 1996, pp.154-183. Versão corrigida.

LIMA, F. P. A. Notas de aula (2006)

LIMA, M. E. A. *Informatização e Saúde no setor de telecomunicações – o problema das lesões por esforços repetitivos*. In O trabalho humano com sistemas informatizados no setor de serviços. SZNELWAR, L. I., ZIDAN, L. N. (orgs.). São Paulo: Plêiade, 2000.

MACERA, A. P. , SAINVITE, M. B., *O Mercado de Saúde Suplementar no Brasil* In SEAE/MF Documento de Trabalho nº 31. Brasília, 2004.

MASCIA, F. L., SZNELWAR, L. I. *Diálogo e constrangimentos do script na atividade de atendimento a clientes*. In O trabalho humano com sistemas informatizados no setor de serviços. SZNELWAR, L. I., ZIDAN, L. N. (orgs.). São Paulo: Plêiade, 2000.

MENDES, K. *Justiça garante direito a prótese no coração*. Jornal Estado de Minas, Belo Horizonte, 26 mar. 2007.

MENDES, D. *Donos do Poder*. Uma análise da atividade pericial no contexto da Previdência Social Brasileira: Limites e conflitos frente à caracterização do adoecimento em Ler / Dort. Dissertação de Mestrado. Engenharia de Produção. UFMG. Belo Horizonte, 2006.

MILLIEZA, M., *et al. Rumo a uma antimedicina? O médico, o doente e a sociedade*. Coleção Séc. XX-XXI. Lisboa, Portugal, 1972.

NEGRI, A. LAZZARATO, M. *Trabalho Imaterial - formas de vida e produção de subjetividade*. DP&A Editora, 2001.

OLIVEIRA, C.A.T. *Marcas das Gerais: 11 anos de pesquisa Top of Mind em Minas*. Belo Horizonte: Mercado Comum, 2006.

PATURY, F., *Os desejos da classe média*, Revista Veja, Edição 1739, Ano 35, Número 7, 20/02/2002

ROQUETE, F. *Impactos da regulamentação estatal na gestão organizacional: o caso de uma cooperativa médica Unimed no Estado de Minas Gerais*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Ciências Econômicas. UFMG, 2002.

SALERNO, M. A seu serviço: interrogações sobre o conceito, os modelos de produção e o trabalho em atividades de serviços. In: SALERNO, M.S. (org) *Relação de serviço: produção e avaliação*. São Paulo: SENAC, 2001.

SCHWARTZ, Y. *Circulações, Dramáticas, Eficácias da Atividade Industrial*. Trabalho, Educação e Saúde, v. 2, p. 33-55, 2004.

SCHWARTZ, Y. *Os ingredientes da competência: Um exercício necessário para uma questão insolúvel*. Revista Educação e Sociedade, Campinas, V. 19, n.65, 1998.

SILVA, A. A. *A relação entre operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços – Um novo relacionamento estratégico*. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde. Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar. Rio de Janeiro, 2004.

SILVA, A. M. *A regulamentação das condições de trabalho no setor de teleatendimento no Brasil: Necessidades e Desafios*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina. UFMG:2004.

SILVA, M. T. *Organização do Trabalho na linha de frente: A questão do relacionamento entre cliente e servidor*. In: *O trabalho humano com sistemas informatizados no setor de serviços*. SZNELWAR, L. I., ZIDAN, L. N. (orgs.). São Paulo: Plêiade, 2000.

SINTTEL. *Estudo da percepção sobre as condições de trabalho e saúde no setor de teleatendimento*. Belo Horizonte:2006

SOARES, R. G. *Da dor ao riso: a relação de serviço entre saber fazer e saber atender*. Dissertação de Mestrado. Engenharia de Produção. UFMG. Belo Horizonte, 2006.

TELLES, A. L. C. *A ergonomia na concepção e implantação de sistemas digitais de controle distribuído*. Rio de Janeiro, Dissertação de Mestrado, COPPE, 1995. Cap. 2.

THIOLLENT, M. Problemas de Metodologia. In: *Organização do trabalho*. FLEURY, A. C. C., VARGAS, N. (orgs.). São Paulo: Atlas, 1983. p. 54-83.

WANICK, A. *Incentivos ao mercado de saúde suplementar*. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Estudo de reestruturação de mercado de saúde suplementar. Agência Nacional de Saúde. Rio de Janeiro, 2000.

WISNER, A. *A inteligência no trabalho: textos selecionados de ergonomia*. São Paulo: Fundacentro. 1994.

WISNER, A. *Por dentro do trabalho: Ergonomia, método e técnica*. São Paulo: Oboré. 1987.

ZARIFIAN, P. As novas abordagens da produtividade. In: ROSA, M. *Gestão da empresa, automação e competitividade*. IPEA, 1990.

ZARIFIAN, P. Mutações dos sistemas produtivos e competências profissionais: a produção industrial de serviços. In: SALERNO, M.S. (org) *Relação de serviço: produção e avaliação*. São Paulo: SENAC, 2001a.

ZARIFIAN, P. Valor, organização e competência na produção de serviço: esboço de um modelo de produção de serviço. In: SALERNO, M.S. (org) *Relação de serviço: produção e avaliação*. São Paulo: SENAC, 2001b.

ANEXO 1

A ANS, através da Resolução RDC nº 39/2000, estabelece a classificação das operadoras de planos de saúde. A classificação e definição das operadoras demonstram que as empresas estão organizadas segundo modelos jurídico-institucionais diferenciados, apresentando características próprias quanto à sua forma de atuação no mercado. A classificação das operadoras representa um marco regulatório do setor, que enquadra as operadoras em oito modalidades.

1 - MEDICINA DE GRUPO

Empresas ou entidades privadas com fins lucrativos que operam e administram planos de assistência à saúde para empresas ou indivíduos mediante cobrança de contraprestações pecuniárias, excetuando-se aquelas classificadas nas modalidades de administradora, cooperativa médica, autogestão e filantropia, cuja estrutura de atendimento apóia-se fortemente em rede credenciada.

2 - ODONTOLOGIA DE GRUPO

Empresas ou entidades que operam exclusivamente planos odontológicos, excetuando-se aquelas classificadas na modalidade de cooperativa odontológica. São semelhantes às operadoras de medicina de grupo, com exceção da natureza do serviço prestado.

3 - COOPERATIVAS MÉDICAS

Caracterizam-se como sociedades de pessoas, sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei 5.764/71, que dispõe sobre o funcionamento das sociedades cooperativas, que operam planos privados de assistência à saúde. Este segmento é caracterizado pelo fato de que os profissionais médicos são, ao mesmo tempo, sócios e prestadores de serviços, recebendo proporcionalmente à

sua produção, por tipo e qualidade do atendimento, além de participarem do rateio do resultado operacional do negócio.

4 - COOPERATIVAS ODONTOLÓGICAS

Sociedades de pessoas sem fins lucrativos, constituídas conforme o disposto na Lei 5.764/71, que dispõe sobre o funcionamento das sociedades cooperativas e que operam exclusivamente planos odontológicos. Difere da cooperativa médica apenas em relação à natureza dos serviços prestados ou tipo de plano ofertado ao mercado.

5 - AUTOGESTÃO

Entidades que operam serviços de assistência à saúde ou empresas que, por intermédio de seu departamento de recursos humanos, ou órgão assemelhado, responsabilizam-se pelo plano privado de assistência à saúde. Oferecem cobertura exclusivamente aos empregados ativos, aposentados, pensionistas ou ex-empregados e seus respectivos grupos familiares definidos, limitados ao terceiro grau de parentesco consangüíneo ou afim, de uma ou mais empresas, ou ainda a participantes ou dependentes de associações de pessoas físicas ou jurídicas, fundações, sindicatos, entidades de classe de profissionais ou assemelhados.

6 - SEGURADORAS

Empresas que apresentam as mesmas características usuais das seguradoras e que providenciaram sua especialização como operadoras de planos de saúde junto a SUSEP, mediante cisão ou outro ato societário cabível. A instituição provedora realiza, em conjunto com a instituição financeira, a intermediação financeira entre grupos de indivíduos mediante sistema de reembolso para os serviços utilizados. Assim, a diferença em relação às demais operadoras de

planos de saúde, consiste na obrigatoriedade contratual de oferecer a possibilidade de livre escolha do prestador de serviço aos usuários. Neste caso, o pagamento das despesas é efetuado diretamente aos prestadores de serviços pelos usuários, que têm direito a reembolso, conforme tabela de procedimentos ajustada entre as partes. Na prática, porém, todas as seguradoras possuem rede referenciada de prestadores de serviços, o que torna sua atuação bastante semelhante àquela desempenhada pelas operadoras de medicina / odontologia de grupo.

7 - ADMINISTRADORAS

Administram exclusivamente planos privados de assistência à saúde, não assumem o risco decorrente da operação desses planos e não possuem rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares, sendo esses planos financiados por operadoras. Já as administradoras de serviços administram exclusivamente serviços de assistência à saúde, possuindo ou não rede própria, credenciada ou referenciada de serviços médico-hospitalares ou odontológicos.

8 – FILANTROPIA

Entidades sem fins lucrativos que operam planos de saúde e que tenham obtido certificado de entidade filantrópica junto ao Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e declaração de utilidade pública federal junto ao Ministério da Justiça ou declaração de utilidade pública estadual ou municipal junto aos respectivos órgãos dos governos estaduais e municipais. Para se enquadrar nesta segmentação, é necessária ainda a comprovação de que destinam, pelo menos 60% de sua capacidade instalada, à clientela do Sistema Único de Saúde - SUS.

FONTE: Site ANS – acesso em 01/11/2006

ANEXO 02

GESTÃO DE RELACIONAMENTO COM CLIENTES INDIVIDUAIS

Gestão de Relacionamento com Cliente Individual é responsável pela busca de soluções de atendimento, oferecendo informações de qualidade e respeitando as necessidades do cliente.

Com o grande crescimento da *OPS BH* nos últimos anos, a excelência no atendimento ao cliente foi o foco de trabalho da GRCI, que aprimorou os seus processos, criou novas áreas e investiu em capacitação dos colaboradores. Hoje, o atendimento é um diferencial competitivo da Cooperativa, servindo de referência para todo o Sistema Unimed.

Outros trabalhos da gestão, também focados no cliente, foram a melhoria da estrutura física de atendimento na sede da Cooperativa e o investimento em canais de comunicação, como o Unidisk e o Dr. Você.

A equipe desta gestão sabe que um serviço de qualidade ao cliente é muito mais do que zelar pelas suas necessidades ou encaminhar suas reclamações. Os colaboradores trabalham para superar as expectativas das pessoas que procuram a Cooperativa, encantando-as cada vez mais.

A GRCI é também a gestão responsável por garantir a integridade do banco de dados da *OPS BH*.

NOSSOS NÚMEROS

- 400 colaboradores
- 20.000 movimentações cadastrais por mês
- 20.000 atendimentos físicos por mês
- Mais de 200.000 atendimentos telefônicos por mês
- 130 clientes retidos por mês
- 5.000 reclamações recebidas e tratadas por mês

Fonte: *Intranet* da OPS BH – Acesso em 13/12/2006.

ANEXO 03

LISTA DE PROCEDIMENTOS QUE PODEM SER AUTORIZADOS PELO UNIDISK

- 2001002-8 Teste ergométrico
- 2001005-2 Sistema Holter
- 2001009-5 Ecocardiograma Unidimensional
- 2001010-9 Ecocardiograma Bidimensional
- 2001013-3 Ecocardiograma com doppler
- 2001014-1 Ecocardiograma com doppler de fluxo a cores
- 2201013-0 Eletroneuromiografia
- 2001017-6 Duplex Scan vascular periférico
- 2001024-9 Monitorização ambulatorial de pressão arterial ? 24h (mapa)
- 3301001-3 Ultra-sonografia Abdômen superior (fígado - vias biliares -vesícula - pâncreas - baço)
- 3301002-1 Ultra-sonografia Abdômen total (abdômen superior - rins - retroperitônio - rins e bexiga)
- 3301003-0 Ultra-sonografia Aparelho urinário (rins e bexiga)
- 3301004-8 Ultra-sonografia Articulação
- 3301005-6 Ultra-sonografia Craniana
- 3301009-9 Ultra-sonografia Globo Ocular
- 3301010-2 Ultra-sonografia Hipocôndrio direito (fígado - vesícula - vias biliares - pâncreas)
- 3301011-0 Ultra-sonografia Obstétrica
- 3301012-9 Ultra-sonografia Órgãos e est. superficiais (mamas - tireóide - cervical - salivares - músculo - tendões - escroto - pênis - vaso periférico)
- 3301013-7 Ultra-sonografia Pélvica (ginecológica)
- 3301014-5 Ultra-sonografia Pélvica (transvaginal)
- 3301015-3 Ultra-sonografia Prostática via abdominal
- 3301016-1 Ultra-sonografia via trans-retal
- 3301017-0 Ultra-sonografia Retroperitônio, grandes vasos e supra-renais

3301018-8 Ultra-sonografia Tórax (extra-cardíaco)
3401001-7 Tomografia computadorizada do abdômen superior
3401003-3 Tomografia computadorizada da coluna cervical, dorsal ou lombar até três segmentos
3401004-1 Tomografia computadorizada da coluna cervical, dorsal ou lombar (segmento adicional)
3401005-0 Tomomielografia até três segmentos
3401006-8 Tomografia computadorizada de crânio ou órbitas ou sela túrsica
3401008-4 Tomografia computadorizada de face ou seios da face ou articulações temporomandibulares
3401009-2 Tomografia computadorizada de mastóides ou ouvidos
3401010-6 Tomografia computadorizada da pelve ou bacia
3401010-6 Tomografia computadorizada da pelve ou bacia
3401011-4 Tomografia computadorizada do pescoço (partes moles - laringe - tireóide ou paratireóide - faringe)
3401012-2 Tomografia computadorizada dos segmentos apendiculares (braços, antebraços, coxas, pernas, mãos e pés)
3401013-0 Tomografia computadorizada do tórax
3601001-4 Ressonância Magnética de crânio
3601002-2 Ressonância Magnética da coluna cervical
3601003-3 Ressonância Magnética da coluna torácica
3601004-9 Ressonância Magnética da coluna lombo-sacra
3601005-7 Ressonância Magnética de pescoço
3601006-5 Ressonância Magnética de plexo braquial (unilateral)
3601007-3 Ressonância Magnética de Tórax
3601008-1 Ressonância Magnética de coração ou aorta com Cine-Ressonância
3601009-0 Ressonância Magnética de abdômen superior
3601010-3 Ressonância Magnética de bacia ou pélvis
3601011-1 Ressonância Magnética de articulação têmporo-mandibular (bilateral)
3601012-0 Ressonância Magnética de ombro (unilateral)
3601013-8 Ressonância Magnética de cotovelo ou punho (unilateral)
3601014-6 Ressonância Magnética de coxo-femoral (bilateral)
3601015-4 Ressonância Magnética de joelho (unilateral)

3601016-2 Ressonância Magnética de tornozelo ou pé (unilateral)
3601017-0 Ressonância Magnética de segmento apendicular (unilateral)
5001022-0 Ultra-sonografia diagnóstica ? monocular (por olho)
4508004-6 Curetagem pós-aborto
4508018-6 Parto via baixa (parto normal)
4508019-4 Cesariana

Fonte: Site da OPS BH – Acesso em 13/12/2006.

ANEXO 04

APOIO AO CLIENTE

Objetivo: Dar tratamento diferenciado aos clientes no que diz respeito à dúvidas contratuais, bem como ser um canal de captação de reclamações/solicitações.

Números de Colaboradores: 05 (cinco) sendo 01 (um) facilitador e mais 04 (quatro) atendentes.

Serviços Prestados:

- Migração de Contratos
- Reclamações Diversas
- Informações Diversas
- Cobranças de Co-participações – SUPORTE AO ATENDIMENTO PLANO INDIVIDUAL
- Abertura de Processos (concessão/reembolso)
- Abertura de Processos para programa de monitoramento domiciliar
- Autorização/Comunicação para clientes referente a Liminares Judiciais
- Acordos Extra-Judiciais
- Cadastro/Suspensão de Biometria – SUPORTE AO ATENDIMENTO
- Alegação de DLP (Doença ou Lesão Preexistentes)
- Orientações Diversas a Clientes Intercâmbio (inclusive contatos telefônicos com as Unimed's)
- Correções de Autorizações encaminhadas pelo Balcão de Autorização e/ou Unidisk
- Atendimentos à demandas de clientes internos (GRCC, GRSS, etc.)

Média de Atendimentos Mês: 1.583 (um mil quinhentos e oitenta e três).

Demandas mais relevantes:

- Esclarecimentos sobre coberturas contratuais - 20%
- Informações Diversas - 20%
- Esclarecimentos para Clientes Intercâmbio – 13%
- Reclamações referentes a horários especialistas – 12%
- Reclamações Diversas – 8%
- Demais Serviços – 27%

Demandas mais críticas:

*Complexos: Falta de cobertura contratual, alegação de DLP.

*Média complexidade: Acordos Extra-Judiciais, reclamações diversas, clientes intercâmbio, correções de autorizações cadastradas ou auditadas incorretamente.

*Baixa complexidade: Biometria, processos CACR, monitoramento domiciliar.

Avaliação por Tipo de Demanda/Atendimento e Público-Alvo:

1 - CACR - Comissão de Avaliação de Concessão e Reembolso:

Criado com o objetivo de avaliar solicitações de Clientes que tiveram negados tratamentos ou procedimentos por algum motivo (limite, cobertura, preexistência, prazo de carência ainda não cumprido ou outros). Essa comissão se reúne 02 (duas) por semana, às terças-feiras às 14:00 h e às sextas-feiras às 11:00 h.

Uma vez deferido integral ou parcialmente a solicitação do Cliente está é reencaminhada ao Fala Cliente ou outro setor competente.

Para o Apoio ao Cliente são encaminhadas as situações:

- Solicitações deferidas de antecipação do fim de carências para parto. (Aguarda comparecimento da cliente dentro do período autorizado pela CACR para emissão da autorização).
- Documentos a serem devolvidos para os clientes.

* Números de 2006:

- Janeiro: 26 atendimentos
- Fevereiro: 17 atendimentos
- Março: 16 atendimentos

2 – Intercâmbio:

O Apoio ao Cliente atende em sua grande maioria os clientes do intercâmbio (clientes de outras Unimed) quando da negativa (dada pela Unimed de origem que é detentora do contrato de assistência médica entre ela e o cliente) e quando existe a necessidade de contato com a Unimed de Origem para detalhamento do status da solicitação (negado ou pendente). Essa relação é bastante tumultuada, pois quando da não liberação do procedimento solicitado, o cliente de intercâmbio não faz a distinção entre sua Unimed de Origem e a Unimed-BH, sendo que o informe da negativa recai sobre essa última, uma vez que a negativa é “comunicada” por ela. Existe uma grande dificuldade por parte do cliente de Intercâmbio de compreender e aceitar a negativa gerando grande ônus e desgaste para o setor de Apoio ao Cliente.

* Números de 2006:

- Janeiro: 223 atendimentos
- Fevereiro: 191 atendimentos
- Março: 126 atendimentos

3 - Negativas (Descrição/Formalização):

Muitos Clientes no momento da negativa de uma solicitação, independente do motivo, exigem a formalização da mesma pela Unimed-BH.

- Os clientes buscam no Apoio ao Cliente informações e motivo para não cobertura de procedimentos.
- Para os procedimentos que possuem códigos, é fornecido a negativa do próprio Salutaris;

- Para procedimentos que não possuem códigos ou que não constem no Rol de procedimentos da ANS, é fornecido documento elaborado pelo Jurídico.

* Números de 2006:

- Janeiro: 313 atendimentos
- Fevereiro: 231 atendimentos
- Março: 270 atendimentos

4 - Cadastro de Clientes/Apoio/Telefone/Celular – Memória:

Ver ítem 5.

5 - Histórico no Salutaris.com:

O Apoio ao Cliente após o atendimento aos clientes registra no sistema Salutaris.com o resultado ao atendimento. Esse registro refere-se, em sua maioria, aos atendimentos

O Salutaris.Com não possui campo disponível para este tipo de registro. Atualmente, utilizamos planilha eletrônica para controle quantitativo por tipo de atendimento (exemplo: anexo 3).

O ideal seria ter no próprio Salutaris.Com condições de alimentar quem é o cliente, qual a finalidade que o mesmo esteve no Apoio e qual foi o resultado do atendimento com condições de imprimir estes relatórios com filtros.

6 - Grau de autonomia dos Atendentes / Facilitador / Analista / Especialista / Gestor:

Atualmente o facilitador do Apoio ao Cliente trabalha em consonância com o analista e especialista do Atendimento. O gestor somente é envolvido quando situações extraordinárias acontecem ou quando outras áreas envolvidas no processo demandam ou são demandadas (ex: GJUR e GRSS).

Os atendentes possuem autonomia predeterminada para o atendimento às demandas de clientes encaminhadas pelas demais estruturas, principalmente pelo Balcão de Autorização e Unidisk.

De maneira formal, não há uma autonomia maior delegada à estrutura e seus componentes, porém dependendo do tipo de ocorrência o facilitador, de forma conjunta e consensual com o analista e/ou especialista, determinam um parecer diferente do parametrizado, fazem sua formalização e encaminham ao gestor para ciência. Nesses casos qualquer outra gestão que venha a fazer interface com o atendimento é devidamente comunicada.

7 - Regras de Concessão:

Definidas através do atual processo da CACR. Nenhum tipo de concessão é fornecida no momento do atendimento pelo Apoio ao Cliente. Os atendentes da estrutura são orientados a solicitar, quando pertinente, aos clientes que abram processos que serão avaliados pela CACR.

Atualmente, as únicas concessões feitas pela CACR são para antecipação de fim de carência. Para este tipo de concessão, são concedidos 15 (quinze) dias do fim de carência de contrato.

* Números de 2006:

- Janeiro: 26 atendimentos
- Fevereiro: 17 atendimentos
- Março: 16 atendimentos

8 - Treinamentos: Código de Defesa do Consumidor (CDC), Códigos Civil e Penal e Lei 9.656/98:

Não são prestados treinamentos regulares aos atendentes e facilitador da área. Esse é um ponto já definido como passível de melhoria, pois faz-se necessária a constante reciclagem e treinamento da equipe. Uma justificativa para tal é o constante aumento de clientes que se encaminham já municiados ou orientados por advogados, sociedades de classe (Associação das Donas de Casa) e órgãos de defesa do consumidor (Procon, Juizado de Pequenas Causas) e a crescente onda do “cliente tem sempre razão” incentivada em grande parte pela Imprensa e figuras anteriormente citadas.

9 - Relatórios (nº. Ações recebidas / pareceres mensais, nº. Liminares, etc.):

Fluxo para Liminares referentes a autorização:

1. Jurídico notificado;
2. E-Mail enviado ao Apoio;
3. Encaminhamos telegrama para o cliente;
4. Autorizamos os procedimentos no sistema;
5. Cliente/familiar comparece no Apoio e recebe autorização após dar o recebido na segunda via da autorização;
6. Nas sextas-feira, é enviado para o Jurídico cópia do telegrama, aviso de recebimento do telegrama e a segunda via da autorização.

Fluxo para Liminares referentes a reativação/cancelamento contratos:

1. Jurídico notificado;
2. E-Mail enviado ao Apoio;
3. Encaminhamos telegrama para o cliente comunicando a reativação ou cancelamento do contrato;
4. Nas sextas-feira, é enviado para o Jurídico cópia do telegrama, aviso de recebimento do telegrama.

* Números de 2006:

- Janeiro: 44 atendimentos
- Fevereiro: 31 atendimentos
- Março: 47 atendimentos

10 - Cadastramento da Biometria (GRSS):

Os clientes (após serem dispensados temporariamente por problemas de leitura) são encaminhados pelos prestadores ou secretárias ao Apoio ao Cliente para cancelar a dispensa e fazer nova coleta das digitais.

Para clientes acima de 80 anos, portadores deficiência mental ou dificuldades de locomoção permanente, após a segunda restrição na leitura, fazemos a dispensa definitiva. Em alguns casos (hiperidroses, queimaduras, fraturas ou outros tipos de lesões), após avaliação de relatório médico, fazemos dispensa temporária da biometria de acordo com a possibilidade de recuperação.

* Números de 2006:

- Janeiro: 99 atendimentos
- Fevereiro: 129 atendimentos
- Março: 138 atendimentos

11 - Volumes Mensais de Migrações, Acordos e Demandas Judiciais:

Migrações => Cliente com contratos não regulamentados que solicitam esclarecimentos ou que tiveram procedimentos ou próteses negadas: Explicamos as vantagens da migração e quando o cliente concorda, fazemos o preenchimento da proposta para novo contrato.

Existem alguns casos de migração de contrato de urgência (esses casos são avaliados individualmente – urgência médica).

* Números de 2006:

- Janeiro: 08 atendimentos
- Fevereiro: 12 atendimentos
- Março: 06 atendimentos

Acordos => Para clientes com cobrança individualizada e contrato não regulamento e que tiveram procedimentos / próteses / órteses negados por não cobertura contratual ou por limitação, depois de esgotadas tentativas de migração para contrato regulamentado, oferecemos o acordo.

Cliente efetua pagamento para a Unimed-BH do procedimento ou prótese/órtese (após avaliação da auditoria – critério médico) não coberto no contrato não regulamento (valor de tabela + 15%).

* Números de 2006:

- Janeiro: 08 atendimentos
- Fevereiro: 12 atendimentos
- Março: 06 atendimentos

12 - Encaminhamentos Apoio para Fala Cliente:

Idem regra de concessão. Definidas através do atual processo da CACR. Nenhum tipo de concessão é fornecida no momento do atendimento pelo Apoio ao Cliente. Os atendentes da estrutura são orientados a solicitar, quando pertinente, aos clientes que abram processos que serão avaliados pela CACR.

Além dos processos da CACR, atendemos clientes que desejam fazer reclamações sobre atendimento (Unimed Sede ou Unidisk), prestadores e médicos cooperados.

Após ouvir a reclamação e tentar solucionar o problema / insatisfação, direcionamos o cliente à caixa de reclamações e sugestões ou fornecemos o formulário padrão para preenchimento e abertura de processo e encaminhamos para o Fala Cliente.

* Números de 2006:

- Janeiro: 99 atendimentos
- Fevereiro: 53 atendimentos
- Março: 35 atendimentos