



Pesquisa de Satisfação com Beneficiários 2026

ANO BASE 2025

Objetivo Geral:

Mensurar a satisfação do beneficiário com o serviço prestado pela operadora.

Objetivo Específico:

A adoção da Pesquisa de Satisfação de Beneficiários de Planos de Saúde como um dos componentes para o Programa de Qualificação Operadoras - PQO e tem como objetivo aumentar a participação do beneficiário na avaliação da qualidade dos serviços oferecidos pelas operadoras de planos de assistência à saúde.

Os resultados da pesquisa aportam insumos para aprimorar as ações de melhoria contínua da qualidade da assistência à saúde por parte das operadoras, além de trazer subsídios para as ações regulatórias por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.



Razão Social da Operadora: CAIXA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS EMPREGADOS, registro ANS número 412295

Execução: Instituto IBRC de Qualidade e Pesquisa Ltda

Responsável Técnico: Adriana Aparecida Marçal - CONRE3 – 10524

Auditor Independente: Fernando Bortoletto - FJB Gestão Estratégica e Auditoria



Público Alvo: Beneficiários da operadora **CASEC** com 18 anos ou mais de idade.

Tipo de Amostragem: O tipo de amostragem adotado é probabilístico estratificado com partilha proporcional. O motivo da escolha da estratificação é pela suposição de que há uma elevada heterogeneidade (variância) do grau de satisfação com operadora na população de beneficiários estudada e que passa a ser diferente nas subpopulações (estratos) definidas pelo sexo, faixa etária e região demográfica.





Quantidade de abordagens ao beneficiário:

Através de sistemas automatizados é feito o controle e todas as tentativas sem sucesso são classificadas com o motivo que impossibilitou a coleta da pesquisa, envio de link para a participação online e a quantidade de tentativas de contato por telefone e com um mesmo beneficiário é controlada e limitada a 20 tentativas. Para este corte levamos em consideração nossa expertise e dados de mercado, que mostram que de forma geral a efetividade (chance de sucesso no contato) torna-se menor a medida que o número de tentativas aumenta, até 10 tentativas temos uma chance boa de sucesso, de 11 a 20 tentativas a probabilidade é média e acima de 20 tentativas a efetividade é muito baixa, por isso nosso limite a 20 tentativas.

Especificação das medidas previstas no planejamento para identificação de participação fraudulenta ou desatenta:

O sistema de monitoramento, controle e garantia da qualidade do IBRC é composto de algumas etapas que propiciam a efetividade do propósito de garantir a entrega exata do que foi planejado, bem como prevenir, identificar e remover participação fraudulenta ou desatenta, para o caso de pesquisas 100% web, são:

1 – Efetividade funcional dos sistemas

- ✓ Conferência dupla do sistema informatizado onde são imputados lista de clientes e formulário de pesquisa – front office de pesquisa, antes do início do projeto, garantindo assim que tudo que chegue aos sistemas de disparo web (e-mail, WhatsApp, SMS, etc.), esteja 100% conforme;
- ✓ Conferência diária por turno (duas vezes, às 8 e 14h) do adequado funcionamento dos sistemas de disparo web (e-mail, WhatsApp, SMS, etc.), verificando se estão fluindo dentro do planejado, bem como acompanhamento dos relatórios de efetividade de entrega;
- ✓ 100% da equipe de manejo web, a qual opera as ferramentas; é treinada presencialmente por instrutor da qualidade, com presença de coordenador ou gerente do projeto;
- ✓ 100% das possíveis não conformidades no funcionamento dos sistemas de disparo web, porventura encontradas nas conferências diárias, são alvo de correção imediata pela equipe de TI do IBRC e, se necessário, com suporte técnico dos fornecedores das respectivas ferramentas, que estão entre as mais conceituadas do mercado;
- ✓ Após a correção, é realizado acompanhamento com medição de hora em hora, por 24 horas, para garantir que o funcionamento adequado tenha se restabelecido.



2 – Efetividade de alcance do público target.

Há três formas de fazer as pesquisas chegarem ao público target pelos canais web, uma reativa onde a iniciativa de envio do link para acesso ao formulário de pesquisa é do instituto, de forma privada a um canal exclusivo do beneficiário, que apenas reage acessando, e duas proativas, onde o link é disponibilizado de forma pública, por exemplo, no site da operadora, em comunicados, em locais de grande circulação como hospitais e ambulatórios, E nesse caso a proatividade é do beneficiário que precisa acessar e seguir para o formulário, que são:

Acesso reativo

2.1 - O envio de links exclusivos (personalizados, individuais) para cada beneficiário por meio de diferentes canais como SMS, WhatsApp e/ou e-mail. Esses links são controlados por um registro único associado ao ID, identificador único do cliente, registrado na plataforma IBRC. Após a conclusão da entrevista, os dados coletados são armazenados em bancos de dados restritos, e os links utilizados são imediatamente desativados, impedindo qualquer tentativa de reutilização.

Acesso proativo

2.2 – Acesso proativo por link geral (coletivo, não personalizado)

No caso do acesso público, por meio de links gerais disponibilizados em site da operadora, comunicados ou pontos de grande circulação, adotamos mecanismos adicionais de segurança para garantir a efetividade e confiabilidade das respostas. O processo se dá da seguinte forma:

- Validação em dois fatores:** ao acessar o link, o beneficiário precisa inserir o CPF, e em seguida é solicitado que confirme o seu nome. Essas informações são automaticamente validadas junto ao banco de dados da operadora de saúde. Apenas quando ambos os dados coincidem com os registros, o acesso ao formulário é liberado.
- Bloqueio de duplicidade:** após a finalização da pesquisa por um CPF, qualquer nova tentativa de acesso com o mesmo CPF é automaticamente bloqueada, com indicação de que aquela pesquisa já foi respondida. Isso garante unicidade de resposta.



- **Rastreamento de IP e geolocalização:** todo acesso é registrado com o **IP da máquina/dispositivo** utilizado, e **geolocalização aproximada**, o que permite identificar padrões irregulares (como múltiplas respostas vindas de um mesmo IP), prevenindo possíveis tentativas de fraude, inclusive por parte de quem detenha os dados cadastrais.
- **Alarmes de inconsistência:** caso ocorra tentativa de utilização indevida, por exemplo, se a operadora responder no lugar de um beneficiário, o próprio cliente, ao tentar acessar posteriormente e encontrar seu CPF já utilizado, terá motivo para reportar. Isso gera um alerta imediato e reforça a robustez do mecanismo de segurança.

Em conjunto, esses fatores — validação em dois níveis (CPF + nome), rastreamento de IP, unicidade de resposta e alarmes automáticos — garantem que a pesquisa, mesmo em ambiente de acesso público, mantenha o nível de confiabilidade e proteção contra participações fraudulentas ou desatentas que o acesso reativo já proporciona de forma natural. O processo de segurança IBRC, coloca a pesquisa em um **nível de segurança compatível com as melhores práticas internacionais** de validação, rastreabilidade e unicidade em surveys digitais, e sem excesso ou demoradas verificações o que poderia interferir na efetividade da coleta, comprometendo o alcance amostral.

2.3 – Acesso ao formulário por QR Code

Tem o mesmo funcionamento e os mesmos mecanismos de segurança descritos no item 2.2, uma vez que o QR Code é apenas outra forma de disponibilizar o link público de acesso ao formulário.

Um fator extra de segurança, é que as respostas obtidas por meio da coleta online, independentemente da forma como o beneficiário acessa o link para responder a pesquisa, são submetidas a uma análise estatística do tempo de resposta. Respostas excessivamente rápidas ou lentas podem sugerir falta de atenção ou inconsistências. Dessa forma, avalia-se o tempo desde a primeira até a última pergunta do questionário. Qualquer tempo de resposta que exceda três desvios padrões em relação à média é descartado. Essa abordagem pressupõe que o tempo médio para a conclusão do questionário segue uma distribuição normal. Ao considerarmos a média mais ou menos três desvios padrões, garantimos uma avaliação estatisticamente robusta do tempo de resposta.

Toda interação onde é localizada uma não conformidade é descartada.





Resultados da Análise Preliminar da Base de Dados:

Ao conduzir a análise dos dados, implementamos uma abordagem abrangente de higienização, incluindo a depuração sistemática de registros inválidos. Dentre esses registros, destacam-se:

No caso de contatos telefônicos, verificamos a presença de cadastros desprovidos de números de telefone, registros inválidos devido à ausência de DDD ou presença de caracteres numéricos insuficientes.

Em relação aos contatos online, identificamos cadastros sem números de telefone para facilitar o envio de links por SMS e WhatsApp, bem como registros com falta de endereços de e-mail para a condução da pesquisa online.

Após essa criteriosa higienização, constatamos a presença de dados suficientes para a condução eficaz da pesquisa, sem comprometer os parâmetros estabelecidos no estudo amostral.

Ao longo da pesquisa em campo as análises se confirmaram, não sendo observadas inconsistências que justificasse uma revisão dos cadastros por parte da operadora.

População total:

4.585 Beneficiários CASEC

População elegível à pesquisa:

3.624 maiores de 18 anos

Planejamento da Pesquisa:

27/11/2025

Período de Campo:

21/01/2026 a 31/03/2026

Forma de coleta dos dados: Pesquisa telefônica (CATI) e online. Seguindo os códigos de ética **ASQ**, **ICC/ESOMAR** e a **norma ABNT NBR ISO 20.252**



Dados Técnicos



268

ENTREVISTADOS

Nível de Confiança: 90%
Margem de Erro: 4,82%



TAXA DE RESPONDENTES

13,9 %

Total de Contatos
Telefônico e Online: 1.930



14%	268
0%	4
0%	2
9%	180
76%	1476
100%	1930

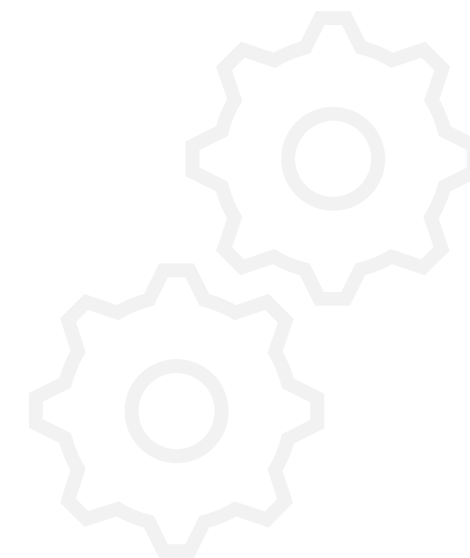
Questionários concluídos (banco de dados)

Beneficiários não aceitaram participar da pesquisa (banco de dados e evidência 1)

Pesquisas Incompletas (banco de dados)

Não foi possível localizar o beneficiário (banco de dados e evidência 2)

Outros motivos (banco de dados e evidência 3)



Margem de erro por atributo

	Questão	Base	Margem de Erro
Bloco A: Atenção à Saúde	1 - Cuidados de saúde	261	4,89
	2 - Atenção imediata	209	5,51
	3 - Comunicação	190	5,79
	4 - Atenção à saúde recebida	266	4,84
	5 - Lista de médicos (acesso aos prestadores)	240	5,12
Bloco B: Canais de Atendimento	6 - Atendimento multicanal	248	5,03
	7 - Resolutividade	104	7,93
	8 - Documentos e formulários	199	5,65
Bloco C: Satisfação Geral	9 - Avaliação geral	268	4,82
	10 - Recomendação	264	4,86



Dados Técnicos

Intervalo de Confiança

1 - Cuidados de saúde	Geral	Proporção	Erro Padrão	Erro Amostral	Nível de Confiança	Intervalo Inferior	Intervalo Superior
Sempre	138	51,5%	2,5%	5,0%	90,0%	46,5%	56,5%
Na maioria das vezes	83	31,0%	2,3%	4,7%	90,0%	26,3%	35,6%
Às vezes	40	14,9%	1,8%	3,6%	90,0%	11,3%	18,5%
Nunca	0	0,0%	0,0%	0,0%	90,0%	0,0%	0,0%
Nos 12 últimos meses não procurei cuidados de saúde	5	1,9%	0,7%	1,4%	90,0%	0,5%	3,2%
Não sei/Não me lembro	2	0,7%	0,4%	0,9%	90,0%	-0,1%	1,6%

2 - Atenção imediata	Geral	Proporção	Erro Padrão	Erro Amostral	Nível de Confiança	Intervalo Inferior	Intervalo Superior
Sempre	131	48,9%	2,5%	5,0%	90,0%	43,8%	53,9%
Na maioria das vezes	27	10,1%	1,5%	3,0%	90,0%	7,0%	13,1%
Às vezes	32	11,9%	1,6%	3,3%	90,0%	8,7%	15,2%
Nunca	19	7,1%	1,3%	2,6%	90,0%	4,5%	9,7%
Nos 12 últimos não precisei de atenção imediata	57	21,3%	2,1%	4,1%	90,0%	17,1%	25,4%
Não sei/Não me lembro	2	0,7%	0,4%	0,9%	90,0%	-0,1%	1,6%



Dados Técnicos

Intervalo de Confiança

3 - Comunicação	Geral	Proporção	Erro Padrão	Erro Amostral	Nível de Confiança	Intervalo Inferior	Intervalo Superior
Sim	84	31,3%	2,3%	4,7%	90,0%	26,7%	36,0%
Não	106	39,6%	2,5%	4,9%	90,0%	34,6%	44,5%
Não sei/Não me lembro	78	29,1%	2,3%	4,6%	90,0%	24,5%	33,7%

4 – Atenção em saúde recebida	Geral	Proporção	Erro Padrão	Erro Amostral	Nível de Confiança	Intervalo Inferior	Intervalo Superior
Muito bom	100	37,3%	2,4%	4,9%	90,0%	32,4%	42,2%
Bom	120	44,8%	2,5%	5,0%	90,0%	39,8%	49,8%
Regular	39	14,6%	1,8%	3,6%	90,0%	11,0%	18,1%
Ruim	3	1,1%	0,5%	1,1%	90,0%	0,1%	2,2%
Muito ruim	4	1,5%	0,6%	1,2%	90,0%	0,3%	2,7%
Nos 12 últimos meses não recebi atenção em saúde	2	0,7%	0,4%	0,9%	90,0%	-0,1%	1,6%
Não sei/Não me lembro	0	0,0%	0,0%	0,0%	90,0%	0,0%	0,0%



Intervalo de Confiança

5 – Lista de médicos (acesso aos prestadores)	Geral	Proporção	Erro Padrão	Erro Amostral	Nível de Confiança	Intervalo Inferior	Intervalo Superior
Muito bom	49	18,3%	1,9%	3,9%	90,0%	14,4%	22,2%
Bom	81	30,2%	2,3%	4,6%	90,0%	25,6%	34,9%
Regular	70	26,1%	2,2%	4,4%	90,0%	21,7%	30,5%
Ruim	24	9,0%	1,4%	2,9%	90,0%	6,1%	11,8%
Muito ruim	16	6,0%	1,2%	2,4%	90,0%	3,6%	8,4%
Nunca acessei a lista de prestadores de serviços credenciados pelo meu plano de saúde	24	9,0%	1,4%	2,9%	90,0%	6,1%	11,8%
Não sei/Não me lembro	4	1,5%	0,6%	1,2%	90,0%	0,3%	2,7%

6 - Atendimento multicanal	Geral	Proporção	Erro Padrão	Erro Amostral	Nível de Confiança	Intervalo Inferior	Intervalo Superior
Muito bom	77	28,7%	2,3%	4,6%	90,0%	24,2%	33,3%
Bom	120	44,8%	2,5%	5,0%	90,0%	39,8%	49,8%
Regular	39	14,6%	1,8%	3,6%	90,0%	11,0%	18,1%
Ruim	8	3,0%	0,9%	1,7%	90,0%	1,3%	4,7%
Muito ruim	4	1,5%	0,6%	1,2%	90,0%	0,3%	2,7%
Nos 12 últimos meses não acessei meu plano de saúde	13	4,9%	1,1%	2,2%	90,0%	2,7%	7,0%
Não sei/Não me lembro	7	2,6%	0,8%	1,6%	90,0%	1,0%	4,2%



Intervalo de Confiança

7 - Resolutividade	Geral	Proporção	Erro Padrão	Erro Amostral	Nível de Confiança	Intervalo Inferior	Intervalo Superior
Sim	67	25,0%	2,2%	4,4%	90,0%	20,6%	29,4%
Não	37	13,8%	1,7%	3,5%	90,0%	10,3%	17,3%
Nos 12 últimos meses não reclamei do meu plano de saúde	153	57,1%	2,5%	5,0%	90,0%	52,1%	62,1%
Não sei/ Não me lembro	11	4,1%	1,0%	2,0%	90,0%	2,1%	6,1%

8 - Documentos e formulários	Geral	Proporção	Erro Padrão	Erro Amostral	Nível de Confiança	Intervalo Inferior	Intervalo Superior
Muito bom	51	19,0%	2,0%	4,0%	90,0%	15,1%	23,0%
Bom	93	34,7%	2,4%	4,8%	90,0%	29,9%	39,5%
Regular	40	14,9%	1,8%	3,6%	90,0%	11,3%	18,5%
Ruim	10	3,7%	1,0%	1,9%	90,0%	1,8%	5,6%
Muito ruim	5	1,9%	0,7%	1,4%	90,0%	0,5%	3,2%
Nunca preenchi documentos ou formulários exigidos pelo meu plano de saúde	49	18,3%	1,9%	3,9%	90,0%	14,4%	22,2%
Não sei/ Não me lembro	20	7,5%	1,3%	2,6%	90,0%	4,8%	10,1%



Intervalo de Confiança

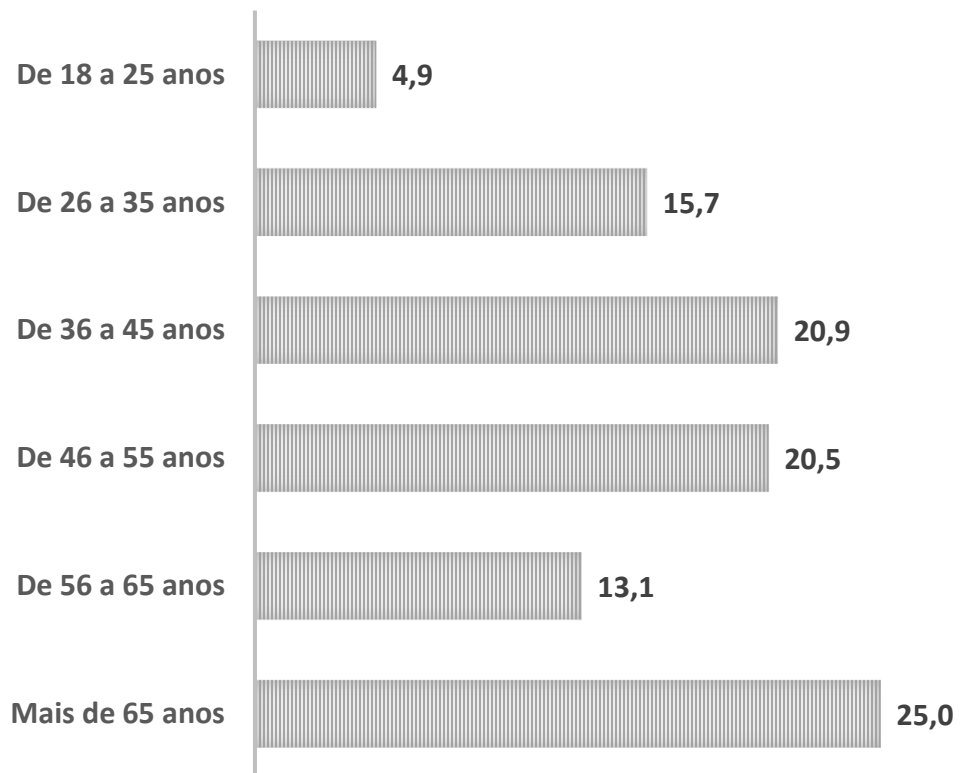
9 - Avaliação geral	Geral	Proporção	Erro Padrão	Erro Amostral	Nível de Confiança	Intervalo Inferior	Intervalo Superior
Muito bom	117	43,7%	2,5%	5,0%	90,0%	38,7%	48,7%
Bom	105	39,2%	2,5%	4,9%	90,0%	34,3%	44,1%
Regular	35	13,1%	1,7%	3,4%	90,0%	9,7%	16,5%
Ruim	8	3,0%	0,9%	1,7%	90,0%	1,3%	4,7%
Muito ruim	3	1,1%	0,5%	1,1%	90,0%	0,1%	2,2%
Não sei/Não tenho como avaliar	0	0,0%	0,0%	0,0%	90,0%	0,0%	0,0%

10 - Recomendação	Geral	Proporção	Erro Padrão	Erro Amostral	Nível de Confiança	Intervalo Inferior	Intervalo Superior
Definitivamente recomendaria	77	28,7%	2,3%	4,6%	90,0%	24,2%	33,3%
Recomendaria	125	46,6%	2,5%	5,0%	90,0%	41,6%	51,7%
Indiferente	12	4,5%	1,0%	2,1%	90,0%	2,4%	6,6%
Recomendaria com ressalvas	34	12,7%	1,7%	3,4%	90,0%	9,3%	16,0%
Não recomendaria	16	6,0%	1,2%	2,4%	90,0%	3,6%	8,4%
Não sei/Não tenho como avaliar	4	1,5%	0,6%	1,2%	90,0%	0,3%	2,7%



Descrição do Perfil

Faixa Etária



Gênero

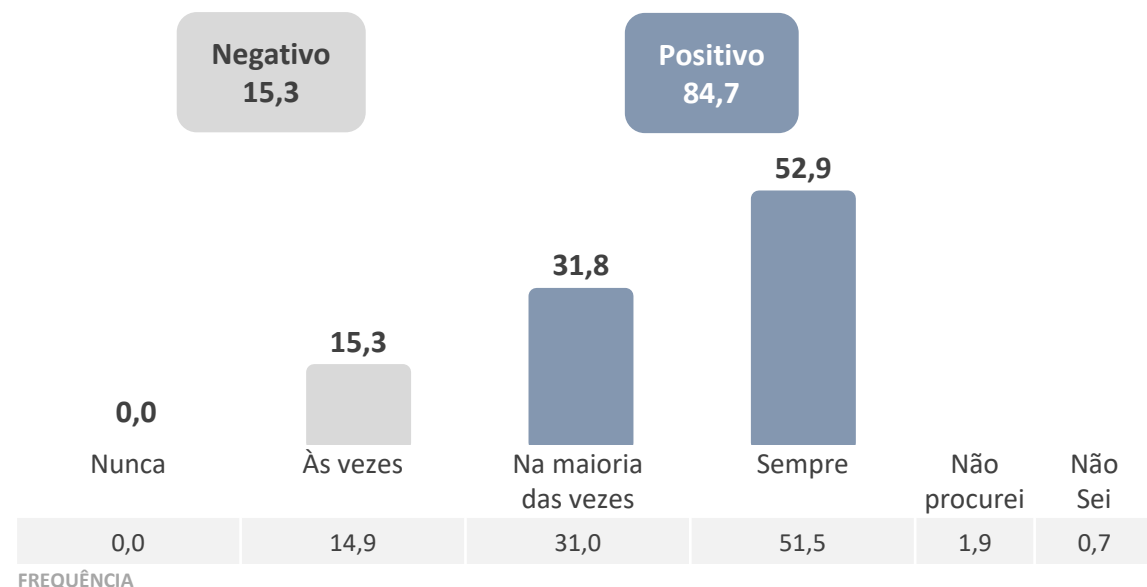


Beneficiários com 18 anos ou mais

Consultas e Exames



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



Base: 261 | Margem de Erro: 4,89.

Não procurei = Nos últimos 12 meses não procurei cuidados de saúde: **5 entrevistados** (não considerados para cálculo dos resultados).

Não sei = Não sei/Não me lembro: **2 entrevistados** (não considerados para cálculo dos resultados).

Nota¹: Resultados apresentados em percentual (%).

	Nunca	Às vezes	Na maioria das vezes	Sempre
Feminino	0,0	12,4	28,9	58,7
Positivo:			87,6	
Masculino	0,0	17,9	34,3	47,9
Positivo:			82,2	
De 18 a 25 anos	0,0	0,0	25,0	75,0
Positivo:			100,0	
De 26 a 35 anos	0,0	15,0	35,0	50,0
Positivo:			85,0	
De 36 a 45 anos	0,0	20,4	35,2	44,4
Positivo:			79,6	
De 46 a 55 anos	0,0	20,4	37,0	42,6
Positivo:			79,6	
De 56 a 65 anos	0,0	11,4	28,6	60,0
Positivo:			88,6	
Mais de 65 anos	0,0	12,1	25,8	62,1
Positivo:			87,9	

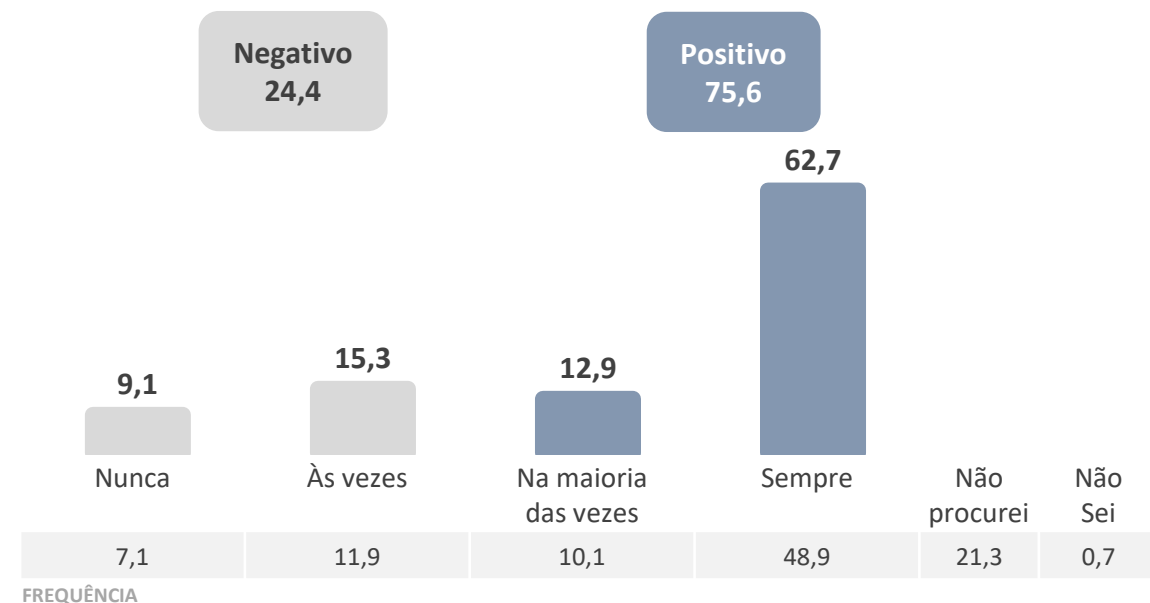
Dentre os beneficiários que tiveram cuidados de saúde e souberam responder, **84,7%** conseguiram ter cuidados de saúde **Sempre** ou **Na maioria das vezes**, classificando o atributo em patamar de **Conformidade**. Destaque positivo para a opção **Nunca** que não obteve menções.

Analisando os perfis, a variação entre os gêneros é pequena ficando dentro da margem de erro, logo não é possível dizer que há um gênero com melhor resultado que outro. Por faixa etária quem melhor avaliou foram os beneficiários **De 18 a 25 anos** chegando a **100%** das menções positivas, classificando o atributo em patamar de **Máxima Excelência**. Já os beneficiários **De 36 a 55 anos** são os que menos conseguiram ter cuidados quando necessitaram com **79,6%** em patamar de **Não Conformidade**.

Urgências e Emergências



2 - Nos últimos 12 meses, quando você necessitou de atenção imediata (por exemplo: caso de urgência ou emergência), com que frequência você foi atendido pelo seu plano de saúde assim que precisou?



Base: 209 | Margem de Erro: 5,51.

Não necessitei = Nos últimos 12 meses não necessitei de atenção imediata: **57 entrevistados** (não considerados para cálculo dos resultados).

Não sei = Não sei/Não me lembro: **2 entrevistados** (não considerados para cálculo dos resultados).

Nota¹: Resultados apresentados em percentual (%).

	Nunca	Às vezes	Na maioria das vezes	Sempre
Feminino	8,2	12,2	12,2	67,3
Positivo:	79,5			
Masculino	9,9	18,0	13,5	58,6
Positivo:	72,1			
De 18 a 25 anos	0,0	0,0	12,5	87,5
Positivo:	100,0			
De 26 a 35 anos	11,1	14,8	11,1	63,0
Positivo:	74,1			
De 36 a 45 anos	0,0	17,0	10,6	72,3
Positivo:	82,9			
De 46 a 55 anos	18,2	13,6	15,9	52,3
Positivo:	68,2			
De 56 a 65 anos	11,1	14,8	22,2	51,9
Positivo:	74,1			
Mais de 65 anos	8,9	17,9	8,9	64,3
Positivo:	73,2			

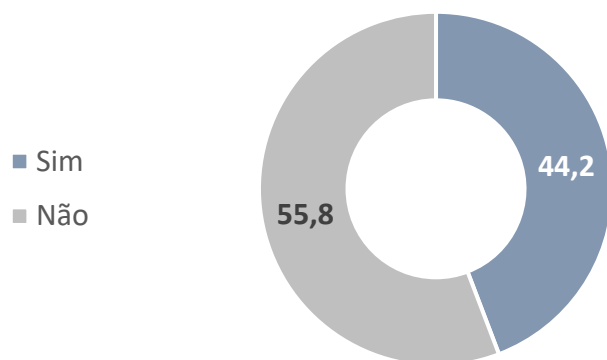
Dentre os beneficiários que necessitaram de atenção imediata e souberam responder, **75,6%** conseguiram atendimento **Sempre** ou **Na maioria das vezes**, classificando o atributo em patamar de **Não Conformidade**. Ponto de atenção para a opção **Nunca** com **9,1%** de menções.

Analisando os perfis, a variação entre os gêneros é pequena ficando dentro da margem de erro, logo não é possível dizer que há um gênero com melhor resultado que outro. Por faixa etária quem melhor avaliou foram os beneficiários **De 18 a 25 anos**, com **100%** de menções positivas, classificando o atributo em patamar de **Máxima Excelência**. Já o público **De 46 a 55 anos** é o que menos conseguiu atenção imediata quando necessitou, com **68,2%**, atribuindo um patamar de **Não Conformidade**.

Comunicados Preventivos



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



■ Sim
■ Não

Sim	Não	Não sei
31,3	39,6	29,1

FREQUÊNCIA

Base: **190** | Margem de Erro: **5,79**.

Não sei = Não sei/Não me lembro: **78 entrevistados**. (não considerados para cálculo dos indicadores).

Nota¹: Resultados apresentados em percentual (%).

GÊNERO

Feminino
Masculino

	Não	Sim
Feminino	65,1	34,9
Masculino	48,6	51,4

Faixa etária

De 18 a 25 anos
De 26 a 35 anos
De 36 a 45 anos
De 46 a 55 anos
De 56 a 65 anos
Mais de 65 anos

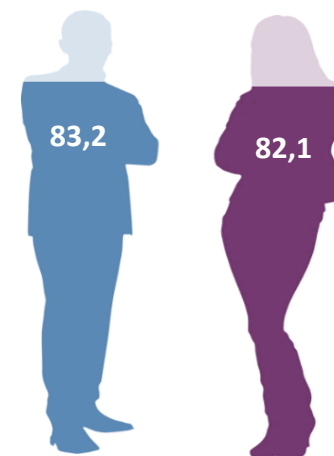
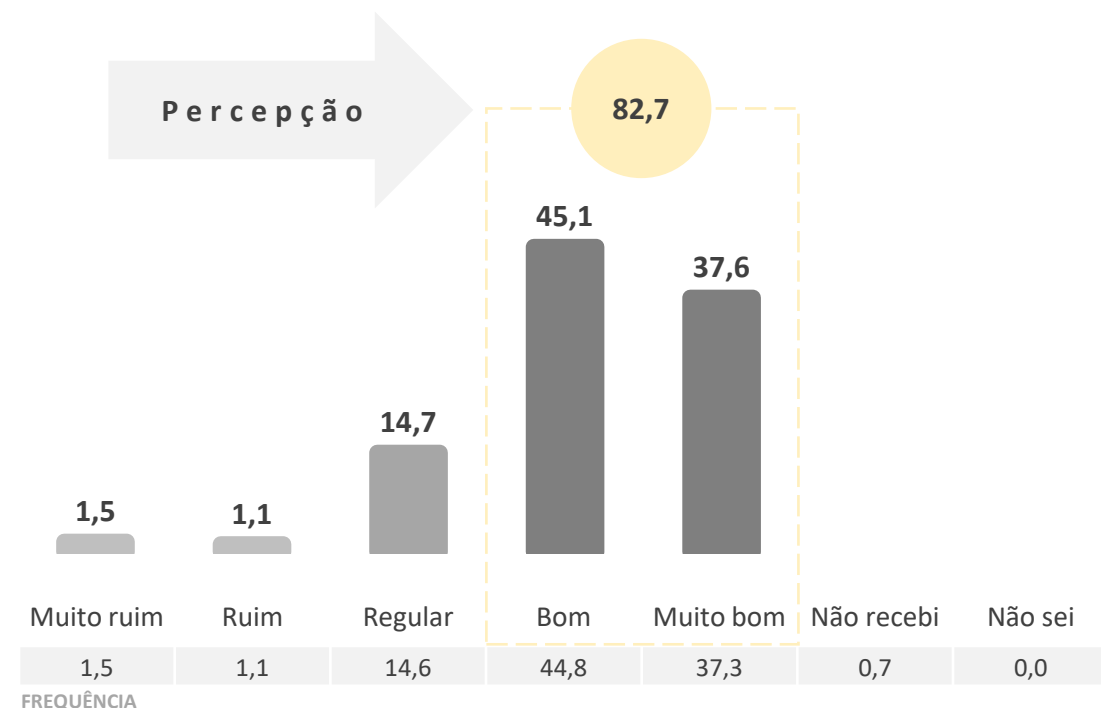
	Não	Sim
De 18 a 25 anos	33,3	66,7
De 26 a 35 anos	53,8	46,2
De 36 a 45 anos	45,2	54,8
De 46 a 55 anos	57,5	42,5
De 56 a 65 anos	71,4	28,6
Mais de 65 anos	57,1	42,9

Com relação à comunicação, dentre os beneficiários que souberam responder, **44,2%** disseram que receberam comunicação do plano de saúde, enquanto **55,8%** relatam não ter recebido comunicação, um índice elevado que cabe um **ponto de atenção**.

Analisando os perfis, o público **Masculino** foi quem melhor avaliou com **51,4%** classificando em patamar de **Não Conformidade**. Por faixa etária os respondentes que mais receberam comunicação são os beneficiários **De 18 a 25 anos**, com **66,7%** para a menção positiva. O público com menor frequência de contato são beneficiários **De 56 a 65 anos**, dos respondentes **71,4%** não receberam algum tipo de comunicação do plano nos últimos 12 meses.

Hospitais, Clínicas, etc.

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



Faixa Etária	T2B (%)
De 18 a 25 anos	100,0
De 26 a 35 anos	85,4
De 36 a 45 anos	78,2
De 46 a 55 anos	74,5
De 56 a 65 anos	80,0
Mais de 65 anos	89,6

Dentre os beneficiários que receberam atenção à saúde e souberam responder, **82,7%** dos entrevistados avaliaram positivamente este atributo (**Bom e Muito bom**), classificando-o em **Conformidade**. Destaque positivo para a opção **Muito ruim** que obteve apenas **1,5%**. O maior índice de não satisfeitos está no gradiente **Regular** com **14,7%**.

Ponto de atenção ao viés de baixa de **7,5pp** entre as menções positivas, o que indica probabilidade de migração de satisfação para não satisfação.

Analisando os perfis, a variação entre os gêneros é pequena ficando dentro da margem de erro, logo não é possível dizer que há um gênero com melhor resultado que outro. Por faixa etária, os beneficiários **De 18 a 25 anos** são os que estão mais satisfeitos, com **100%** na avaliação atingindo o patamar de **Máxima Excelência**. Já os menos satisfeitos pertencem ao público **De 46 a 55 anos** com **74,5%**, atribuindo o patamar de **Não Conformidade**.

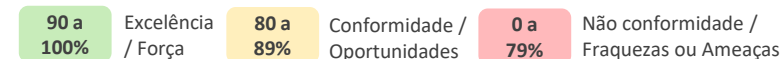
Base: **266** | Margem de Erro: **4,84**.

Não recebi = Nos últimos 12 meses não recebi atenção em saúde: **2 entrevistados** (não considerado para cálculo dos resultados).

Não sei = Não sei/Não me lembro: **0 entrevistados** (não considerados para cálculo dos indicadores).

Nota¹: Resultados apresentados em percentual (%).

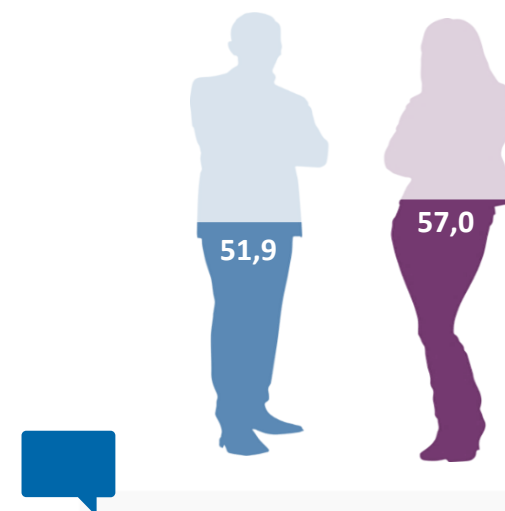
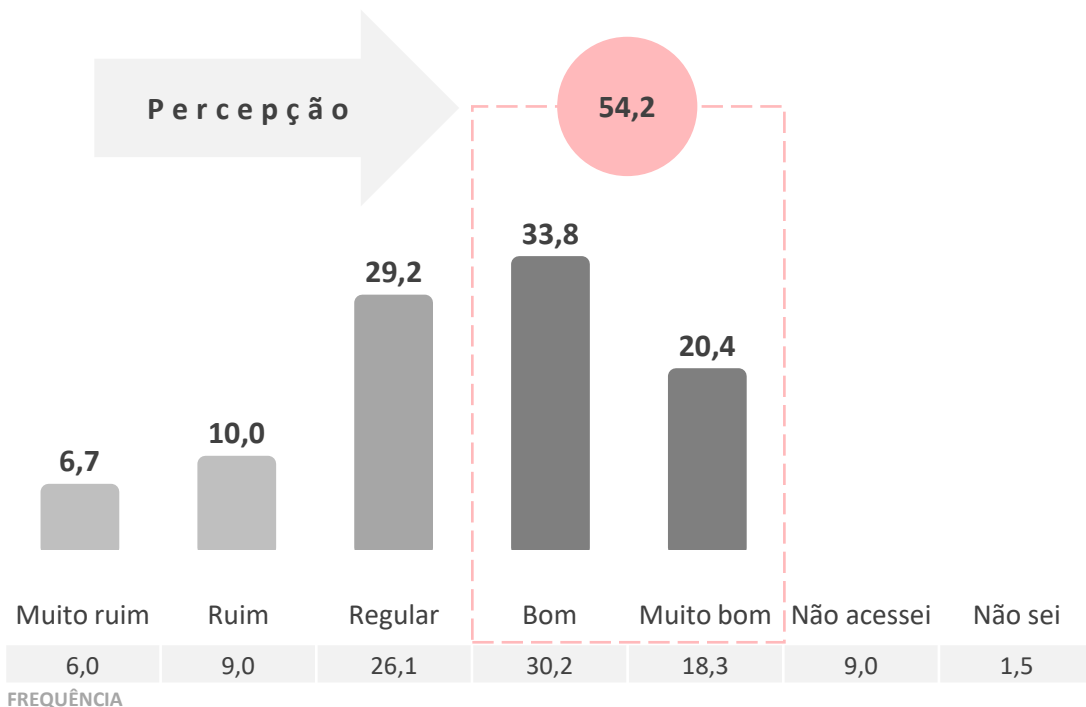
% Satisfação



Lista de Prestadores



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



Faixa Etária	T2B
De 18 a 25 anos	54,5
De 26 a 35 anos	53,8
De 36 a 45 anos	50,9
De 46 a 55 anos	45,7
De 56 a 65 anos	46,7
Mais de 65 anos	67,2

Dentre os beneficiários que acessaram a lista de prestadores de serviços e souberam responder, **54,2%** dos entrevistados avaliaram positivamente este atributo (**Bom e Muito bom**), classificando-o em **Não Conformidade**. Ponto de atenção para a opção **Muito ruim** que obteve **6,7%** de menções. O maior índice de não satisfeitos está no gradiente **Regular** com **29,2%**.

Ponto de atenção ao viés de baixa de **13,4pp** entre as menções positivas, o que indica probabilidade de migração de satisfação para não satisfação.

Analisando os perfis, a variação entre os gêneros é pequena ficando dentro da margem de erro, logo não é possível dizer que há um gênero com melhor resultado que outro. Por faixa etária, os beneficiários com **Mais de 65 anos** são os que estão mais satisfeitos, com **67,2%** na avaliação atingindo o patamar de **Não Conformidade**. Já os menos satisfeitos pertencem ao público **De 46 a 55 anos** com **45,7%**, atribuindo o patamar de **Não Conformidade**.

Base: 240 | Margem de Erro: 5,12.

Não acessei = Nunca acessei a lista de prestadores de serviços credenciados: **24 entrevistados** (não considerado para cálculo dos resultados).

Não sei = Não sei/Não me lembro: **4 entrevistados** (não considerados para cálculo dos indicadores).

Nota: Resultados apresentados em percentual (%).

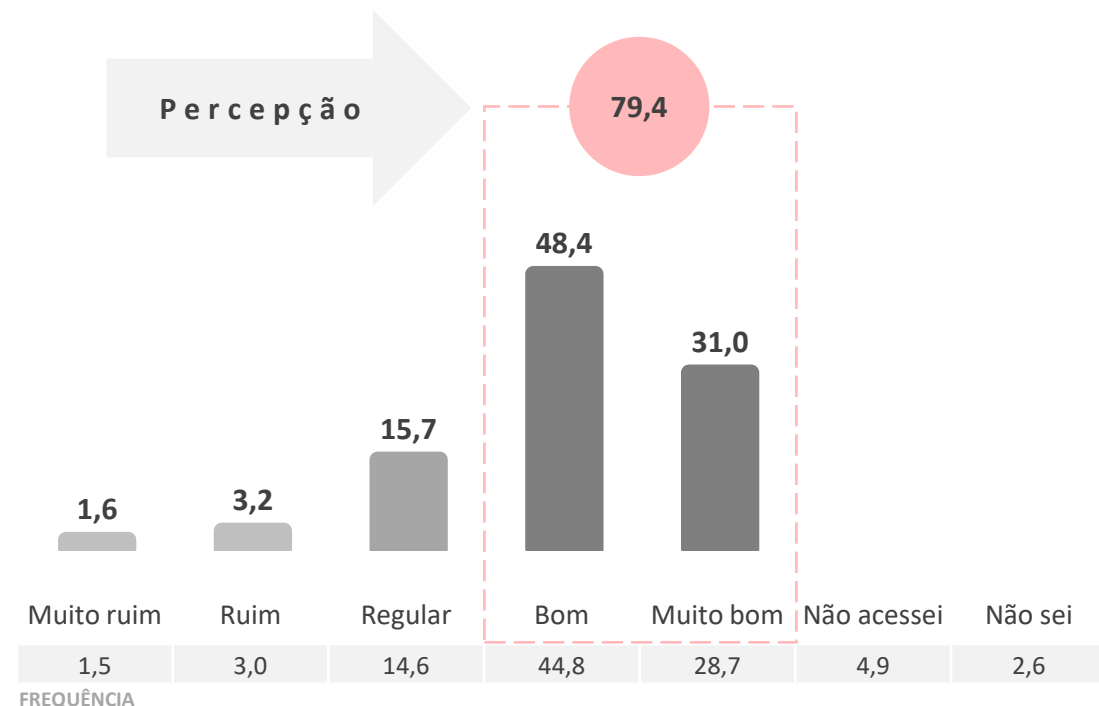
% Satisfação

90 a 100% Excelência / Força
 80 a 89% Conformidade / Oportunidades
 0 a 79% Não conformidade / Fraquezas ou Ameaças

Atendimento - Informação



6 - Nos últimos 12 meses, quando você acessou seu plano de saúde (exemplos de acesso: SAC – serviço de apoio ao cliente, presencial, aplicativo de celular, sítio institucional da operadora na internet ou por meio eletrônico) como você avalia seu atendimento, considerando o acesso às informações de que precisava?



Faixa Etária	T2B
De 18 a 25 anos	81,8
De 26 a 35 anos	84,2
De 36 a 45 anos	70,6
De 46 a 55 anos	76,5
De 56 a 65 anos	75,8
Mais de 65 anos	87,5

Dentre os beneficiários que acessaram o plano de saúde e souberam responder, **79,4%** avaliaram positivamente (opções **Bom** e **Muito bom**), colocando o atributo em **Não Conformidade**. Destaque positivo para a opção **Muito Ruim** que obteve apenas **1,6%** de citações. O maior índice de não satisfação está concentrado no gradiente **Regular** com **15,7%**.

Ponto de atenção ao viés de baixa de **17,4pp** entre as menções positivas, indicando probabilidade de migração da satisfação para não satisfação.

Analisando os perfis, a variação entre os gêneros é pequena ficando dentro da margem de erro, logo não é possível dizer que há um gênero com melhor resultado que outro. Por faixa etária, os mais satisfeitos são os beneficiários com **Mais de 65 anos** que avaliaram com **87,5%** de satisfação, atingindo o patamar de **Conformidade**. Os menos satisfeitos são os beneficiários **De 36 a 45 anos** com **70,6%** das menções, atribuindo o patamar de **Não Conformidade**.

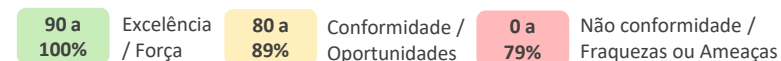
Base: 248 | Margem de Erro: 5,03.

Não acessei = Nos últimos 12 meses não acessei meu plano de saúde: **13 entrevistados** (não considerado para cálculo dos resultados).

Não sei = Não sei/Não me lembro: **7 entrevistados** (não considerados para cálculo dos indicadores).

Nota: Resultados apresentados em percentual (%).

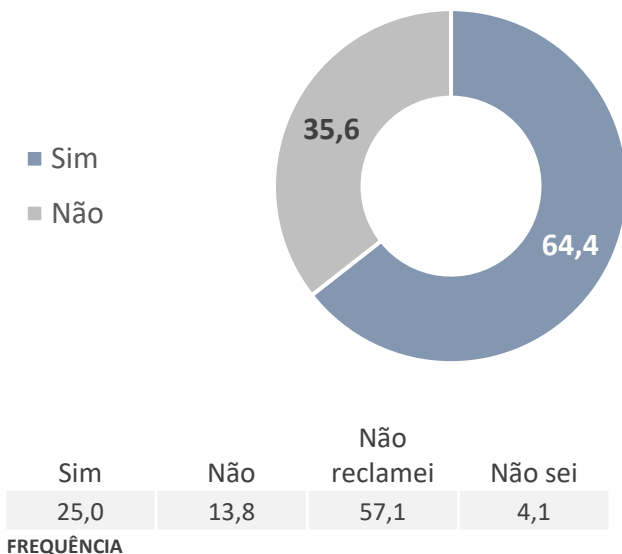
% Satisfação



Atendimento - Reclamação



7 - Nos últimos 12 meses, quando você fez uma reclamação para o seu plano de saúde (nos canais de atendimento fornecidos pela operadora como por exemplo SAC, Fale Conosco, Ouvidoria, Atendimento Presencial) você teve sua demanda resolvida?



GÊNERO	Não	Sim
Feminino	33,3	66,7
Masculino	37,3	62,7

Faixa etária	Não	Sim
De 18 a 25 anos	0,0	100,0
De 26 a 35 anos	38,5	61,5
De 36 a 45 anos	35,7	64,3
De 46 a 55 anos	36,7	63,3
De 56 a 65 anos	23,1	76,9
Mais de 65 anos	39,4	60,6

Base: 104 | Margem de Erro: 7,93.

Não reclamei = Nos últimos 12 meses não reclamei do meu plano de saúde: 153 entrevistados (não considerados para cálculo dos resultados).

Não sei = Não sei/Não me lembro: 11 entrevistados não considerados para cálculo dos indicadores).

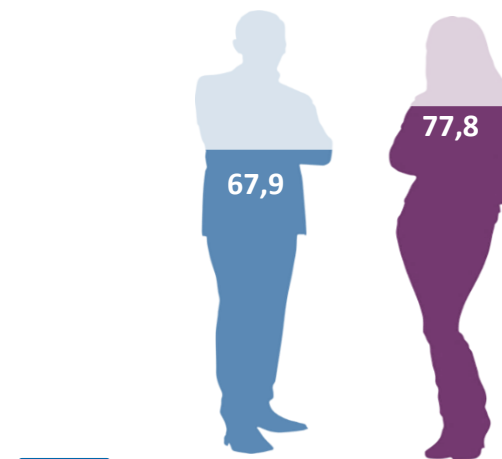
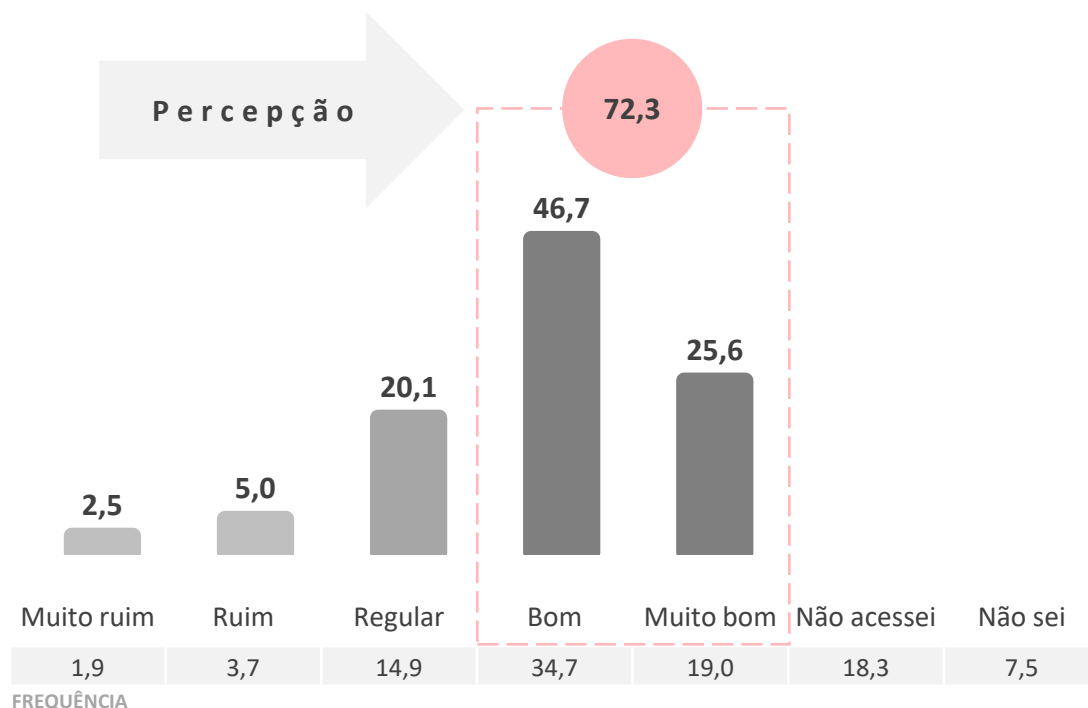
Nota: Resultados apresentados em percentual (%).

38,8% dos beneficiários necessitaram abrir algum tipo de reclamação e souberam responder, destes **64,4%** disseram ter suas demandas resolvidas, colocando a resolutividade em **Não Conformidade**.

Analisando os perfis, a variação entre os gêneros é pequena ficando dentro da margem de erro, logo não é possível dizer que há um gênero com melhor resultado que outro. Por faixa etária temos **100%** dos beneficiários **De 18 a 25 anos** mencionando **Sim**, colocando o atributo em patamar de **Máxima Excelência**. Já o público com **Mais de 65 anos** foram os que tiveram o menor índice de resolução de demandas, **39,4%** dos respondentes não tiveram sua demanda resolvida.

Documentos e Formulários

8 - Como você avalia os documentos ou formulários exigidos pelo seu plano de saúde (por exemplo: formulário de adesão/ alteração do plano, pedido de reembolso, inclusão de dependentes) quanto ao quesito facilidade no preenchimento e envio?



Faixa Etária	T2B
De 18 a 25 anos	85,7
De 26 a 35 anos	75,0
De 36 a 45 anos	64,4
De 46 a 55 anos	66,7
De 56 a 65 anos	71,4
Mais de 65 anos	81,8

Dentre os beneficiários que preencheram documentos ou formulários exigidos e souberam responder, **72,3%** avaliaram positivamente (**Bom** e **Muito Bom**) classificando o atributo em **Não Conformidade**.

Destaque positivo para a opção **Muito ruim** que obteve apenas **2,5%** de citações. O maior índice de não satisfação está concentrado no gradiente **Regular** com **20,1%**.

Ponto de atenção ao viés de baixa entre as menções **Bom** e **Muito bom** de **21,1pp** que indica probabilidade de migração de satisfação para não satisfação.

Analisando os perfis, a variação entre os gêneros é pequena ficando dentro da margem de erro, logo não é possível dizer que há um gênero com melhor resultado que outro. Por faixa etária, os beneficiários mais satisfeitos são os respondentes **De 18 a 25 anos** que atingiram o patamar de **Conformidade** com **85,7%** das menções. Os menos satisfeitos são beneficiários **De 36 a 45 anos** atingindo **64,4%** na avaliação classificando o atributo em **Não Conformidade**.

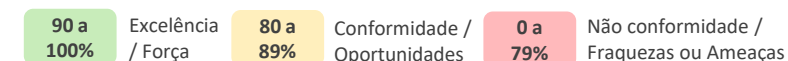
Base: 199 | Margem de Erro: 5,65.

Não preenchi = Nunca preenchi documentos ou formulários: **49 entrevistados** (não considerado para cálculo dos resultados).

Não sei = Não sei/Não me lembro: **20 entrevistados** (não considerados para cálculo dos indicadores).

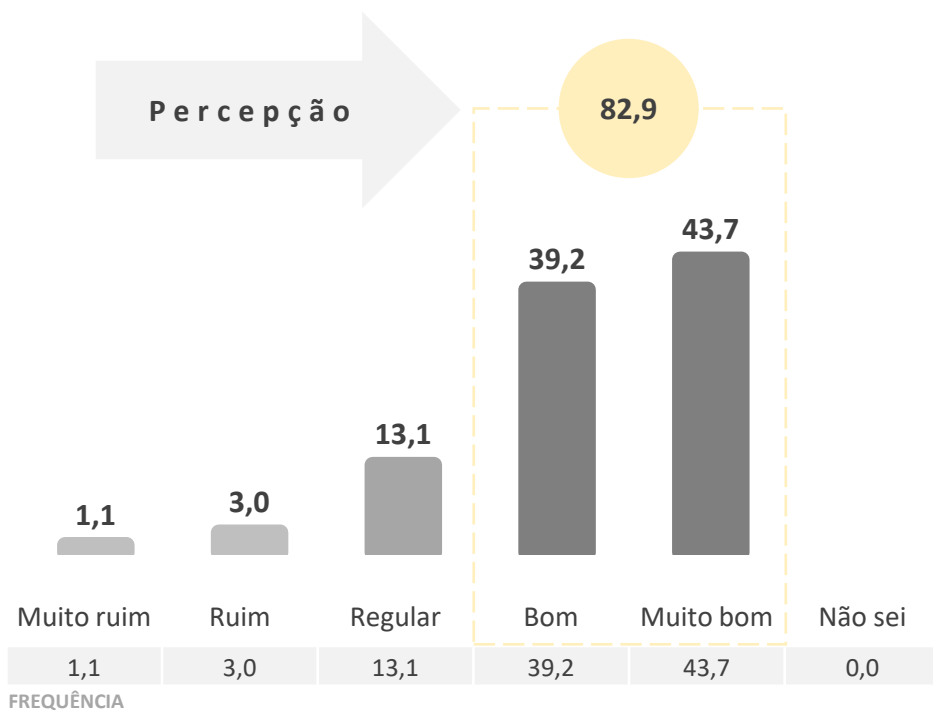
Nota: Resultados apresentados em percentual (%).

% Satisfação



Avaliação Geral

9 - Como você avalia seu plano de saúde?

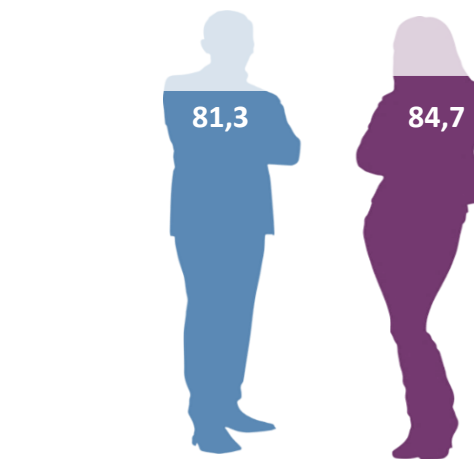
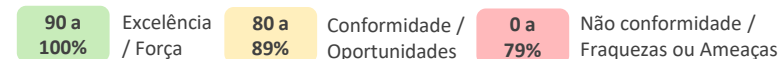


Base: 268 | Margem de Erro: 4,82.

Não sei = Não sei/Não tenho como avaliar: 0 entrevistados (não considerados para cálculo dos indicadores).

Nota¹: Resultados apresentados em percentual (%).

% Satisfação



Faixa Etária	T2B
De 18 a 25 anos	100,0
De 26 a 35 anos	85,7
De 36 a 45 anos	75,0
De 46 a 55 anos	76,4
De 56 a 65 anos	77,1
Mais de 65 anos	92,5

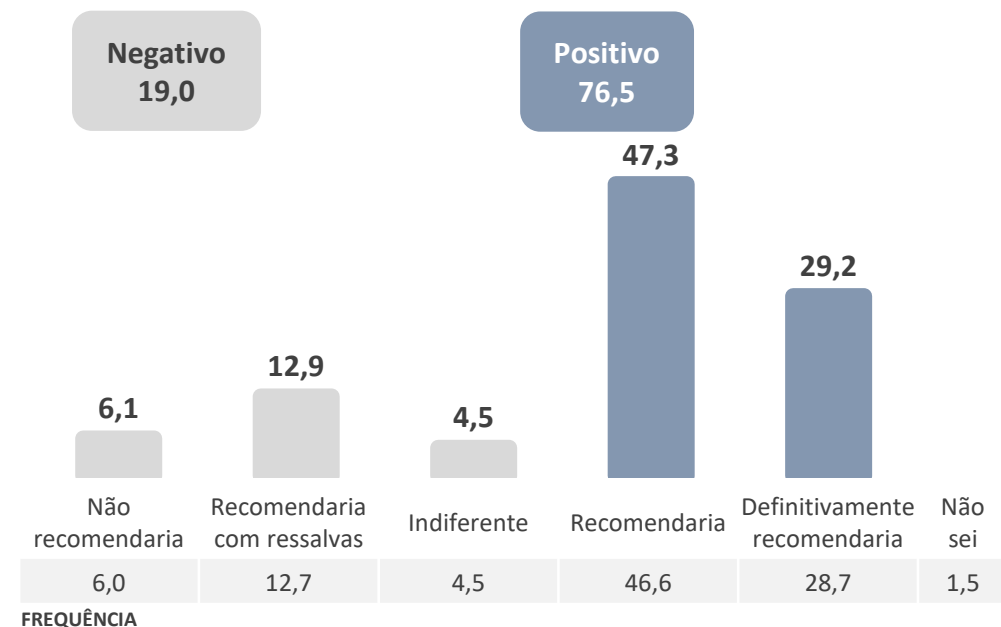
Dentre os beneficiários que souberam avaliar o plano de saúde, **82,9%** avaliaram positivamente, classificando o atributo em patamar de **Conformidade**. Destaque positivo para o índice de insatisfeitos, com apenas **4,1%** (soma das menções negativas **Muito Ruim** e **Ruim**). Observamos que o índice de não satisfeitos se concentra no gradiente **Regular** com **13,1%** de citações.

Analisando os perfis, a variação entre os gêneros é pequena ficando dentro da margem de erro, logo não é possível dizer que há um gênero com melhor resultado que outro. Por faixa etária, o público **De 18 a 25 anos** são os mais satisfeitos, com **100%** das menções, atingindo o patamar de **Máxima Excelência**. Os menos satisfeitos são beneficiários **De 36 a 45 anos** com **75%**, avaliando o atributo em **Não Conformidade**.

Recomendação



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



Base: 264 | Margem de Erro: 4,86.

Não sei/Não tenho como avaliar: 4 entrevistados (não considerados para cálculo dos indicadores).

Nota¹: Resultados apresentados em percentual (%).

	Não recomendaria	Recomendaria com ressalvas	Indiferente	Recomendaria	Definitivamente recomendaria
Feminino	7,4	12,4	3,3	52,9	24,0
Positivo:	76,9				
Masculino	4,9	13,3	5,6	42,7	33,6
Positivo:	76,3				
De 18 a 25 anos	0,0	7,7	0,0	53,8	38,5
Positivo:	92,3				
De 26 a 35 anos	4,8	14,3	9,5	50,0	21,4
Positivo:	71,4				
De 36 a 45 anos	8,9	19,6	5,4	42,9	23,2
Positivo:	66,1				
De 46 a 55 anos	11,3	11,3	1,9	50,9	24,5
Positivo:	75,4				
De 56 a 65 anos	2,9	14,7	5,9	47,1	29,4
Positivo:	76,5				
Mais de 65 anos	3,0	7,6	3,0	45,5	40,9
Positivo:	86,4				

Dentre os beneficiários que souberam avaliar a recomendação do plano de saúde, **76,5%** recomendariam o plano, citando então **Recomendaria** ou **Definitivamente recomendaria**.

Ponto de atenção ao alto viés de baixa de **18,1pp** entre as opções positivas, indicando probabilidade de migração de **Recomendaria** para **Neutralidade** (Indiferente) e também para a soma de **Não Recomendaria** e **Recomendaria com ressalva** com **19,0%** de citações negativas.

Analisando os perfis, a variação entre os gêneros é pequena ficando dentro da margem de erro, logo não é possível dizer que há um gênero com melhor resultado que outro. Por faixa etária se destacam os beneficiários **De 18 a 25 anos** com **92,3%** de citações positivas e o público com **Mais de 65 anos** sendo o que mais **Definitivamente recomendaria** com **40,9%**.

- ❖ Analisando o desempenho do plano **CASEC**, referindo-se a aspectos que investigam a satisfação do beneficiário (questões com 5 gradientes) observamos que dois dos atributos entraram em patamar de **Conformidade** e os outros três atributos entraram em patamar de **Não Conformidade**.
- ❖ O melhor desempenho ocorreu na questão 9, que se refere a avaliação do plano de saúde, que atingiu **82,9%** de satisfação geral, classificando este atributo dentro da **Conformidade**. Um ponto importante a ser citado, é que apresenta **4,1%** de insatisfeitos (soma de **Muito Ruim** e **Ruim**), logo a não satisfação está concentrada na neutralidade (**Regular 13,1%**).
- ❖ O menor desempenho ocorreu na questão 5, que se refere a facilidade de acesso à lista de prestadores de serviços credenciados pelo plano de saúde, classificada no patamar de **Não Conformidade**, com **54,2%**.
- ❖ **Ponto de atenção** ao viés de baixa em quatro das cinco questões relativas à satisfação, isto é, o percentual de respostas **Bom** é maior que **Muito bom**, o que indica probabilidade de migração da satisfação para não satisfação.
- ❖ Por fim, em relação a recomendação do plano, temos um percentual positivo de **76,5%**. Analisando a taxa de recomendação nota-se que ela **NÃO** acompanha a avaliação geral do plano, a diferença entre elas é de aproximadamente **6,4pp**. Nesse sentido, realizar ações que melhorem os atributos analisados poderão, inclusive, aumentar o nível de recomendação que os beneficiários fazem do plano de saúde.





Obrigado!

PESQUISA DE SATISFAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE
ANO BASE 2025
NOTA TÉCNICA
CAIXA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS EMPREGADOS

Sumário

A. Considerações Gerais	01
B. Análise preliminar da qualidade dos cadastros	01
C. Período de Realização das Entrevistas	02
D. Unidade de análise e resposta	02
E. População Alvo e estratos adotados	02
F. Sistemas de Referência	03
G. Especificação dos parâmetros populacionais de interesse	03
H. Descrição da população amostrada	04
I. Instrumento e Método de coleta dos dados	04
J. Definição do plano amostral	04
K. Definição do Tamanho da amostra	05
L. Definição dos estimadores e erros amostrais	05
M. Seleção da amostra	06
N. Procedimentos para o tratamento dos erros não amostrais	06
O. Descrição do sistema interno de controle e verificação, conferência e fiscalização da coleta de dados e do trabalho de campo	07

A - Considerações Gerais

Esta Nota Técnica atende ao disposto no capítulo 3 e anexos do Documento técnico para a realização da pesquisa de satisfação de beneficiários de planos de 2026 da ANS, estando em absoluta conformidade com ele.

A Pesquisa de satisfação de beneficiário pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde (OPS) está prevista no Programa de Qualificação de Operadoras (PQO), de acordo com a Instrução de acordo com Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), atualmente regulamentado pela Instrução Normativa ANS nº 10/2022, que substitui a DIDES 60/2015 e suas alterações, cujo objetivo é a mensuração da satisfação do beneficiário com o serviço prestado pela operadora.

B - Análise preliminar da qualidade dos cadastros

Ao conduzir a análise dos dados, implementamos uma abordagem abrangente de higienização, incluindo a depuração sistemática de registros inválidos. Dentre esses registros, destacam-se:

No caso de contatos telefônicos, verificamos a presença de cadastros desprovidos de números de telefone, registros inválidos devido à ausência de DDD ou presença de caracteres numéricos insuficientes.

Em relação aos contatos online, identificamos cadastros sem números de telefone para facilitar o envio de links por SMS e WhatsApp, bem como registros com falta de endereços de e-mail para a condução da pesquisa online.

Após essa criteriosa higienização, constatamos a presença de dados suficientes para a condução eficaz da pesquisa, sem comprometer os parâmetros estabelecidos no estudo amostral.

Ao longo da pesquisa em campo, as análises se confirmaram, não sendo observadas inconsistências que prejudicassem o andamento do trabalho. No entanto, todas as inconsistências identificadas foram reportadas à operadora, para que esta possa realizar a devida revisão em seus cadastros.

C - Período de Realização das Entrevistas

Entrevistas realizadas entre janeiro e março de 2026.

D - Unidade de análise e resposta

A unidade elementar ou o elemento da população portador das informações a serem coletadas é o beneficiário da CAIXA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS EMPREGADOS. A unidade respondente ou de resposta, também chamada de população alvo, é o beneficiário, titular ou o dependente, a partir dos 18 anos completos.

Como o formulário desenhado pela ANS possui diversos formatos de gradientes, a compilação comporta e necessita também de diversas unidades de análise de resposta aplicadas à tabulação dos resultados, geral e por estratos.

- TOP 2box quando gradiente de cinco itens (escala de Likert);
- Média aritmética quando quatro ou três itens no gradiente, divididos em positivo e negativo;
- % de efeito positivo quando gradiente de duas opções (tipo sim e não, onde o efeito positivo é o sim).

E - População Alvo e estratos adotados

O banco de dados enviado pelo cliente CAIXA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS EMPREGADOS, contendo os beneficiários titulares e dependentes a partir dos 18 anos

completos, contava com 3.624 beneficiários que atendem às prévias exigências do estudo.

Portanto contamos com uma população finita de 3.624, como população final a ser amostrada.




Os estratos utilizados para a definição da amostra, foram: região demográfica, gênero e faixa etária.

F - Sistemas de Referência

Os sistemas de referência utilizados são:

O sistema de referência adotado no processo de amostragem é o banco de dados atualizado, que é a base onde constam todos os beneficiários da operadora, fornecido no formato de planilha Microsoft Excel.

O sistema de referência adotado na análise das respostas, conforme os diversos formatos de gradientes do questionário e sua compilação é:

-  **De 90 – 100%:** Nível de satisfação de excelência (são as forças)
-  **De 80 – 89%:** Nível de satisfação conforme (são as oportunidades)
-  **De zero Até 79%:** Nível de satisfação não conforme (fraquezas de 51 a 79%), sendo considerado **Crítico** o nível abaixo de 50% (ameaças)

G - Especificação dos parâmetros populacionais de interesse

A população alvo é formada pelos beneficiários da CAIXA DE ASSISTÊNCIA À SAUDE DOS EMPREGADOS, com idade de 18 anos ou mais.

Estratificação

O objetivo da estratificação foi dar o peso correto às diferentes necessidades médicas oriundas das diferentes faixas etárias, do gênero dos beneficiários e região demográfica.

O primeiro critério de estratificação foi a quantidade de beneficiários por Região Demográfica.

O que mais chama a atenção é o enorme intervalo que existe entre as regiões que tem a menor quantidade de beneficiário e o maior.

Apesar disso, entendemos que é necessário dar representatividade a todas as diferentes ordens de grandeza do número de beneficiários que as regiões têm. Desta forma de acordo com a quantidade de beneficiários estabelecemos ordens de grandeza e os intervalos ou quantidades em que se baseia a classificação das regiões demográficas.

O segundo critério de estratificação foi o de faixas etárias, pois supõe-se que diferentes idades requerem cuidados médicos em especialidades diferentes com frequências variadas. Isto pode influenciar no grau de satisfação dos usuários.

Como o banco de dados original mostra somente as idades individuais e estas apresentam valores muito pulverizados, optou-se pela adoção das faixas etárias. São elas:

De 18 a 25 anos

De 26 a 35 anos

De 36 a 45 anos

De 46 a 55 anos

De 56 a 65 anos

Mais de 65 anos

O terceiro critério de estratificação foi o gênero dos beneficiários por, também, consideramos especialidades e frequências diferentes entre mulheres e homens como fator de influência no grau de satisfação dos usuários.

Portanto, para a representatividade final da amostra, procedemos à sua estratificação de acordo com a proporção verificada no universo de beneficiários da CAIXA DE ASSISTÊNCIA À SAUDE DOS EMPREGADOS, por região demográfica, faixas etárias e por gênero dos beneficiários, seguindo a proporção com que estes estratos se verificam na população.

H - Descrição da população amostrada

A determinação do número de elementos da amostra, conforme os estratos, segue a proporcionalidade verificada no universo considerado, aplicada ao tamanho amostral total de 268 pesquisas.

I - Instrumento e Método de coleta dos dados

Como **instrumento**, foi aplicado um questionário estruturado por uma bateria de perguntas de tipo fechadas pré-definido pela ANS.

O **método empregado para a coleta** de dados consistiu em um inquérito por contato telefônico, conduzido a partir de uma central, com abrangência territorial irrestrita, e/ou realizada por intermédio do envio de links por SMS, WhatsApp ou e-mail, dependendo da disponibilidade de informações registradas no cadastro do beneficiário.

Além disso, foram disponibilizados link geral e QR Code para a operadora disponibilizar em seus meios de comunicação, permitindo que os beneficiários acessassem o questionário de forma direta e autônoma.

J - Definição do plano amostral

Realizando um estudo que, sob uma margem de confiança igual a 90% (nível de confiança), aceitando um erro amostral de 4.82 pontos percentuais para mais ou para menos, teremos, a seguir, o cálculo do tamanho da amostra.

Segundo Guglielmo Tagliacarne, em seu livro “PESQUISA DE MERCADO – Técnica e Prática”, editado pela Editora Atlas, S.A., São Paulo, 2ª edição de janeiro de 1976, nas páginas 173 e 174, quando lidamos com uma população finita e conhecida, o cálculo da amplitude amostral deve considerar o tamanho da população (além dos demais parâmetros comuns, também, ao cálculo quando se trata de populações muito grandes ou infinitas). Assim, o cálculo do tamanho da amostra, este representado por n , pode ser expresso pela seguinte fórmula:

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 \cdot (N - 1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

onde:

z é a estatística que, na tabela da curva normal, abrange proporção da área sob a curva correspondente ao percentual indicado pela margem de confiança (no caso, 90%, portanto, $z=1,65$);

N é o tamanho da população aqui considerada (3.624 beneficiários);

e é o erro amostral solicitado (± 4.82 pontos percentuais);

p = percentagem com que se verifica um fenômeno pré-estudado, (neste caso as respostas a serem dadas). Porém, como o estudo é inédito e não há prévia informação que possibilite atribuir um valor a p , assume-se o valor 50% no sentido de maximizar o tamanho da amostra em tais condições.

q é a percentagem complementar de p . Portanto $q = 50$, também.

n é, por fim, o tamanho da amostra procurada, como já referido.

Com: $N = 3.624$ (população)

$z = 1,65$

$e = 4.82$ (erro amostral)

$p = q = 50$

Substituindo e calculando, chegamos ao tamanho da amostra igual à 268.

K - Definição do Tamanho da amostra

Assim sendo, definimos tecnicamente o nosso projeto, como um estudo estatístico descritivo, aplicado sobre uma amostra igual a 268 beneficiários que, sob um nível de confiança de 90%, apresenta um erro amostral de 4.82 pontos percentuais para mais ou para menos.

L - Definição dos estimadores e erros amostrais

A fim de obter representatividade da amostra, o plano amostral considerou uma quantidade de entrevistas levando em conta dois critérios: nível de confiança inferior a 90% e proporcionalidade ao universo, ou seja, os estratos com maior número de beneficiários obtiveram uma maior amostra, a seleção ocorreu de forma aleatória através de sorteio dos beneficiários.

Os erros amostrais calculados são referentes ao total da amostra, não se aplicando para estimativas dos estratos.

M - Seleção da amostra

A amostra foi selecionada por sistema automático de **escolha aleatória simples sem reposição, dentro de cada estrato, observando-se as quantidades por estes determinadas (sorteio eletrônico aleatório).**

Efeito de desenho ou efeito do plano amostral, “EPA”, também abreviadamente conhecida por “deff” é uma medida que se usa para comparar os resultados de uma pesquisa que se utiliza de um método amostral “mais complexo” (estratificação, por ex.) com os resultados que se obteriam caso a opção do método de amostragem fosse o “simples”.

O tipo de amostragem adotado é probabilístico estratificado com partilha proporcional.

O motivo da escolha da estratificação é pela suposição de que há uma elevada heterogeneidade (variância) do grau de satisfação com operadora na população de beneficiários estudada e que passa a ser diferente nas subpopulações (estratos) definidas pelo sexo, faixa etária e região demográfica, contribuindo assim para a diminuição do erro amostral global.

O efeito do plano amostral (EPA), está definido como, $EPA = \frac{\sigma_1}{\sigma_2}$ do estimador na amostra estratificada / σ_2 do estimador em amostra casual simples, onde:

σ_1 é a variância do estimador na amostra estratificada e

σ_2 é a variância do estimador em amostra casual simples

Se o EPA for maior que 1, indica que um plano amostral simples (por escolha aleatória simples) é menos eficiente do que o desenho amostral mais complexo, caso contrário

ele seria mais eficiente. Isto só se aplica quando a amostra ainda não tenha sido selecionada, pois do contrário perde sua utilidade prática, pois, as pesquisas de mercado e opinião são menos “eruditas” do que as oficiais, como as “econômicas”.

A variância do estimador deste parâmetro na amostra de 268 (n) elementos é para amostra casual simples, conforme comprova o DEF obtido.

N - Procedimentos para o tratamento dos erros não amostrais

Os procedimentos planejados para tratativa dos erros não amostrais são específicos para os tipos de erro:

- Erros de não-resposta / Recusa / Erros durante a coleta de dados (exemplo: não é mais beneficiário, erro de condução do pesquisador etc.) – Desconsideraremos a entrevista, retirando o elemento da lista e sorteando (pelo sistema aleatório eletrônico) outro de características similares, de modo a não prejudicar a amostra estratificada;

- Mudanças de telefone, não atende ou inexistente – O sistema de discagem automática passa para outro sorteado a ser entrevistado. Para estes casos existe a possibilidade de o beneficiário ser contatado através do método de coleta online, por meio do envio de um link por e-mail, desde que essa informação esteja disponível em seu cadastro.

- Ausências / impossibilidades momentâneas – Desconsideraremos a entrevista caso o beneficiário não possua outros canais de contato como SMS, WhatsApp ou e-mail, ele volta para a lista de contatos na lista de beneficiários pelo mesmo sorteio aleatório ter a chance de ser abordado posteriormente. Se o beneficiário tiver um meio alternativo de contato, o sistema automaticamente o incluirá na fila para ser contatado por meio da coleta online. Caso não obtemos sucesso no retorno online após três tentativas de envio do link, o beneficiário será realocado na fila de contatos telefônicos.

O controle do número de tentativas de contato com cada beneficiário é gerenciado de forma sistemática por meio de uma ferramenta de discagem automática, bem como pelo monitoramento dos envios de links por meio das ferramentas online, como SMS, WhatsApp e e-mail. Este controle está estritamente limitado a 20 tentativas para cada nome presente na lista fornecida pela operadora.

O - Descrição do sistema interno de controle e verificação, conferência e fiscalização da coleta de dados e do trabalho de campo

O sistema de monitoramento e controle da qualidade do IBRC é composto de algumas etapas que propiciam a efetividade do propósito de garantir a entrega exata do que foi planejado, bem como identificar participação fraudulenta ou desatenta:

- ✓ Conferência dupla do sistema informatizado onde são imputados lista de clientes e formulário de pesquisa – front office de pesquisa, antes do início do projeto, garantindo assim que tudo que chegue a tela do pesquisador esteja 100% conforme;
- ✓ Conferência diária por turno (logo duas vezes, às 8 e 14h) do adequado funcionamento dos sistemas de discagem automática, sorteio aleatório e front office (lista de beneficiários e formulário);

O.a - Para as abordagens telefônicas:

- ✓ 100% da equipe de pesquisadores e supervisores que trabalharam no projeto é treinada presencialmente por instrutor da qualidade, com presença de coordenador ou gerente do projeto;
- ✓ 100% da equipe de pesquisadores é monitorada por monitores da qualidade em ao menos uma abordagem por dia, ou seja, seis por semana, por pesquisador;
- ✓ 100% das possíveis não conformidades encontradas pelos monitores são alvo de feedback, dado pelo próprio monitor em conjunto com o supervisor do pesquisador que cometeu a não conformidade;
- ✓ Após o feedback, o pesquisador recebe três monitorias extras, no próximo turno de trabalho de 6h00;
- ✓ A reincidência de não conformidade resultará em novo treinamento e novo ciclo de monitoria extra. Em persistindo a abordagem incorreta o pesquisador é retirado do projeto ou mesmo da equipe;

O.b - Para as abordagens on line

- ✓ 100% da equipe de manejo web, a qual opera as ferramentas; é treinada presencialmente por instrutor da qualidade, com presença de coordenador ou gerente do projeto;
- ✓ 100% das possíveis não conformidades no funcionamento dos sistemas de disparo web, porventura encontradas nas conferências diárias, são alvo de correção imediata pela equipe de TI do IBRC e, se necessário, com suporte técnico dos fornecedores das respectivas ferramentas, que estão entre as mais conceituadas do mercado;
- ✓ Após a correção, é realizado acompanhamento com medição de hora em hora, por 24 horas, para garantir que o funcionamento adequado tenha se restabelecido.

Efetividade de alcance do público target.

Há três formas de fazer as pesquisas chegarem ao público target pelos canais web, uma reativa onde a iniciativa de envio do link para acesso ao formulário de pesquisa é do instituto, de forma privada a um canal exclusivo do beneficiário, que apenas reage acessando, e duas proativas, onde o link é disponibilizado de forma pública, por exemplo, no site da operadora, em comunicados, em locais de grande circulação como

hospitais e ambulatórios, E nesse caso a proatividade é do beneficiário que precisa acessar e seguir para o formulário, que são:

Acesso reativo

O envio de links exclusivos (personalizados, individuais) para cada beneficiário por meio de diferentes canais como SMS, WhatsApp e/ou e-mail. Esses links são controlados por um registro único associado ao ID, identificador único do cliente, registrado na plataforma IBRC. Após a conclusão da entrevista, os dados coletados são armazenados em bancos de dados restritos, e os links utilizados são imediatamente desativados, impedindo qualquer tentativa de reutilização.

Acesso proativo

Acesso proativo por link geral (coletivo, não personalizado)

No caso do acesso público, por meio de links gerais disponibilizados em site da operadora, comunicados ou pontos de grande circulação, adotamos mecanismos adicionais de segurança para garantir a efetividade e confiabilidade das respostas. O processo se dá da seguinte forma:

- ✓ Validação em dois fatores: ao acessar o link, o beneficiário precisa inserir sequencialmente, CPF e nome completo. Essas informações são automaticamente validadas junto ao banco de dados da operadora de saúde. Apenas quando ambos os dados coincidem com os registros, o acesso ao formulário é liberado.
- ✓ Bloqueio de duplicidade: após a finalização da pesquisa por um CPF, qualquer nova tentativa de acesso com o mesmo CPF é automaticamente bloqueada, com indicação de que aquela pesquisa já foi respondida. Isso garante unicidade de resposta.
- ✓ Rastreamento de IP e geolocalização: todo acesso é registrado com o IP da máquina/dispositivo utilizado, e geolocalização aproximada, o que permite identificar padrões irregulares (como múltiplas respostas vindas de um mesmo IP), prevenindo possíveis tentativas de fraude, inclusive por parte de quem detenha os dados cadastrais.
- ✓ Alarmes de inconsistência: caso houvesse tentativa de simulação indevida, por exemplo, se a operadora respondesse no lugar de um beneficiário, o próprio cliente, ao tentar acessar posteriormente e encontrar seu CPF já utilizado, teria motivo para reportar. Isso gera um alerta imediato e reforça a robustez do mecanismo de segurança.

Em conjunto, esses fatores — validação em dois níveis (CPF + nome), rastreamento de IP, unicidade de resposta e alarmes automáticos — garantem que a pesquisa, mesmo em ambiente de acesso público, mantenha o mesmo nível de confiabilidade e proteção contra participações fraudulentas ou desatentas que o acesso reativo já proporciona de forma natural. O processo de segurança IBRC, coloca a pesquisa em um nível de segurança compatível com as melhores práticas internacionais de validação, rastreabilidade e unicidade em surveys digitais, e sem excesso ou demoradas

verificações o que poderia interferir na efetividade da coleta, comprometendo o alcance amostral.

Acesso ao formulário por QR Code

Tem o mesmo funcionamento e os mesmos mecanismos de segurança descritos no item anterior, uma vez que o QR Code é apenas outra forma de disponibilizar o link público de acesso ao formulário.

Um fator extra de segurança, é que as respostas obtidas por meio da coleta online, independentemente da forma como o beneficiário acessa o link para responder a pesquisa, são submetidas a uma análise estatística do tempo de resposta. Respostas excessivamente rápidas ou lentas podem sugerir falta de atenção ou inconsistências. Dessa forma, avalia-se o tempo desde a primeira até a última pergunta do questionário. Qualquer tempo de resposta que exceda três desvios padrões em relação à média é descartado.

Essa abordagem pressupõe que o tempo médio para a conclusão do questionário segue uma distribuição normal. Ao considerarmos a média mais ou menos três desvios padrões, garantimos uma avaliação estatisticamente robusta do tempo de resposta.

Toda interação onde é localizada uma não conformidade é descartada.

São Paulo, 10 de abril de 2026

Adriana Aparecida Marçal
Estatística - Planejamento e garantia da execução de pesquisas do IBRC
CONRE3 - 10524
RG 32.569.370-5, SSP/SP