

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS CONTÁBEIS
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: CONTROLADORIA

ROSANGELA DE OLIVEIRA

O VALOR DA SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE A ATRIBUIÇÃO DE VALOR AOS
PRODUTOS OFERTADOS PELAS OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS DE
ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Maringá
2018

ROSANGELA DE OLIVEIRA

**O VALOR DA SAÚDE: UM ESTUDO SOBRE A ATRIBUIÇÃO DE VALOR AOS
PRODUTOS OFERTADOS PELAS OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS DE
ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Ciências Contábeis, do Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis, Área de Concentração Controladoria, do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Maringá.

Orientador: Prof. Dr. Maurício Reinert do Nascimento.

Agência Financiadora: CAPES

Maringá
2018

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá – PR, Brasil)

O48v Oliveira, Rosangela de
O valor da saúde: um estudo sobre a atribuição de valor aos produtos ofertados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde / Rosangela de Oliveira. -- Maringá, PR, 2018.
98 f.: il. (algumas color.)

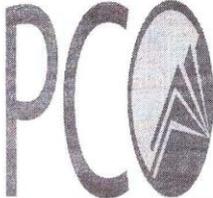
Orientador: Prof. Dr. Maurício Reinert do Nascimento.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Departamento de Ciências Contábeis, Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis, 2018.

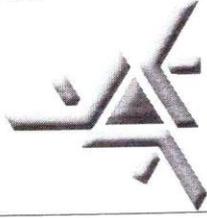
1. Contabilidade - Pesquisa. 2. Sociologia econômica. 3. Planos privados de assistência à saúde. 4. Planos de saúde - Problema de valor. I. Nascimento, Maurício Reinert do, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Departamento de Ciências Contábeis. Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis. III. Título.

CDD 23.ed. 657

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS CONTÁBEIS – PCO
UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ – UEM



Centro de Ciências Sociais Aplicadas
Departamento de Ciências Contábeis
 Av. Colombo, 5.790 – Bloco C-23 – Sala 003
 Zona 07 – CEP: 87020-900 – Maringá – Pr.
 Telefone: (44) 3011-6025
 e-mail: sec-pco@uem.br



ATA DE DEFESA PÚBLICA

Aos vinte e cinco dias do mês de setembro do ano de dois mil e dezoito, às quinze horas e trinta minutos, realizou-se nas dependências da Universidade Estadual de Maringá, a defesa pública da Dissertação de Mestrado, sob o título: **“O Valor da Saúde: um Estudo sobre a Atribuição de Valor aos Produtos Ofertados pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.”**, de autoria de **Rosângela de Oliveira**, aluna do Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis – Mestrado – Área de Concentração: Controladoria, linha de pesquisa: Contabilidade Gerencial.

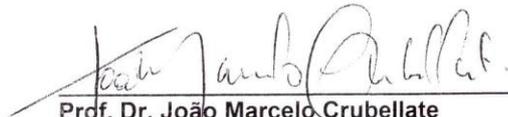
| Nome do membro da banca | Função | IES |
|--|-------------------|-----------------|
| Prof. Dr. Maurício Reinert do Nascimento | Presidente | PCO/UEM |
| Prof. Dr. João Marcelo Crubellate | Membro examinador | PPA/UEM |
| Prof. Dr. Márcio Noveli | Membro examinador | Externo/DAD/UEM |

Concluídos os trabalhos de apresentação e arguição, a candidata foi **APROVADA** pela Banca Examinadora, devendo, em um prazo máximo de **30 dias**, encaminhar à coordenação do programa, dois CDs contendo cada um arquivo em formato digital da dissertação completa, para serem distribuídos da seguinte forma: um na Secretaria do PCO e outro na Biblioteca Central da UEM. E, para constar, foi lavrada a presente Ata, que vai assinada pelo Coordenador do Programa e pelos membros da Banca Examinadora.

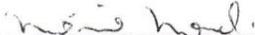
Maringá, 25 de setembro de 2018.



Prof. Dr. Maurício Reinert do Nascimento
 (Presidente)



Prof. Dr. João Marcelo Crubellate
 (Membro examinador interno)

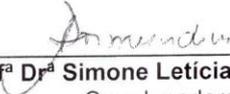


Prof. Dr. Márcio Noveli
 (Membro examinador externo – DAD/UEM)

Universidade Estadual de Maringá
 Programa de Pós-Graduação
 em Ciências Contábeis

CONFERE COM O ORIGINAL
 26 / 09 / 18

 Nome do Responsável (legível)
 Matricula: 71022 RG: 3327086-0



Profª Drª Simone Leticia Raimundini Sanches
 Coordenadora do PCO

*Dedico este trabalho à minha mãe, Raimunda,
meu exemplo de mulher, de ser humano e
eterna motivadora.*

*Ao meu marido Fábio Rogério,
pessoa incrível, com quem tenho a sorte
de compartilhar os meus dias.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço à Deus por me capacitar a cada dia para vivenciar e aproveitar ao máximo a experiência singular do mestrado.

Aos meus pais, Raimunda e Joaquim, pelas oportunidades que me proporcionaram, para que eu pudesse chegar até aqui. À minha mãe, a minha eterna gratidão, pelo incentivo, desde sempre, pelo apoio sem limites, em especial durante essa jornada e principalmente pelo amor incondicional.

Ao meu marido Fábio Rogério, a pessoa que mais me ajudou nesse período, com seus conselhos, apoio, incentivo, amor e por muitas vezes com o seu colo. Foi quem acompanhou o meu dia-a-dia de mestrado, com quem compartilhei os meus medos, aflições e nervosismo, assim como alegrias e vitórias. Sem dúvidas, foi quem fez toda a diferença nessa jornada, com sua paciência e sabedoria.

A uma pessoa que chegou na minha vida há pouco tempo, mas por quem já sinto um imenso amor: minha filha Alice. Mesmo estando ainda no meu ventre, já está me ensinando muito e fazendo com que eu busque ser melhor a cada dia.

Aos meus familiares e amigos, agradeço pela torcida e compreensão, nos vários momentos de ausência durante esses anos. Agradecimento especial aos meus pais, ao meu sobrinho Davi, minha afilhada Maria Vitória, meus sogros, Solange e Jair, e aos amigos queridos: Amália, Berenice, Jane e Paulinho.

Às minhas amigas de mestrado Beatriz e Maria Angélica, por quem tenho uma imensa admiração, agradeço pela amizade, companheirismo, apoio e conversas. Certamente elas contribuíram muito para tornar esse período turbulento, superável. Amizade que ultrapassou os muros da UEM, e que, espero, permanecerá por toda a vida, pois são pessoas excepcionais.

Aos demais colegas do mestrado, com quem compartilhei vários momentos, agradeço pelo papel que cada um teve nessa caminhada, em especial à minha parceira Monique, por quem tenho um carinho enorme, e aos colegas Caio e Gaspar, para quem desejo sucesso nessa nova etapa.

Ao meu orientador Prof^o Dr. Maurício Reinert do Nascimento, por toda compreensão, paciência, orientações e ensinamentos, que foram além da pesquisa. Certamente é um exemplo de profissional a ser seguido, por sua dedicação e responsabilidade destinados à academia, aos seus orientandos e alunos. Sou grata a ele também por ter me apresentado a Sociologia Econômica, temática tão relevante na área dos negócios.

Aos professores do PCO, por toda dedicação e conhecimento compartilhado, em especial à Prof^a Kátia Abbas, por quem tenho profunda admiração e gratidão.

Aos professores Dr. Francisco Giovanni David Vieira, Dr. Ivan de Souza Dutra, Dr. João Marcelo Crubellate e Dr. Márcio Noveli pelas participações nas bancas e pelas contribuições realizadas, além do tempo dedicado para auxiliarem no meu processo de formação.

Às pessoas que aceitaram participar das entrevistas, contribuindo para que esta pesquisa fosse possível, agradeço a disponibilidade e participação.

À CAPES, pelo suporte financeiro que possibilitou a dedicação aos meus estudos. E, por fim, agradeço a todos que direta ou indiretamente colaboraram para essa conquista.

Suba o primeiro degrau com fé.
Não é necessário que você veja toda a escada,
apenas dê o primeiro passo.
(Martin Luther King)

RESUMO

Oliveira, R. (2018). **O valor da saúde:** um estudo sobre a atribuição de valor aos produtos ofertados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis. Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

Este estudo baseia-se na premissa da incerteza relacionada ao valor de determinados produtos ofertados no mercado, uma vez que o valor só é passível de avaliação após a aquisição dos produtos. A pesquisa tem por objetivo analisar quais qualidades são consideradas pelos consumidores na compra dos produtos ofertados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde da cidade de Maringá – PR. Para tanto, foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa e exploratória, que teve entrevistas semi-estruturadas como instrumento de coleta de dados. Quanto à amostragem, utilizou-se a estratégia de amostragem teórica. A amostra é composta por 12 beneficiários de planos de saúde coletivos, dentre os quais 11 possuem planos coletivos empresariais e 1 possui plano coletivo por adesão. As análises do estudo são realizadas por meio da microanálise, seguida da codificação aberta, axial e seletiva. Os resultados evidenciam que qualidades consideradas pelos consumidores na compra dos produtos ofertados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde da cidade de Maringá – PR, são: a cobertura, o tipo de contratação, o hospital do plano e rede hospitalar credenciada, os médicos credenciados ao plano privado de assistência à saúde, o nome da operadora e as indicações de conhecidos. Ademais há que se considerar também as qualidades simbólicas, subjetivamente construídas a partir das expectativas e experiências de cada indivíduo com relação à saúde, seu contexto social, cultural e econômico e as experiências/imagem relacionadas com o SUS. Por meio dos achados, conclui-se que, assim como exposto pela literatura, a ação econômica, no que diz respeito à aquisição dos planos privados de assistência à saúde, é fortemente influenciada por fatores não econômicos, que têm participação ativa no processo de valoração dos produtos ofertados nesse mercado específico, tais como a moralidade e a segurança. Assim, frente aos achados, verifica-se a coexistência dos valores funcionais e simbólicos, no processo de valoração dos bens frente às trocas que ocorrem no mercado.

Palavras-chave: Planos privados de assistência à saúde. Sociologia econômica. Problema de valor.

ABSTRACT

This study is based on the premise of the uncertainty related to the value of certain products offered in the market, since the value can only be evaluated after the negotiation of the products. The research aims to analyze which qualities are considered by the consumers in the purchase of the products offered by the private healthcare providers in the city of Maringá - PR. For that, a qualitative and exploratory research was developed, which had semi-structured interviews as instrument of data collection. As for sampling, the theoretical sampling strategy was used. The sample is made up of 12 beneficiaries of collective health plans, of which 11 have collective business plans and 1 have a collective plan for membership. The analyzes of the study are performed through microanalysis, followed by open, axial and selective coding. The results show that the qualities considered by consumers in the purchase of the products offered by the private healthcare providers in the city of Maringá - PR are: coverage, type of hiring, plan hospital and accredited hospital network, physicians to the private health care plan, the name of the operator and the indications of acquaintances. In addition, we must also consider the symbolic qualities, subjectively constructed based on the expectations and experiences of each individual in relation to health, its social, cultural and economic context and the experiences / image related to SUS. Through the findings, it can be concluded that, as stated in the literature, economic action, with respect to the acquisition of private healthcare plans, is strongly influenced by non-economic factors that have an active participation in the valuation process products offered in that particular market, such as morality and safety. Thus, in the face of the findings, there is the coexistence of functional and symbolic values, in the process of valuing goods in the face of the changes that occur in the market.

Keywords: Private health care plans. Economic Sociology. Value problem.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1. Tipologia de valor | 33 |
| Figura 2. Histórico do número de beneficiários por tipo de contratação..... | 48 |
| Figura 3. Categorias criadas no processo de análise dos dados | 59 |
| Figura 4. Quantidade de novos códigos por entrevista | 60 |
| Figura 5. Relação entre as subcategorias mais relevantes relacionadas à contratação dos planos de saúde..... | 68 |
| Figura 6. Aspectos simbólicos relacionados aos planos privados de assistência à saúde e suas relações | 72 |
| Figura 7. Qualidades relacionadas aos planos privados de assistência à saúde..... | 81 |
| Figura 8. Valores relacionados com as qualidades atribuídas pelos consumidores aos planos privados de assistência à saúde | 82 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1: Número de operadoras por modalidade e faixa de beneficiários – 06/2018 | 45 |
| Tabela 2: Número de beneficiários de assistência médica por tipo de contratação segundo a modalidade de operadora - 06/2018..... | 46 |
| Tabela 3: Perfil dos entrevistados | 55 |
| Tabela 4: Duração das entrevistas em minutos e operadoras contratadas..... | 57 |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 13 |
| 1.1 PROBLEMA DE PESQUISA | 16 |
| 1.2 OBJETIVOS | 16 |
| 1.2.1 Objetivo geral | 16 |
| 1.2.2 Objetivos específicos | 16 |
| 1.3 JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÕES | 17 |
| 1.4 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO | 19 |
| 1.5 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO | 20 |
| 2 REFERENCIAL TEÓRICO | 21 |
| 2.1 ABORDAGEM SOCIOLÓGICA DOS MERCADOS | 21 |
| 2.1.1 Sociologia Econômica | 21 |
| 2.1.2 Sociologia dos Mercados | 24 |
| 2.1.2.1 Abordagem Estruturalista dos Mercados | 24 |
| 2.1.2.2 Abordagem Performativista dos Mercados e Formas Híbridas | 26 |
| 2.1.2.3 Incerteza nos Mercados | 27 |
| 2.1.3 Problemas de Coordenação | 28 |
| 2.1.3.1 Problema de valor | 30 |
| 2.2 TIPOS DE MERCADOS | 35 |
| 2.2.1 Mercado Padrão | 35 |
| 2.2.2 Mercado de <i>Status</i> | 36 |
| 2.2.3 Mercado de Singularidades | 38 |
| 2.3 O MERCADO DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL | 42 |
| 2.3.1 O papel do estado na formação e ordem do mercado | 42 |
| 2.3.2 Caracterização e estatísticas do mercado | 44 |
| 2.3.3 Principais incertezas | 47 |
| 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS | 49 |
| 3.1 QUANTO AO DELINEAMENTO DA PESQUISA | 49 |
| 3.2 QUANTO À COLETA DE DADOS | 50 |
| 3.2.1 Quanto à amostragem | 52 |
| 3.2.2 Perfil dos entrevistados | 54 |
| 3.3 QUANTO AO TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS | 55 |
| 3.3.1 Análise das entrevistas | 57 |

| | |
|---|-----------|
| 3.4 LIMITAÇÕES DA PESQUISA | 60 |
| 4 ANÁLISE DOS DADOS | 61 |
| 4.1 IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES QUE LEVARAM O BENEFICIÁRIO A ADQUIRIR OS PRODUTOS OFERTADOS PELAS OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE | 61 |
| 4.2 ANÁLISE E COMPREENSÃO DOS ASPECTOS SIMBÓLICOS ATRIBUÍDOS PELOS CONSUMIDORES À ASSISTÊNCIA À SAÚDE PRIVADA | 68 |
| 4.3 ANÁLISE DAS QUALIDADES ATRIBUÍDAS PELOS CONSUMIDORES AOS PRODUTOS OFERTADOS PELAS OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE | 74 |
| 4.4 ANÁLISE DOS VALORES QUE SE RELACIONAM COM AS QUALIDADES ATRIBUÍDAS PELOS CONSUMIDORES AOS PRODUTOS OFERTADOS PELAS OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE | 82 |
| 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES | 86 |
| REFERÊNCIAS | 89 |
| APÊNDICE A – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS | 97 |

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a saúde é tida constitucionalmente como um direito social de todos os cidadãos e um dever do Estado, o qual por meio de políticas sociais e econômicas deve garantir a redução do risco de doenças e outros agravos, bem como o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promover, proteger e recuperar a saúde. A Constituição Federal de 1988 também estabelece que é livre a assistência à saúde pela iniciativa privada, sendo permitido às instituições privadas atuarem de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS) (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988)

Nesse sentido, o sistema de saúde brasileiro é composto pelos subsistemas público e privado, sendo o público constituído pelo SUS e o privado composto pela saúde suplementar, a qual está presente no mercado por meio dos planos privados de assistência à saúde e dos serviços particulares (Brasil, 2015). A partir da coexistência desses dois subsistemas, tem-se um formato híbrido de assistência à saúde, representando formas distintas de acesso, financiamento, produção de serviços (Menicucci, 2007) e uma configuração complexa do setor, a qual envolve atores com interesses distintos (Pó, 2011).

No caso específico do mercado de planos privados de assistência à saúde, tem-se como principais atores os consumidores (beneficiários), os prestadores (provedores) de serviço, as operadoras de planos e seguros, o órgão regulador e a indústria de equipamentos, materiais e fármacos (Cechin, 2008). Em decorrência das regras multifacetadas, prazos de carência, restrições ao atendimento, níveis de preços, unilateralidade na suspensão de contratos, dentre outras formas de contenção da utilização dos serviços, as operadoras tornaram o mercado altamente peculiar (Alves, 2003), facilitando a existência de informações assimétricas em seu ambiente (Viana, Gerschman, Ibañez & Parada, 2002).

Nesse cenário, os beneficiários representavam o elo mais vulnerável, por conta de suas limitações sobre o acesso aos serviços de saúde e à qualidade da assistência prestada pelas operadoras (Alves, 2003). Apesar disso, mesmo com as peculiaridades do setor e as incertezas nele existentes, no início dos anos 80, registrava-se cerca de 15 milhões de beneficiários de planos privados de assistência à saúde, sem considerar os de planos próprios (Bahia & Viana, 2002), no ano de 1995 esse número

já havia aumentado de forma exponencial, totalizando 40 milhões, o que representava 25% da população do país na época (Costa, 1998).

Frente à representatividade do mercado e sua expansão desregulada entre os anos 80 e 90, em julho de 1998 foi aprovada pelo governo federal a Lei nº 9.656/98 que regulamentou os planos e seguros privados de assistência à saúde, a qual dispõe sobre as relações entre clientes e operadoras. Com a nova legislação, o estado buscou principalmente a padronização dos produtos ofertados no mercado em questão, a elaboração de um sistema regulatório efetivo, a manutenção da estabilidade do mercado e o controle da assimetria da informação entre os atores presentes no setor (Ribeiro, 2001).

Segundo Fligstein (2002) e Beckert (2009) os mercados são tidos como arenas de interação social, onde produtos e serviços são trocados por dinheiro (Fligstein, 2002) e cuja existência está sujeita à presença de competição (Aspers & Beckert, 2011). A competição pode gerar instabilidade no mercado, dessa forma, o estabelecimento de regras de interação é essencial para a atuação das empresas. Nesse cenário, o estado torna-se um agente importante, por intervir na economia com o objetivo de proporcionar condições para que possa haver competição, cooperação e troca, de forma a criar e manter a estabilidade dos mercados (Fligstein, 1996).

No que tange ao mercado de planos privados de assistência à saúde, a intervenção do estado caracterizou-se como uma ação visando manter a estabilidade e proteger os direitos dos consumidores, cabendo à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde, a regulação, normatização, controle e fiscalização (ANS, 2017). Embora a ANS estipule, dentre outras questões, algumas características padrão dos produtos ofertados (Brasil, 1998), no geral, os serviços de saúde possuem particularidades conflitantes com as leis de mercado propostas pelos economistas, uma vez que a busca por tal produto está relacionada com o nível de percepção e contexto socioeconômico e cultural dos consumidores (Araújo, 1977).

Com base nos dados recentes divulgados pela ANS, no primeiro semestre do ano de 2018 o número de beneficiários ultrapassava os 47 milhões, distribuídos entre as 1046 operadoras ativas, representando uma taxa de cobertura de 24,4% da população brasileira (ANS, 2018). No mesmo período, de acordo com os dados da ANS (2018) o total de planos ativos e com beneficiários totalizava mais de 34 mil tipos, caracterizados quanto à segmentação assistencial (ambulatorial, hospitalar com

obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia e referência), tipo de contratação (individual/familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão), âmbito geográfico de cobertura e faixas etárias (Brasil, 1998), o que resulta em preços diferenciados conforme as características do produto contratado.

A teoria econômica e seu modelo universal de maximização torna-se incapaz de explicar as escolhas dos agentes (Beckert, 1996), frente à impossibilidade dos futuros beneficiários de determinar antecipadamente os resultados de suas decisões, com relação à contratação de planos privados de assistência à saúde. Ademais, embora o consumidor decida sobre o preço que está disposto a pagar por determinado produto ou serviço, a avaliação do valor não é realizada de forma atomizada, uma vez que a decisão é influenciada por mecanismos sociais que auxiliam na redução da incerteza no processo de escolha do produto ou serviço desejado (Beckert, 2009).

Dessa forma, os pressupostos da teoria econômica não são capazes de explicar algumas questões relacionadas ao surgimento de preferências e a atribuição de valor em certos mercados (Beckert, 1996, 2009; Karpik, 2010). Uma vertente da sociologia econômica, por sua vez, tem focado no estudo do processo de qualificação dos produtos, o qual é considerado uma etapa indispensável na formulação do valor para o indivíduo. Tal processo se refere ao desenvolvimento de compreensões cognitivas e normativas compartilhadas, com relação às qualidades de determinado produto, a partir das interações dos agentes (Aspers & Beckert, 2011).

De acordo com a abordagem sociológica, a atribuição de valor está diretamente relacionada com o funcionamento do mercado, visto que para a comercialização dos produtos, os consumidores devem ser capazes de identificar as qualidades dos mesmos e atribuir-lhes valor, de forma a avaliá-los em comparação com os outros produtos disponíveis (Aspers & Beckert, 2011; Beckert & Musselin, 2013). Assim, a diferenciação da qualidade permite que os consumidores não decidam aleatoriamente no momento da compra, além de justificar as diferenças de preços existentes no mercado (Beckert & Musselin, 2013).

Alguns produtos só tornam-se passíveis de avaliação após o negócio ser efetivado, nesse sentido, caracterizam-se pela incerteza quanto à sua qualidade (Beckert & Musselin, 2013; Karpik, 2010), como ocorre com os produtos ofertados pelas operadoras no mercado de planos privados de assistência à saúde. Nesse cenário, os mecanismos sociais auxiliam no processo de qualificação, reduzindo a incerteza (Aspers & Beckert, 2011), pois englobam “todas as formas de regras,

normas sociais, convenções, instituições, estruturas sociais e relações de poder que limitam as escolhas dos atores ao mesmo tempo que tornam as ações previsíveis” (Beckert, 1996, p. 820). Tal previsibilidade depende da solução de alguns problemas de coordenação existentes no mercado, dentre eles, o problema de valor (Beckert, 2009, 2012).

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Considerando a breve discussão realizada na introdução, referente à representatividade do mercado de planos privados de assistência à saúde no setor em questão, as particularidades e incertezas que caracterizam os produtos e as transações nesse mercado, bem como a importância dos mecanismos sociais nesse contexto, propõe-se a seguinte questão de pesquisa:

Quais as qualidades consideradas pelos consumidores na compra dos produtos ofertados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde da cidade de Maringá - PR?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Para responder à questão de pesquisa proposta, o objetivo geral desta pesquisa é analisar quais qualidades são consideradas pelos consumidores na compra dos produtos ofertados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde da cidade de Maringá – PR.

1.2.2 Objetivos específicos

Para alcançar o objetivo geral do presente estudo, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- Identificar o que levou os consumidores a adquirir os produtos ofertados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.
- Compreender os aspectos simbólicos atribuídos pelos consumidores à assistência à saúde privada.
- Analisar as qualidades atribuídas pelos consumidores aos produtos ofertados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.
- Analisar quais valores se relacionam com as qualidades atribuídas pelos consumidores aos produtos ofertados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

1.3 JUSTIFICATIVA E CONTRIBUIÇÕES

Uma parte das pesquisas sobre valor, relacionadas com o tema assistência privada à saúde, aborda o processo de atribuição de valor aos planos privados considerando-os como produtos de um mercado já consolidado, efetuando a análise sob uma perspectiva de marketing, com foco na satisfação, fidelização e retenção de clientes (Abdelfattah, Rahman, & Osman, 2015; Eberle, 2014; Milan & Trez, 2005; Neri, 2015; Zilber & Lazarini, 2008). Nesse sentido, as pesquisas são centradas em atributos do produto, os quais são tidos pelos consumidores como fatores relacionados com a qualidade, influenciando em sua satisfação e lealdade.

Embora estudos relacionados com as tendências de comportamento dos consumidores e os produtos ofertados no mercado sejam realizados sob a perspectiva de marketing, estudos desse tipo com base na Sociologia Econômica ainda são escassos. Sob o prisma dessa teoria, o mercado é fortemente influenciado por fatores sociais, institucionais e culturais que são refletidos no comportamento do consumidor e no valor dos produtos (Trigilia, 2002). Nesse sentido, justifica-se a abordagem do problema sob a perspectiva de uma vertente da Sociologia Econômica, buscando-se analisar a influência desses fatores, na valoração dos produtos ofertados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Em relação ao tema, justifica-se a escolha da área da saúde, pelo fato das organizações presentes nesse cenário, independentemente do tipo, sejam elas

operadoras de planos de saúde privado, hospitais públicos ou privados, ambulatórios ou profissionais prestadores de serviços, estarem presentes no mercado oferecendo produtos que são de suma importância para a vida das pessoas, pois determinam a saúde, bem estar e sobrevivência dos indivíduos. Nenhum outro setor possui tal relevância na vida das pessoas, auxiliando em momentos de vulnerabilidade da vida (Hoff, 2014).

Justifica-se a escolha dos produtos ofertados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde devido à peculiaridade do setor em questão (Alves, 2003), além de sua representatividade no sistema de saúde brasileiro, visto no primeiro semestre do ano de 2018 a taxa de cobertura da saúde suplementar era de 24,4% da população brasileira (ANS, 2018). Ademais, o mercado de saúde suplementar movimentou aproximadamente 137 bilhões de reais com despesas assistenciais no ano de 2016 (ANS, 2017a), frente a aproximadamente 109 bilhões de reais de investimentos previstos para a saúde pública no mesmo período (Brasil, 2016), evidenciando a sua relevância no cenário brasileiro.

Com relação ao problema, a justificativa pode ser sintetizada pelas seguintes reflexões: mesmo o acesso à assistência à saúde sendo um direito constitucional do cidadão, existe no mercado a oferta de planos privados de assistência à saúde. Que fatores estão relacionados à percepção de valor deste tipo de produto? De que forma os consumidores atribuem valor aos planos privados de assistência à saúde, visto que a qualidade do produto só será passível de avaliação após a contratação? Tais reflexões tornam-se pertinentes, visto que segundo Araújo (1977) a busca por produtos na área da saúde está relacionada com o nível de percepção e contexto socioeconômico e cultural dos indivíduos, assim, os fatores sociais, culturais e institucionais desempenham um importante papel na orientação do comportamento do consumidor e no valor dos produtos (Trigilia, 2002). Desta forma, buscou-se compreender os aspectos subjetivos e simbólicos do processo de contratação dos planos privados de assistência à saúde.

Por fim, no que tange à contribuição da pesquisa para a academia e para a profissão contábil, acredita-se que ao propor analisar de que modo os consumidores atribuem valor aos produtos ofertados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, esta pesquisa contribui para evidenciar como os fatores sociais, institucionais e culturais, bem como a subjetividade e a experiência dos consumidores impactam diretamente na percepção de valor da demanda com relação aos produtos

ofertados pelas empresas. Tal proposta torna-se relevante, uma vez que identificar o papel do consumidor, quanto um ator do mercado, facilita a cooperação entre os envolvidos nos processos de trocas e contribui para o bom funcionamento do mercado, criando, conseqüentemente, oportunidades de geração de lucros para as empresas (Aspers, 2011).

Além disso, torna-se relevante salientar que a atribuição de valores monetários para questões relacionadas à vida, à morte e demais itens ou comportamentos considerados sagrados, faz com que as operações de mercado conflitem com os valores humanos (Zelizer, 1978), impactando na legitimação e aceitação dos produtos pelos consumidores. Assim, a presente pesquisa contribui para a compreensão de como os planos privados de assistência à saúde relacionam-se com os valores não econômicos considerados pelos consumidores.

1.4 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

Tendo em vista os objetivos deste estudo, a delimitação se faz necessária para estabelecer que a análise do problema de valor, no mercado de planos privados de assistência à saúde, é realizada sob a perspectiva da demanda, portanto, fica desde já afastada a possibilidade de qualquer análise com relação ao comportamento das empresas operadoras de planos privado de assistência à saúde (lado da oferta).

Em relação à população, a análise é delimitada à demanda pelos planos privados coletivos de assistência à saúde, ofertados pelas operadoras da cidade de Maringá – PR, sendo elas: Cliniprev Saúde, Irmandade Santa Casa de Misericórdia, Paraná Assistência Médica, Santa Rita Saúde e Unimed Regional de Maringá, não sendo considerada a operadora Uniodonto, por ser de cobertura exclusiva odontológica. Optou-se pela delimitação à demanda pelos planos coletivos devido à sua representatividade no mercado em questão, respondendo por aproximadamente 80% das contratações de planos privados de assistência à saúde (ANS, 2018), além do fato desse tipo de plano, dentre outras particularidades, não ter os percentuais de reajuste do preço regulamentado pela ANS, o que aumenta a incerteza e o risco em sua contratação (ANS, 2008).

No que tange à delimitação, este estudo se baseia no *framework* conceitual proposto por Beckert (2009) para abordar as questões de ordem e incerteza nos

mercados sob a perspectiva da Nova Sociologia Econômica, de acordo com a escola europeia. Justifica-se a utilização de tal *framework* pelo fato dele propor que o foco, na busca de ordem no mercado, seja nas causas da incerteza, tidas pelo autor como problemas de coordenação, dentre eles, o problema de valor. Tal enfoque difere substancialmente da abordagem estruturalista dos mercados, uma vez que esta considera os meios para se obter a ordem como ponto principal.

Com relação à delimitação conceitual das tipologias de valor tidos como base para a construção das qualidades dos bens ofertados no mercado, baseia-se no *framework* proposto por Beckert (2011). Por fim, com relação à valoração baseada nos diferentes tipos de mercados, baseia-se em Aspers (2009, 2011) ao abordar os Mercados Padrão e de *Status*, já com relação ao Mercado Singular baseia-se em Karpik (2010).

1.5 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

Com o objetivo de responder à questão de pesquisa, bem como alcançar os objetivos propostos, esta dissertação está assim estruturada: no primeiro capítulo apresentou-se uma introdução ao tema, a contextualização ao problema de pesquisa, a questão de pesquisa proposta e seus objetivos geral e específicos, além da justificativa para a realização do estudo e a delimitação da pesquisa. O segundo capítulo contempla o referencial teórico da pesquisa, que é alicerçado em uma vertente da Nova Sociologia Econômica. O terceiro capítulo é dedicado aos procedimentos metodológicos que nortearam a pesquisa. O quarto capítulo contempla a análise dos dados e, por fim, o quinto capítulo apresenta as considerações finais e recomendações.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

A primeira parte deste referencial teórico busca fundamentar o problema de pesquisa com base na sociologia econômica, explorando a formação social dos mercados, os problemas de ordem e incerteza, as tipologias de valor, bem como os mecanismos sociais utilizados nesse contexto. Na segunda parte será abordado a questão da atribuição de valor de acordo com os tipos de mercado. Na terceira e última parte, serão apresentadas algumas peculiaridades e estatísticas, a fim de caracterizar o mercado de planos privados de assistência à saúde no Brasil.

2.1 ABORDAGEM SOCIOLÓGICA DOS MERCADOS

2.1.1 Sociologia Econômica

A Sociologia Econômica tem sido vista como uma conexão entre a economia e a sociologia, de forma a possibilitar a análise do fenômeno econômico sob uma perspectiva econômica e social (Trigilia, 2002; Zafirovski, 1999). Nesse sentido, pode-se definir a sociologia econômica como sendo a aplicação de práticas sociológicas a fenômenos econômicos, a fim de explicá-los a partir do impacto das relações e instituições sociais na economia (Swedberg, 2003). Em resumo, a sociologia econômica é compreendida como uma sub área da sociologia que investiga os fenômenos econômicos, relacionados com a produção, distribuição e consumo de produtos e serviços (Beckert, 2012).

A diferença central entre as ciências sociais econômica e sociológica, é que para a economia, a ação racional prevalece, de forma que o equilíbrio é determinado pela relação entre utilidade, oferta e demanda. Já na perspectiva sociológica, tem-se uma maior complexidade, prevalecendo o foco nas ações não racionais, influenciadas pelas configurações sociais (Zafirovski, 1999). Nesse sentido, de acordo com Swedberg (2003), para se produzir uma sociologia econômica robusta, há que se combinar a análise dos interesses econômicos com a análise das relações sociais.

Enquanto a teoria econômica parte da pré-existência das preferências dos atores, ou seja, visualizando as preferências como um fator exógeno ao mercado

(Aspers & Beckert, 2011; Beckert, 2002, 2009; Fligstein, 2005; Trigilia, 2002), a sociologia econômica as consideram como resultado da interação do indivíduo com o contexto social (Trigilia, 2002), de forma que a busca por aprovação, *status*, sociabilidade e poder não podem ser isolados da ação econômica (Granovetter & Swedberg, 2011). Nesse sentido, a noção de legitimidade está presente no cerne das discussões da sociologia econômica (Trigilia, 2002).

A história da sociologia econômica divide-se em duas fases, a primeira entre os anos de 1890-1920, da qual fazem parte os autores clássicos da sociologia, e a atual, cujo início remete a meados de 1980 (Smelser & Swedberg, 2005; Swedberg, 2003). Destaca-se na primeira fase, as críticas com relação aos limites da economia clássica e neoclássica, principalmente pelo fato das teorias econômicas ignorarem a influência dos elementos sociais na ação econômica (Granovetter, 1985; Granovetter & Swedberg, 2011; Swedberg, 2003). Segundo Dobbin (2004), os economistas abordavam o comportamento humano centrado no interesse próprio, além de defenderem a existência de leis universais em um mundo ideal, considerado por eles para descrever o possível comportamento das pessoas.

Nesse contexto, a tradição utilitarista, na qual estão inseridos a economia clássica e neoclássica, “pressupõe um comportamento racional e de interesse próprio minimamente afetado pelas relações sociais, invocando assim, um estado idealizado não muito distante desses esquemas mentais” (Granovetter, 1985, p. 481). Contudo, o fato da ação econômica não ocorrer em um ambiente abstrato, torna frágil a ideia da mesma ser determinada exclusivamente pelos interesses próprios, sem interferência do contexto social (Granovetter & Swedberg, 2011). Assim, a observação de que os atores econômicos não vivem de acordo com os padrões comportamentais estabelecidos pela teoria, é tida como um argumento central na rejeição da teoria econômica ortodoxa (Beckert, 1996).

Com a evolução da teoria econômica, a incerteza é tida como questão central, influenciando nos preços, produtos, coordenação econômica e equilíbrio do mercado. A informação imperfeita, bem como a racionalidade limitada começam a ser consideradas na realidade dos mercados (Karpik, 2010). A partir da ideia de contratos incompletos, teoria da agência, especificidade de ativos e uso estratégico da informação, os economistas caracterizam as estruturas e interações das empresas no mercado (Fligstein, 2002). Nesse contexto, surgem duas principais linhas de estudo:

a Economia da Informação, voltada à assimetria informacional, e a Nova Economia Institucional, com foco na racionalidade limitada e oportunismo (Beckert, 2009).

Tem-se o trabalho de Arkelof, intitulado “*A Market for Lemons*”, como ponto de partida para as pesquisas envolvendo a assimetria informacional, no qual são abordados mecanismos de proteção como forma de reduzir o risco dos compradores, considerando-se que estes detêm menos informações a respeito do produto a ser negociado do que o vendedor (Beckert, 2009). Na visão dos economistas, o papel desses mecanismos socialmente estruturados é exclusivamente ajudar a manter a eficiência dos mercados (Fligstein, 2002; Granovetter & Swedberg, 2011), uma vez que são tidos pelos atores como ferramentas de proteção contra a informação incompleta.

No que tange à Nova Economia Institucional, destaca-se a Teoria dos Custos de Transação, popularizada por Oliver Williamson, que resumidamente aborda as estruturas de governança e hierarquias como forma de manter a eficiência das empresas, frente ao comportamento oportunista dos agentes envolvidos e a racionalidade limitada (Fligstein, 2005; Swedberg, 2003; Trigilia, 2002). A teoria em questão gerou um grande debate na nova economia sociológica (Trigilia, 2002) iniciando com as críticas feitas por Granovetter (1985) em seu ensaio teórico “*Economic Action and Social Structure: The Problem of Embeddedness*”, no qual o autor contesta a eficácia superestimada do poder hierárquico e a negligência das estruturas sociais, propondo as redes sociais como alternativa para a ordem nos mercados.

Tal obra é tida como um manifesto fundador da Nova Sociologia Econômica, a qual na perspectiva de Granovetter, difere da abordagem anterior, uma vez que baseia-se em questões centrais da economia (Fligstein, 2005; Granovetter & Swedberg, 2011; Swedberg, 2003). Em seu ensaio, Granovetter (1985) resgata o conceito de “*Embeddedness*” de Polanyi (2011), contudo, a nova abordagem do termo difere significativamente da perspectiva de Polanyi (Beckert, 2007; Swedberg, 2003), uma vez que Polanyi sugere uma análise institucional, não limitando-se à estrutura, como ocorre na visão de Granovetter, ao focar no papel das estruturas sociais na ordem dos mercados (Beckert, 2007).

Tem-se o ensaio teórico de Granovetter (1985) como uma das obras seminais do campo de pesquisa chamado sociologia dos mercados (Fligstein & Dauter, 2012), o qual também foi impulsionado pela ideia de mercados como campos de interação,

proposta por Fligstein (2002). Nesse contexto, a contribuição da abordagem estruturalista, para o desenvolvimento desse novo campo de pesquisa, parte da ideia central de que as redes sociais entre empresas, operando em um mercado particular (estrutura de mercado), são melhores compreendidas do que as abordagens generalistas dos modelos econômicos tradicionais (Trigilia, 2002).

2.1.2 Sociologia dos Mercados

Os mercados correspondem às principais instituições da econômica capitalista, pode-se citar o desenvolvimento do capitalismo moderno como um fator da expansão dos mercados como mecanismos de produção e alocação de produtos e serviços (Beckert, 2009). De acordo com Polanyi (2011) os mercados possuem como elementos específicos: a oferta, demanda, sistema de preços e a competição econômica, além de contemplar produtos, costumes e leis como elementos funcionais. Assim, na perspectiva sociológica, tais instituições representam mais do que apenas locais onde o dinheiro circula, pois as trocas, as formas de precificação, assim como o consumo são diretamente relacionados à cultura da sociedade (Wherry, 2012).

De acordo com Trigilia (2002), as pesquisas relacionadas ao mercado são classificadas em duas vertentes, a primeira com foco no processo de construção do mercado e a segunda com ênfase nas condições para o seu funcionamento. Assim, é válido ressaltar a existência de diferentes abordagens na literatura acerca da sociologia dos mercados, Fligstein e Dauter (2012) elencam três grupos de estudos nessa área: redes, instituições e performatividade, o que para Fourcade (2007) se resume às pesquisas estruturalistas e performativistas e suas formas híbridas.

2.1.2.1 Abordagem Estruturalista dos Mercados

Numa perspectiva estruturalista, a sociologia dos mercados é definida como uma área de estudos da sociologia econômica, com foco no surgimento dos mercados e das estruturas sociais que afetam a estratégia e estrutura das empresas (Fligstein, 2002). Compreende, nesse sentido, o estudo das firmas, dos mercados de produtos

e de trabalho, seus elos com fornecedores, trabalhadores e Estados, bem como o papel das culturas locais, sistemas de significados e moralidade na geração de tipos particulares de mercados, uma vez que esses influenciam o que se pode chamar de “produtos” (Fligstein & Dauter, 2012).

As pesquisas estruturalistas na sociologia dos mercados se subdividem em: análise de redes, que enfatiza a conexão entre os atores do mercado, e análise de campo, com foco nos fatores culturais no processo de estruturação das relações de mercado (Fourcade, 2007). Os teóricos da análise de redes, visualizam estas como mecanismos capazes de estabilizar os mercados, por auxiliar na geração de confiança entre compradores e vendedores (Fligstein & Dauter, 2012; Fourcade, 2007; Granovetter, 1985), contudo, a subjetividade dos atores e os fatores institucionais são negligenciados nessa abordagem (Fourcade, 2007). Assim, tem-se que a análise de redes, na perspectiva estruturalista, não considera o conteúdo social da estrutura observada (Beckert, 2007).

Os teóricos que estudam os mercados na perspectiva de campos defendem que a ação social ocorre em arenas, também denominadas por campos, domínios, setores ou espaços socialmente organizados, que existem para a produção e venda de produtos e serviços, sendo caracterizadas como esferas institucionais de interesses e disputas (Fligstein, 2002; Fligstein & McAdam, 2012). A competição existente no campo gera instabilidade tanto para os consumidores quanto para os produtores, ameaçando a sobrevivência das firmas, nesse contexto, Fligstein (2002) defende a intervenção do Estado nas práticas de mercado para promover a estabilidade, através da criação de regras.

Os mercados, nesta perspectiva, operam conforme os entendimentos locais e regras, além de convenções formais e informais que orientam a interação, facilitam o comércio e definem os produtos aceitos no mercado, promovendo estabilidade aos atores (Fligstein, 2002). Cada campo possui a sua própria lógica, isto é, compreensões cognitivas e estrutura social (Fligstein, 2002, 2005) decorrentes das concepções culturais de poder, privilégio, recursos, regras, dentre outros, que influencie na ação (Fligstein & McAdam, 2012), onde os atores dominantes e dominados coexistem (Fligstein, 2002).

2.1.2.2 Abordagem Performativista dos Mercados e Formas Híbridas

A abordagem performativista, por sua vez, enfatiza as condições para o funcionamento dos mercados (Triglia, 2002). De acordo Fligstein e Dauter (2012), tal abordagem critica a análise estruturalista por não considerar a interação de descobertas científicas e criação de novas tecnologias com a estruturação dos mercados, ou seja, por não considerar os avanços tecnológicos que impactam em seu funcionamento. Outro ponto de discordância, segundo os autores, se dá pelo fato da abordagem estruturalista enfatizar as comunidades de produtores e suas interações, realidade esta que é criticada pelos estudiosos mais interessados na construção social dos mercados, principalmente pelo fato da legitimidade do produto depender da percepção do consumidor.

Apesar das diferenças existentes entre as abordagens, de acordo com Fourcade (2007) é possível realizar conexões entre elas, como por exemplo, a análise performativista numa perspectiva de campo. Além disso, a análise de redes tem sido vista como uma importante ferramenta, não só nas relações intra e inter firmas, mas também para o funcionamento e performance do mercado, principalmente o de serviços (Fourcade, 2007), pelo fato do consumo desses incorrer na ativação ou criação de relações interpessoais (Zelizer, 2005), frente à impossibilidade de avaliação antes de se efetivar o negócio.

Uma vez que o consumo, assim como a vida econômica, baseia-se na cultura, nas compreensões cognitivas compartilhadas e suas representações, o ponto central para a sua compreensão é observar como ocorre a interação entre a cultura, as relações sociais e o processo econômico (Zelizer, 2005). Nesse contexto, Beckert (2009, 2012) propõe considerar a imersão sócio estrutural, institucional e cultural dos mercados, visando solucionar os problemas de coordenação existentes nos processos de trocas. É necessário que a incerteza, causa principal de tais problemas, seja reduzida para que o mercado possa surgir e se manter em funcionamento (Beckert, 1996).

2.1.2.3 Incerteza nos Mercados

Discussões acerca da incerteza e da ordem dos mercados são fundamentais para se compreender o funcionamento e a dinâmica de tais campos de interação (Aspers, 2009; Aspers & Beckert, 2011; Beckert, 2007, 2009, 2012). A incerteza é caracterizada pela incapacidade dos atores em antever os resultados de suas decisões, bem como estimar probabilidades aos resultados (Beckert, 1996, 2002, 2009). Uma vez que a ação e a ordem social são dependentes da redução da incerteza, tal condição torna-se indispensável para o surgimento e funcionamento dos mercados (Aspers & Beckert, 2011; Beckert, 1996, 2007).

Dentre os elementos essenciais para a existência dos mercados, destaca-se a competição, que produz instabilidade tanto para o consumidor quanto para os produtores (Fligstein, 2002), visto que pressupõe a presença de pelo menos três atores, dentre os quais um interage com outros dois, que disponibilizam no mercado os seus produtos (Aspers & Beckert, 2011; Beckert, 2009; Polanyi, 2011; Swedberg, 2011). Assim, a competição pode ser compreendida como uma fonte de incerteza dos mercados (Beckert, 1996), de forma que a sobrevivência das empresas e o funcionamento do mercado dependem da existência de regras (Fligstein, 2002).

Nesse sentido, o estabelecimento de regras de interação é tido como essencial para a atuação das empresas no mercado competitivo, e Fligstein (1996, 2002) defende a intervenção do estado na economia, por meio da criação de regras e leis, com o objetivo de proporcionar condições para que possa haver competição, cooperação e troca, de forma a criar e manter a estabilidade dos mercados. O autor propõe algumas regras necessárias para o funcionamento dos mercados, dentre as quais, frente à proposta deste trabalho, se destaca as regras de troca.

Além de estabelecer os atores envolvidos em determinado tipo de negociação e as condições sob as quais as transações ocorrem, as regras de trocas também regulamentam a padronização dos produtos, que auxilia tanto os consumidores quanto os vendedores nas operações de mercado. A padronização possibilita o compartilhamento de regras que asseguram a compatibilidade dos produtos, facilitando as trocas por aumentar a confiança nos resultados esperados dos mesmos (Fligstein, 2002).

Considerando que os atores do mercado dependem da avaliação das qualidades de cada produto, para que possam compará-los em termos de valor (Aspers & Beckert, 2011), as regras de troca propostas por Fligstein (2002), principalmente a padronização, auxiliam no processo de avaliação. Nesse contexto, a intervenção do Estado no mercado de assistência privada à saúde buscou, principalmente, a padronização dos produtos ofertados, a elaboração de um sistema regulatório efetivo, a manutenção da estabilidade do mercado e o controle da assimetria da informação entre os atores presentes no setor (Ribeiro, 2001).

Contudo, apesar da intervenção estatal, o setor da saúde é tido como altamente complexo, confuso e dinâmico, uma vez que os indivíduos enfrentam muitas incertezas, devido à complexidade das decisões quando se trata de cuidados com a saúde (Hoff, 2014), além disso, a busca por assistência à saúde está relacionada com o seu nível de percepção e contexto socioeconômico e cultural (Araújo, 1977). Assim, as regras de padronização criadas pelo Estado não tornam-se eficientes nesse cenário, uma vez que o valor dos produtos ofertados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, transcendem suas características padrão.

A teoria econômica e seu modelo de maximização dos resultados não se sustentam nesse cenário, trazendo à tona discussões sobre como os atores podem reduzir a incerteza e estabilizar situações caracterizadas como contingenciais (Beckert, 1996, 2002). As causas principais da existência de incerteza nos mercados estão relacionadas aos problemas de coordenação (Beckert, 2009, 2012), assim, cabe à abordagem sociológica dos mercados estudar os mecanismos cognitivos, sociais e culturais aos quais os atores recorrem para estabilizar suas expectativas e solucionar tais problemas (Beckert, 1996).

2.1.3 Problemas de Coordenação

A ordem social dos mercados está relacionada com uma certa previsibilidade envolvendo os atores, suas posições, atividades e regras (Aspers, 2008). Tal condição só se torna possível quando os indivíduos são capazes de coordenar suas ações de forma a permitir que as trocas de mercado sejam concretizadas, com base em expectativas formadas acerca dos comportamentos dos envolvidos. A coordenação,

nesse sentido, é uma condição essencial para a ordem nos mercados, bem como para a sua existência e funcionamento (Beckert, 2009, 2012).

Considerando a presença de incerteza nos mercados, Beckert (2007, 2009, 2012) parte da premissa de que os atores se deparam com três problemas de coordenação, os quais precisam ser resolvidos para que haja ordem nessas arenas de interação social. O primeiro problema é o de valor, que deriva das dificuldades dos atores em avaliar o valor dos produtos ou serviços comercializados, o segundo problema é o de concorrência, e o terceiro diz respeito à forma como os atores do mercado cooperam (Aspers, 2009; Beckert, 2007, 2009, 2012).

Embora a concorrência seja um dos elementos essenciais para a existência e funcionamento dos mercados (Aspers & Beckert, 2011; Beckert, 2009; Polanyi, 2011; Swedberg, 2011), ela também gera instabilidade (Fligstein, 2002), ameaçando as expectativas de rentabilidade dos produtores, que recorrem a estratégias legais ou não, com o objetivo de estabilizar as possibilidades de geração de receita (Beckert, 2009). Assim, tem-se a concorrência como um problema de coordenação (Aspers, 2009; Beckert, 2007, 2009, 2012), que remete à necessidade de regras no mercado (Aspers, 2009) também denominadas por regras de trocas (Fligstein, 2002).

O Estado, assume um papel crucial no estabelecimento dessas regras, visando a estruturação da concorrência a fim de se reduzir a incerteza para os atores envolvidos nas transações de mercado. Nesse cenário, considerando a atuação tanto dos produtores quanto do Estado, por meio de estratégias empresariais e pela criação de leis, a coordenação da concorrência é compreendida como uma luta política e social sobre a regulação institucional, que somente ganhará legitimidade se as desigualdades resultantes forem socialmente aceitas. Desta forma, o mercado depende da cooperação mútua entre os atores, para que haja estabilidade em relação às suas expectativas (Beckert, 2007, 2009).

O problema de cooperação, por sua vez, surge a partir dos riscos que os atores enfrentam no mercado, devido a informações incompletas sobre as intenções de seus parceiros de negócio e a qualidade dos produtos que se deseja adquirir. Uma vez que para as transações serem efetivadas, os consumidores necessitam sentir confiança no processo, eles recorrem a mecanismos sociais, institucionais e culturais, tais como redes sociais, sistemas de reputação, garantias e normas sociais, em busca de reduzir os riscos para a tomada de decisão (Beckert, 2007, 2009).

Verifica-se, dessa forma, que frente a situações de incerteza, os indivíduos agem de maneira dependente uns dos outros (Beckert, 1996), o que resulta na formação de estruturas sociais que contribuem para a solução dos problemas de coordenação nos mercados. Tais estruturas são compostas por questões tecnológicas, morais e políticas, resultante de um processo histórico, social e cultural (Beckert, 2009, 2012), e estão diretamente relacionadas com o problema de valor, uma vez que os atores recorrem a mecanismos sociais visando reduzir as incertezas no processo de qualificação e valoração dos bens (Aspers & Beckert, 2011).

2.1.3.1 Problema de valor

O problema de valor surge a partir da dificuldade dos atores em valorar os bens disponíveis no mercado (Aspers & Beckert, 2011; Beckert, 2007, 2009; Koçak, 2003). É tido como uma fonte crucial de incertezas para os consumidores, frente à diversidade e complexidade dos bens ofertados (Beckert, 2009), a qual ameaça o funcionamento dos mercados, pois quando os atores não são capazes de formar “valores subjetivos claros para os produtos no mercado, a incerteza pode impedir as transações” (Koçak, 2003, p. 3). Para que estas possam ocorrer, os consumidores devem avaliar os bens e seu valor em relação aos outros ofertados, já os vendedores, devem encontrar uma forma confiável de demonstrar tal valor à demanda (Aspers & Beckert, 2011; Beckert, 2007, 2009; Koçak, 2003).

Frente às mudanças decorrentes do desenvolvimento dos mercados, diferentes tipos de valores começaram a ser considerados pelos consumidores, pois os bens passaram a ter significados pessoais e sociais, transcendendo o seu valor funcional (Levy, 1959). Nesse sentido, Koçak (2003) destaca duas principais fontes do problema de valor: interdependência de valor e avaliação não padronizada. A primeira diz respeito à formação dos valores subjetivos com base no conhecimento da avaliação dos outros atores do mercado, já a segunda, abrange os bens não padronizados, que tornam difícil a definição das qualidades relevantes, dificultando o reconhecimento de critérios para avaliação e mensuração do valor dos bens.

Assim, à medida em que o bem se torna mais complexo, caracterizado pela ausência de padrões objetivos de avaliação da qualidade, constitui-se uma forma de valoração através de um processo político e social, com o intuito de reduzir as

incertezas do mercado (Beckert, 2009). O processo de qualificação é dinâmico e estabelece, mesmo que provisoriamente, um conjunto de características que são atribuídas aos bens, transformando-os em elementos negociáveis no mercado. No mercado consumidor, os significados resultante desse processo, são produzidos e reproduzidos pelos consumidores, produtores e intermediadores do mercado, bem como pelas interações entre eles (Aspers & Beckert, 2011; Callon & Méadel, 2002).

Valores não econômicos tornam-se economicamente relevantes, com um papel fundamental na construção social das qualidades simbólicas dos bens, que são vinculadas ao seu valor econômico (Aspers & Beckert, 2011). Nesse cenário, as trocas de mercado envolvem aspectos simbólicos que podem ser explorados economicamente (Bourdieu, 2005). Dentre as dimensões não econômicas de valor, pode-se destacar a dimensão moral, que está relacionada à legitimidade dos bens pela sociedade (Aspers, 2011), bem como a dimensão cultural, uma vez que a subjetividade é socialmente e historicamente construída (Bourdieu, 2005), de forma que os fatores sociais e históricos têm forte influência nas ações futuras dos indivíduos (Smelser & Swedberg, 2005).

Na prática, as diferentes dimensões de valor se inter-relacionam, cada qual com a sua escala de valoração, guiando os atores e influenciando na formulação das preferências (Aspers, 2008; Aspers & Beckert, 2011). Pelo fato dessas diferentes dimensões, também denominadas ordens de valor, não atuarem de forma isolada (Aspers, 2008; Boltanski & Thévenot, 2006; Stark, 2009), podem surgir conflitos entre as diferentes escalas de valoração (Aspers & Beckert, 2011; Beckert & Musselin, 2013). De acordo com Aspers e Beckert (2011), observar como os atores do mercado lidam com as diferentes dimensões de valor, além de identificar possíveis atritos que possam surgir entre as diferentes escalas, torna-se questão central nos estudos acerca do processo de valoração nos mercados.

Frente a isso, segundo Aspers e Beckert (2011), faz-se necessário identificar as formas pelas quais os bens tornam-se economicamente valorados pelos consumidores, ressaltando que dependendo do significado embutido na ação econômica, diferentes tipos de valor podem coexistir. Para melhor compreensão acerca das fontes de valor, os autores destacam três principais distinções a serem consideradas:

(1) Distinção entre valor de uso e valor de investimento: o valor de uso refere-se ao ganho que se obtêm das qualidades de um produto ou serviço através da sua utilização, enquanto que o valor de investimento diz respeito à expectativa de ganho monetário a ser realizado. A diferenciação entre o valor de uso e o valor de investimento não é feita com base nas características dos produtos e serviços, mas sim de acordo com o significado sob o qual a ação econômica se concretiza (Aspers & Beckert, 2011).

(2) Distinção entre o valor individualista e valor relacional: o valor individualista refere-se à satisfação de um desejo do comprador, independentemente de qualquer efeito de interação social associado com a compra. Em contrapartida, o valor relacional, é baseado no que as pessoas pensam, ou poderão pensar, a respeito do comprador do bem ou serviço, a partir do que foi comprado. Nesse sentido, o valor relacional está diretamente ligado à diferenciação do indivíduo, por parte de terceiros, de acordo com suas aquisições e gostos (Aspers & Beckert, 2011).

(3) Distinção entre valor funcional e valor simbólico: o valor funcional refere-se ao ganho que pode ser obtido por meio das funcionalidades do item adquirido. O valor simbólico, por sua vez, ultrapassa os limites físicos, refere-se ao significado que um produto ou serviço tem para o comprador e para o ambiente social no qual o mesmo está inserido, compreendendo significados compartilhados, estabelecidos em comunidade a partir das práticas sociais (Aspers & Beckert, 2011).

No contexto das distinções acerca dos conceitos de valor, evidenciadas por Aspers e Beckert (2011), o trabalho de Beckert (2011) propõe uma classificação das fontes de valor com base nas performances física, posicional e imaginativa dos bens, destacando as dimensões transcendentais do valor simbólico imaginativo: tempo, espaço e posição social, conforme apresentado na Figura 1 e posteriormente discutidos.

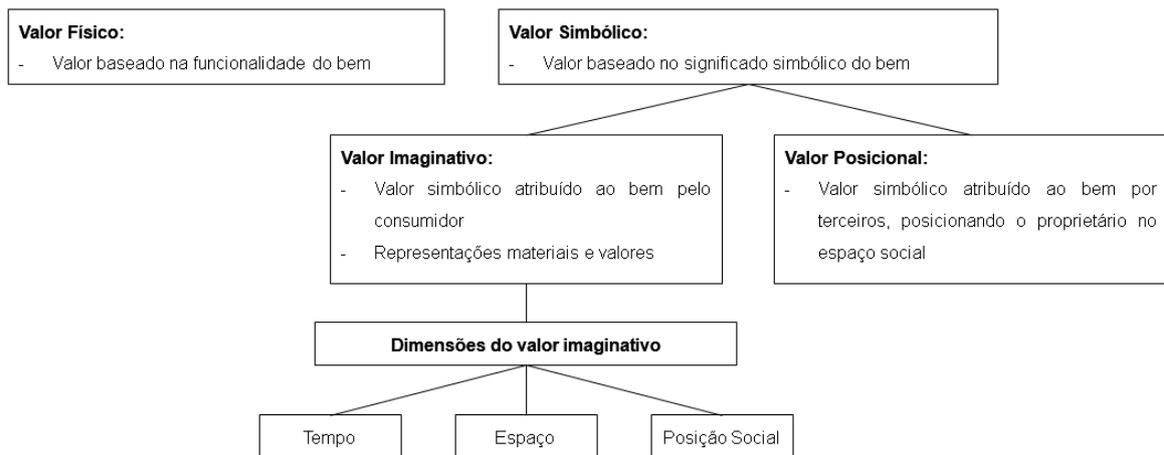


Figura 1. **Tipologia de valor**

Fonte: Adaptado de Beckert (2011).

(1) Valor físico: remete às características dos bens, nesse sentido, diz respeito ao valor funcional abordado por Aspers e Beckert (2011). Pelo fato da avaliação das características estar diretamente relacionada ao conhecimento dos potenciais compradores, podem surgir diferentes avaliações acerca do valor físico, dependendo da interpretação de cada ator (Beckert, 2011).

(2) Valor posicional: remete ao valor relacional abordado por Aspers e Beckert (2011), pois transcende as qualidades físicas do bem e diz respeito à sua capacidade de posicionar o indivíduo de forma diferenciada no contexto social, ou seja, é um valor simbólico. Embora as interpretações dos atores sejam subjetivas, neste caso, é necessário um compartilhamento de significados sobre o bem no ambiente social, para que desta forma, o produto ou serviço possa representar certo *status* social. Assim, o valor posicional possui uma base objetiva em termos de significado socialmente compartilhado (Beckert, 2011), o que significa dizer que o valor simbólico, neste caso, trata-se de significados públicos (Beckert, 2011; Richins, 1994).

(3) Valor imaginativo: assim como o valor posicional, diz respeito à valoração dos bens com base em suas qualidades simbólicas, transcendendo à materialidade. As qualidades imaginativas evocam imagens simbolicamente associadas com os desejos do consumidor, o que as tornam valoradas no mercado. O valor imaginativo está associado unicamente com a percepção do consumidor, embora os padrões tidos por ele sejam socialmente construídos

(Beckert, 2011), o que significa dizer que o valor simbólico, neste caso, compreende significados privados (Beckert, 2011; Richins, 1994).

De forma analítica, pode-se classificar o valor imaginativo em três dimensões: tempo, espaço e posição social. A dimensão tempo associa o proprietário do bem a um passado distante ou a uma condição futura desejada. A dimensão espaço, por sua vez, diz respeito ao valor do bem associado ao seu local de origem, conectando os atores a ideais relativos a determinada localidade geográfica. Por fim, a dimensão social do poder transcendental dos bens está relacionada com o carisma que o bem pode alcançar, proporcionando, sob o ponto de vista do proprietário, uma diferenciação na sua posição social (Beckert, 2011).

Frente às classificações de valor apresentadas anteriormente, evidencia-se que tal conceito não se resume à funcionalidade do que é negociado, mas pode estar diretamente relacionado com o significado dos bens (Richins, 1994), visto que as “pessoas compram coisas não apenas pelo o que elas podem fazer, mas também pelo o que elas representam” (Levy, 1959, p. 118). Nesse sentido, a análise do valor deve considerar o significado dos bens para os atores, bem como a estrutura social e institucional dos mercados (Aspers & Beckert, 2011), uma vez que a imersão social da ação econômica é uma condição necessária para a valoração dos bens (Beckert, 2007, 2009).

Em síntese, quanto mais as qualidades dos bens transcenderem suas características funcionais, maior será a dependência de atribuições simbólicas de valor, as quais são construídas socialmente pelos atores no mercado. Assim, o processo de avaliação do valor possui caráter social (Beckert, 2007, 2009, 2011; Callon & Méadel, 2002), uma vez que apoia-se em julgamentos socialmente construídos (Beckert, 2009), de forma que as interações entre os atores tornam-se fundamentais para as questões envolvendo o problema de valor (Koçak, 2003).

A ordem social existente nos diferentes tipos de mercados, coordena e organiza as interações, guia os atores e os ajudam a reduzir as incertezas existentes nas transações (Koçak, 2003). Nesse sentido, o processo de avaliação consiste em identificar qual *framework* de avaliação para a determinação do valor está efetivamente, ou potencialmente, em operação (Stark, 2009), uma vez que

compreende compreensões cognitivas e normativas socialmente compartilhadas (Aspers & Beckert, 2011).

2.2 TIPOS DE MERCADOS

Devido às particularidades dos mercados, cada um possui sua forma de valoração dos bens negociados, nesse sentido, faz-se necessário compreender os diferentes tipos de mercados e seus respectivos critérios de avaliação (Aspers, 2009). A partir da análise do processo de qualificação é possível observar o que, de fato, está sendo julgado pelos atores (Aspers & Beckert, 2011), e, dependendo do que é considerado no processo de atribuição de valor, é possível classificar os mercados em: Mercado Padrão, Mercado de *Status* (Aspers, 2009, 2011; Aspers & Beckert, 2011; Beckert, 2009) e Mercado Singular (Karpik, 2010).

2.2.1 Mercado Padrão

No mercado padrão, a qualidade dos bens é definida a partir da sua performance funcional (Rössel & Beckert, 2013), uma vez que as características e informações dos produtos e serviços são identificáveis e de fácil acesso, capacitando o ator a avaliar o bem sem que haja, necessariamente, uma interação social (Aspers, 2010). A premissa deste tipo de mercado é que a qualidade dos bens é baseada em algumas características tidas como padrão (Aspers, 2010, 2013), que são avaliadas a partir de uma escala de valor, a qual orienta os atores em suas decisões (Aspers, 2009; Aspers & Beckert, 2011).

O mercado em questão não se restringe a bens físicos, uma vez que os serviços também podem possuir características padronizadas (Aspers, 2009). O padrão cria uma certa estabilidade e previsibilidade (Aspers, 2010), tornando os bens negociáveis no mercado, ao possibilitar a comparação entre eles (Aspers, 2009; Beckert, 2009), por meio da sinalização do que deve ser avaliado (Aspers, 2011). Cabe ressaltar que o padrão de qualidade é uma base para avaliação, não implica que os bens ofertados sejam idênticos, mesmo porque, a partir do padrão

estabelecido, os produtos e serviços podem ser verticalmente diferenciados com base em uma escala de qualidade (Aspers, 2009, 2011).

Assim, para atuar nesse tipo de mercado, é necessário que os indivíduos tenham conhecimento acerca das características que compõem o padrão (Aspers, 2009), as quais são socialmente construídas pelos atores, intermediários do mercado, ou ainda, estipuladas pelo estado (Aspers, 2011; Aspers & Beckert, 2011). Nesse sentido, por se tratar de uma construção social, o padrão não é algo definitivo e “deve ser construído com base nas características que os usuários dos produtos reconheçam e considerem importantes” (Noles & Roush, 1962, p. 21) para que seja compartilhado e utilizado pelos atores, garantindo o funcionamento do mercado (Aspers, 2009).

Embora trate-se de uma construção social, no mercado padrão o valor do bem depende mais de suas características identificáveis do que da identidade dos atores envolvidos na transação (Aspers, 2009, 2011; Aspers & Beckert, 2011). Isso ocorre porque uma vez que o padrão esteja definido, a avaliação do valor não sofre influência da estrutura social, diferentemente do que acontece no mercado de *status* (Aspers, 2011), abordado na sequência.

2.2.2 Mercado de *Status*

No mercado de *status*, a qualidade dos bens é definida a partir de suas qualidades simbólicas (Rössel & Beckert, 2013), resultantes da interação entre os atores do mercado (Aspers, 2013; Aspers & Beckert, 2011), devido à ausência de um padrão que possa ser utilizado para a avaliação dos bens (Aspers, 2011; Rössel & Beckert, 2013). As premissas deste tipo de mercado são que os consumidores podem assumir certa posição social de acordo com os bens que consomem (Aspers & Beckert, 2011; Podolny, 1993; Rössel & Beckert, 2013) e que a qualidade dos produtos e serviços ofertados é construída a partir da posição assumida pelos fornecedores na estrutura social (Aspers, 2010, 2011, Podolny, 1993, 1994).

Frente à dificuldade de se avaliar a qualidade dos bens (Podolny, 1994), em situações de mercado caracterizadas pela incerteza, o *status* atua como uma força estabilizadora (Podolny, 2005). Nesse cenário, a atribuição de valor ocorre com base na identidade e posição social hierárquica dos atores, o que torna o valor dos bens

diretamente dependente da estrutura social (Aspers, 2009, 2011, 2013; Aspers & Beckert, 2011). Assim, para atuar nesse tipo de mercado, é necessário conhecimento acerca da estrutura social, bem como da dinâmica do posicionamento hierárquico (Aspers, 2009) resultante das práticas sociais envolvendo diversos atores, dentre eles: consumidores, fornecedores e intermediários (Aspers & Beckert, 2011).

Na perspectiva de Bourdieu (2005) a estruturação social está relacionada com os diferentes recursos dos atores, dentre eles o capital simbólico, o qual baseia-se no conhecimento e reconhecimento de uma forma de distinção, como por exemplo, prestígio, autoridade e imagem da marca. Nesse sentido, qualquer condição de diferenciação tida como legítima pelos indivíduos ou grupos, representa uma forma simbólica de capital (Bourdieu & Wacquant, 2013). Pode-se relacionar o capital simbólico ao *status*, tanto no que diz respeito à diferenciação dos fornecedores, quanto dos consumidores (Aspers, 2009).

De acordo com Podolny (1993) o *status* pode ser considerado sob duas perspectivas: *status* propriamente dito ou sinal de qualidade. No que tange à primeira perspectiva, o *status* é avaliado por si próprio, neste caso, o *status* atribuído pelo mercado ao fornecedor é visto pelos consumidores como uma forma de obter diferenciação social ao realizar transações com tal fornecedor, ou seja, uma forma de obter *status* frente aos outros atores. A ideia é que quanto melhor o *status* do fornecedor, maior a utilidade de se associar com o bem ofertado ou consumi-lo (Podolny, 1993), uma vez que o *status* do fornecedor é simbolicamente transferido ao consumidor (Beckert, 2009). Neste caso, o valor do bem está atrelado à diferenciação social que este pode proporcionar ao consumidor (Aspers & Beckert, 2011).

No que tange à segunda perspectiva, o *status* do fornecedor é tido como um sinal da qualidade, considerado pelos consumidores para a tomada de decisão, frente à dificuldade de se estimar o valor dos bens ofertados. Nesse sentido, quanto melhor o *status* do fornecedor, maior o valor apropriado ao bem (Podolny, 1993). Ao invés de focar nas características do bem propriamente dito, os consumidores redirecionam o foco para a posição social dos fornecedores, compreendida como um indicador de qualidade de suas ofertas (Aspers, 2009; Podolny, 1994). Nessa perspectiva, o *status* dos fornecedores e, conseqüentemente, a qualidade dos bens, são determinados pela reputação dos fornecedores, atribuída pelos atores legitimadores e reconhecidas pelos consumidores (Rössel & Beckert, 2013).

Neste tipo de mercado, os preços são construídos com base nos bens ofertados e na estrutura social (Aspers, 2011), de forma que fornecedores com elevado *status* tendem cobrar preços mais elevados (Aspers, 2009; Podolny, 1993). No que tange aos consumidores, quanto maior o nível de *status* desejado, maior é a disponibilidade dos indivíduos em desembolsar mais, considerando o potencial de diferenciação na esfera social (Veblen, 2007). Além disso, pelo fato do *status* do fornecedor representar a qualidade dos bens, os consumidores também se dispõem a pagar preços elevados, com o intuito de reduzir a incerteza existente no mercado (Podolny, 1993).

Frente às especificidades dos mercados padrão e de *status*, cabe ressaltar, que nos mercados reais, não existe uma forma pura desses tipos ideais propostos (Aspers, 2009), a maioria dos mercados existentes são um *mix* entre os mercados de *status* e padrão (Aspers, 2011). Além disso, com base na Economia das Singularidades, proposta por Karpik (2010), surge um outro conceito de mercado, denominado mercado de singularidades, que, resumidamente, compreende produtos ou serviços considerados únicos, multidimensionais, incomparáveis e de qualidade incerta. As particularidades desse mercado em questão serão abordadas no próximo tópico.

2.2.3 Mercado de Singularidades

O conceito de Mercado de Singularidades surgiu a partir da proposta de Karpik (2010), ao sugerir a construção de uma teoria para a avaliação e a atribuição de valor relacionado a bens únicos disponíveis no mercado, denominados pelo autor como singularidades. A unicidade, nesse contexto, é caracterizada tanto pela exclusividade dos bens, quanto por seu caráter personalizado, o que torna o oportunismo e principalmente, a opacidade deste mercado suas principais ameaças. A Economia das Singularidades, teoria proposta pelo autor, compreende um conjunto de dispositivos de julgamento que auxiliam o consumidor na realização de suas escolhas, buscando conciliar o que se busca e a variedade de bens singulares ofertados no mercado.

São tidos como singulares, os produtos ou serviços caracterizados pelo elevado grau de incerteza, multidimensionalidade e incomensurabilidade, no que tange à qualidade. A multidimensionalidade se faz presente pelo fato da configuração das qualidades dos bens ser construída e estruturada em múltiplas dimensões

interdependentes, que podem ser constituídas de modo diferente para cada indivíduo, devido às interpretações subjetivas, uma vez que a qualidade é um predicado de valor cultural construído e adotado pelos atores (Karpik, 2010).

Por esse motivo, as singularidades também se caracterizam como incomensuráveis, devido à impossibilidade de comparações entre a multiplicidade de construções de qualidade, decorrentes dos diferentes pontos de vista dos atores. Nesse sentido, as configurações de qualidade não são passíveis de uma classificação objetiva, uma vez que envolvem significados subjetivos aos indivíduos, o que resulta na inexistência de um padrão a ser seguido. Frente ao valor simbólico das singularidades, o princípio de ativação de tal mercado é a busca pela melhor opção, prevalecendo a competição guiada pela qualidade ao invés dos preços (Karpik, 2010).

Uma vez que o julgamento das qualidades dos bens singulares só é possível após a ocorrência da transação, principalmente no que tange à prestação de serviços, os mesmos tornam-se promessas, que podem ou não vir a se concretizar. Isso significa que a transação ocorre independente do conhecimento acerca da qualidade dos bens, o que torna a incerteza uma das características do mercado de singularidades (Karpik, 2010). Nesse cenário, os dispositivos de julgamento exercem papel fundamental na construção das qualidades dos bens e, conseqüentemente, no processo de valoração, uma vez que auxiliam o consumidor a obter conhecimento acerca das singularidades, minimizando a incerteza (Karpik, 2010; Lamont, 2012).

Tais dispositivos de julgamento atuam como direcionadores para a ação individual e coletiva, reduzindo o déficit cognitivo dos atores, no que tange ao conhecimento acerca das qualidades dos bens, reduzindo assim, a opacidade do mercado e possibilitando as trocas. Nesse sentido, representam mecanismos de coordenação, sem os quais o mercado de singularidades não poderia existir (Karpik, 2010), uma vez que evidenciam as diferenças com relação à qualidade dos bens e entre o *status* dos fornecedores, produzindo a ordem no mercado (Aspers & Beckett, 2011). Além disso, tais mecanismos são úteis para avaliações não econômicas, ou seja, em casos onde o fator preço seja irrelevante (Lamont, 2012).

Conforme proposto por Karpik (2010), os mecanismos de julgamento classificam-se em pessoais ou impessoais. Dentre os mecanismos pessoais tem-se as redes de relacionamento, as quais possibilitam a circulação de conhecimento acerca dos bens de forma interpessoal. Já os mecanismos impessoais, compreendem o acesso a conhecimento por outros meios, classificados como: *appellations*,

cicerones, rankings e confluences. Embora a tipologia dos mecanismos de julgamento propostos não seja exaustiva, a maioria das pesquisas em sociologia econômica, envolvendo a classificação dos bens, remete a ela (Aspers & Beckert, 2011).

(1) *Networks*: de acordo com a composição das *networks* e a forma como estas auxiliam no funcionamento dos mercados, é possível classificá-las em: pessoais, de negócio e profissionais. As *networks* pessoais são compostas pelo relacionamento entre os consumidores, que surgem de forma espontânea, são socialmente invisíveis e operam através da comunicação verbal. Por meio deste tipo de relacionamento, é possível adquirir informações confiáveis sobre os bens, por meio do compartilhamento de relatos das experiências pessoais vivenciadas (Karpik, 2010). Não somente as redes estabelecidas pessoalmente, mas também as conexões através das redes sociais *online* enquadram-se nessa classificação (Bialecki, O'Leary, & Smith, 2017).

As *networks* de negócio são formadas pelos fornecedores e consumidores, de forma que frente a situações de incerteza, o relacionamento entre eles representa uma certa confiança para que as transações ocorram (Karpik, 2010), uma vez que quanto maior a incerteza, mais os atores buscam restringir suas transações com parceiros com os quais já tenham tido interações (Podolny, 1994). As *networks* de profissionais, por fim, garantem o compartilhamento de informações entre os profissionais de determinada área. Embora sejam invisíveis, as *networks*, especialmente as pessoais, constituem uma estrutura social robusta e efetiva (Karpik, 2010).

(2) *Appellations*: correspondem às denominações associadas com atributos e significados, ou seja, selos de qualidade, registros de origem, certificações, títulos profissionais e marcas de produtos (Karpik, 2010). Correspondem a sinais de qualidade emitidos por terceiros, tais como associações e o estado, os quais também podem representar garantias de cumprimento de padrões estabelecidos (Aspers & Beckert, 2011).

(3) *Cicerones*: diz respeito aos críticos e guias especializados (indivíduos, produtos ou *sites*) que incumbidos de uma autoridade simbólica, oferecem avaliações específicas acerca dos bens, que podem reduzir a incerteza no processo de troca ao serem adotadas pelos consumidores (Karpik, 2010).

Neste tipo de mecanismos de julgamento são utilizados critérios próprios de análise por parte dos avaliadores (Aspers & Beckert, 2011).

(4) *Rankings*: são arranjos hierárquicos dos bens singulares, de acordo com um ou vários critérios de avaliação, que podem ser classificados em: *ranking* de especialistas e *ranking* dos compradores. A primeira categoria compreende hierarquias de diplomas, prêmios, e *rankings* públicos, a segunda categoria, por sua vez, diz respeito a hierarquias administradas pelos fornecedores, tais como produtos mais vendidos (Karpik, 2010). Os *rankings* representam uma forma de ordem no mercado, reduzindo a complexidade dos bens a uma única escala de nível ordinal, de essência subjetiva (Aspers & Beckert, 2011). Nesse sentido, esse mecanismo de julgamento fornece aos consumidores um sinal claro da existência de uma hierarquia de qualidade com relação aos produtos e serviços (Bialecki et al., 2017)

(5) *Confluences*: indicam as técnicas utilizadas pelas empresas com vista ao canal de compradores, as quais variam em localização territorial, organização de espaço e formas de exposição dos bens (Karpik, 2010). Nesse sentido, esse dispositivo de julgamento compreende a forma como a estruturação dos fornecedores pode influenciar no valor econômico dos bens (Aspers & Beckert, 2011).

Embora a validade do julgamento não seja universal, por ser um processo reflexivo, ao ser compartilhado pelos atores ele permite a unificação de critérios heterogêneos de valoração, possibilitando a comparação entre os produtos singulares (Karpik, 2010). Nesse sentido é possível relacionar os dispositivos de julgamento tanto com o problema de valor, quanto com o problema de cooperação propostos por (Beckert, 2007, 2009), pois frente às incertezas decorrentes da multidimensionalidade e incomensurabilidade dos bens, os dispositivos de julgamento tornam-se elementos fundamentais para a realização de escolhas no mercado, por possibilitarem o conhecimento acerca das qualidades dos bens, auxiliando na determinação do valor por parte dos consumidores (Karpik, 2010).

A sociologia dos mercados se concentra no surgimento das preferências dos atores, com base nas influências estruturais normativas, culturais e sociais, bem como na compreensão de como as preferências são determinadas no processo de troca

(Beckert, 2009). Nesse contexto, a ordem dos mercados, no que tange à valoração dos bens, pode ser compreendida a partir da análise dos meios utilizados pelos atores nesse processo, dentre os quais destacam-se a padronização, *Status* (Aspers, 2009, 2011; Aspers & Beckert, 2011; Beckert, 2009) e os mecanismos de julgamento (Karpik, 2010), apresentados anteriormente.

2.3 O MERCADO DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO BRASIL

Para se compreender a ordem no mercado, faz-se necessário analisar os atores, bem como os produtos ofertados (Aspers, 2010). Assim, considerando-se o objetivo deste trabalho, nos tópicos a seguir, serão abordados: o papel do Estado na padronização dos produtos, a caracterização e estatísticas do mercado de planos privados de assistência à saúde e as incertezas existentes no mercado em questão.

2.3.1 O papel do estado na formação e ordem do mercado

Historicamente, o sistema de saúde brasileiro compreende iniciativas públicas e privadas, representando uma forma híbrida de acesso à assistência à saúde desde o início do século XX, quando as empresas industriais criaram sistemas fechados de proteção social a seus funcionários, se estendendo a relações de compra de serviços médicos e hospitalares por parte do estado no decorrer dos anos (Bahia, 2001). Tal formato híbrido foi reconhecido e expandido a partir das Constituição Federal de 1988, a qual define como livre a assistência à saúde pela iniciativa privada, permitindo a sua atuação de forma complementar ao sistema público (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988), por meio dos planos privados de assistência à saúde e dos serviços particulares (Brasil, 2015).

A partir do final dos anos 80, as operadoras de planos privados de assistência à saúde iniciaram a comercialização de produtos no mercado (Bahia, 2001), assim, a assistência à saúde se transformava em um bem de consumo (Ocké-Reis, Andreazzi, & Silveira, 2006), suscetível de aquisição e utilização por parte dos beneficiários. Contudo, a existência de regras multifacetadas, prazos de carência, restrições ao atendimento, níveis de preços, dentre outras formas de contenção da utilização dos

serviços (Alves, 2003) favoreceram a existência de informações assimétricas entre os atores (Viana et al., 2002), de forma que os consumidores representavam o elo mais vulnerável nas relações de troca, devido às suas limitações sobre o acesso aos serviços e à qualidade da assistência prestada pelas operadoras (Alves, 2003).

Assim, considerando a representatividade do mercado, sua expansão desregulada entre os anos 80 e 90, aliado aos problemas de assimetria informacional e negação de atendimento a beneficiários, foi aprovada pelo governo federal a Lei nº 9.656/98 que regulamentou os planos e seguros privados de assistência à saúde, abrangendo as relações entre clientes e operadoras (Bahia, 2001; Ribeiro, 2001). Com a nova legislação, o Estado buscou principalmente a padronização dos produtos ofertados, a elaboração de um sistema regulatório efetivo, a manutenção da estabilidade do mercado e o controle da assimetria da informação entre os atores presentes no setor (Ribeiro, 2001).

Coube à ANS, criada a partir da Lei nº 9.961/00, a regulação, normatização, controle e fiscalização do mercado de planos privados de assistência à saúde (ANS, 2017). Trata-se de uma autarquia vinculada ao Ministério da Saúde, cuja finalidade consiste na promoção da defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde (Brasil, 2000), por meio de normas, diretrizes e fiscalização. Além disso, a atuação da agência reguladora ajuda a preservar a competitividade existente no mercado, contribuindo para a sustentabilidade das operadoras de planos privados de assistência à saúde (Menicucci, 2007).

De acordo com Fligstein (2002) é necessário o estabelecimento de regras por parte do Estado para manter o funcionamento dos mercados, dentre elas, as regras de troca, que além de estabelecer os atores envolvidos em determinado tipo de negociação e as condições sob as quais as transações ocorrem, também regulamentam a padronização dos produtos. Nesse sentido, entende-se que a atuação do Estado no mercado de planos privados de assistência à saúde, por meio da legislação e da agência reguladora, pode ser interpretada como um meio de se proporcionar condições para o funcionamento do mercado.

O Estado atua principalmente em questões envolvendo prazos máximos de carências (ANS, 2007; Brasil, 1998), prazos máximos para atendimento (ANS, 2011; Brasil, 1998), cobertura assistencial mínima dos planos (ANS, 2015; Brasil, 1998), diretrizes contratuais (ANS, 2009; Brasil, 1998), reajustes de preços para os planos

caracterizados como individual/familiar (ANS, 2008; Brasil, 1998), além de estabelecer algumas características básicas dos produtos (ANS, 2014; Brasil, 1998).

Apesar do Estado buscar a redução da incerteza no mercado, por meio da legislação e regulamentação, no geral, os produtos da área da saúde possuem particularidades conflitantes com as leis de mercado, uma vez que a demanda está relacionada com o nível de percepção e contexto socioeconômico e cultural dos consumidores (Araújo, 1977). Dessa forma, o pressuposto do modelo clássico econômico não se enquadra nesse mercado, uma vez que a percepção dos consumidores torna a aquisição desse tipo de produto subjetiva e particular, abrindo espaço para os problemas de coordenação propostos por Beckert (2009, 2012), mais especificamente, o problema de valor e suas dimensões, tido como base para a elaboração deste estudo.

2.3.2 Caracterização e estatísticas do mercado

São denominadas operadoras de planos de assistência à saúde, as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde no mercado (ANS, 2000; Brasil, 1998). Tais operadoras apresentam como principal característica a diversidade organizacional (Aciole, 2006), classificando-se de acordo com as seguintes modalidades: administradora de benefícios, autogestão, cooperativa médica, filantropia, medicina de grupo, seguradoras especializadas em saúde, cooperativa odontológica, odontologia de grupo (ANS, 2000; Brasil, 2001).

Com base nos dados divulgados pela ANS, referente ao primeiro semestre do ano de 2018, existiam 1046 operadoras ativas e com beneficiários, dentre as quais, em torno de 45% possuíam de 1 a 10.000 beneficiários. Além disso, dentre o total de operadoras, nota-se a representatividade das cooperativas médicas e medicina de grupo, que juntas correspondiam a mais de 50% do total de operadoras ativas com beneficiários, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1: **Número de operadoras por modalidade e faixa de beneficiários – 06/2018**

| Modalidade | Número de beneficiários | | | | | | | Total | % |
|-----------------------------------|-------------------------|----------------|-----------------|-----------------|------------------|-------------------|------------------|-------------|-------------|
| | 1 a 5.000 | 5.001 a 10.000 | 10.001 a 20.000 | 20.001 a 50.000 | 50.001 a 100.000 | 100.001 a 500.000 | Acima de 500.000 | | |
| Autogestão | 71 | 26 | 20 | 22 | 12 | 7 | 1 | 159 | 15,20% |
| Cooperativa Médica | 33 | 43 | 61 | 81 | 39 | 28 | 7 | 292 | 27,92% |
| Filantropia | 10 | 7 | 11 | 8 | 4 | 2 | 0 | 42 | 4,02% |
| Medicina de Grupo | 69 | 33 | 45 | 48 | 32 | 21 | 5 | 253 | 24,19% |
| Seguradora Especializada em Saúde | 0 | 0 | 1 | 3 | 0 | 2 | 3 | 9 | 0,86% |
| Cooperativa Odontológica | 29 | 23 | 23 | 13 | 11 | 5 | 1 | 105 | 10,04% |
| Odontologia de Grupo | 106 | 26 | 18 | 15 | 6 | 10 | 5 | 186 | 17,78% |
| Total | 318 | 158 | 179 | 190 | 104 | 75 | 22 | 1046 | 100% |

Fonte: Adaptado de ANS (2018)

Os beneficiários de plano privado de assistência à saúde, correspondem aos indivíduos, titulares ou dependentes, que possuem direitos e deveres definidos em legislação e em contrato assinado com operadora de plano privado de assistência à saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar ou odontológica (ANS, 2012). Com base nos dados recentes divulgados pela ANS, até junho de 2018, o número de consumidores do mercado em questão ultrapassava os 47 milhões, representando uma taxa de cobertura de 24,4% da população brasileira (ANS, 2018). Destaca-se, conforme apresentado na Tabela 2 que aproximadamente 75% do total de beneficiários concentravam-se nas modalidades de operadoras dominantes do mercado, cooperativas médicas e medicina de grupo.

Aliado à gama de modalidades envolvendo as operadoras, os beneficiários se deparam com diversos produtos ofertados por elas, cujas características são estabelecidas pelo Estado, por meio da ANS, como uma forma de padronização. Com base na Lei nº 9.656 (Brasil, 1998) e na Resolução Normativa n. 356/2014 (ANS, 2014), os produtos ofertados no mercado de planos privados de assistência à saúde caracterizam-se principalmente quanto:

- (1) Segmentação assistencial: ambulatorial, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, referência, odontológico e suas combinações.
- (2) Tipo de contratação: individual/familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão.

(3) Âmbito geográfico de cobertura: nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

(4) Área de atuação: identificação dos municípios ou estados de cobertura.

(5) Padrão de acomodação em internação: individual ou coletiva (enfermaria).

(6) Fator moderador: coparticipação ou franquia.

(7) Faixa etária: 0 a 18 anos, 19 a 23 anos, 24 a 28 anos, 29 a 33 anos, 34 a 38 anos, 39 a 43 anos, 44 a 48 anos, 49 a 53 anos, 54 a 58 anos, 59 anos ou mais (ANS, 2003).

Todas as características dos produtos interferem na sua precificação, contudo, o tipo de contratação, em especial, influencia na atuação da ANS no que tange aos reajustes praticados pelas operadoras (ANS, 2017). Frente a isso, torna-se relevante apresentar as estatísticas com relação ao tipo de contratação. Conforme pode-se verificar na Tabela 2, o número de beneficiários contratantes de planos coletivos, empresariais e por adesão, representava aproximadamente 80% do total geral de beneficiários, no primeiro semestre do ano de 2017.

Tabela 2: Número de beneficiários de assistência médica por tipo de contratação segundo a modalidade de operadora - 06/2018

| Modalidade | Individual ou Familiar | Coletivo Empresarial | Coletivo por adesão | Não informados | Total | % |
|-----------------------------------|------------------------|----------------------|---------------------|----------------|-------------------|----------------|
| Autogestão | 1.539 | 3.478.023 | 1.214.351 | 68.279 | 4.762.192 | 10,07% |
| Cooperativa Médica | 4.376.405 | 10.091.524 | 2.868.826 | 30.044 | 17.366.799 | 36,73% |
| Filantropia | 354.011 | 529.836 | 97.018 | 8.667 | 989.532 | 2,09% |
| Medicina de Grupo | 4.082.958 | 12.205.619 | 1.762.552 | 47.626 | 18.098.755 | 38,28% |
| Seguradora Especializada em Saúde | 322.387 | 5.245.143 | 495.989 | 282 | 6.063.801 | 12,83% |
| Total | 9.137.300 | 31.550.145 | 6.438.736 | 154.898 | 47.281.079 | 100,00% |
| % | 19,33% | 66,73% | 13,62% | 0,33% | 100,00% | |

Fonte: Adaptado de ANS (2018).

Uma vez que a ANS não define os preços a serem praticados no mercado, a atuação da agência ocorre no sentido de estabelecer limites com relação aos

reajustes, contudo, os limites podem ou não ser aplicados, dependendo do tipo de contratação do plano (ANS, 2017). Tal condição gera incerteza principalmente aos beneficiários dos planos denominados coletivos e antigos não regulamentados, conforme será abordado no tópico a seguir.

2.3.3 Principais incertezas

A incerteza decorrente da relação entre reajustes e tipos de contratação, ocorre pelo fato da regulação dos reajustes por parte da ANS só se aplicar aos planos novos do tipo individual ou familiar (contratados a partir de janeiro de 1999), ou para os planos contratados antes desse período que tenham sido adaptados. Para os planos antigos não adaptados, bem como para os planos novos do tipo coletivo, os reajustes seguem as condições estipuladas em contrato, não sendo definidos limites máximos pela ANS (ANS, 2017). Uma vez que os planos antigos não são mais comercializados no mercado (Brasil, 1998), volta-se o foco para os planos coletivos.

Nesse sentido, com base na Tabela 2, pode-se afirmar que uma parcela significativa dos consumidores de planos privados de assistência à saúde (aproximadamente 80%), não estão amparados pela legislação, no que tange aos reajustes praticados pelas operadoras. Essa flexibilidade com relação aos planos desse tipo, ocorre pela compreensão de que esses grupos de consumidores têm um maior poder de negociação do que os contratos individuais ou familiares (Ribeiro, 2001). Assim, o reajuste é calculado com base na livre negociação entre operadoras e os grupos contratantes.

Outra incerteza tocante aos planos do tipo coletivos, por adesão ou empresarial, é o fato deles poderem ser rescindidos por parte da operadora de forma unilateral, passados doze meses da contratação (ANS, 2009b). Apesar das incertezas mencionadas, pode-se verificar a partir da Figura 2, o crescimento na proporção de beneficiários contratantes dos planos coletivos, ao longo dos anos.

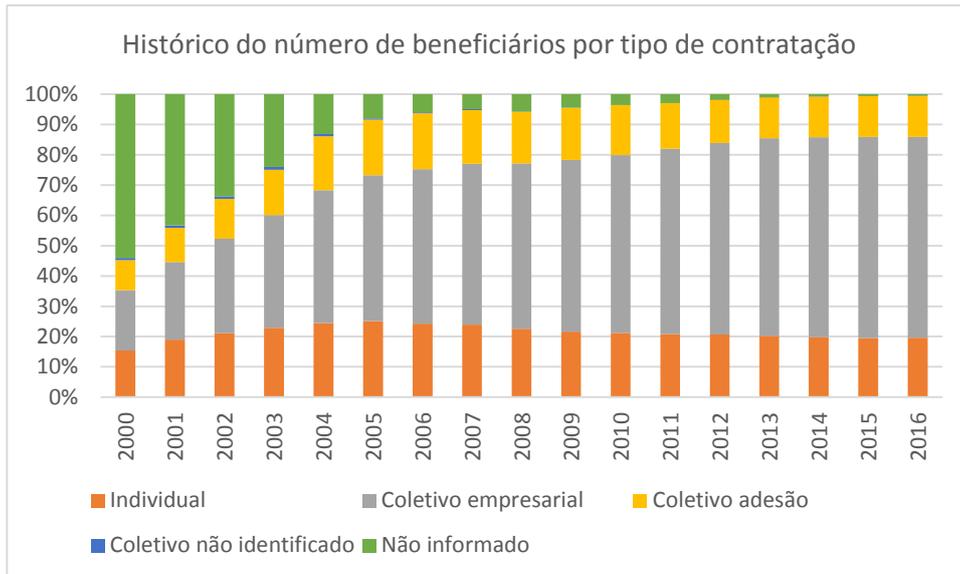


Figura 2. **Histórico do número de beneficiários por tipo de contratação**
 Fonte: Adaptado de ANS (2017a).

A causa do aumento na proporção de beneficiários dos planos coletivos, pode estar associada com o fato dos planos individuais e familiares praticamente não serem mais ofertados no mercado (Casemiro, 2017). Causa esta, que pode ser observada na realidade da cidade de Maringá-PR, uma vez que até o primeiro bimestre de 2017, dentre os 1.226 planos de assistência médica privada das 5 operadoras com sede na cidade, apenas 269 eram caracterizados como planos individual ou familiar, 21,9% do total, frente a 957 planos coletivos, os quais representavam 78,1% do total de planos ofertados (ANS, 2017a).

Por fim, o objetivo deste tópico foi sintetizar, dentro do escopo da problemática da presente pesquisa, as características básicas dos planos privados de assistência à saúde ofertados pelas operadoras, bem como elencar algumas incertezas existentes no contexto dos planos coletivos, com o intuito propor uma reflexão acerca da complexidade do mercado e do problema de valoração.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

No capítulo anterior foi apresentada a fundamentação teórica utilizada para a compreensão do fenômeno estudado, relativo à valoração dos produtos ofertados pelas operadoras de planos privados de saúde. Este capítulo, por sua vez, tem por finalidade apresentar o delineamento e procedimentos metodológicos que foram adotados para alcançar os objetivos desta pesquisa, conforme expostos no Capítulo 1. Inicialmente será abordado o delineamento da pesquisa, seguido dos procedimentos realizados para a coleta, tratamento e análise dos dados.

3.1 QUANTO AO DELINEAMENTO DA PESQUISA

Quanto à abordagem do problema, esta pesquisa é de natureza qualitativa, a qual é voltada a pesquisas relacionadas à vida das pessoas, experiências, comportamentos, emoções e sentimentos, bem como fenômenos culturais e interação entre os indivíduos (Strauss & Corbin, 2008), uma vez que as construções simbólicas, acerca do processo de valoração, exigem um maior aprofundamento no que tange às experiências individuais com relação à saúde e aos significados atribuídos aos planos de saúde. Assim, tem-se uma consonância entre os objetivos da pesquisa e a abordagem qualitativa, uma vez que essa se caracteriza por proporcionar maior compreensão do fenômeno, ressaltando a natureza socialmente construída da realidade, com foco nas qualidades das entidades, bem como nos processos e significados que não podem ser mensurados em termos quantitativos (Denzin & Lincoln, 2006). Além disso, Ayrosa e Sauerbronn (2006, p. 187) afirmam que “as abordagens qualitativas são indicadas quando se busca interpretar fenômenos de consumo”.

Quanto aos seus objetivos, esta pesquisa se caracteriza como um estudo exploratório, uma vez que a partir da revisão da literatura, não foram identificados estudos anteriores que contemplem os valores considerados pelos consumidores a respeito da assistência à saúde privada. Nesse sentido, frente a áreas de investigação incipientes, quando há pouco conhecimento sobre a temática abordada (Raupp & Beuren, 2004), onde variáveis importantes podem ser desconhecidas, faz-se necessário uma investigação exploratória a fim de se saber mais sobre determinado

fenômeno (Cooper & Schindler, 2003), de forma a aumentar o conhecimento do pesquisador acerca do assunto (Cervo, Bervian, & Silva, 2007; Triviños, 2006).

Considerando-se os objetivos da pesquisa, é adotado neste estudo o recorte transversal, uma vez que as entrevistas individuais foram realizadas em um momento específico, não havendo um acompanhamento acerca das qualidades e valores considerados pelos consumidores no que diz tange aos planos de assistência à saúde privada. Cooper e Schindler (2003, p. 129) caracterizam os estudos transversais como sendo aqueles que “são feitos uma única vez e representam um instantâneo de um determinado momento”.

3.2 QUANTO À COLETA DE DADOS

Os procedimentos de coleta de dados nas pesquisas com abordagem qualitativa envolvem quatro tipos básicos de fontes: observações, entrevistas, documentos e material de áudio e vídeo (Creswell, 2007). Tais tipos de fontes de dados classificam-se ainda como fontes primárias e secundárias, sendo que a coleta de dados primários inclui elementos que ainda não receberam tratamento analítico, enquanto que os secundários englobam as contribuições já publicadas acerca de determinado assunto (Raupp & Beuren, 2004). Para a elaboração desta pesquisa, com base nos objetivos propostos, foram utilizadas fontes secundárias tais como livros e artigos, para identificar as categorias gerais de valor apresentadas pelos autores, além da fonte primária representada pelas entrevistas em profundidade, para análise e identificação das qualidades e valores atribuídos pelos consumidores aos planos privados de assistência à saúde, podendo ampliar o conjunto de valores identificados nas fontes secundárias.

As entrevistas em profundidade se caracterizam por ter como objetos de investigação: a vida, experiências, ideias, valores e estrutura simbólica do entrevistado. Esse tipo de entrevista pretende proporcionar um quadro dinâmico da configuração vivencial e cognitiva do sujeito (Sierra, 1998). Nesse sentido, as entrevistas possibilitam a exploração de um aspecto relacionado à vida dos entrevistados, muitas vezes oferecendo *insights* relevantes, de modo a apresentar perspectivas sobre o mundo subjetivo do indivíduo (Charmaz, 2009). Tal técnica de coleta de dados é a mais utilizada no campo das ciências sociais (Raupp & Beuren, 2004) e seu objetivo é obter dados para a compreensão de crenças, atitudes, valores

e motivações, no que diz respeito ao comportamento das pessoas em contextos sociais específicos (Gaskell, 2007).

Para a realização desta pesquisa, as entrevistas foram semi-estruturadas, conforme a classificação proposta por Bryan (2012), guiadas com o auxílio de um roteiro previamente elaborado, apresentado no Apêndice A. Aspirando obter um material rico para futura análise, seguindo as sugestões de Charmaz (2009), foram utilizadas questões abertas, com o intuito de captar as experiências e os conceitos próprios dos participantes, uma vez que a entrevista guiada busca obter um aprofundamento acerca de um assunto específico, a partir de relatos nas próprias palavras do entrevistado (Richardson, 1999). Cabe ressaltar que roteiro serviu apenas como um guia, não limitando o processo da entrevista a ele, de forma a proporcionar flexibilidade para que os entrevistados exponham suas ideias e, caso julgassem pertinente, abordassem questões além das mencionadas pela pesquisadora.

No que tange ao instrumento de coleta, o roteiro elaborado pela pesquisadora foi submetido ao pré-teste com duas pessoas, para ajuste do material, uma vez que a realização deste procedimento possibilita o refinamento do instrumento (Cooper & Schindler, 2003). Ainda com relação às modificações no instrumento de coleta, foi considerado, após a transcrição e análise de cada entrevista, a necessidade de se efetuar alterações no mesmo, no sentido de enriquecer a obtenção de dados, uma vez que a análise de entrevistas passadas pode indicar temas emergentes para as entrevistas futuras (Bryan, 2012). A esse respeito, Chizzotti (2005) salienta que nos estudos com abordagem qualitativa, a coleta de dados é realizada de forma iterativa, num processo de idas e voltas, nas várias etapas da pesquisa e na interação com os sujeitos entrevistados.

O acesso aos entrevistados ocorreu de acordo com a técnica bola de neve, a qual segundo Sierra (1998) envolve as redes sociais, assim, o acesso aos atores objetos da investigação foi a partir de amigos, parentes, contatos pessoais e conhecidos. Nesse contexto, conforme proposto por Godoi e Mattos (2006) e Tarozzi (2011), a aproximação aos indivíduos a serem entrevistados ocorreu através de mediadores, uma terceira pessoa que apresentou a entrevistadora aos seus contatos, consumidores dos planos de assistência à saúde privada. As entrevistas foram previamente agendadas, realizadas de forma presencial, no local de preferência do entrevistado.

Com o intuito de captar não somente o que foi dito pelos entrevistados, mas também a forma como eles se expressam, conforme sugerido por Bryan (2012), as entrevistas foram gravadas, para posterior transcrição, análise e categorização. Tal método de registro dos dados permite ao entrevistador concentrar-se no que é dito (Bryan, 2012; Gaskell, 2007) além de resultar na retenção de um número maior de dados, além dos linguísticos, quando comparado com a utilização da coleta via escrita (Sierra, 1998). Desta forma, para a realização desta pesquisa, os áudios das entrevistas foram gravados com o auxílio de um *smartphone*, mediante prévia autorização dos participantes.

O processo de execução das entrevistas seguiu os seguintes passos:

(1) Pré-entrevista: apresentação da pesquisadora, bem como dos objetivos da pesquisa (Richardson, 1999; Sierra, 1998; Triviños, 2006), asseguarção do anonimato do entrevistado (Richardson, 1999; Sierra, 1998), breve contextualização das perguntas que serão realizadas e instrução ao entrevistado sobre abordar em sua fala tudo o que julgar pertinente ao assunto, mesmo que não tenha sido perguntado. Foi solicitado a permissão do entrevistado para que a entrevista pudesse ser gravada e a pesquisadora tomou nota do nome do entrevistado, telefone de contato, número da entrevista, data, lugar e hora de início.

(2) Entrevista: foram realizadas as questões iniciais, intermediárias e finais, respectivamente, conforme roteiro de entrevista constante no Apêndice A. A pesquisadora tomou notas das ações do entrevistado, para posterior identificação na transcrição das entrevistas.

(3) Pós-entrevista: a pesquisadora agradeceu a participação do entrevistado e tomou nota do horário de finalização da entrevista.

3.2.1 Quanto à amostragem

Uma vez que a pesquisa qualitativa tem por finalidade explorar o espectro de opiniões e as diferentes representações sobre determinado assunto (Gaskell, 2007), a estratégia de amostragem teórica proposta por Glaser e Strauss (1967) se encaixa

nesse contexto, pois tem como foco o desenvolvimento conceitual e teórico, ao invés da representação de uma população, ou a capacidade de generalização estatística de seus resultados (Charmaz, 2009). Nesse sentido, a amostragem teórica torna-se relevante principalmente para a exploração de áreas novas ou desconhecidas, por permitir ao pesquisador caminhos de amostragem que maximizem oportunidades de variações entre conceitos e representatividade das categorias criadas a partir da análise dos dados (Strauss & Corbin, 2008), dessa forma, vai ao encontro da proposta desta pesquisa.

A amostragem teórica compreende uma coleta de dados conduzida por conceitos derivados da própria pesquisa (Strauss & Corbin, 2008), cujo objetivo é a obtenção de dados para explicar e desenvolver as categorias identificadas no decorrer das análises (Charmaz, 2009). Tal processo ocorre posterior à amostragem inicial, onde busca-se identificar o máximo possível de categorias, para que depois a amostragem seja direcionada ao desenvolvimento, densificação e saturação teórica dessas categorias (Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 2008).

A saturação teórica ocorre quando a coleta de dados não mais desperta novos *insights*, nem revela propriedades novas das categorias tidas como centrais, assim, considera-se o momento da saturação teórica como a ocasião para se finalizar a amostragem (Charmaz, 2009; Glaser & Strauss, 1967). Verifica-se, diante do exposto, que a preocupação no que tange à amostragem teórica diz respeito ao desenvolvimento conceitual, não estabelecendo-se um número mínimo ou máximo de entrevistas a serem realizadas. Contudo, normalmente nas pesquisas qualitativas, prevalece uma amostra pequena, quando comparado aos estudos quantitativos (Miles & Huberman, 1996). Segundo Gaskell (2007), justifica-se a amostra de tamanho reduzido devido a dois motivos principais:

- (1) Há um número limitado de interpelações da realidade: apesar das experiências parecerem únicas aos indivíduos, as representações das mesmas não surgem das mentes individuais. Em alguma medida, elas resultam de processos sociais, de forma que, as representações acerca de um tema de interesse comum, tornam-se compartilhadas. Assim, o pesquisador notará em um certo momento, que não aparecerão novas percepções, sendo este um indicativo de finalização do processo amostral.

(2) Há a questão do tamanho do *corpus* a ser analisado: uma vez que a pesquisa qualitativa busca se aprofundar nos dados extraídos, quanto maior a amostra, maior será o *corpus* de textos extraídos das entrevistas para serem analisados. Nesse sentido, buscando-se ir além da seleção superficial de citações, o pesquisador necessitará de tempo para refletir a respeito dos dados à sua disposição, reflexão esta que pode ser comprometida se houver uma quantidade considerável de entrevistas.

Assim, verifica-se que Gaskell (2007) retoma a questão da saturação teórica exposta por Glaser e Strauss (1967), além disso, o autor propõe um limite máximo entre 15 e 25 entrevistas individuais necessárias, e possíveis de serem analisadas. Para a realização desta pesquisa, considerando-se os objetivos propostos, foi adotado o critério de amostragem teórica, com o intuito de obter categorias representativas acerca do valor atribuído pelos consumidores, aos planos privados de assistência à saúde. No que tange ao tamanho da amostra, tendo como base o critério de saturação teórica de Glaser e Strauss (1967) aliado à perspectiva de Gaskell (2007), além de restrições como tempo e disponibilidade dos participantes, a meta foi realizar entrevistas com um limite máximo de 15 a 20 indivíduos.

Embora a amostragem teórica esteja situada no contexto da coleta de dados (Strauss & Corbin, 2008), ela está estreitamente ligada ao processo de análise (Tarozzi, 2011), uma vez que o direcionamento da amostragem se dá a partir do tratamento e análise dos dados coletados (Charmaz, 2009; Glaser & Strauss, 1967; Strauss & Corbin, 2008). O tópico 3.3 abordará como foi estruturado o processo de análise dos dados para a realização da presente pesquisa.

3.2.2 Perfil dos entrevistados

As entrevistas foram realizadas com 12 beneficiários de planos de saúde coletivos, dentre os quais 11 possuem planos coletivos empresariais e 1 possui plano coletivo por adesão. Os planos coletivos, no primeiro semestre do ano de 2017, concentravam aproximadamente 80% do total geral de beneficiários de planos de saúde no Brasil (ANS, 2017a).

A amostra ficou composta por 12 beneficiários, dentre os quais 4 são do sexo masculino e 8 do sexo feminino. Quanto à faixa etária dos entrevistados, 7 têm entre 20 e 30 anos completos, 2 têm entre 31 e 40 anos, 2 têm entre 41 e 50 anos e 1 possui idade superior a 50 anos, conforme apresentado na Tabela 5. Quanto à renda familiar dos entrevistados, 3 possui renda de 1 a 3 salários mínimos, 6 possui renda entre 4 a 6 salários mínimos, 2 possui renda entre 7 a 9 salários mínimos e 1 possui renda familiar superior a 10 salários mínimos.

Tabela 3: **Perfil dos entrevistados**

| Entrevistado | Sexo | Idade | Estado Civil | Filhos | Escolaridade | Profissão | Renda aproximada |
|-----------------|-----------|-------|--------------|--------|-------------------------|-------------------------|---------------------|
| Entrevistado 01 | Masculino | 28 | Solteiro | Não | Pós-Graduação completa | Professor | 4 salários mínimos |
| Entrevistado 02 | Feminino | 32 | Solteira | Não | Pós-Graduação completa | Professora | 4 salários mínimos |
| Entrevistado 03 | Feminino | 46 | Casada | 2 | Ensino-médio completo | Empresária | 6 salários mínimos |
| Entrevistado 04 | Feminino | 28 | Casada | Não | Superior completo | Contadora | 7 salários mínimos |
| Entrevistado 05 | Feminino | 30 | Solteira | Não | Pós-Graduação completa | Tutor pedagógico | 3 salários mínimos |
| Entrevistado 06 | Masculino | 22 | Solteiro | Não | Superior cursando | Eng. de Software | 10 salários mínimos |
| Entrevistado 07 | Feminino | 27 | Casada | 1 | Superior completo | Contadora | 3 salários mínimos |
| Entrevistado 08 | Masculino | 42 | Casado | 1 | Superior completo | Contador | 6 salários mínimos |
| Entrevistado 09 | Feminino | 56 | Solteira | 2 | Ensino-médio completo | Diretora administrativa | 3 salários mínimos |
| Entrevistado 10 | Masculino | 30 | Casado | 1 | Superior completo | Programador | 5 salários mínimos |
| Entrevistado 11 | Feminino | 32 | Casada | 3 | Ensino-médio incompleto | Cabelereira | 4 salários mínimos |
| Entrevistado 12 | Feminino | 29 | Casada | Não | Pós-Graduação completa | Analista Tributária | 7 salários mínimos |

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Quanto ao estado civil dos entrevistados, observa-se, a partir da Tabela 4, que 7 dos entrevistados são casados e 5 são solteiros. No que diz respeito a ter filhos, 6 dos entrevistados possuem filhos, enquanto que os outros 6 não possuem. Por fim, quanto à escolaridade, 8 dos entrevistados possuem, no mínimo, ensino superior completo, 1 está cursando o ensino superior, 2 possuem ensino médio completo e 1 não concluiu o ensino médio.

3.3 QUANTO AO TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

No que tange ao tratamento dos dados, após a realização de cada entrevista, foi iniciado o processo de transcrição da mesma, com o objetivo de seguir os princípios da amostragem teórica. Assim, o conhecimento acerca dos dados já coletados, direcionou as entrevistas seguintes, no sentido do desenvolvimento das categorias existentes. Por conta do processo de transcrição demandar um tempo significativo, conforme exposto por Bryan (2012), Richardson (1999) e Tarozzi (2011), nesta

pesquisa foi utilizado a ferramenta *Web Speech API* versão demonstração para auxiliar nas transcrições.

Contudo, visando a familiaridade com os dados, bem como fazer uma análise preliminar dos mesmos, o processo de transcrição não foi totalmente automatizado, a pesquisadora narrou todo o conteúdo das entrevistas, para que a ferramenta efetuasse a transcrição, mantendo, assim, proximidade com os dados coletados. Posteriormente, foi efetuada a conferência do texto final com o áudio de origem, processo a partir do qual foi inserida a pontuação do texto pela pesquisadora, uma vez que a ferramenta não possui esse recurso.

O processo de análise ocorreu de forma simultânea à coleta de dados, conforme princípios da amostragem teórica expostos anteriormente, e seguiu a técnica de microanálise proposta por Strauss e Corbin (2008), a qual é caracterizada como uma análise detalhada linha por linha, com a finalidade de explorar os dados para que possam ser geradas as categorias iniciais, bem como identificar possíveis relações entre elas. Nesse sentido, a partir da microanálise dos dados, surgem os conceitos e classificações por meio do processo de codificação, o qual é dividido em três fases: codificação aberta, axial e seletiva. A codificação aberta diz respeito à identificação e criação de categorias, bem como de suas propriedades e dimensões, já a codificação axial remete ao processo de relacionamento das categorias às subcategorias, por fim, a codificação seletiva compreende um refinamento de todo o processo, identificando as categorias centrais. A partir do refinamento das categorias, é possível detectar, ou não, a saturação teórica (Bandeira-de-Mello & Cunha, 2007; Strauss & Corbin, 2008).

Em suma, para a análise dos dados resultantes da pesquisa, foram adotados a microanálise, seguida da codificação aberta, axial e seletiva, com o objetivo de identificar as qualidades atribuídas aos planos privados de assistência à saúde, bem como os valores incorporados pelos consumidores. Cabe salientar que a codificação compreendeu tanto as categorias existentes no referencial teórico, acerca dos tipos de valores, quanto as que possam surgir no decorrer da realização e análise das entrevistas. Por fim, ressalta-se que na etapa de análise dos dados foi utilizado o *software* Atlas.ti, versão 8, com o intuito de auxiliar e organizar o processo.

3.3.1 Análise das entrevistas

A realização das entrevistas resultou em aproximadamente 350 minutos de material de pesquisa gravado. Identificou-se dentre os entrevistados, a contratação de planos coletivos das seguintes operadoras: Santa Rita Saúde (4 contratantes) Unimed Regional de Maringá (5 contratantes), Irmandade Santa Casa de Misericórdia (2 contratantes) e Paraná Assistência Médica (1 contratante), conforme observa-se na Tabela 5. Não obteve-se nenhuma indicação de potencial entrevistado, contratante do plano de saúde coletivo da operadora Cliniprev Saúde.

Tabela 4: **Duração das entrevistas em minutos e operadoras contratadas**

| Entrevistado | Duração da entrevista | Operadora contratada |
|-----------------|-----------------------|--------------------------------------|
| Entrevistado 01 | 00:25 | Santa Rita Saúde |
| Entrevistado 02 | 00:34 | Santa Rita Saúde |
| Entrevistado 03 | 00:37 | Santa Rita Saúde |
| Entrevistado 04 | 00:22 | Unimed Regional de Maringá |
| Entrevistado 05 | 00:23 | Irmandade Santa Casa de Misericórdia |
| Entrevistado 06 | 00:19 | Paraná Assistência Médica |
| Entrevistado 07 | 00:24 | Santa Rita Saúde |
| Entrevistado 08 | 00:33 | Irmandade Santa Casa de Misericórdia |
| Entrevistado 09 | 00:46 | Unimed Regional de Maringá |
| Entrevistado 10 | 00:27 | Unimed Regional de Maringá |
| Entrevistado 11 | 00:36 | Unimed Regional de Maringá |
| Entrevistado 12 | 00:25 | Unimed Regional de Maringá |

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Após a coleta de dados, e concluído o processo de transcrição dos áudios, o conteúdo foi codificado, primeiramente através da codificação aberta, seguida da codificação axial, o que permitiu a apuração e seleção das categorias relevantes aos objetivos da pesquisa. A codificação inicial considerou algumas categorias identificadas no referencial teórico, tanto com relação às características padrão, pré-definidas aos planos de saúde pela ANS, quanto com relação aos valores que norteiam os indivíduos na aquisição de produtos nos diferentes tipos de mercados. Além disso, também foram consideradas as características emergentes relacionadas com os planos privados de assistência à saúde, no decorrer da realização das entrevistas.

Com base na relevância das categorias criadas no processo de codificação, considerando-se os objetivos da pesquisa, foi possível obter ao término das análises

das entrevistas, as categorias, subcategorias, propriedades e dimensões, conforme apresentado na Figura 3.

| Categorias extraídas da literatura | | | | |
|--|-------------------------------|----------------------------------|-------------------------|-------------|
| Categoria | Subcategoria | Propriedade | Dimensão | Nº citações |
| Mercado Padrão | Categorias definidas pela ANS | Cobertura | Municipal | 4 |
| | | | Nacional | 8 |
| | | Fator moderador | Coparticipação | 12 |
| | | | Franquia | 2 |
| | | Padrão acomodação | Coletivo | 13 |
| | | Tipo contratação | Coletivo empresarial | 12 |
| | | | Coletivo por adesão | 1 |
| Mercado de <i>Status</i> | Status da operadora | Nome da operadora | Diferencial | 13 |
| | | | Irrelevante | 1 |
| Mercado Singular | Dispositivos de julgamento | Pessoais | Redes de relacionamento | 10 |
| Categorias emergentes a partir da análise | | | | |
| Aspectos simbólicos relacionados ao produto plano de saúde | Moralidade | Algo certo a se fazer | - | 10 |
| | Segurança | Emergência | Atendimento | 20 |
| | | | Financeiro | 5 |
| | Importância do plano de saúde | Necessidade | Futuro | 4 |
| | | | Já precisou | Caso grave |
| | | Emergência | 5 | |
| | Percebe uma necessidade | - | 14 | |
| Características emergentes | Hospital | Próprio do plano | Atendimento | 4 |
| | | | Atendimento restrito | 2 |
| | | Estrutura | 8 | |
| | Médicos | Rede Credenciada | Ampla | 3 |
| | | | Médicos específicos | 8 |
| Variedade de médicos | 25 | | | |
| Fatores para contratação | Agilidade | Realização de exames e consultas | - | 22 |
| | Custo do plano | Empresa paga | 100% | 6 |
| | | | Parcial | 10 |
| | Imagem SUS | Maringá | Positiva | 6 |
| | | | Negativa | 2 |
| | | Mídias | Negativa | 15 |
| | Medicação gratuita | Positiva | 3 | |

| | | | | |
|--------------------|---------------------------|---------------------|---|----|
| | Experiência com SUS | Própria | Não tem há tempos | 6 |
| | | | Positiva | 15 |
| | | | Negativa | 4 |
| | | Terceiros | Positiva | 12 |
| | | | Negativa | 6 |
| | | | | |
| | Cuidados com a saúde | Alimentação | Não saudável | 2 |
| | | | Saudável | 3 |
| | | Atividade física | Não pratica | 2 |
| | | | Regular | 5 |
| | | Consultas e exames | Não vai ao médico e nem realiza exames regularmente | 5 |
| | | | Vai ao médico e realiza exames regularmente | 16 |
| Problemas de saúde | | Próprios | 10 | |
| | | Terceiros | 6 | |
| Operadora | Experiência anterior | Própria | Positiva | 8 |
| | | | Negativa | 1 |
| | | Terceiros | Positiva | 7 |
| | Experiência atual | Própria | Positiva | 10 |
| Preço | Análise conjunta | Preço e atendimento | - | 3 |
| | Fator qualidade | Preço e qualidade | Relação direta | 4 |
| | | | Sem relação | 7 |
| | Preço de venda dos planos | - | Alto | 4 |
| | | | Baixo | 9 |

Figura 3. **Categorias criadas no processo de análise dos dados**

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

No processo de análise e codificação das entrevistas, notou-se que a maior concentração de novos códigos, no âmbito de categorias, subcategorias, propriedades ou dimensões, ocorreu até a entrevista 03, conforme pode ser observado na Figura 4.

| Entrevista | Resultado da codificação seletiva |
|------------|-----------------------------------|
| 01 | 16 |
| 02 | 12 |
| 03 | 9 |
| 04 | 2 |
| 05 | 4 |
| 06 | 3 |
| 07 | 1 |

| | |
|----|---|
| 08 | 1 |
| 09 | 2 |
| 10 | 2 |
| 11 | 2 |
| 12 | 1 |

Figura 4. **Quantidade de novos códigos por entrevista**
 Fonte: Dados da pesquisa (2018).

A partir da entrevista 04 o ineditismo das codificações foi significativamente menor, conforme observa-se na Figura 4, ao passo que na entrevista 11 as codificações novas foram apenas com relação ao tipo de contratação e fator moderador dos planos de saúde e, por fim, na entrevista 12, foi identificado apenas um novo código.

3.4 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Cabe destacar neste tópico, algumas limitações da pesquisa. A primeira a ser evidenciada é a escolha pela análise qualitativa dos dados, que embora seja respaldada pelos procedimentos metodológicos, está sujeita à interpretação e à subjetividade do pesquisador. Apesar do delineamento da pesquisa se mostrar adequado com os objetivos pretendidos, não são visadas generalizações dos resultados para além das entrevistas realizadas. Os resultados obtidos se limitam aos indivíduos que participaram do processo de coleta de dados.

Uma segunda limitação, diz respeito à dificuldade em se realizar as transcrições e codificações logo ao término de cada entrevista, pois devido à questões de conciliação de agenda com os demais entrevistados, houve casos de serem realizadas três entrevistas no mesmo dia. Essa questão da conciliação das agendas, aliada ao tempo para a coleta de dados, resultou em uma terceira limitação, uma vez que não foi possível realizar a quantidade de entrevistas prevista e tampouco obteve-se a saturação teórica no processo, apesar de ter-se obtido apenas uma nova codificação na última entrevista realizada.

Por fim, outra limitação é decorrente do acesso aos entrevistados, que ocorreu através de indicações de conhecidos, de acordo com a técnica bola de neve, o que pode ter limitado a diversidade entre os indivíduos. Além disso, as entrevistas foram realizadas por conveniência, uma vez que em alguns casos não foi possível conciliar a agenda do entrevistado e do pesquisador, para a coleta de dados.

4 ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo são analisados os dados coletados no decorrer da pesquisa, à luz da fundamentação teórica desenvolvida anteriormente, visando responder à questão de pesquisa apresentada no Capítulo 1. O capítulo encontra-se subdividido sob a perspectiva dos objetivos específicos da pesquisa.

4.1 IDENTIFICAÇÃO DOS FATORES QUE LEVARAM O BENEFICIÁRIO A ADQUIRIR OS PRODUTOS OFERTADOS PELAS OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A partir da análise das entrevistas, foi possível identificar alguns fatores principais que os consumidores consideraram ao optarem pela aquisição de um plano privado de assistência à saúde, sendo eles: (1) agilidade para a realização de consultas e exames, (2) o custo do plano e (3) imagem que os entrevistados têm do SUS a partir das mídias.

No que diz respeito à agilidade para a realização de consultas e exames, verificou-se que a contratação dos planos privados de assistência à saúde está diretamente relacionada com a expectativa de agilidade para os atendimentos em consulta e realização de exames, por parte dos entrevistados, quando comparado aos atendimentos do sistema público de saúde, conforme pode ser observado nos relatos dos entrevistados 01 e 05:

[...] pagando o plano de saúde, me permitia uma facilidade maior em fazer as consultas e exames [...] (Entrevistado 01).

[...] com o plano de saúde você consegue consultas muito mais rápido, você é atendida muito mais rápido, é diferente [...] (Entrevistado 05).

Evidencia-se a partir dos relatos dos entrevistados, que a expectativa de agilidade no atendimento diz respeito, principalmente, à realização de consultas com médicos especialistas em determinadas áreas, uma vez que para a realização desse tipo de consulta pelo SUS, em muitos casos, o indivíduo precisa aguardar um tempo considerável para conseguir o agendamento e posterior atendimento, conforme pode ser observado nos relatos dos entrevistados 08 e 12:

[...] o meu sogro [...] tem problema de coluna e já fazia quase um ano que ele estava na fila para pegar um especialista de coluna. Tem pessoas que ficam na fila muito tempo, [...] a minha cunhada já tá na fila há 3 anos para fazer uma consulta com o oftalmo. Tanto que foi um dos motivos que fez ela entrar no plano também [...] (Entrevistado 08).

[...] se você sabe que precisa de uma especialidade, você sabe que aquela fila é grande (para atendimento), você não tem como exigir, você não tem como ter esperança pra ser atendido rápido, você sabe que você vai enfrentar fila e, querendo ou não, a gente sabe que demora meses pra uma pessoa ser atendida, né. [...] Pelo SUS você não tem um prazo, né, pra atendimento. E aí a gente decidiu optar pelo plano, porque sabe que quando precisar fazer o exame, você vai marcar e vai ser atendido. Foi o que mais levou a gente a contratar o plano (Entrevistado 12).

Verificou-se que a expectativa de agilidade está relacionada também ao tempo demandado para se conseguir o agendamento das consultas e exames, não apenas ao prazo para o atendimento. Os entrevistados evidenciaram as filas e, conseqüentemente, o tempo que se demora para conseguir realizar o agendamento das consultas e exames na rede pública de saúde, conforme pode ser observado no relato do entrevistado 05:

[...] é muito mais prático pra mim ligar na clínica e já marcar, mesmo que desconte um pouquinho do meu salário todo mês, do que eu ter que ficar enfrentando uma fila, pra conseguir uma consulta não sei daqui quanto tempo [...] (Entrevistado 05).

Outro fator considerado relevante pelos entrevistados para a contratação do plano privado de assistência à saúde é o custo do plano, uma vez que as empresas onde trabalham subsidiam ao menos 50% do valor do plano dos funcionários optantes pela contratação, há uma redução considerada significativa por parte dos entrevistados, no custo do plano. Destaca-se que os entrevistados 04 e 09 possuem auxílio de 100% da empresa, enquanto que os outros entrevistados contam com auxílio parcial por parte da empresa onde trabalham.

O fato das empresas subsidiarem ao menos uma parte do custo do plano de saúde dos funcionários, faz com que os indivíduos julguem atrativa a contratação dos planos privados de assistência à saúde, mesmo estando limitados aos convênios firmados entre as empresas e a determinadas operadoras, conforme pode ser observado nos relatos dos entrevistados 01 e 03:

[...] a mensalidade fica 50% mais barata, então o que me levou a escolher esse plano foi o fator preço, por causa do convênio com a empresa onde eu trabalho [...] (Entrevistado 01).

[...] como a empresa paga metade [...] pra mim era muito viável, eu fiz por isso [...] (Entrevistado 03).

Frente à identificação do fator custo do plano, associado à decisão de contratação do plano privado de assistência à saúde, julgou-se interessante questionar os entrevistados sobre um possível desligamento da empresa onde trabalham e, conseqüentemente, a perda do subsídio no custo do plano privado de assistência à saúde. Alguns entrevistados relataram que diante dessa situação, buscariam formas de permanecer com o plano privado de assistência à saúde, mesmo que fosse necessário trocar de operadora para reduzir o custo, conforme observa-se no relato do entrevistado 10:

[...] a primeira opção seria continuar, mas se a gente visse que por questões financeiras não fosse possível continuar como está, então a gente pensaria em outras possibilidades [...]. De repente buscaria outros planos, ou aquelas opções de convênio pra pagar menos nas consultas particulares [...] (Entrevistado 10).

Outros entrevistados, frente a essa situação de desligamento da empresa onde trabalham, relataram que optariam pela não contratação de plano privado de assistência à saúde, pois consideram o custo desses produtos elevado, conforme pode ser observado nos relatos dos entrevistados 07 e 09:

[...] assim que eles deram a opção, eu já me incluí, eu não procurei pesquisar. A empresa pagava 50% [...] então, esse valor fez com que eu quisesse participar. Se fosse maior, o valor, eu ia optar por não ter plano (Entrevistado 07).

[...] eu vou falar pra você, se hoje eu não tivesse plano de saúde pela empresa, eu não contrataria [...] porque eu acho muito caro [...] então se eu ficasse sem o plano de saúde pela empresa, hoje, eu usaria o SUS [...] (Entrevistado 09 – conta com auxílio 100% da empresa).

Fazendo uma breve análise dos discursos dos entrevistados 07 e 09, conforme citado acima, aliado ao item renda aproximada, presente na tabela 5, pode-se inferir que o fator renda é tido como primordial para a aquisição dos produtos ofertados pelas operadoras de planos de saúde privados, uma vez que ambos os entrevistados que relacionaram o preço elevado, decorrente da ausência de auxílio financeiro por parte da empresa, com o não interesse pela contratação de planos de saúde privados, possuem renda mensal aproximada de 3 salários mínimos, a menor renda identificada entre os entrevistados.

Outra questão a se considerar nos relatos dos entrevistados 07 e 09 é que ambos tiveram experiência positiva com a rede pública de saúde, nas situações em que precisaram, conforme relatos abaixo, o que pode também refletir nessa suposta decisão de ficar sem plano de saúde, caso não tenha mais o subsídio financeiro por parte das empresas para arcar com o custo do plano privado de assistência à saúde.

[...] quando eu precisei ir pelo SUS [...] sempre atendeu as minhas necessidades, não tenho do que reclamar não [...] (Entrevistado 07).

[...] eu posso dizer pra você que eu não tenho o que reclamar, não [...] (Entrevistado 09).

Dentre os fatores considerados como relevantes para a contratação dos planos privados de assistência à saúde, identificou-se também que a imagem que os entrevistados têm do SUS, influencia diretamente nas decisões pela aquisição de tal produto. Com exceção dos entrevistados 07 e 09, todos os outros entrevistados justificaram a contratação do plano privado de assistência à saúde devido a falhas no sistema público de saúde.

Verifica-se, pelos relatos, que a imagem negativa que essas pessoas têm do SUS, é diretamente influenciada pelas informações veiculadas nas mídias, as quais mostram as pessoas enfermas enfrentando filas para conseguirem atendimento médico, além das situações precárias em alguns hospitais públicos, onde os pacientes, quando conseguem atendimento, são alocados em macas pelos corredores dos hospitais, além dos casos de mortes veiculados, devidos a falta de atendimento realizado a tempo de salvar a vida dos pacientes.

Considerando que alguns entrevistados que citaram as falhas no SUS, como um fator relevante para a contratação dos planos privados de assistência à saúde, não possuem experiências próprias recentes, tampouco tiveram experiências próprias ou de terceiros negativas com o sistema público de saúde, pode-se inferir que a imagem negativa que esses entrevistados têm do SUS é mais influenciada pelas mídias, do que pelas experiências com o serviço público de saúde, refletindo no interesse e na aquisição dos produtos ofertados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, conforme observa-se nos relatos abaixo:

[...] eu não tenho experiência com o serviço público de saúde, mas a gente vê tanta coisa na televisão... gente morrendo, gente no corredor com goteira, com não sei o que, que se você não conhece, você fica assustada, você fala assim: “se eu cair num lugar desse, eu vou morrer” [...] (Entrevistado 03).

[...] o meu medo é eu precisar de alguma coisa e ter que depender da saúde pública. Porque para mim, pelos noticiários na verdade, hoje em dia né, pelo que pode acontecer, é bem precário e inseguro [...] (Entrevistado 06).

Ressalta-se que, embora tenham relatado experiências positivas com o sistema público de saúde, na época em que faziam uso do mesmo, os entrevistados 06 e 10 ainda assim demonstraram uma relação direta entre a imagem negativa do SUS e a contratação do plano de privado de assistência à saúde, reforçando a influência da

imagem do SUS absorvida através das mídias. Diferentemente dos entrevistados que já tiveram experiências próprias, ou de terceiros, negativas, influenciando na sua decisão pela contratação, ou permanência, do plano privado de assistência à saúde.

Os entrevistados 02, 03, 05, 07, 09, 11, 12 relataram experiências próprias, ou de terceiros, negativas junto à rede pública de saúde, abrangendo desde a demora para se conseguir uma consulta até a perda de entes queridos por falta de leito e atendimento médico adequado, conforme observado nos relatos abaixo. Essas situações vivenciadas pelos entrevistados, ou por terceiros próximo, são consideradas como relevantes para a imagem negativa do SUS na percepção dessas pessoas, influenciado assim, na contratação do plano privado de assistência à saúde.

[...] teve algumas vezes que eu precisei e o atendimento foi muito demorado, teve algumas vezes que eu acabei desistindo [...] (Entrevistado 05).

[...] nós já perdemos uma pessoa da família, minha vó, por falta de leito na rede pública [...] (Entrevistado 11).

Uma questão curiosa observada nos relatos dos entrevistados 06 e 09, é o fato de terem caracterizado como de qualidade a saúde pública da cidade de Maringá, a partir de experiências positivas de terceiros, e ainda assim serem beneficiários de planos privados de assistência à saúde. Tal situação acaba sendo contraditória, principalmente no que diz respeito ao entrevistado 06, que não possui experiências próprias negativas, tampouco de terceiros, pelo contrário, possui experiências de terceiros positivas com a rede pública de saúde da cidade. É válido frisar que, o entrevistado 06, embora não tenha experiências próprias negativas, e nem de terceiros, com a rede pública de saúde, é fortemente influenciado pela imagem negativa do SUS transmitida pela mídia.

No que diz respeito ao entrevistado 09, cabe ressaltar que, segundo relatado, se a empresa não ofertasse o plano de saúde, com auxílio financeiro de 100% do valor pago, o mesmo não contrataria o plano privado de assistência à saúde. Contudo, mesmo que o plano privado seja custeado totalmente pela empresa, ainda assim a decisão de contratação é do entrevistado, o qual optou por aderir ao plano privado, mesmo considerando a saúde pública da cidade onde reside como sendo que qualidade, conforme pode ser observado no relato a seguir:

[...] Agora aqui em Maringá, eu não posso dizer que o atendimento do SUS é ruim [...] quem reclama é porque não usa [...] Não sei se você sabe, mas em

Maringá, o atendimento da saúde pública é ótimo, eu não tenho do que reclamar [...] (Entrevistado 09).

Um outro fator que acaba reforçando a influência das mídias na imagem negativa percebida do SUS pelos entrevistados, é o fato de alguns entrevistados destacarem como ponto positivo, a disponibilidade e oferta de medicação gratuita na rede pública de saúde da cidade, conforme relatos abaixo. Contudo, observa-se que o fator agilidade para a realização de consultas e exames, aliado à imagem negativa do SUS, supera, na percepção dos entrevistados, a questão da distribuição gratuita de medicamentos pela rede pública, embora esse fator tenha sido mencionado.

[...] Eu fui no posto de saúde aqui perto [...] peguei todos os remédios [...] (Entrevistado 02).

[...] me deram a receita, falaram que era só voltar lá no outro dia para pegar (os remédios) [...] (Entrevistado 08).

Buscou-se identificar também, se os cuidados com a saúde por parte dos entrevistados influenciaram de alguma forma na busca pela assistência à saúde privada, contudo, foi possível identificar tal relação apenas no relato do entrevistado 11, para os demais entrevistados essa subcategoria não teve influência significativa para a contratação dos planos de saúde privados. Todavia, identificou-se relação entre o hábito de realização de consultas e exames após a contratação de tais produtos, ou seja, os entrevistados relataram um maior interesse na realização de consultas e exames após se tornarem beneficiários dos planos privados de assistência à saúde, conforme observa-se nos relatos abaixo:

[...] eu vejo que depois que eu adquiri o plano de saúde, eu passei a cuidar mais da minha saúde [...] hoje em dia eu vou muito mais em médicos do que antes [...] (Entrevistado 02).

[...] Faz 16 anos que eu tenho esse plano, e foi depois disso que eu fui atrás de cuidar mais da saúde, porque antes disso eu não cuidava muito bem não, eu comecei a cuidar depois que eu tive o plano [...] (Entrevistado 09).

Com exceção dos demais entrevistados, os entrevistados 06, 08 e 10 não têm o hábito de realizar exames de rotina, conforme relatos a seguir. Cabe ressaltar que tais indivíduos são homens, o que pode representar alguma relação com fatores culturais intrínsecos nesses indivíduos, não sendo possível observar relação dessa falta de hábito com a idade dos entrevistados, uma vez que possuem idades de 22, 42 e 30 anos, respectivamente.

[...] Ah eu corro de exame [...] acompanhamento mesmo, faz bastante tempo que eu não faço [...] (Entrevistado 06).

[...] Não tenho o hábito de fazer exames [...] Normalmente eu só procuro o médico quando tenho algum problema [...] (Entrevistado 08).

[...] Ah, eu fiz uma ou duas vezes só, não tenho o hábito de fazer. Quem acaba fazendo mais exames, assim, é a minha esposa, eu não costumo fazer tanto assim, não [...] (Entrevistado 10).

No que tange aos cuidados com a alimentação, apenas o entrevistado 10 comentou que ele e a família (esposa e filho) não possuem uma alimentação saudável, já os entrevistados 06 e 11 relataram que buscam manter uma alimentação adequada e saudável. Os demais entrevistados não comentaram sobre a categoria em questão. Com relação às atividades físicas, o entrevistado 10 relatou que ele e a família são sedentários, enquanto que os entrevistados 04, 06, 07 e 09 afirmaram praticar atividades físicas regularmente, os demais entrevistados, não comentaram sobre a prática de atividades físicas.

Um outro fator que buscou-se analisar é se problemas de saúde pessoais ou de terceiros influenciaram os entrevistados a contratarem os planos privados de assistência à saúde. Verificou-se essa relação apenas para o entrevistado 11, que relatou ser uma pessoa muito doente, desde pequena. Os demais indivíduos optaram pela contratação mais pela questão do custo do plano, aliado à imagem do SUS e fatores simbólicos, que serão abordados no tópico a seguir.

Por fim, a Figura 5 é apresentada com o intuito de ilustrar a relação entre as subcategorias identificadas como mais relevantes no quesito “Fator contratação”, ou seja, os fatores observados como principais para que os entrevistados decidissem pela aquisição dos produtos ofertados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Conforme exposto neste tópico, com base nas subcategorias: custo do plano, imagem SUS e experiências com o SUS, pode-se inferir que a percepção e contexto socioeconômico dos entrevistados têm forte influência sobre a decisão de contratação dos planos privados de assistência à saúde, corroborando Araújo (1977) que defende que tais fatores estão diretamente relacionados com a busca por serviços relacionados à área da saúde.

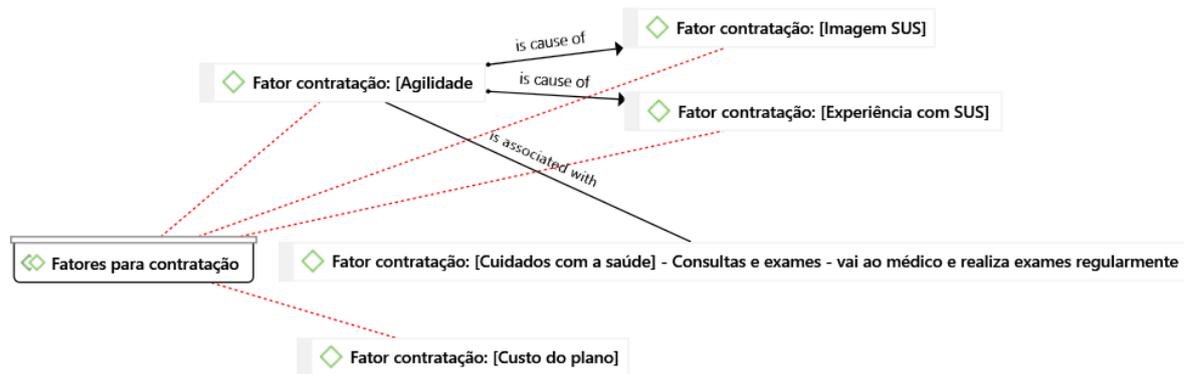


Figura 5. **Relação entre as subcategorias mais relevantes relacionadas à contratação dos planos de saúde**

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

As subcategorias “agilidade para a realização de consultas e exames”, “imagem SUS” e “experiências com o SUS”, tidos como mais relevantes para os entrevistados adquirirem os produtos ofertados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, retoma o que Smelser e Swedberg (2005) defendem: que os fatores sociais e históricos têm forte influência nas ações dos indivíduos, uma vez que as três subcategorias em questão têm como elemento central a insegurança dos indivíduos perante o SUS, frente o que é divulgado pelas mídias e até mesmo decorrente de experiências pessoais ou de terceiros.

Assim, evidencia-se que a ação dos indivíduos ao optarem pela aquisição dos planos privados de assistência à saúde envolve fatores que transcendem as suas percepções individualistas, uma vez que a decisão de compra de determinado produto é fortemente influenciada por fatores sociais e culturais, resultantes do ambiente no qual o indivíduo está inserido.

4.2 ANÁLISE E COMPREENSÃO DOS ASPECTOS SIMBÓLICOS ATRIBUÍDOS PELOS CONSUMIDORES À ASSISTÊNCIA À SAÚDE PRIVADA

A partir da análise das entrevistas, foi possível identificar alguns aspectos simbólicos, considerados pelos consumidores, quando se trata dos produtos ofertados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, sendo eles: (1) a moralidade, (2) a segurança que os entrevistados sentem ao fazer parte do grupo de

beneficiários da assistência à saúde privada e (3) a importância que o plano de saúde privado tem para os entrevistados, frente às suas experiências com tais produtos.

No que diz respeito à moralidade, observou-se que para 8 dos 12 entrevistados (01, 05, 06, 08, 09, 10, 11 e 12) tal fator está implícito no processo de aquisição de um plano privado de assistência à saúde, uma vez que frente às incertezas quanto aos serviços prestados pelo SUS, os entrevistados demonstram hesitação em deixar suas vidas, e de seus familiares, dependentes de um sistema público ineficiente, frente à imagem negativa decorrente de experiências próprias e de terceiros, e até mesmo da imagem transmitida pela mídia. Dessa forma, considerando-se a questão moral de zelar pela vida, e nos casos dos pais de família, em zelar pela vida dos filhos, a contratação do plano privado de assistência à saúde é tido como algo certo a se fazer, algo sem o qual o indivíduo não estaria zelando pela sua vida, de seus filhos e familiares, conforme observa-se implicitamente no relato abaixo:

[...] E também o que nossos pais nos ensinaram, é que a gente precisava ter um plano de saúde, pra ter um atendimento adequado e de qualidade [...] Eu não poderia deixar minha família sem plano de saúde em momento algum (Entrevistado 11).

Observou-se também que a questão moral é capaz de superar as preocupações e limitações financeiras, uma vez que a maioria dos entrevistados demonstraram interesse em permanecer com o plano privado de assistência à saúde, mesmo se o custo aumentasse devido ao desligamento da empresa onde trabalham. Além disso, o entrevistado 05 relatou que mesmo encontrando dificuldades financeiras para pagar o plano privado, seus pais pretendem continuar como beneficiários do plano privado de assistência à saúde, conforme relato a seguir:

[...] Lá em casa não tem luxo, meus pais passam apurado, tem vezes que até deixam de comprar algo de comer, mas não pensam em momento algum em não ter mais o plano de saúde [...] (Entrevistado 05).

No relato do entrevistado 11, cuja contratação é por adesão, ou seja, sem vínculo empregatício, também é possível observar a força da moralidade frente a questões financeiras, uma vez que em momento de crise o entrevistado optou por transferir seus filhos da escola particular para a escola pública, ao invés de cancelar ou deixar de pagar o plano de saúde, conforme relato abaixo:

[...] Recentemente, minhas crianças saíram da escola particular e foram para a pública, por questões financeiras, mas mantivemos o plano de saúde [...] (Entrevistado 11).

Em geral, evidencia-se uma relação entre a subcategoria “imagem SUS” e o valor simbólico “moralidade”, uma vez que, a maioria dos entrevistados possui uma imagem negativa do SUS, seja por experiências próprias ou de terceiros, ou até mesmo pela imagem transmitida pela mídia, os indivíduos compreendem que contratar um plano de assistência à saúde privada, é algo correto e até mesmo esperado de ser fazer, uma vez que devem zelar pelas suas vidas e de seus familiares.

Outro fator simbólico atrelado à aquisição dos produtos ofertados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde é a segurança. Observou-se que, para 10 dos 12 entrevistados (01, 02, 04, 05, 06, 08, 09, 10, 11 e 12) tal aspecto simbólico está significativamente relacionado com a aquisição de tais produtos. Percebe-se, assim como na questão da moralidade, a influência do fator de contratação “imagem do SUS” com o fator simbólico “segurança”, uma vez que ao serem beneficiários de um plano privado de assistência à saúde, os entrevistados se sentem mais seguros, principalmente, quanto a situações de emergência, conforme pode ser observado nos relatos a seguir:

[...] pela segurança, né, para não correr o risco de precisar de uma emergência e acabar ficando muito doente, ou sofrer um acidente, e aí não ter o atendimento pelo SUS, né, que muitas vezes nesse sentido acaba sendo falho (Entrevistado 02).

[...] o plano particular é uma segurança [...], né, é uma segurança maior de que vai ser atendido, de que vamos ter o tratamento. Então, eu acho que é mais nesse sentido de segurança, pra ter o tratamento no momento que precisa [...] (Entrevistado 04).

[...] o plano de saúde para mim hoje, basicamente, é uma segurança que eu tenho relacionado à minha saúde, se eu adoecer ou fizer alguma coisa, eu vou ter aonde recorrer, onde ir atrás e não precisar ficar correndo em fila de SUS [...] (Entrevistado 08).

Além da segurança no que tange ao atendimento emergencial, os entrevistados 02 e 10 também relataram a segurança financeira que sentem ao possuir um plano de assistência à saúde privada, considerando a não necessidade de desembolsarem valores significativos, de forma imediata, para atendimento médico e hospitalar, em situações inesperadas e urgentes.

[...] pela segurança, né, para não correr o risco de você precisar de uma emergência [...] e aí, não ter dinheiro para fazer particular [...] (Entrevistado 02).

[...] todos os procedimentos, internamento, medicação, tudo isso é muito caro, então como temos o plano, a gente não tem que se preocupar com isso [...] (Entrevistado 10).

Outra dimensão relacionada à subcategoria “segurança”, abordada pelos entrevistados, diz respeito às possíveis necessidades futuras, decorrentes da idade ou até mesmo dos planos de ter filhos. É possível também relacionar essa subcategoria do aspecto simbólico “segurança” com a “moralidade”, uma vez que ao considerarem o avanço da idade, ou o nascimento de um filho, como uma situação que exija um maior cuidado com a vida, e conseqüentemente com a saúde, faz com que os entrevistados sintam a necessidade moral de adquirir um plano privado de assistência à saúde. Os entrevistados 05, 08 e 09 relataram a relação que essas preocupações com o futuro têm com a aquisição desse tipo de produto, conforme observado abaixo.

[...] A idade chegando, né, [...] aí a minha irmã mais velha exigiu que eles fizessem (o plano) [...] pra poder ter uma segurança na velhice, né, pra não ficar dependendo de SUS [...] (Entrevistado 05).

[...] A minha esposa tem (o plano) desde quando nós casamos, eu fiz para ela com o intuito de ter filhos [...] (Entrevistado 08).

[...] Se eu ficar mais velha e sem um plano de saúde, eu sei que vai ser muito difícil [...] (Entrevistado 09).

A importância percebida do plano de saúde, por parte dos entrevistados, constitui outro aspecto simbólico identificado a partir dos relatos. Tal importância está diretamente relacionada às experiências individuais de cada pessoa, algo singular e incomparável. Observou-se que os entrevistados 03, 04 e 11 ressaltaram a importância que o plano de saúde tem em suas vidas, frente a momentos de vulnerabilidade da vida, tanto próprios, quanto de terceiros, onde a experiência com os planos de assistência à saúde privada foi positiva, conforme pode ser observado nos relatos abaixo.

[...] Hoje eu acho necessário ter um plano de saúde, por tudo que eu passei, se eu não tivesse um plano de saúde, eu acho que eu teria morrido [...] (Entrevistado 03).

[...] pra mim ele (o plano de saúde) é muito importante, porque ele já salvou a minha vida, salvou a vida do meu filho... Eu acho que se eu não tivesse esse plano de saúde eu não teria o meu filho hoje [...] (Entrevistado 11).

Assim, uma vez que a utilização do plano privado de assistência à saúde tenha feito a diferença na vida dos entrevistados, percebe-se que maior é a importância

assumida por tais produtos, aos olhos dos beneficiários. Além disso, o aspecto simbólico “importância do plano de saúde”, está também relacionado com as experiências negativas anteriores dos entrevistados, junto à assistência pública de saúde, o que ressalta a importância atribuída aos planos privados de assistência à saúde, conforme relato a seguir:

[...] nesse caso que eu tive o acidente, lá em Santa Catarina, primeiro eles me levaram pro hospital público, aí inclusive, lá não tinha os aparelhos pra fazer raio-x, ressonância... Eu tive que passar por três hospitais públicos antes de ir pra Unimed. Porque na verdade a gente esqueceu... foi tanto apavoramento que a gente esqueceu que tinha o plano de saúde. Aí foi pro público e não teve atendimento, daí meu marido lembrou que eu tinha Unimed, e aí a gente foi pra Unimed e lá fizeram todo o procedimento [...] e era muito grave a minha situação (Entrevistado 04).

Além da importância do plano de saúde privado, no que diz respeito às experiências anteriores dos beneficiários, outro aspecto simbólico relacionado com a assistência à saúde privada, é a “necessidade percebida” por parte dos entrevistados, de se buscar uma alternativa mais confiável, quando se toma por base a assistência à saúde pública. Identifica-se nesta subcategoria, uma relação direta do fator de contratação “imagem do SUS”, com o fator simbólico “importância do plano de saúde”, uma vez que quanto mais se tem uma imagem negativa do SUS, maior a necessidade percebida e a importância e atribuída aos planos privados de assistência à saúde.

Com o intuito de ilustrar a relação entre as subcategorias identificadas como mais relevantes no quesito “aspectos simbólicos”, a Figura 6 apresenta as relações entre os aspectos tidos como principais, na atribuição de valor por parte dos consumidores, aos planos privados de assistência à saúde, assim como suas relações com subcategorias já abordadas no tópico anterior.

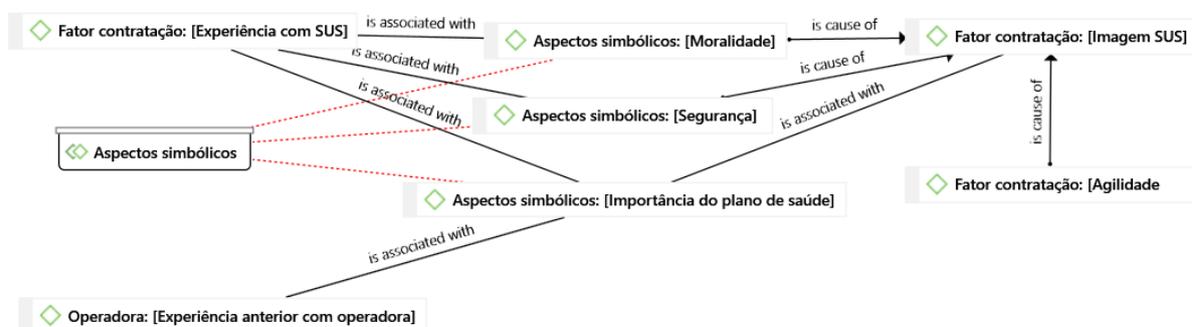


Figura 6. Aspectos simbólicos relacionados aos planos privados de assistência à saúde e suas relações

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Tais achados relacionados às subcategorias “moralidade”, “segurança” e “importância do plano de saúde”, corroboram Aspers (2011) que destaca o papel das dimensões não econômicas no processo de valoração dos bens, dentre as quais, tem-se a dimensão moral, relacionada à legitimidade dos bens pela sociedade. Além disso, vai ao encontro com Bourdieu (2005), o qual defende que as trocas de mercado envolvem aspectos simbólicos que podem ser explorados economicamente, uma vez que esses têm uma certa importância para os consumidores. Pôde-se observar, a partir dos relatos, a influência desses aspectos não econômicos no processo de valoração dos planos privados de assistência à saúde, por parte dos entrevistados, conforme mencionado anteriormente.

Observou-se também nos relatos dos entrevistados, que as dimensões não econômicas “moralidade”, “segurança” e “importância do plano de saúde”, tornam-se economicamente relevantes, com um papel fundamental na construção social das qualidades simbólicas dos bens, corroborando com Aspers e Beckert (2011), uma vez que tais fatores são tidos pelos entrevistados como questões centrais para o consumo dos produtos ofertados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Os achados relacionados aos aspectos simbólicos, envolvidos com os planos privados de assistência à saúde, também reafirmam o que Granovetter e Swedberg (2011) defendem, que a ação econômica não é determinada exclusivamente pelos interesses próprios, sem interferência do contexto social, uma vez que a moralidade está diretamente relacionada com o que é coletivamente tido como legítimo, como por exemplo a preocupação pelo zelo à vida, principalmente a vida própria e dos filhos, aspecto esse observado no relato dos entrevistados.

Além disso, o fator “segurança” acaba sendo influenciado por fatores históricos, experiências próprias e de terceiros com o SUS e notícias da mídia, os quais muitas vezes, reduzem a credibilidade do sistema público de saúde perante os entrevistados, evidenciando que a decisão econômica pela contratação do plano privado de assistência à saúde é influenciada pelo meio social no qual o indivíduo está inserido, corroborando Granovetter e Swedberg (2011).

Frente aos aspectos simbólicos anteriormente apresentados, considerados pelos consumidores ao analisarem os planos privados de assistência à saúde, evidencia-se que o valor de tal produto transcende a sua funcionalidade, representando além do que pode oferecer, mas também, o que representa para as pessoas que o consomem. Neste caso, os achados corroboram também com Richins

(1994), o qual afirma que o valor não se resume à funcionalidade do que é negociado, mas pode estar diretamente relacionado com o significado dos bens, e com Levy (1959, p. 118) que afirma que as “pessoas compram coisas não apenas pelo o que elas podem fazer, mas também pelo o que elas representam”.

4.3 ANÁLISE DAS QUALIDADES ATRIBUÍDAS PELOS CONSUMIDORES AOS PRODUTOS OFERTADOS PELAS OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A partir da análise das entrevistas, foi possível identificar certas qualidades que os consumidores consideram como relevantes para diferenciação entre os diversos planos privados de assistência à saúde disponíveis no mercado, dentre as quais encontram-se algumas características tidas como padrão e estipuladas pela ANS: (1) cobertura, (2) tipo de contratação, (3) hospital do plano e rede credenciada, (4) médicos credenciados ao plano privado de assistência à saúde, (5) nome da operadora e (6) indicações de conhecidos. Buscou-se identificar a influência do “fator moderador” e “padrão de acomodação”, características padrão estipuladas pelas ANS, na diferenciação dos produtos por parte dos beneficiários, contudo tais características não foram apontadas como relevantes pelos entrevistados.

A característica “cobertura” é estipulada pela ANS e diz respeito ao âmbito geográfico de cobertura aos beneficiários, abrangendo as seguintes modalidades: nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios. Observou-se a partir da análise dos relatos que 8 dos 12 entrevistados classificam a abrangência da cobertura do plano privado de assistência à saúde como um fator de diferenciação entre os produtos ofertados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, conforme relato abaixo:

[...] A cobertura nacional é interessante e tal [...] esse foi um dos fatores que nos fez optar pela Unimed [...] (Entrevistado 10).

Percebe-se um maior interesse pelos planos com cobertura nacional, ou seja, com atendimento em todo o território brasileiro, contudo, os próprios entrevistados destacam que planos desse tipo, demandam um investimento financeiro maior para a

aquisição e manutenção, conforme relato abaixo, sendo este, um fator restritivo quanto à contratação dessa modalidade de plano privado.

[...] eu acredito que os planos nacionais, nessa questão de cobertura, são melhores, mas os preços também são maiores [...] (Entrevistado 03).

Cabe ressaltar aqui, que a característica “cobertura” será considerada como relevante ou não, dependendo do contexto no qual o beneficiário se enquadrar, uma vez que para alguns entrevistados, tal característica é irrelevante pois esses indivíduos não viajam muito, tampouco têm interesse em realizar consultas em outras cidades ou estados. Nesse sentido, a relevância dessa característica está sujeita às necessidades subjetivas de cada consumidor.

[...]Foi um fator também de bastante decisão, assim, porque a Unimed é nacional, e o Santa Rita, ele é regional, né. Só que ao mesmo tempo eu também não viajo [...] então não adianta eu ter um plano com abrangência nacional, né, se praticamente eu não vou viajar [...] (Entrevistado 01).

[...] eu troquei de plano, por um plano mais barato, só que ele é local, né, só pra Maringá, e aí emergências eu posso ser atendida fora, só que é um plano que me atende [...] (Entrevistado 02).

O tipo de contratação, outra característica padrão estipulada pela ANS, diz respeito à forma de aquisição dos planos privados de assistência à saúde, compreendendo as seguintes classificações: individual/familiar, coletivo empresarial e coletivo por adesão. Como a pesquisa é focada nos planos coletivos, tem-se que 11 dos 12 entrevistados possuem planos coletivos empresariais, enquanto que 1 dos 12 entrevistados, possui plano coletivo por adesão.

Como já foi mencionado no tópico 4.2.1, o custo do plano é um dos principais fatores para a aquisição de planos coletivos empresariais, uma vez que esse tipo de contratação permite uma negociação entre a operadora e a empresa contratante, possibilitando a definição de valores diferenciados, dependendo de fatores tais como: quantidade de beneficiários contratantes, porte da empresa entre outros. Já os planos individuais, possuem valores superiores, conforme pode ser observado no relato a seguir:

[..] Na época, o plano que eu fiz era individual [...] aí, começou a encarecer muito, aí quando eu abri o meu negócio, eu fui atrás do plano empresarial, aí o que eu pagava só para as duas (esposa e filha), eu mudando para o empresarial, eu entrei no plano também e ficou o mesmo valor [...] (Entrevistado 08).

Além da questão do custo dos planos coletivos serem mais atrativos aos beneficiários, há o fato dos planos individuais e familiares praticamente não serem mais ofertados no mercado (Casemiro, 2017), o que se observa na realidade de Maringá – PR, uma vez que até o primeiro bimestre de 2017, dentre os 1.226 planos de assistência médica privada das 5 operadoras com sede na cidade, apenas 21,9% do total eram individuais, frente a 78,1% de planos coletivos ofertados (ANS, 2017a). Além disso, o entrevistado 08 relatou que há um certo incentivo por parte dos representantes das operadoras de planos privados de assistência à saúde para que os contratantes optem pelo plano coletivo empresarial, incentivando inclusive práticas irregulares como a inclusão de parentes que não sejam funcionários da empresa.

Identificou-se também algumas características não definidas como padrão pela ANS, mas que foram apontadas pelos entrevistados como relevantes para a diferenciação entre os planos privados de assistência à saúde ofertados no mercado. A primeira delas compreende o hospital do plano e rede hospitalar credenciada, dessa forma, verifica-se que os indivíduos consideram a característica “hospital” sob duas perspectivas: (1) próprio do plano, com as seguintes dimensões: atendimento, restrição de atendimento e estrutura e (2) rede credenciada de hospitais, com a dimensão “ampla”.

Na perspectiva do hospital próprio do plano, considera-se os planos privados de assistência à saúde que possuem hospitais próprios para atendimento de seus beneficiários, sendo esse um fator diferencial considerado pelos entrevistados na diferenciação dos planos privados de assistência à saúde ofertados no mercado, analisando-se não apenas o atendimento, mas também a estrutura do hospital, conforme observa-se nos relatos a seguir:

[...] uma coisa que pesou muito, no caso específico do Santa Casa, é o fato deles terem um hospital muito bom do próprio plano. Então, isso pesou bastante, eu sei que outros planos no hospital atende normal, o Santa Casa atende Unimed, atende a maioria dos planos, mas por ser o plano relacionado ao nome do hospital e tudo, é uma coisa que me ajudou escolher o Santa Casa (plano de saúde) [...] (Entrevistado 08).

[...] O PAM também não tem uma estrutura como a gente tem na Unimed, por exemplo, o hospital e tudo mais [...] eu olho pra estrutura do PAM e eu não consigo ver a mesma qualidade (Entrevistado 10).

Cabe destacar que alguns entrevistados mencionaram o fato de algumas operadoras restringirem o atendimento ao hospital próprio, não sendo possível o beneficiário utilizar os serviços de outro hospital (restrição de atendimento), contudo,

ainda assim, o fato de ter à disposição um hospital próprio do plano é tido como diferencial por parte desses entrevistados.

A segunda perspectiva, diz respeito à “rede credenciada” de hospitais, a qual foi identificada a partir dos relatos, demonstrando uma importância percebida pelos entrevistados ao fato das operadoras de seus planos privados de assistência à saúde terem uma rede ampla de hospitais credenciados a ela, ou seja, hospitais que seus beneficiários podem ter acesso, mesmo não sendo próprios da operadora. Tal característica é tida como relevante pelos entrevistados e representa uma diferencial na comparação entre os produtos disponíveis no mercado, influenciando no processo de valoração, conforme observa-se nos relatos a seguir:

[...] o que eu vejo na Unimed é a competência que eles têm com [...] os hospitais, eles têm muitos pontos de atendimento [...] (Entrevistado 11).

[...] mais hospitais vinculados (ao plano de saúde), então foi por isso que eu mudei de plano [...] (Entrevistado 12).

Assim, verificou-se que, além das características estipuladas pela ANS, como fatores para a distinção entre os planos privados de assistência à saúde, os beneficiários entrevistados evidenciaram a questão dos hospitais como fatores determinantes e relevantes para a identificação da qualidade desse tipo de produto. Outra característica que compõe o valor dos planos de saúde para os beneficiários entrevistados, compreende os “médicos credenciados ao plano privado de assistência à saúde”, abrangendo as dimensões: médicos específicos e variedade de médicos.

Observou-se que quanto maior o número de médicos credenciados ao plano privado de assistência à saúde, maior o valor atribuído a tal plano pelos consumidores, uma vez que isso aumenta as opções para atendimento, refletindo na credibilidade do plano junto aos beneficiários, conforme observa-se no relato abaixo:

[...] a credibilidade, digamos assim, a carteira de médico, a quantidade de médicos conveniados. Porque não adianta nada eu [...] mudar para um plano que eu não tenho opção para escolher o médico [...] (Entrevistado 08).

A qualidade “médicos credenciados ao plano privado de assistência à saúde” está relacionada não só à quantidade de profissionais à disposição dos beneficiários, mas também à disponibilidade de médicos específicos, os quais são notáveis para os consumidores, seja por indicações de terceiros, como também por já terem tido experiências anteriores com tais profissionais, devido a questões específicas relacionadas à saúde, conforme observa-se nos relatos a seguir:

[...] A mais velha (irmã) [...] e a mais nova também tem Unimed. Porque os médicos que elas fazem o tratamento só atendem pela Unimed [...] (Entrevistado 05).

[...] a gente sempre teve a Unimed, desde o começo. Teve a possibilidade da gente mudar pro PAM nesse último ano, mas aí a gente optou por ficar na Unimed, porque, por exemplo, eu e ela (esposa) a gente vai no psiquiatra, os dois só atendem pela Unimed [...] (Entrevistado 10).

[...] Pra mim, o que mudou com relação à qualidade, foram os médicos que estavam vinculados [...] porque eu tinha um plano que não era conhecido, mas eu tinha ótimos médicos atendendo por esse plano [...] aí, depois esses médicos se desvincularam e ficaram atendendo só pela Unimed, então, assim, pra mim, não foi a operadora em si, que me deu qualidade. O que me deu qualidade foi o profissional que estava ligado à operadora [...] (Entrevistado 12).

Observa-se nos relatos acima, uma questão relevante no que diz respeito, não somente ao valor atribuído pelos beneficiários aos produtos ofertados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, mas também ao valor que os profissionais médicos atribuem a essas operadoras, uma vez que, conforme relatado pelos entrevistados, muitos médicos só atendem pacientes contratantes de determinada operadora, alguns até atendiam outras, mas houve o descredenciamento dos mesmos. Evidencia-se, assim, uma possível relação do nome da operadora com o interesse dos médicos em se credenciar junto a estas para ofertar seus serviços aos beneficiários. Tal relação pode refletir uma expectativa por parte dos profissionais em se beneficiarem do *status* da operadora, conforme observa-se no relato a seguir:

[...] eu realmente tive que mudar (de plano), porque talvez até por causa do nome do plano, os médicos preferem se vincular à Unimed (Entrevistado 12).

No que diz respeito à consideração do nome da operadora por parte dos entrevistados, observou-se que, para 9 dos 12 entrevistados, o nome da operadora pode representar um sinal de qualidade do produto ofertado pela mesma, constituindo assim, uma característica no processo de valoração dos planos privados de assistência à saúde, conforme observa-se no relato a seguir:

[...] quando você sai de uma Unimed, que você fala: ah Unimed é referência... Você acha que os outros planos não vão ser bons [...] (Entrevistado 02).

Cabe ressaltar também, que na percepção dos entrevistados, há relação entre o nome da operadora e o preço praticado por ela na comercialização de seus produtos, sendo que quanto mais renomada for a operadora, maior será o preço cobrado pelos produtos ofertados, conforme mencionado pelos entrevistados 01 e 04:

[...] tava muito caro, porque era Unimed, né, e daí o preço foi subindo, subindo...
[...] (Entrevistado 01).

[...] no caso da Unimed, eu acho que o valor superior é justamente pelo nome, né, que tem fama [...] (Entrevistado 04).

Na percepção dos entrevistados, há relação também entre o nome da operadora e a qualidade do serviço prestado, uma vez que, segundo os relatos, para uma operadora ficar conhecida de forma positiva e conseqüentemente renomada, há que ter prestado um serviço de qualidade, satisfazendo as necessidades de seus clientes, os quais tornarão a operadora conceituada no mercado, conforme observa-se no relato a seguir:

[...] tem a questão do nome [...] tem nome que fica bem conhecido, com uma boa fama, é porque [...] prestou bem o serviço a que se propôs prestar [...] (Entrevistado 09).

Outra qualidade integrante do processo de valoração dos planos privados de assistência à saúde, conforme os relatos obtidos, diz respeito às indicações dos produtos por conhecidos. Observou-se, que 5 dos 12 entrevistados consideraram as indicações de amigos e conhecidos para a contratação de seus planos privados de assistência à saúde, conforme relatos abaixo, frente à dificuldade em se diferenciar os produtos do mercado e à incerteza quanto à qualidade dos serviços prestados pelas operadoras e profissionais vinculados a elas.

[...] para escolher entre os dois, eu pesquisei pessoas que tinham os dois planos, porque eu precisava de alguma referência, né, de pessoas que eu conhecia [...] (Entrevistado 02).

[...] A empresa onde eu trabalho atualmente só disponibiliza o Santa Casa e o Santa Rita, então eu fiz uma pesquisa e a maioria das pessoas falava que o Santa Rita não é bom [...], aí eu optei pelo Santa Casa, porque falavam que era melhor em termos de atendimento, de rapidez, agilidade, liberação de guias [...] O preço do Santa Casa e do Santa Rita era bem parecido, eu fui mais pela questão de qual era o melhor, considerando o que meus amigos haviam dito [...] (Entrevistado 05).

Nesse sentido, tem-se a indicação como uma característica integrante do processo de formulação do valor dos planos privados de assistência à saúde, enquanto que algumas características tidas como padrão pela ANS na diferenciação de tais produtos não foram consideradas como relevantes pelos entrevistados, como observou-se em relação ao fator moderador e o padrão de acomodação.

O fator moderador, uma característica padrão estipulada pela ANS para a diferenciação dos planos privados de assistência à saúde, diz respeito à existência ou

não de coparticipação em consultas e exames, ou seja, se o plano privado de assistência à saúde exige que o beneficiário participe com um percentual dos valores de consultas e exames, quando realizados por ele. Observou-se que 11 dos 12 entrevistados possuem planos com coparticipação, enquanto apenas 1 possui plano sem a coparticipação.

Percebe-se que, embora essa seja uma característica padrão estipulada pela ANS, na prática, os beneficiários não consideram a ausência de coparticipação como uma característica relevante para a aquisição de tais produtos, uma vez que, atualmente, a maioria dos planos possuem coparticipação, e os que não possuem, têm valor de mercado bem superior, o que para os consumidores que não utilizam muito o plano, não se torna interessante, conforme observado no relato a seguir:

[...] a diferença é que o plano dela (esposa) não tinha nenhuma coparticipação, não tinha limite de consulta, não tinha nada... então, até quando fizemos a mudança, eu fiz todos os cálculos e [...] fazendo um número X de consultas todo mês, que é uma coisa que a gente não faz, compensaria a mudança [...] (Entrevistado 08).

O padrão de acomodação, outra característica estipulada pela ANS para a diferenciação dos planos privados de assistência à saúde, diz respeito ao tipo de acomodação a que o plano privado de assistência à saúde dá direito ao beneficiário. É uma característica tida como padrão pela ANS, compreendendo dois tipos: acomodação coletiva (enfermaria) e acomodação individual (apartamento individual). Observou-se que todos os entrevistados contrataram a acomodação do tipo coletiva.

Os entrevistados 04 e 09 comentaram sobre a possibilidade que a empresa contratante do plano de saúde ofereceu, para que eles adquirissem o tipo de acomodação individual, caso quisessem, pagando a diferença de valor decorrente dessa opção. Frente a essas condições, os entrevistados optaram por permanecer com a acomodação coletiva, observando-se, assim, que a característica “padrão de acomodação” não é tida como relevante pelos entrevistados, uma vez que eles não julgaram viável pagar um valor maior para ter direito à acomodação do tipo individual.

Por fim, a Figura 7 ilustra as características que compõe a qualidade dos produtos planos privados de assistência à saúde, sob a ótica dos beneficiários entrevistados, apresentando as relações entre as características tidas como principais, na atribuição de valor por parte dos consumidores, com subcategorias já abordadas nos tópicos anteriores, quando cabíveis. Assim, percebe-se que o processo de qualificação dos produtos ofertados pelas operadoras de planos privados

de assistência à saúde envolve tanto as características tidas como padrão, estipuladas pela ANS, como também algumas características relatadas pelos entrevistados.

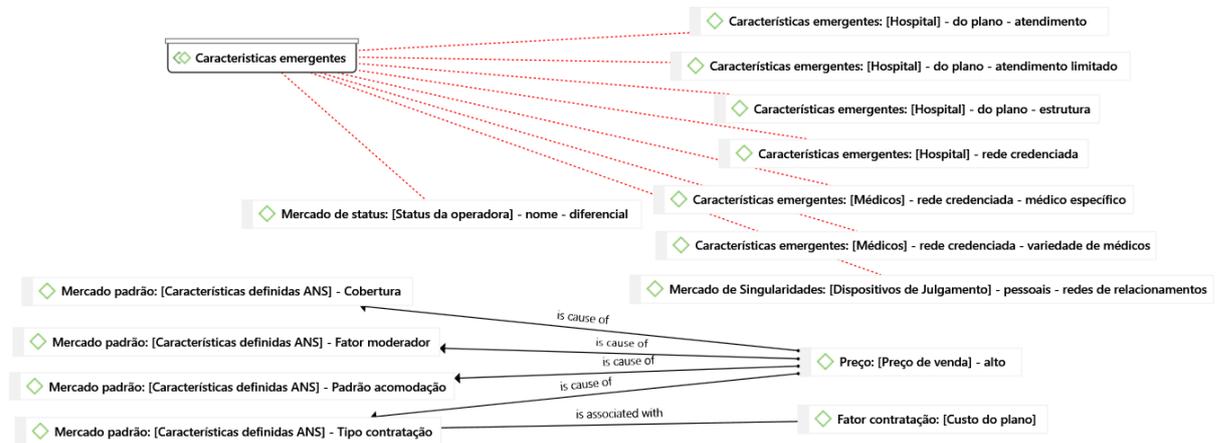


Figura 7. **Qualidades relacionadas aos planos privados de assistência à saúde**

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Dessa forma, evidencia-se que tal conjunto de características é atribuído aos produtos em questão, tornando-os negociáveis no mercado, uma vez que proporcionam parâmetros de comparações entre os mesmos, corroborando Aspers e Beckert (2011) e Callon e Méadel (2002), os quais afirmam que o processo de qualificação é dinâmico e estabelece, mesmo que provisoriamente, um conjunto de características que são atribuídas aos bens, transformando-os em elementos negociáveis no mercado. Tais características identificadas são consideradas pelos entrevistados na atualidade pode ser que futuramente não sejam as mesmas, ou até mesmo que no passado fossem outras.

Além disso, os achados corroboram Beckert (2007, 2009), uma vez que foi possível identificar que a imersão social da ação econômica é uma condição para a valoração dos planos privados de assistência à saúde, o que pôde ser observado a partir das qualidades “nome da operadora” e “indicação de conhecidos”, pois tais qualidades influenciam diretamente na decisão econômica pela aquisição dos planos privados de assistência à saúde, por parte dos consumidores.

4.4 ANÁLISE DOS VALORES QUE SE RELACIONAM COM AS QUALIDADES ATRIBUÍDAS PELOS CONSUMIDORES AOS PRODUTOS OFERTADOS PELAS OPERADORAS DE PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

De acordo com Levy (1959), as mudanças decorrentes do desenvolvimento dos mercados resultaram em diferentes tipos de valores, que começaram a ser considerados pelos consumidores, principalmente pelo fato dos bens passaram a ter significados pessoais e sociais, transcendendo o seu valor funcional. No que tange aos planos privados de assistência à saúde, é possível observar, através das análises realizadas dos relatos dos entrevistados, que diferentes tipos de valores norteiam os consumidores desse tipo de produto, no processo de valoração dos mesmos, sendo eles: (1) valor funcional e (2) valor simbólico (imaginativo e posicional).

De acordo com a literatura, tem-se que dependendo do que é considerado no processo de atribuição de valor, é possível classificar os mercados em: Mercado Padrão, Mercado de *Status* (Aspers, 2009, 2011; Aspers & Beckert, 2011; Beckert, 2009) e Mercado Singular (Karpik, 2010). Nessa perspectiva, a Figura 8 busca ilustrar a relação das qualidades identificadas no processo de valoração dos planos privados de assistência à saúde, assim como, os tipos de valores envolvidos e as respectivas classificações de mercados presentes nesse processo.

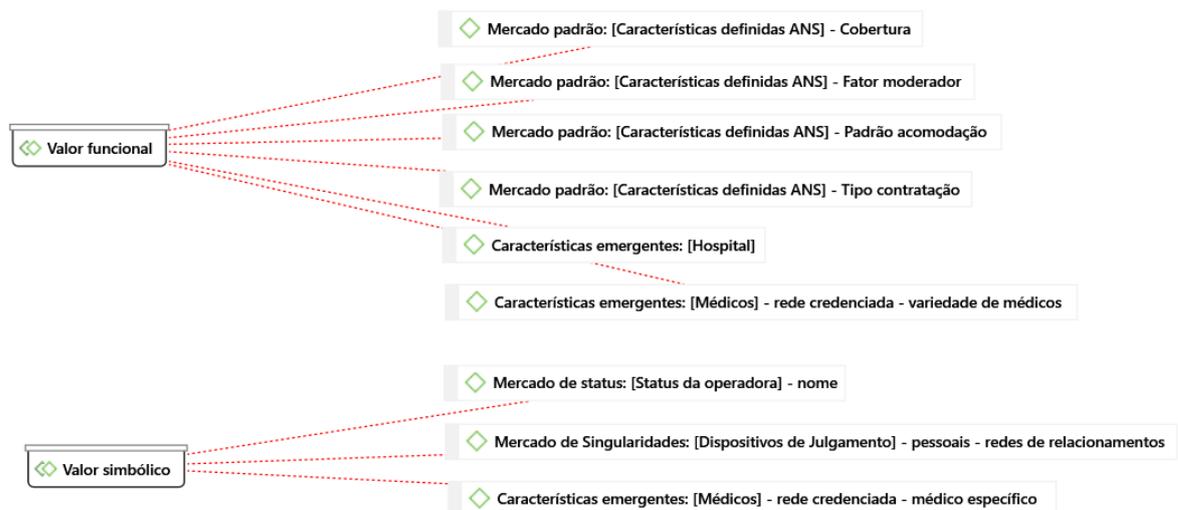


Figura 8. **Valores relacionados com as qualidades atribuídas pelos consumidores aos planos privados de assistência à saúde**

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

As características relacionadas ao mercado padrão, dizem respeito a fatores facilmente identificados pelos consumidores, relacionado ao valor funcional do produto, no caso dos planos privados de assistência à saúde, a maior parte das características padrão identificadas coincidem com os elementos definidos pela ANS na diferenciação de tipo de produto. Os achados corroboram Aspers (2010, 2013), o qual defende que a premissa deste tipo de mercado é que a qualidade dos bens é baseada em algumas características tidas como padrão.

No que tange ao valor simbólico posicional, é possível classificar o mercado de planos privados de assistência à saúde, também como um mercado de *status*, pois observou-se que o *status* da operadora de plano privado de assistência à saúde, é tido como um diferencial no processo de valoração, representando para os consumidores, um sinal de qualidade do produto ofertado. Os achados corroboram Podolny (1993), o qual afirma que quanto melhor o *status* do fornecedor, maior o valor apropriado ao produto, assim como Aspers (2009, 2011) e Podolny (1994), que afirmam que os consumidores redirecionam o foco para a posição social dos fornecedores, compreendida como um indicador de qualidade de suas ofertas.

Nesse contexto, ainda, pôde-se observar que alguns entrevistados demonstraram maior interesse no plano privado de assistência à saúde de determinada operadora, uma vez que a mesma possui maior renome frente as outras, logo, o seu produto ofertado no mercado, no caso, o plano privado de assistência à saúde, herda o *status* da operadora, sendo classificado como possuidor de maior qualidade, oferecendo menor incerteza aos consumidores. Tais achados corroboram Podolny (2005), o qual defende que frente à dificuldade de se avaliar a qualidade dos bens, em situações de mercado caracterizadas pela incerteza, o *status* atua como uma força estabilizadora.

Contudo, cabe ressaltar que os entrevistados evidenciaram a diferenciação no preço dos produtos ofertados pelas operadoras com maior renome, quando comparados com os produtos das concorrentes. Tal achado corrobora Aspers (2009) e Podolny (1993), que afirmam que fornecedores com elevado *status* tendem a cobrar preços mais elevados por seus produtos. Considerando a disposição de alguns entrevistados em pagarem um preço mais elevado por determinado plano privado de assistência à saúde, frente ao *status* assumido pela operadora, os achados corroboram também Podolny (1993), o qual afirma que pelo fato do *status* do

fornecedor representar a qualidade dos bens, os consumidores se dispõem a pagar preços elevados, com o intuito de reduzir a incerteza existente no mercado.

Além disso, a literatura aborda que, ainda no mercado de *status*, há também a questão do valor posicional relacionado ao consumidor, o qual pode assumir certa posição social, de acordo com os produtos que consomem (Aspers & Beckert, 2011; Podolny, 1993; Rössel & Beckert, 2013). Não identificou-se nos relatos dos entrevistados a busca por determinado plano privado de assistência à saúde visando tal objetivo, pois observou-se que o favoritismo está mais relacionado com a redução da incerteza frente ao status da operadora, do que com a possível diferenciação social que o produto pode oferecer ao consumidor.

Embora o valor simbólico imaginativo não esteja relacionado às qualidades atribuídas aos planos privados de assistência à saúde, propriamente ditas, foi possível observar que esse valor norteia os consumidores na percepção de importância e busca por tais produtos no mercado, contemplando fatores extremamente subjetivos, de acordo com o histórico, experiência e necessidade de cada indivíduo entrevistado. Cabe destacar que o valor simbólico foi observado, principalmente, nos fatores considerados pelos entrevistados para a aquisição do plano privado de assistência à saúde, abrangendo o valor simbólico atribuído ao bem pelo próprio consumidor, a partir de suas interpretações e subjetividade, no que diz respeito aos fatores: importância do plano, expectativa de agilidade para o atendimento, moralidade, segurança, cuidados com a saúde, experiência com o SUS e imagem do SUS, o que nos remete ao mercado de singularidades.

No que tange ao mercado de singularidades, observou-se que os planos privados de assistência à saúde possuem características de produtos singulares, ao se considerar que o valor atribuído a tais produtos está diretamente relacionado com as experiências individuais de cada consumidor, que impacta na necessidade percebida de tais produtos, considerando o histórico e relação com a saúde, tanto do indivíduo quanto das pessoas próximas ao mesmo. Nesse sentido, os os planos privados de assistência à saúde tornam-se multidimensionais e incomensuráveis, corroborando Karpik (2010), que afirma que a multidimensionalidade se constitui pela qualidade do bem ser construída e estrutura em múltiplas dimensões interdependentes, constituídas de modo diferente para cada indivíduo, frente às interpretações subjetivas, o que torna os bens incomensuráveis, devido à

impossibilidade de comparações entre a multiplicidade de construções da qualidade, decorrentes dos diferentes pontos de vista dos atores.

Frente ao elevado grau de incerteza quanto à qualidade dos produtos, aliado à multidimensionalidade e à incomensurabilidade, foi possível identificar a utilização de mecanismos de julgamento por parte dos entrevistados, com o intuito de obter informações relevantes para o processo de qualificação dos planos privados de assistência à saúde. Os mecanismos identificados caracterizam-se como pessoais, redes de relacionamentos, uma vez que as informações são obtidas diretamente com terceiros de maneira informal, representando uma forma de valor simbólico. Os achados corroboram com Karpik (2010) e Lamont (2012), os quais afirmam que os dispositivos de julgamento exercem papel fundamental na construção das qualidades dos bens e, conseqüentemente, no processo de valoração, uma vez que auxiliam o consumidor a obter conhecimento acerca das singularidades, minimizando a incerteza.

Frente ao exposto, pode-se observar que o mercado de planos privados de assistência à saúde, é composto por um *mix* dos diferentes tipos de mercado propostos na literatura, envolvendo tanto características do mercado padrão, quanto do mercado de *status* e mercado de singularidades. Tais achados corroboram Aspers (2009, 2011), pois o autor afirma que nos mercados reais, não existe uma forma pura desses tipos ideais propostos de mercado.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

O estudo foi norteado pela seguinte questão de pesquisa: Quais qualidades são consideradas pelos consumidores na compra dos produtos ofertados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde da cidade de Maringá - PR? Para responder a essa questão, buscou-se (1) identificar o que levou os consumidores a adquirir os produtos ofertados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, bem como (2) compreender os aspectos simbólicos atribuídos pelos consumidores à assistência à saúde privada, (3) analisar as qualidades atribuídas pelos consumidores a tais produtos e, (4) analisar também, os valores que se relacionam com as qualidades atribuídas pelos consumidores aos produtos ofertados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde.

Destarte, alinhado ao primeiro objetivo específico, identificou-se que os principais fatores, considerados pelos consumidores ao optarem pela aquisição de um plano privado de assistência à saúde, são: a expectativa de agilidade para a realização de consultas e exames, bem como o custo do plano, uma vez que os entrevistados possuem auxílio financeiro por parte das empresas onde trabalham, e a imagem que os entrevistados têm do SUS a partir das mídias. Cabe ressaltar a influência de expectativas pessoais e influências sociais na decisão econômica dos atores entrevistados, pois embora há o incentivo financeiro por parte das empresas, o poder de escolha pela adesão ao plano é do indivíduo, o qual pode optar ou não pela contratação, de acordo com suas experiências e expectativas pessoais, aliado à influência social, visto que, embora, em muitos casos os entrevistados não possuam experiências negativas com o SUS, frente ao que é exposto nas mídias, os mesmos optam pela contratação dos planos privados de assistência à saúde.

Sequencialmente, alinhado ao segundo objetivo específico, identificou-se a moralidade, assim como a segurança que os entrevistados sentem ao fazer parte do grupo de beneficiários da assistência à saúde privada e a importância que o plano de saúde privado tem para os entrevistados, frente às suas experiências, como sendo os aspectos simbólicos atrelados aos produtos em questão. Diante dos achados, é possível afirmar que tais aspectos participam diretamente do processo de valoração dos bens, pois são fatores não econômicos que influenciam diretamente na ação econômica dos atores, uma vez que a ação adquire um significado para cada indivíduo, de acordo com seu contexto social, cultural e suas experiências.

No que tange ao terceiro objetivo específico, identificou-se certas qualidades que os consumidores consideram como relevantes para diferenciação entre os diversos planos privados de assistência à saúde disponíveis no mercado, dentre as quais destacam-se a cobertura, o tipo de contratação, o hospital do plano e rede hospitalar credenciada, os médicos credenciados ao plano privado de assistência à saúde, o nome da operadora e as indicações de conhecidos. Destaca-se a construção social de qualidades atribuídas aos planos privados de assistência à saúde, pois uma vez que os consumidores se deparam com um grau elevado de incerteza quanto à qualidade dos produtos, buscam diferentes formas de avaliação dos mesmos, destacando-se a diferenciação de acordo com o nome da operadora e as indicações de conhecidos, como dispositivos que auxiliam na redução da incerteza.

Contudo, as qualidades elencadas acima, dizem respeito ao produto propriamente dito, qualidades passíveis de comparação entre as ofertas no mercado. Cabe ressaltar que, conforme mencionado anteriormente, existem fatores simbólicos vinculados à ação econômica dos atores no que diz respeito à contratação dos planos privados de assistência à saúde, resultando em qualidades simbólicas altamente subjetivas a cada indivíduo. Desse modo, resgatamos os achados alinhados com o quarto e último objetivo específico da pesquisa, que dizem respeito aos valores que se relacionam com as qualidades atribuídas pelos consumidores aos produtos ofertados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde, dentre os quais destacam-se o valor funcional e valor simbólico (imaginativo e posicional).

No que tange ao valor funcional, identificou-se como qualidades: cobertura, fator moderador, padrão de acomodação, tipo de contratação, hospitais próprio e credenciados e rede credenciada de médicos. Tais qualidades são facilmente identificadas nos planos privados de assistência à saúde ofertados no mercado, sendo passível de comparações. Já com relação ao valor simbólico, identificou-se como qualidades: nome da operadora, indicações de conhecidos e médicos específicos credenciados ao plano. Cabe destacar que, com relação ao valor simbólico, tem-se ainda os aspectos simbólicos atrelados à aquisição de tais produtos, os quais influenciaram significativamente a ação econômica dos atores entrevistados.

Respondendo à questão de pesquisa, tem-se que as qualidades que são consideradas pelos consumidores na compra dos produtos ofertados pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde da cidade de Maringá – PR, são: a cobertura, o tipo de contratação, o hospital do plano e rede hospitalar

credenciada, os médicos credenciados ao plano privado de assistência à saúde, o nome da operadora e as indicações de conhecidos. Além das qualidades subjetivamente construídas a partir das expectativas e experiências de cada indivíduo com relação à saúde, seu contexto social, cultural e econômico, além das experiências/imagem relacionadas com o SUS.

Por meio dos achados, conclui-se que, assim como exposto pela literatura, a ação econômica, no que diz respeito à aquisição dos planos privados de assistência à saúde, é influenciada por fatores não econômicos, que têm participação ativa no processo de valoração dos produtos ofertados nesse mercado específico. Tais fatores não econômicos têm origem a partir do significado que ação econômica possui para o indivíduo, significado este, que é constituído a partir das influências do meio no qual o indivíduo está inserido, refletindo o contexto social, cultural e econômico, além das experiências vivenciadas pelos atores e pelas pessoas próximas ao mesmo. Assim, frente aos achados, verifica-se a coexistência dos valores funcionais e simbólicos, no processo de valoração dos bens frente às trocas que ocorrem no mercado.

Para estudos futuros, recomenda-se a condução de estudos em outras cidades, com o intuito de se analisar outras realidades sociais, para a comparação dos dados coletados. Recomenda-se ainda, que seja realizado o estudo com beneficiários de planos individuais, ou seja, consumidores dos planos privados de assistência à saúde com contratação direta entre a pessoa física e a operadora, não havendo a figura da empresa enquanto intermediadora e negociadora do produto, conseqüentemente, não havendo também o auxílio financeiro para pagamento do plano de saúde, de forma que o consumidor possa optar entre os produtos ofertados no mercado, sem a pré-existência de fatores que beneficiem determinados produtos, a fim de se averiguar se haverá diferenciação nas qualidades consideradas no processo de valoração dos planos privados de assistência à saúde, bem como na importância vislumbrada com relação aos planos privados de assistência à saúde.

REFERÊNCIAS

- Abdelfattah, F. A., Rahman, M. S., & Osman, M. (2015). Assessing the antecedents of customer loyalty on healthcare insurance products: Service quality; perceived value embedded model. *Journal of Industrial Engineering and Management*, 8(5), 1639–1660. <https://doi.org/10.3926/jiem.1494>
- Aciole, G. G. (2006). *A saúde no Brasil: cartografias do público e do privado*. São Paulo: Hucitec.
- Alves, A. (2003). Relação Entre Operadoras de Planos De Saúde e Prestadores de Serviços – Um Novo Relacionamento Estratégico. Recuperado em 20 de maio, 2017, de http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ans/6_AAAlvesdaSilva_RelacaoOperadorasPlanos.pdf
- ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). Resolução de diretoria colegiada – RDC n. 39, de 27 de outubro de 2000. Dispõe sobre a definição, a segmentação e a classificação das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde. (2000). Brasil. Recuperado em 20 de maio, 2017, de <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=Mzgw>
- ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). Resolução normativa - RN n. 63, de 22 de dezembro de 2003. Define os limites a serem observados para adoção de variação de preço por faixa etária nos planos privados de assistência à saúde contratados a partir de 1º de janeiro de 2004. (2003). Brasil. Recuperado em 20 de maio, 2017, de <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=NzQ4>
- ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). Resolução normativa - RN nº 162, de 17 de outubro de 2007. Estabelece a obrigatoriedade da Carta de Orientação ao Beneficiário; dispõe sobre Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP); Cobertura Parcial Temporária (CPT); Declaração de Saúde e sobre o processo (2007).
- ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). Resolução normativa - RN n. 171, de 29 de abril de 2008. Estabelece critérios para aplicação de reajuste das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência suplementar à saúde, médico-hospitalares, com ou sem cobertura odontológica, contr (2008). Brasil. Recuperado em 20 de maio, 2017, de <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTI4NA==>
- ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). Resolução normativa - RN n. 196, de 14 de Julho de 2009. Dispõe sobre a Administradora de Benefícios. (2009). Brasil. Recuperado em 20 de maio, 2017, de <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ1OQ==>
- ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). Resolução normativa – RN n. 195, de 14 de julho de 2009. (2009). Brasil. Recuperado em 20 de maio, 2017, de

<http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTQ1OA==>

ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). Resolução normativa - RN N. 259, de 17 de junho de 2011. Dispõe sobre a garantia de atendimento dos beneficiários de plano privado de assistência à saúde e altera a Instrução Normativa – IN nº 23, de 1º de dezembro de 2009, da Diretoria de Normas e Habili (2011). Brasil. Recuperado em 20 de maio, 2017, de <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MTc1OA==>

ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). Resolução normativa - RN n. 295, de 9 de maio de 2012. Estabelece normas para a geração, transmissão e controle de dados cadastrais de beneficiários do Sistema de Informações de Beneficiários da Agência Nacional de Saúde Suplementar - SIB/ANS; dispõe sobr (2012). Brasil. Recuperado em 20 de maio, 2017, de <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MjEwMA==>

ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). Resolução normativa – RN n. 356, de 3 de outubro de 2014. Altera a Resolução Normativa - RN nº 85, de 7 de dezembro de 2004, que dispõe sobre a concessão de autorização de funcionamento das operadoras de planos privados de assistência à saúde, a Resolução (2014). Brasil.

ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). Resolução normativa - RN n. 387, de 28 de outubro de 2015. Atualiza o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura assistencial mínima nos planos privados de assistência à saúde, contratados a partir de 1º de j (2015). Brasil. Recuperado em 20 de maio, 2017, de <http://www.ans.gov.br/component/legislacao/?view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=MzExMA==>

ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). (2017a). ANS tabnet. Recuperado em 25 de setembro, 2017, de <http://www.ans.gov.br/anstabnet/>

ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). (2018). Dados Gerais. Recuperado em 7 de setembro, 2018, de <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>

Araújo, J. D. (1977). As peculiaridades do mercado de serviços de saúde. *Revista de Administração Pública*, 11(3), 97–109. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Aspers, P. (2008). Analyzing order: social structure and value in the economic sphere. *International Review of Sociology*, 18(2), 301–316. <https://doi.org/10.1080/03906700802087894>

Aspers, P. (2009). Knowledge and valuation in markets. *Theory and Society*, 38(2), 111–131. <https://doi.org/10.1007/s11186-008-9078-9>

Aspers, P. (2010). *Orderly Fashion : A Sociology of Markets*. (P. Aspers, Org.). Princeton: Princeton University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

- Aspers, P. (2011). *Markets: Economy and Society*. Cambridge: Polity Press.
- Aspers, P. (2013). Quality and Temporality in Timber Markets. In J. Beckert & C. Musselin (Orgs.), *Constructing Quality: The Classification of Goods in Markets.2* (p. 58–76). Oxford - MA: Oxford University Press.
- Aspers, P., & Beckert, J. (2011). Value in Markets. In J. Beckert & P. Aspers (Orgs.), *The Worth of Goods: Valuation and Pricing in the Economy*. New York: Oxford University Press.
- Ayrosa, E. A. T., & Sauerbronn, J. F. R. R. (2006). Uma introdução ao uso de métodos qualitativos de pesquisa em comportamento do consumidor. In M. M. F. Vieira & D. M. Zouain (Orgs.), *Pesquisa Qualitativa em Administração*. (p. 185). Rio de Janeiro: FGV.
- Bahia, L. (2001). O mercado de planos e seguros de saúde no Brasil: tendências pós-regulamentação. In B. Negri & G. Di Giovanni (Orgs.), *Brasil: radiografia da saúde* (p. 325–361). Campinas: Unicamp/IE.
- Bahia, L., & Viana, A. L. (2002). Introdução. In M. da S. A. N. de S. S. Brasil (Org.), *Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar* (p. 264). Rio de Janeiro: ANS. Recuperado em de http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_saude.pdf
- Bandeira-de-Mello, R., & Cunha, C. (2007). Grounded Theory. In C. K. Godoi, R. Bandeira-de-Mello, & C. Cunha (Orgs.), *Pesquisas qualitativas em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos*. (p. 241–266). São Paulo: Saraiva.
- Beckert, J. (1996). What is sociological about economic sociology? Uncertainty and the embeddedness of economic action. *Theory and Society*, 25, 803–840. Recuperado em de <https://link-springer-com.ez79.periodicos.capes.gov.br/content/pdf/10.1007%2F00159817.pdf>
- Beckert, J. (2002). The Limits of the Rational-Actor Model as a Microfoundation of Economic Efficiency. In *Beyond The Market: The Social Foundations of Economic Efficiency*. Princeton: Princeton University Press.
- Beckert, J. (2007). *The Great Transformation of Embeddedness: Karl Polanyi and the New Economic Sociology*. MPIfF Discussion Paper (Vol. 07/1). Cologne. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511581380.003>
- Beckert, J. (2009). The social order of markets. *Theory and Society*, 38(3), 245–269. <https://doi.org/10.1007/s11186-008-9082-0>
- Beckert, J. (2011). The Transcending Power of Goods: Imaginative Value in the Economy. In J. Beckert & P. Aspers (Orgs.), *The Worth of Goods: Valuation and Pricing in the Economy2* (p. 106–128). New York: Oxford University Press.
- Beckert, J. (2012). The “social order of markets” approach: A reply to Kurtulus Gemici. *Theory and Society*, 41(1), 119–125. <https://doi.org/10.1007/s11186-011-9160-6>
- Beckert, J., & Musselin, C. (2013). Introduction. In J. Beckert & C. Musselin (Orgs.), *Constructing Quality: The Classification of Goods in Markets*. Oxford: Oxford University Press.

- Bialecki, M., O'Leary, S., & Smith, D. (2017). Judgement devices and the evaluation of singularities: The use of performance ratings and narrative information to guide film viewer choice. *Management Accounting Research*, 35, 56–65. <https://doi.org/10.1016/j.mar.2016.01.005>
- Boltanski, L., & Thévenot, L. (2006). *On Justification: Economies of Worth*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Bourdieu, P. (2005). Principles of an Economic Anthropology. In N. J. Smelser & R. Swedberg (Orgs.), *The Handbook of Economic Sociology* (p. 75–89). Princeton: Princeton University Press.
- Bourdieu, P., & Wacquant, L. (2013). Symbolic capital and social classes. *Journal of Classical Sociology*, 13(2), 292–302. <https://doi.org/10.1177/1468795X12468736>
- Brasil (Conselho Nacional de Secretários de Saúde). (2015). Saúde Suplementar. Recuperado em 2 de janeiro, 2017, de http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/atualizacao-2015/L12_SAUDE-SUPLEMENTAR_jun2015.pdf.
- Brasil (Ministério do Planejamento). (2016). Orçamentos da União exercício financeiro 2016. Recuperado em 9 de julho, 2017, de http://www.orcamentofederal.gov.br/orcamentos-anuais/orcamento-2016/ploa/volumeiv_tomoi.pdf
- Brasil (Presidência da República). Lei n. 9.656, de 3 de Junho de 1998. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. (1998). Brasil. Recuperado em de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm
- Brasil (Presidência da República). Lei n. 9.961 de 28 de Janeiro de 2000. Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências. (2000). Brasil. Recuperado em 15 de outubro, 2017, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9961.htm
- Brasil (Presidência da República). Lei n. 10.185, de 12 de Fevereiro de 2001. (2001). Brasil. Recuperado em 15 de outubro, 2017, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10185.htm
- Bryan, A. (2012). *Social research methods*. (4th ed.). New York: Oxford University Press.
- Callon, M., & Méadel, C. (2002). The Economy of Qualities. *Economy and Society*, 31(2), 194–217. <https://doi.org/10.1080/03085140220123126>
- Casemiro, L. (2017). Operadoras de plano de saúde ampliam receita, apesar de perda de clientes. Recuperado em 15 de outubro, 2017, de <https://oglobo.globo.com/economia/operadoras-de-plano-de-saude-ampliam-receita-apesar-de-perda-de-clientes-21544177>
- Cechin, J. (2008). *A história e os desafios da saúde suplementar: 10 anos de regulação*. São paulo: Saraiva.
- Cervo, A. L., Bervian, P. A., & Silva, R. (2007). *Metodologia Científica*. (6 ed.). São Paulo: Pearson Prentice Hall.
- Charmaz, K. (2009). *A construção da teoria fundamentada*. Porto Alegre: Artmed.

- Chizzotti, A. (2005). *Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. (7 ed.). São Paulo: Cortez.
- Constituição da República Federativa do Brasil. (1988). Recuperado em 2 de janeiro, 2017, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm.
- Cooper, D. R., & Schindler, P. S. (2003). *Métodos de pesquisa em administração*. (7 ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Costa, R. M. (1998). A Unimed e o mercado de assistência à saúde. In N. L. MAY (Org.), *Compêndio de cooperativismo Unimed* (p. 115–123). Porto Alegre: WS.
- Creswell, J. W. (2007). *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto* (2 ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2006). Introdução. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Orgs.), *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. (2 ed., p. 15–41). Porto Alegre: Artmed.
- Dobbin, F. (2004). The Sociological View of the Economy. In F. Dobbin (Org.), *The New Economic Sociology: A Reader* (p. 1–46). Princeton: Princeton University Press.
- Eberle, L. (2014). *Valor Percebido, Reputação, Confiança E Custos De Troca Como Determinantes Da Retenção De Clientes*. Universidade Caxias do Sul e Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- Fligstein, N. (1996). Markets as Politics: A Political-Cultural Approach to Market Institutions. *American Sociological Review*, 61(4), 656–673.
- Fligstein, N. (2002). *The Architecture of Markets: An Economic Sociology of Twenty-First-Century Capitalist Societies*. (2nd ed.). Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Fligstein, N. (2005). The Political and Economic Sociology of International Economic Arrangements. In N. J. Smelser & R. Swedberg (Orgs.), *The Handbook of Economic Sociology* (2nd ed.). New York: Princeton University Press.
- Fligstein, N., & Dauter, L. (2012). a Sociologia Dos Mercados. *Caderno CRH*, 25(66), 481–504. Recuperado em de <https://portalseer.ufba.br/index.php/crh/article/view/19426/12558>
- Fligstein, N., & McAdam, D. (2012). *A Theory of Fields*. New York: Oxford University Press.
- Fourcade, M. (2007). Theories of Markets and Theories of Society. *American Behavioral Scientist*, 50(8), 1015–1034. <https://doi.org/10.1177/0002764207299351>
- Gaskell, G. (2007). Entrevistas individuais e grupais. In M. W. Bauer & G. Gaskell (Orgs.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*.2 (6 ed., p. 64–89). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1967). *The discovery of Grounded Theory: strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine Transaction.
- Godoi, C. K., & Mattos, P. L. C. L. (2006). Entrevista qualitativa: instrumento de

- pesquisa e evento dialógico. In A. B. Silva, C. K. Godoi, & R. Bandeira-de-Melo (Orgs.), *Pesquisa Qualitativa em Estudos Organizacionais: Paradigmas, Estratégias e Métodos*. (p. 301–323). São Paulo: Saraiva.
- Granovetter, M. (1985). Economic Action and Social Structure : The Problem of Embeddedness, *91*(3), 481–510.
- Granovetter, M., & Swedberg, R. (2011). Introduction to the Third Edition. In M. Granovetter & R. Swedberg (Orgs.), *The Sociology of Economic Life* (3rd ed., p. xiii–xli). Boulder: Westview Press.
- Hoff, T. (2014). Remember It Is a Workplace: Health Care Organizations as Sociological Artifacts. In S. S. F. Mick & P. D. Shay (Orgs.), *Advances in Health Care Organization Theory* (Second Edi, p. 153–178). San Francisco: Jossey-Bass. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Karpik, L. (2010). *Valuing the Unique: The Economics of singularities*. Princeton: Princeton University Press.
- Koçak, Ö. (2003). *Social Orders of Exchange: Effects and Origins of Social Order in Exchange Markets*. Stanford University, Palo Alto, CA.
- Lamont, M. (2012). Toward a Comparative Sociology of Valuation and Evaluation. *Annual Review of Sociology*, *38*(1), 201–221. <https://doi.org/10.1146/annurev-soc-070308-120022>
- Levy, S. J. (1959). Symbols for Sale. *Harvard Business Review*, *37*, 117–124.
- Menicucci, T. M. G. (2007). *Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória*. Rio de Janeiro: Fiocruz. Recuperado em de <http://static.scielo.org/scielobooks/tr7y8/pdf/menicucci-9788575413562.pdf>
- Milan, G. S., & Trez, G. (2005). Pesquisa de satisfação: um modelo para planos de saúde. *RAE Eletronica*, *4*(2).
- Miles, M. B., & Huberman, A. M. (1996). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. (2 nd ed.). California: Sage. [https://doi.org/10.1016/0149-7189\(96\)88232-2](https://doi.org/10.1016/0149-7189(96)88232-2)
- Neri, A. S. C. (2015). *A influência da qualidade percebida, do valor percebido e do custo de mudança sobre a lealdade dos usuários do serviços de saúde suplementar*. Universidade Nove de Julho - UNINOVE. Recuperado em de Dissertação (Mestrado)
- Noles, R. K., & Roush, J. R. (1962). Consumers' Egg Preferences and Their Relationship to United States Quality Standards. *Illinois Agricultural Economics*, *2*(1), 21–26.
- Ocké-Reis, C. O., Andreazzi, M. D. F. S. De, & Silveira, F. G. (2006). O mercado de planos de saúde no Brasil: uma criação do estado? *Revista de Economia Contemporânea*, *10*(1), 157–185. <https://doi.org/10.1590/S1415-98482006000100007>
- Pó, M. (2011). Institucionalidade e desafios da regulação na área de saúde no Brasil. In N. R. Santos & P. D. C. Amarante (Orgs.), *Gestão pública e relação público privado na saúde* (p. 220–243). Rio de Janeiro: Cebes.

- Podolny, J. M. (1993). A status-based model of market competition. *American Journal of Sociology*, 98(4), 829–872.
- Podolny, J. M. (1994). Market uncertainty and the social character of economic exchange. *Administrative Science Quarterly*, 39(3), 458–483.
<https://doi.org/10.2307/2393299>
- Podolny, J. M. (2005). *Status Signals: A Sociological Study of Market Competition*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Polanyi, K. (2011). The Economy as Instituted Process. In M. Granovetter & R. Swedberg (Orgs.), *The Sociology of Economic Life* 2. Bolder: Westview Press.
- Raupp, F. M., & Beuren, I. M. (2004). Metodologia da Pesquisa Aplicável às Ciências Sociais. In I. M. Beuren (Org.), *Como elaborar trabalhos monográficos em contabilidade: teoria e prática*. (p. 76–97). São Paulo: Atlas.
- Ribeiro, J. M. (2001). Regulação e contratualização no Setor da Saúde. In B. Negri & G. Di Giovanni (Orgs.), *Brasil: radiografia da saúde* (p. 409–443). Campinas: Unicamp/IE.
- Richardson, R. J. (1999). *Pesquisa social: métodos e técnicas*. (3 ed.). São Paulo: Atlas.
- Richins, M. L. (1994). Valuing Things: The Public and Private Meanings of Possessions. *Journal of Consumer Research*, 21(3), 504–521.
<https://doi.org/10.1086/209414>
- Rössel, J., & Beckert, J. (2013). Quality Classifications in Competition: price Formation in the German Wine Market. In J. Beckert & C. Musselin (Orgs.), *Constructing Quality: The Classification of Goods in Markets*. (p. 288–315). Oxford: Oxford University Press.
- Sierra, F. (1998). Función y sentido de la entrevista cualitativa en investigación social. In L. J. G. Cáceres (Org.), *Técnicas de investigación em sociedade, cultura y comunicación*. (p. 277–347). México: Prentice Hall.
- Smelser, N. J., & Swedberg, R. (2005). Introduction. In N. J. Smelser & R. Swedberg (Orgs.), *The Handbook of Economic Sociology* (2nd ed.). New York: Princeton University Press.
- Stark, D. (2009). *The Sense of Dissonance: Accounts of Worth in Economic Life*. Princeton: Princeton University Press. Recuperado em de <http://books.google.com/books?id=mBuOA5QyIGsC&pgis=1>
- Strauss, A., & Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. (2 ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Swedberg, R. (2003). *Principles of Economic Sociology. Rassegna Italiana di Sociologia* (Vol. 45). Princeton: Princeton University Press.
<https://doi.org/10.1177/009430610403300520>
- Tarozzi, M. (2011). *O que é Grounded Theory?: metodologia de pesquisa e de teoria fundamentada nos dados*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Trigilia, C. (2002). *Economic Sociology: State, Market, and Society in Modern Capitalism*. Oxford - MA: Blackwell Publishing.

- Triviños, A. N. S. (2006). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas.
- Veblen, T. (2007). *The Theory of the Leisure Class*. (M. Banta, Org.). New York: Oxford University Press.
- Viana, A. L., Gerschman, S., Ibañez, N., & Parada, R. (2002). Estado e Regulação da Saúde. In Brasil. (Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar) (Org.), *Regulação & Saúde: estrutura, evolução e perspectivas da assistência médica suplementar* (p. 264). Rio de Janeiro: ANS. Recuperado em de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/regulacao_saude.pdf
- Wherry, F. F. (2012). *The Culture of Markets*. Cambridge: Polity Press.
- Zafirovski, M. (1999). Economic Sociology in Retrospect and Prospect: In Search of its Identity within Economics and Sociology. *American Journal of Economics and Sociology*, 58(4), 583–627. <https://doi.org/10.1086/250095>
- Zelizer, V. (1978). Human Values and the Market: The Case of Life Insurance and Death in 19th-Century America. *American Journal of Sociology*, 84(3), 591–610.
- Zelizer, V. (2005). Culture and Consumption. In N. J. Smelser & R. Swedberg (Orgs.), *The Handbook of Economic Sociology*2 (2nd ed.). New York: Princeton University Press.
- Zilber, M. A., & Lazarini, L. C. (2008). Estratégias competitivas na área da saúde no Brasil: um estudo exploratório. *Revista de Administração Contemporânea*, 12(1), 131–154. <https://doi.org/10.1590/S1415-65552008000100007>

APÊNDICE A – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS

| Perguntas | Perguntas acessórias | Objetivo |
|---|---|---|
| Questões Iniciais | | |
| Perfil do entrevistado | | |
| Conte-me um pouco sobre você. | Qual é a sua idade? | Conhecer o perfil do entrevistado. |
| | Qual é o seu estado civil? | |
| | Possui filhos? | |
| | Qual a sua escolaridade? | |
| | Qual a sua profissão? | |
| | Qual a renda da sua família em salários mínimos? | |
| Relação do entrevistado com a saúde | | |
| Conte-me sobre os seus cuidados com a saúde. | Você já teve algum problema de saúde? | Conhecer a relação que o entrevistado tem com os cuidados com a saúde. |
| | Você já passou por algum procedimento cirúrgico? | |
| | Você já precisou ser internado? | |
| | Você costuma fazer exames de rotina? | |
| Histórico das experiências familiares do entrevistado com relação à saúde | | |
| Conte-me sobre a sua família e a relação dela com a assistência à saúde. | Alguém da sua família já teve algum problema de saúde? | Conhecer a relação que os familiares do entrevistado têm com os cuidados com a saúde. |
| | Alguém já passou procedimento cirúrgico? | |
| | Alguém já precisou ser internado? | |
| | Seus familiares costumam fazer exames de rotina? | |
| Perfil do usuário dos serviços públicos de assistência à de saúde | | |
| Conte-me sobre a sua experiência com os serviços públicos de assistência à saúde. | Você já foi atendido pela rede pública de assistência à saúde? | Conhecer a experiência do entrevistado com os serviços públicos de saúde. |
| | Como foi a sua experiência? | |
| | Alguém da sua família já foi atendido pela rede pública de assistência à saúde? | |
| | Como foi a experiência? | |
| Questões Intermediárias | | |
| Qualidade | | |
| Diga-me o que você pensa a respeito dos planos de saúde. | Desde quando você tem plano? | Identificar as qualidades percebidas pelo entrevistado com relação aos planos de saúde. |
| | Por que você contratou um plano de saúde? | |
| | De qual operadora é o seu plano? | |

| | | |
|---|--|--|
| Fale-me do seu plano de saúde. | Você contratou o plano diretamente com a operadora ou o plano é pela empresa que você trabalha ou alguma associação? | Identificar as qualidades percebidas pelo entrevistado com relação ao seu plano de saúde. |
| | Qual o tipo de acomodação contratado? | |
| | Tem algum tipo de coparticipação? | |
| | O seu plano atende às suas expectativas? | |
| | Você conhece os seus direitos com relação ao plano? | |
| Status e reputação | | |
| No seu ponto de vista, o que levou você a escolher esse plano de saúde e não outro. | O nome da operadora foi essencial para escolha? | Identificar as qualidades percebidas pelo entrevistado relacionadas ao <i>status</i> e à reputação que podem ou não influenciar o valor atribuído ao plano de saúde. |
| | A classificação das operadoras pela ANS influenciou na sua escolha? | |
| Dispositivos de julgamento | | |
| Como foi o processo de escolha do seu plano de saúde? | Você pesquisou em algum lugar sobre a qualidade do plano e da operadora? Onde? | Identificar as qualidades percebidas pelo entrevistado relacionadas aos dispositivos de julgamento que podem ou não influenciar o valor atribuído ao plano de saúde. |
| | Você recorreu a recomendações de pessoas próximas no processo de escolha do seu plano? | |
| | Você fez uso de algum tipo de ranking onde o seu plano ou operadora aparecem listados? | |
| Questões Finais | | |
| Qual é a sua opinião sobre a contratação de um plano de saúde privado, considerando que há a assistência à saúde pública? | O que você pensa sobre pagar por um serviço que é oferecido de forma gratuita pelo estado? | |
| Na sua opinião, o preço influenciou na escolha do seu plano de saúde atual? | Mesmo encontrando um plano com preço inferior, você teria optado por esse? | |
| | Na sua opinião, o preço é sinal de qualidade? | |
| Como explica o valor que o seu plano de saúde tem para você? | | |
| Existe alguma coisa que você não tenha pensado antes e que a entrevista lhe levou a pensar? | | |
| Existe algo que você queira me perguntar? | | |
| Você gostaria de complementar essa entrevista com mais algum comentário? | | |