

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE**

ANNA SOFIA COSTA NERI

**A INFLUÊNCIA DA QUALIDADE PERCEBIDA, DO VALOR PERCEBIDO E DO
CUSTO DE MUDANÇA SOBRE A LEALDADE DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO DE
SAÚDE SUPLEMENTAR**

São Paulo

2015

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE**

ANNA SOFIA COSTA NERI

**A INFLUÊNCIA DA QUALIDADE PERCEBIDA, DO VALOR PERCEBIDO E DO
CUSTO DE MUDANÇA SOBRE A LEALDADE DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO DE
SAÚDE SUPLEMENTAR**

São Paulo

2015

Anna Sofia Costa Neri

**A INFLUÊNCIA DA QUALIDADE PERCEBIDA, DO VALOR PERCEBIDO E DO
CUSTO DE MUDANÇA SOBRE A LEALDADE DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO DE
SAÚDE SUPLEMENTAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde**.

Orientador: Prof. Dr. Renato Ribeiro Nogueira Ferraz
Co-Orientador: Prof. Dr. Evandro Luiz Lopes

São Paulo

2015

FICHA CATALOGRÁFICA

Neri, Anna Sofia Costa.

A influência da qualidade percebida, do valor percebido e do custo de mudança sobre a lealdade dos usuários do serviço de saúde suplementar./

Anna Sofia Costa Neri. 2015.

153f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2015.

Orientador (a): prof. Dr. Renato Ribeiro Nogueira Ferraz.

3. Gestão em saúde. 2. Saúde suplementar. 3. Qualidade percebida. 4. Valor percebido. 5. Lealdade. 6. Custo de mudança.

I. Ferraz, Renato Ribeiro Nogueira.

II. Título

CDU 658:616

ANNA SOFIA COSTA NERI

**A INFLUÊNCIA DA QUALIDADE PERCEBIDA, DO VALOR PERCEBIDO E DO
CUSTO DE MUDANÇA SOBRE A LEALDADE DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO DE
SAÚDE SUPLEMENTAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde**.

Prof. Dr. Renato Ribeiro Nogueira Ferraz – Universidade Nove de Julho – UNINOVE

Prof. Dr. George Bedinelli Rossi – Universidade de São Paulo – USP

Profa. Dra. Sônia Francisca Monken – Universidade Nove de Julho – UNINOVE

Prof. Dra. Bianca Fréo – Universidade Braz Cubas (Suplente)

Prof. Dr. Antônio Pires Barbosa – Universidade Nove de Julho – UNINOVE (Suplente)

Carlos Eduardo Gonçalves Saraiva – Pontifícia Universidade Católica – PUC (Profissional convidado)

São Paulo, 07 de Dezembro de 2015.

Dedico esse trabalho a todos aqueles que
direta e indiretamente contribuíram para
a sua construção e à minha família, fonte
de inspiração incondicional.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por permitir tornar esse sonho possível, me guiando com sabedoria e força em todos os momentos.

Ao meu esposo Hérmani, por todo carinho e apoio, compartilhando comigo cada momento da construção desse sonho, compreendendo as minhas ausências, me apoiando em cada momento de angústia e insegurança e comemorando cada vitória alcançada ao longo do caminho.

Aos meus amados pais, Benjamim (*In memoriam*) e Faraídes, por todo esforço e dedicação na construção da minha formação e apoio incondicional aos meus projetos. Aos meus queridos irmãos Laila, Gustavo e Beatriz, por alegrarem minha vida com suas brincadeiras, incentivos e pela boa energia transmitida. Obrigada por entenderem a minha ausência.

Ao meu orientador, Prof. Renato Ferraz, por sua dedicação, orientação, apoio e paciência na construção desse trabalho. Por compartilhar comigo seus conhecimentos, me provendo de instrumentos para o meu desenvolvimento, por ser persistente, e por me incentivar nos momentos em que me senti menos capaz. Por se tornar um grande amigo ao longo desse processo, conquistando a minha confiança e profunda admiração. Por isso tudo esse trabalho é uma construção nossa. Muito obrigada!

Ao meu co-orientador, Prof. Evandro Lopes, que com seus conhecimentos e sua paciência esclareceu as minhas dúvidas, me incentivou a desenvolver esse projeto, compartilhando comigo generosamente seus conhecimentos estatísticos.

Aos queridos amigos da Turma do Mestrado de Gestão em Sistemas de Saúde por todo o companheirismo, amizade e respeito. Por me acolherem com tamanho carinho, tornando esse percurso mais leve e divertido.

A todos os professores do programa de mestrado por compartilharem seus preciosos conhecimentos e a todas as funcionárias da biblioteca do mestrado, pela parceria, incentivo, carinho e cuidado nos muitos momentos vividos na biblioteca, às secretárias Vânia, Carol e em especial à Queli, por estarem sempre disponíveis e me acolherem com muito carinho.

Aos meus amigos queridos, pelo incentivo, apoio e carinho. Em especial à Fany Peixoto e Emanuelle Bernardo, por me acolherem com carinho, apoio e cuidado em todos os momentos.

Tudo isso não seria possível sem vocês!

Muito Obrigada!

RESUMO

O setor de serviços tem apresentado constante expansão na economia brasileira, refletindo diretamente em resultados financeiros expressivos para o país. O setor de saúde suplementar está inserido nesse contexto e, diante da incapacidade na prestação de serviços públicos de saúde à população de forma universal, se apresenta como um elemento indispensável no quadro atualmente vigente no Brasil. O crescimento do setor proporcionou a competitividade entre as operadoras de planos de saúde, exigindo que estas empresas busquem captar e manter clientes leais aos seus serviços, conseqüentemente, mantendo-se competitivas. Entretanto, um considerável volume de reclamações dos clientes desse mercado é apresentado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. Identificando a relação entre qualidade percebida, valor percebido e custo de mudança como conceitos que influenciam a lealdade do cliente, este trabalho buscou entender a referida relação junto aos usuários dos serviços de saúde suplementar. Estes, por sua vez, forneceram informações por meio do preenchimento de um questionário que foi utilizado para construção de um modelo teórico analisado por meio da modelagem de equações estruturais com a utilização da técnica dos mínimos quadrados parciais (PLS). O suporte teórico utilizado neste trabalho apresenta os conceitos formadores e influenciadores da lealdade do cliente. Os resultados demonstraram o entendimento dos usuários quanto ao atendimento dos aspectos estudados, tanto em sua relação com o plano de saúde, como em sua relação com o hospital que mais utiliza com seu plano. As relações entre os conceitos apresentados no modelo foram, em sua maioria, positivas, com exceção da influência do valor percebido pelo cliente em relação ao plano de saúde sobre a lealdade ao hospital, e a influência que do valor percebido pelo cliente no hospital sobre a lealdade do cliente ao plano de saúde.

Palavras-chave: Gestão em saúde, saúde suplementar, qualidade percebida, valor percebido, lealdade, custo de mudança.

ABSTRACT

The service sector has shown steady expansion in the Brazilian economy, reflecting directly expressive financial results for the country. The health insurance sector is inserted in this context and in the face of disability in the provision of public health services to the population in a universal way, it presents itself as an indispensable element in the framework currently in force in Brazil. The sector's growth has provided an intense competition between operators of health plans by requiring these companies seek to capture and keep customers loyal to their services, thus remaining competitive. However, a considerable amount of customer complaints of this market is presented by the National Health Agency. Identifying the relationship between perceived quality, perceived value and cost of change as trainers concepts of customer loyalty, this study sought to understand that relationship with users of supplemental health services. These, in turn, provided information by completing a validated questionnaire that was used to build a theoretical model analyzed by structural equation modeling with the use of partial least squares technique (PLS). The theoretical framework used in this paper presents the trainers concepts and customer loyalty influencers. The results demonstrated an understanding of users and service aspects of the study, both in its relationship to the health insurance, as in its relationship with the hospital use most with your plan. Relations between the concepts presented in the model were mostly positive, except for the influence of the value perceived by the customer in relation to the health plan on loyalty to the hospital, and the influence of the value perceived by the customer in the hospital on customer loyalty to the health plan.

Keywords: Health care management, health insurance, perceived quality, perceived value, loyalty, switching cost.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Modelo de qualidade de serviço	29
FIGURA 2: Determinantes da qualidade.....	32
FIGURA 3: Modelo do índice de satisfação do cliente norte-americano.....	34
FIGURA 4: Formação do valor percebido.	35
FIGURA 5: Conceitos de valor	36
FIGURA 6: Formas de lealdade	40
FIGURA 7: Hipóteses sobre qualidade percebida e as dimensões da qualidade	46
FIGURA 8: Hipóteses sobre qualidade percebida, valor percebido e lealdade.....	47
FIGURA 9: Hipóteses sobre custo de mudança e lealdade	47
FIGURA 10: Modelo teórico proposto.....	48
FIGURA 11: Tipos de pesquisa em <i>marketing</i>	49
FIGURA 12: Principais características das pesquisas quantitativas e qualitativas	56
FIGURA 13: Escala de qualidade percebida – Dimensão de tangibilidade	58
FIGURA 14: Escala de qualidade percebida – Dimensão de confiabilidade	59
FIGURA 15: Escala de qualidade percebida – Dimensão de prestação.....	60
FIGURA 16 Escala de qualidade percebida – Dimensão de segurança	61
FIGURA 17: Escala de qualidade percebida – Dimensão de empatia	61
FIGURA 18: Escala de valor percebido	62
FIGURA 19: Escala de lealdade.....	63
FIGURA 20: Escala de custo de mudança	64
FIGURA 21: Questões éticas e o processo de pesquisa.....	69
FIGURA 22: Estado civil dos respondentes.....	72
FIGURA 23: Número de filhos dos respondentes.....	72
FIGURA 24: Nível de escolaridade dos respondentes	73
FIGURA 25: Relação dos planos de saúde avaliados	74
FIGURA 26: Tipos de planos de saúde avaliados	75
FIGURA 27: Abrangência de atendimento do plano	75
FIGURA 28: Verificação da multicolinearidade das variáveis	77
FIGURA 29: Teste de normalidade – Kolmogorov Smirnov	78
FIGURA 30: Variáveis do constructo tangibilidade do plano de saúde.....	79
FIGURA 31: Frequência do constructo tangibilidade do plano de saúde	80
FIGURA 32: Medidas do constructo tangibilidade do plano de saúde	80
FIGURA 33: Variáveis do constructo tangibilidade do hospital.....	80

FIGURA 34: Frequência do constructo tangibilidade do hospital	81
FIGURA 35: Medidas do constructo tangibilidade do hospital	81
FIGURA 36: Variáveis do constructo prestação do plano de saúde	82
FIGURA 37: Frequência do constructo prestação do plano de saúde	82
FIGURA 38: Medidas do constructo prestação do plano de saúde	83
FIGURA 39: Variáveis do constructo prestação do hospital	83
FIGURA 40: Frequência do constructo prestação do hospital	84
FIGURA 41: Medidas do constructo prestação do hospital	84
FIGURA 42: Variáveis do constructo confiabilidade do plano de saúde.....	85
FIGURA 43: Frequência do constructo confiabilidade do plano de saúde	85
FIGURA 44: Medidas do constructo confiabilidade do plano de saúde	86
FIGURA 45: Variáveis do constructo confiabilidade do hospital.....	86
FIGURA 46: Frequência do constructo confiabilidade do hospital	87
FIGURA 47: Medidas do constructo confiabilidade do hospital	87
FIGURA 48: Variáveis do constructo segurança do plano de saúde	88
FIGURA 49: Frequência do constructo segurança do plano de saúde	88
FIGURA 50: Medidas do constructo segurança do plano de saúde	89
FIGURA 51: Variáveis do constructo segurança do hospital.....	89
FIGURA 52: Frequência do constructo segurança do hospital	90
FIGURA 53: Medidas do constructo segurança do hospital	90
FIGURA 54: Variáveis do constructo empatia do plano de saúde.....	91
FIGURA 55: Frequência do constructo empatia do plano de saúde	92
FIGURA 56: Medidas do constructo empatia do plano de saúde	92
FIGURA 57: Variáveis do constructo empatia do hospital.....	92
FIGURA 58: Frequência do constructo empatia do hospital	93
FIGURA 59: Medidas do constructo empatia do hospital	93
FIGURA 60: Variáveis do constructo valor percebido do plano de saúde	94
FIGURA 61: Frequência do constructo valor percebido do plano de saúde.....	94
FIGURA 62: Medidas do constructo valor percebido do plano de saúde	95
FIGURA 63: Variáveis do constructo valor percebido do hospital.....	95
FIGURA 64: Frequência do constructo valor percebido do hospital	96
FIGURA 65: Medidas do constructo valor percebido do hospital	96
FIGURA 66: Variáveis do constructo lealdade do plano de saúde	97
FIGURA 67: Frequência do constructo lealdade do plano de saúde.....	97

FIGURA 68: Medidas do constructo lealdade do plano de saúde.....	98
FIGURA 69: Variáveis do constructo lealdade do hospital	98
FIGURA 70: Frequência do constructo lealdade do hospital.....	99
FIGURA 71: Medidas do constructo lealdade do hospital.....	99
FIGURA 72: Variáveis do constructo custo de mudança do plano de saúde.....	100
FIGURA 73: Frequência do constructo custo de mudança do plano de saúde	101
FIGURA 74: Medidas do constructo custo de mudança do plano de saúde	101
FIGURA 75: Variáveis do constructo custo de mudança do hospital.....	102
FIGURA 76: Frequência do constructo custo de mudança do hospital	102
FIGURA 77: Medidas do constructo custo de mudança do hospital	103
FIGURA 78: Indicadores da primeira tentativa de MEE	104
FIGURA 79: Indicadores da segunda tentativa de MEE.....	105
FIGURA 80: Validação convergente do MEE.....	106
FIGURA 81: Validação convergente do MEE (2)	106
FIGURA 82: Análise de Validade Discriminante – 1ª tentativa	108
FIGURA 83: MME após eliminação das variáveis da Validade Discriminante–1ª rodada..	109
FIGURA 84: Indicadores da terceira tentativa de MEE.....	110
FIGURA 85: Análise de Validade Discriminante – 2ª tentativa	111
FIGURA 86: MME após eliminação das variáveis da Validade Discriminante–2ª rodada..	112
FIGURA 87: Análise de Validade Discriminante – 3ª tentativa	113
FIGURA 88: Avaliação do R ²	114
FIGURA 89: Cargas das relações entre os constructos.....	115
FIGURA 90: Modelo Estrutural.....	116
FIGURA 91: Bootstrapping dos caminhos.....	118
FIGURA 92: Bootstrapping dos caminhos (2).....	119
FIGURA 93: Quadro geral de teste das hipóteses.....	124

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
B2B – *Business to Business*
B2C – *Business to Consumer*
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa
IBDC – Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor
ISCN – Modelo do Índice de Satisfação Norte-Americano
LISREL – *Linear Structural Relationship*
MEE – Modelagem por Equações Estruturais
PIB – Produto Interno Bruto
PLS – *Partial Least Square*
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	PROBLEMA DE PESQUISA	19
1.1.1	Questão de Pesquisa	21
1.2	OBJETIVOS	21
1.2.1	Geral	21
1.2.2	Específicos.....	21
1.3	JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA	21
1.4	ESTRUTURA DO TRABALHO	23
2	REFERENCIAL TEÓRICO	24
2.1	QUALIDADE PERCEBIDA	24
2.2	VALOR PERCEBIDO	34
2.3	LEALDADE.....	39
2.4	CUSTO DE MUDANÇA	43
2.5	FORMULAÇÃO DE HIPÓTESES PARA CONFIGURAÇÃO DO MODELO	44
3	MÉTODO E TÉCNICAS DE PESQUISA	49
3.1	NATUREZA DA PESQUISA.....	49
3.2	AMOSTRA.....	53
3.3	PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	56
3.3.1	Descrição do instrumento de coleta.....	57
3.3.2	Aplicação do Questionário	65
3.4	PROCEDIMENTOS E ANÁLISE DOS DADOS	66
3.5	ÉTICA	67
3.6	LIMITAÇÕES DO MÉTODO	70
4	RESULTADOS DA PESQUISA	71
4.1	PREPARAÇÃO DOS DADOS COLETADOS	71

4.1.1	Perfil da amostra.....	71
4.1.2	Verificação da ausência de multicolinearidade	76
4.1.3	Verificação da normalidade.....	77
4.2	ANÁLISE DESCRITIVA DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS	78
4.2.1	Frequências do constructo qualidade percebida	79
4.2.2	Frequências do constructo valor percebido	94
4.2.3	Frequências do constructo lealdade.....	96
4.2.4	Frequências do constructo custo de mudança.....	99
4.3	MODELAGEM ESTRUTURAL (TENTATIVA 1).....	103
4.3.1	Verificação da validade convergente.....	103
4.4	MODELAGEM ESTRUTURAL (TENTATIVA 2).....	105
4.4.1	Verificação da validade discriminante	107
4.5	MODELAGEM ESTRUTURAL (TENTATIVA 3).....	109
4.5.1	Verificação da validade discriminante	110
4.6	MODELAGEM ESTRUTURAL (TENTATIVA 4).....	112
4.7	VERIFICAÇÃO DA SIGNIFICÂNCIA DOS CAMINHOS.....	115
4.7.1	<i>Bootstrapping</i>	117
4.8	ANÁLISE DOS CAMINHOS E TESTE DAS HIPÓTESES	119
4.9	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	126
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	131
5.1	LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DE PESQUISAS FUTURAS.....	132
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA APLICADO.....	141
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	149
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	152

1 INTRODUÇÃO

O setor de serviços tem se mostrado bastante significativo para a economia brasileira e mundial, representando o maior de seus segmentos. No Brasil, segundo dados do Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior, apresentou um crescimento nominal de 6% no ano de 2014 em relação ao ano de 2013 (BRASIL, 2014). Apesar de ter havido uma desaceleração no crescimento comparando-se os anos de 2012 e 2013 (8,5%), o setor representou 69,4% do PIB (Produto Interno Bruto) do Brasil no ano de 2013 (BRASIL, 2015). Sendo um setor em grande expansão, a sua importância econômica também pode ser identificada nos dados do Ministério do Trabalho e Emprego, onde se aponta que 76% das vagas de empregos formais preenchidas no ano de 2013 foram destinadas ao setor de serviços, o que reflete diretamente nos resultados econômicos do país. Os dados apresentados apontam a relevância do setor, resultado de esforços de diversas áreas para a melhoria e fortalecimento dos serviços ofertados, buscando maior eficácia e satisfação de clientes, e assim mantendo as empresas em um mercado que tem se mostrado cada vez mais competitivo. Os serviços de saúde estão inseridos nesse cenário. Dessa forma, a sua importância passa a ser estratégica, e entender o funcionamento deste sistema certamente possibilita a adoção de ações assertivas para melhoria do seu desempenho.

Seguindo os parâmetros dos modelos de sistemas de saúde globais, o sistema de saúde brasileiro foi inicialmente constituído em uma relação na qual, apenas pessoas que possuíam recursos financeiros e podiam custear seu tratamento tinham acesso a atendimento. De acordo com o relato de Neto e Malik (2012), no final do século XIX essas pessoas eram atendidas em casa, enquanto os pobres eram destinados aos hospitais, lugar onde iriam morrer, e os que possuíam alguma doença como hanseníase ou doenças psiquiátricas, eram segregados. Ao longo do tempo, várias mudanças se estabeleceram, e em 1988, com a promulgação da Constituição Federal do Brasil, a saúde foi instituída como um direito de toda a população e um dever do Estado, quando então foi criado o SUS (Sistema Único de Saúde). Dessa forma, o sistema de saúde brasileiro passou a ser composto por uma combinação de recursos públicos e privados que mantém a sua estruturação. Paim, Travassos, Almeida, Bahia e Macinko (2012), apresentam esse sistema subdividindo-o em três subsectores, denominados público, privado e de saúde suplementar, que se diferenciam por suas formas de financiamento. Os serviços públicos são diretamente financiados por recursos do Estado, seja nos níveis Federal, Estadual ou Municipal. O subsector privado é financiado tanto por recursos públicos quanto privados, e o subsector de saúde suplementar é organizado e financiado por diversos tipos de planos privados e seguros de saúde, bem como por subsídios fiscais. Apesar de haver esta distinção entre os

subsetores, o acesso à utilização dos serviços não é restrita aos usuários desde que haja facilidade de acesso ou capacidade de pagamento, dependendo do serviço que se proponha a usufruir.

O sistema público universal de saúde do Brasil teve como seu marco inicial a criação do SUS, onde se atribuiu ao Estado a responsabilidade de proporcionar à população um sistema público universal de saúde, constituído por serviços e estruturas que possibilitam o acesso ao atendimento nos serviços de saúde a toda população, independente da posse de recursos para seu financiamento, com base nos princípios da equidade, descentralização, integralidade e universalidade (Barbosa, 2013). Assim, desde os mais pobres até as pessoas detentoras de grandes somas de recursos são igualmente beneficiadas e podem ser atendidas pelo SUS.

O sistema é organizado em três níveis de complexidade, sendo eles: a atenção básica, que é voltada aos cuidados no primeiro acesso e necessidades básicas dos usuários; o segundo nível é a atenção média; e o terceiro é a alta complexidade, ambos voltados à prestação de cuidados especializados (Souza, 2013). Entretanto, apesar de bem estruturado em sua redação, proporcionando a população uma cobertura que envolve as três esferas do governo (Federal, Estadual e Municipal) nas ações e serviços de saúde (Barbosa, 2013), o SUS apresenta vários problemas no tocante ao atendimento de sua demanda, seja por serviços com estruturas sucateadas, ou por tecnologias obsoletas em algumas áreas, dentre outros motivos. E sendo um dos seus grandes desafios a facilitação do acesso aos serviços, não se pode aceitar que uma das maiores reclamações dos usuários do SUS se refira à dificuldade em conseguir atendimento, conforme ressaltado por Campos (2007). Assim, os usuários que possuem recursos buscam facilidade neste tipo de acesso, além de estruturas mais adequadas de atendimento, com tecnologias mais modernas, e que possam contribuir com seu tratamento, encontrando no sistema de saúde privado uma alternativa para essa necessidade não suprida pelos órgãos de saúde pública.

Ao avaliar o surgimento da origem da assistência de saúde privada no Brasil, Albuquerque et al. (2008) e Neto e Malik (2012), concordam em afirmar que esta tem relação direta com o desenvolvimento das relações entre empregado, empregador e Estado, que foi intensificada no período de urbanização e industrialização do país, movimento que foi comum ao resto do mundo. Com o crescimento das empresas, identificou-se a necessidade da organização de sistemas próprios de assistência médico-hospitalar, e os profissionais de saúde e prestadores de serviço identificaram uma oportunidade de mercado no fornecimento de serviços médicos a esta parcela da população que possuía vínculo formal de trabalho. Segundo Paim et al. (2012), algumas ações das políticas de saúde adotadas ao longo do tempo, como

credenciamento de consultórios médicos, remuneração e criação de clínicas diagnósticas e terapêuticas especializadas, hospitais, e incentivos à empresas de planos e seguros de saúde, fizeram com que se estimulasse o desenvolvimento do setor de saúde particular no Brasil. Atualmente, esse setor pode ser entendido em dois grandes grupos, sendo o primeiro deles representado pelos serviços privados de saúde, que oferecem estruturas de prestação de serviços, sejam ambulatoriais ou hospitalares, pagos por desembolso direto do usuário, e serviços particulares, que terceirizam suas atividades ao SUS (Paim et al., 2012). Já o segundo grupo é representado pelo mercado de saúde suplementar, composto pelos planos privados de saúde, oferecidos por pessoas jurídicas de direito privado, e por planos vinculados à instituição patronal de assistência ao servidor público civil e militar (Albuquerque et al., 2008).

Quanto ao mercado de saúde suplementar, foco da presente pesquisa, Albuquerque et al. (2008), afirmam que pouco se sabia acerca desse mercado até o ano 2000, devido à falta de informações ou fragmentação das poucas existentes. Ainda segundo os autores, com a constituição do SUS em 1988, o sistema de saúde privado passou a ser regulado, embora não se faça referência à saúde suplementar, estando as operadoras de saúde, na época, livres para atuar no atendimento aos beneficiários conforme os critérios do mercado. Por fim, os autores afirmam ainda que a criação do Código de Defesa do Consumidor influenciou sobremaneira em diversos acontecimentos na década de 1990, especialmente em debates no Congresso Nacional que culminaram na criação da lei 9.656 em 1998 e, dois anos depois, na criação da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). A partir da criação das leis 9.656 e 9.961 de 2000, consideradas um marco na regulação da assistência suplementar privada, mudanças importantes passaram a vigorar na relação entre os beneficiários e as operadoras, como a proibição da rescisão unilateral de contratos, prática comum entre as operadoras de planos de saúde, controle de reajustes de preços, aumento da cobertura com a criação de rol mínimo de procedimentos, proibição de limites de internação, definição de carências e exclusão da prática de seleção de risco, o que possibilitou a qualquer pessoa contratar um plano de saúde privado, impedindo a operadora de negar a contratação. Na relação das operadoras com os órgãos reguladores, as operadoras passaram a ter atuação controlada, sendo necessário obter autorização de funcionamento pela ANS e a instituição de regras melhor definidas de operação (Albuquerque et al., 2008). Porém, essas mudanças, em conjunto com alguns fatores econômicos, trouxeram profundo impacto para o mercado de saúde suplementar, conforme apresentado por Neto e Malik (2012), que afirmam que a regulação da ANS, acompanhada do aumento do preço dos serviços na década de 1990 e a perda de renda de boa parte da clientela, fez com que houvesse uma redução de oito milhões de beneficiários à época.

1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

As mudanças decorrentes da regulação do mercado de saúde suplementar trouxeram uma série de implicações a serem trabalhadas pelas operadoras de planos de saúde. Com a ampliação da cobertura e regulação do reajuste de preços, indicadores econômicos passaram a ter uma importância ainda maior. Ao se analisar a evolução dos dados de receitas e despesas de 2010 a 2014, é possível perceber o crescimento das despesas assistenciais, que aumentaram cerca de 81% quando comparados à receita do mesmo período, que cresceu aproximadamente 75% (BRASIL, 2015a). A relação entre estes dois percentuais determina um importante indicador para o mercado de saúde suplementar, denominado sinistralidade.

A sinistralidade é um indicador financeiro que determina o quanto as operadoras de saúde gastaram com serviços assistenciais prestados aos seus usuários em relação ao que arrecadaram com mensalidades (Worm, 2012). A prática no mercado de saúde suplementar indica que até 75% de sinistralidade ainda pode ser considerado um resultado satisfatório para este indicador, o que representa que 75% de toda a receita da operadora será destinada para o pagamento de despesas assistenciais, restando 25% a ser destinado aos custos administrativos e ao lucro da empresa. Entretanto, nos últimos anos o indicador de sinistralidade das operadoras variou entre 81 e 84%, o que sugere a necessidade de adoção de medidas emergenciais para sanar esse problema, que tem como consequência uma redução na margem de recursos para manutenção de custos administrativos e um baixo resultado de lucro, em torno de 2% no período analisado.

A alternativa de redução dos custos assistenciais é um tema que vem sendo discutido por diversos autores (Sá, 2012; Worm, 2012; Kaplan & Porter, 2011; Leal & Matos, 2009; Piva, Fumagalli, de Paula Baptista & da Silva, 2007). Entretanto, tais custos têm características que dificultam o seu controle, já que advém do comportamento de utilização do usuário, fatores econômicos e sociais, inserção de novas tecnologias, dentre outros (Worm, 2012). Inclusive, os processos adotados pelas instituições de saúde podem influenciar na geração de custos elevados, conforme apresentado no trabalho de Sousa et al. (2012), que apontam a importância em conhecer de forma mais detalhada o perfil das indicações cirúrgicas dos pacientes, bem como de se estabelecer um maior controle sobre o tempo de permanência desses pacientes, podendo estas serem adotadas como estratégias das instituições para utilização de recursos de forma mais eficiente. Assim, uma alternativa seria trabalhar a redução dos custos administrativos, que têm representado em média 15% de destinação da receita nos últimos quatro anos. Dentre estes custos destacam-se os custos comerciais, destinados à captação e manutenção de clientes. Reichheld e Sasser (1990), ressaltam que a redução dos custos de

aquisição de novos consumidores pode ser conquistada por meio do aumento da lealdade dos clientes, o que reflete na redução de custos de manutenção do negócio e, conseqüentemente, em maior lucratividade.

Para Oliver (1999), a lealdade de um cliente está diretamente ligada a sua satisfação. Com base na análise de diversos trabalhos, o autor afirma ainda que a satisfação do cliente é um fator antecedente à sua lealdade. A satisfação é composta por dois outros conceitos que influenciam na escolha do cliente, que são a qualidade percebida e o valor percebido. Entende-se por qualidade percebida a avaliação do cliente sobre o desempenho percebido por ele na utilização de um determinado produto. O valor percebido é determinado pela avaliação que o cliente faz sobre o preço que pagou e a qualidade do produto adquirido (Gastal, 2005). A satisfação é um conceito mais amplo, que considera não só a experiência atual, como acontece com a qualidade percebida, mas também as experiências passadas e a experiência futura, a qual o cliente julga com base em suas expectativas e experiências anteriores (Milan & Trez, 2005).

Considerando os conceitos acima apresentados, a satisfação deve ser considerada fator primordial para a geração da lealdade de clientes. Entretanto, no mercado de planos de saúde, a satisfação dos clientes é algo preocupante. Dados da ANS apresentam um elevado grau de insatisfação dos usuários, representado pelo número de reclamações registradas nesse órgão, que de maio de 2014 a fevereiro de 2015 apresentou um crescimento de 30% (BRASIL, 2015c). Especialistas apontam que o caso é ainda mais grave, pois esses dados não contemplam as reclamações registradas por meio de processos judiciais e nos órgãos de defesa do consumidor (IBDC, 2015). Segundo Urdan e Rodrigues (1999), quando o consumidor está insatisfeito, suas opções são de mudar de fornecedor ou registrar reclamações, verbalizando sua insatisfação com o intuito de solucioná-las. Goodman (2006) como citado em Jato, Lucas, Farina, Tentrin e Garcia (2008), afirma que quando a empresa reverte as reclamações dos clientes e atende as suas expectativas, deixando-os satisfeitos, é possível torná-los leais. Urdan e Rodrigues (1999), corroboram com esta afirmação quando sugerem um modelo no qual o aumento da satisfação reflete na redução do número de reclamações e aumento da lealdade do cliente.

Perante as informações expostas até o presente momento, é possível concluir que manter o cliente leal ao plano de saúde é uma forma de reduzir os custos com a aquisição de novos clientes e, em consequência, elevar os lucros das empresas. Segundo Oliver (1999), sabe-se que a lealdade é um constructo diretamente relacionado com a satisfação do cliente, que por sua vez, depende da influência do valor percebido, que é a percepção do cliente sobre os benefícios (ganhos) e custos (perdas) que tem no relacionamento com algum fornecedor (Sirdeshmukh, Sing e Sabol, 2002), e da qualidade percebida, que é o julgamento feito pelo cliente a respeito

da excelência de um serviço (Zeithaml, 1988). Dessa forma, conhecer a real influência do valor percebido, da qualidade percebida e do custo de mudança, que são antecedentes da satisfação, sobre a lealdade do cliente, permitiria traçar o perfil atual dos usuários dos planos de saúde e, por conseguinte, forneceria informações de ordem gerencial que poderiam ser utilizadas para reformular ou estabelecer estratégias com vistas a fidelizar cada vez mais os usuários dos serviços de saúde suplementar, impedindo sua migração para outros planos, já que tal fato eleva consideravelmente os custos das empresas de saúde.

1.1.1 Questão de Pesquisa

Assim, a questão de pesquisa que norteia a condução deste trabalho é a seguinte: qual a influência da qualidade percebida, do valor percebido e do custo de mudança sobre a lealdade dos usuários de serviços de saúde suplementar?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Geral

Avaliar a influência da qualidade percebida, do valor percebido e do custo de mudança sobre a lealdade dos usuários do serviço de saúde suplementar.

1.2.2 Específicos

- Identificar a influência das cinco dimensões da qualidade percebida (tangibilidade, empatia, segurança, confiabilidade e presteza) sobre a qualidade percebida pelo cliente quanto aos serviços prestados pelo plano de saúde, quanto aos serviços prestados pelo hospital que o cliente mais utiliza com o seu plano de saúde.
- Analisar a influência do constructo qualidade percebida sobre o valor percebido pelo cliente em relação ao plano de saúde e ao hospital mais utilizado pelo cliente com esse plano.
- Analisar a influência do constructo valor percebido sobre a lealdade do cliente em relação ao plano de saúde e ao hospital mais utilizado pelo cliente com esse plano.
- Analisar a influência do constructo custo de mudança sobre a lealdade do cliente em relação ao plano de saúde e ao hospital mais utilizado pelo cliente com esse plano.

1.3 JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA

Segundo dados da ANS de setembro de 2014 (BRASIL, 2015a), cerca de 26% da população brasileira está atualmente vinculada a uma das 1.230 operadoras de planos de saúde atuantes no setor, sendo 886 operadoras médico-hospitalares e 344 operadoras exclusivamente

odontológicas, com especial concentração nas regiões Sul e Sudeste (64,5%). Inseridas no setor de serviços, sendo este o mais representativo na geração de riquezas para o país, as operadoras de planos de saúde fazem parte de um relevante segmento que influencia diretamente na prestação de serviços de saúde à população.

Com a criação da ANS e consequente regulação do setor, uma série de medidas de ajuste foi adotada, fazendo com que o mercado sofresse profunda transformação. Com o intuito de proteção ao consumidor, entendida como a parte mais frágil em uma relação contratual, a partir de abril de 2009, passou a vigorar a portabilidade para planos de saúde, que significa que um usuário pode migrar para outra empresa operadora de plano de saúde sem precisar cumprir carência, desde que tenha plano individual, contratado a partir de 1999, e que este plano atenda às regras definidas pela ANS (BRASIL, 2015b). Essa medida proporcionou ao usuário maior independência de escolha, já que a carência era um fator determinante na permanência em um plano, visto que o custo de mudança para trocar de operadora envolvia não só aspectos financeiros, mas também a perda de direitos de cobertura já adquiridos. Segundo Burnham, Frels e Mahajan (2003), os custos de mudança exercem considerável influência na decisão de troca de fornecedor por um cliente. Dessa forma, dependendo dos custos e do impacto que estes terão, muitas vezes o cliente pode preferir continuar com o fornecedor, a despeito de sua insatisfação.

Com a instituição da possibilidade de migração sem carência, o custo de mudança de troca de operadora de saúde ficou menor para o usuário, obrigando estas operadoras a se preocuparem em buscar estratégias que promovam a fidelização dos clientes. Considerando o crescimento constante dos custos financeiros e o baixo índice de lucro das operadoras, a manutenção dos clientes já existentes pode ser considerada uma oportunidade para que essas empresas melhorem seus resultados. Reichheld (1996) como citado em Oliver (1999), realizou um estudo no qual estima que, ao aumentar em 5% a retenção de clientes, é possível obter um aumento de 35% nos lucros de empresas de *software*, e de 95% para empresas de publicidade. Embora ainda não existam estudos semelhantes realizados com usuários de planos de saúde, tais dados chamam a atenção para o fato de que tornar o cliente fiel deve ser um dos focos das operadoras de saúde no intuito de aumentar seus lucros. Para tornar-se fiel, o consumidor precisa estar satisfeito com os serviços que recebe, já que, como dito, a satisfação é uma condição antecedente à lealdade. Oliver (1999), corrobora afirmando que é necessário que haja satisfação para a retenção de clientes e consequente formação da lealdade, que está vinculada à percepção de qualidade pelo cliente diante das ofertas de uma empresa. Ao se avaliar o grau de satisfação dos usuários do serviço de saúde complementar por meio de uma análise no volume de

reclamações registradas na ANS, órgão regulador do setor, percebe-se claramente um grande volume de reclamações, o que pode ser o reflexo do elevado grau de insatisfação com os serviços prestados. Assim, faz-se necessário entender quais atributos são valorizados pelo cliente usuário de plano de saúde na sua formação de percepção de qualidade, e como os antecedentes da satisfação influenciam na lealdade do cliente, buscando identificar os fatores que comprometem a formação dessa lealdade, bem como identificando a forma como esses constructos se relacionam.

1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

Para se atingir os objetivos ora propostos, o presente estudo está estruturado em seis sessões, conforme apresentado abaixo:

INTRODUÇÃO – A presente seção apresenta a contextualização do tema, formulação do problema de pesquisa, questão da pesquisa, objetivos e justificativa do estudo.

REFERENCIAL TEÓRICO - São examinados os conceitos dos pólos teóricos referentes ao estudo, com o intuito de se obter respaldo teórico para fundamentação do trabalho com base na literatura de referência já existente.

MÉTODO E TÉCNICAS DE PESQUISA – A seção apresenta a exposição do tipo de pesquisa realizada, as técnicas adotadas, os instrumentos de pesquisa aplicados na realização do trabalho e o cenário no qual o trabalho foi desenvolvido.

ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS – Essa seção é composta pela exposição dos resultados encontrados na pesquisa realizada e, em seguida, a formulação de suas discussões com base na literatura de referência.

CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA – A seção apresenta a discussão da aplicação prática dos resultados observados, com o intuito de proporcionar ao mercado uma contribuição a partir dos resultados da pesquisa.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES - Exposição das conclusões finais da pesquisa e suas recomendações.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 QUALIDADE PERCEBIDA

A definição de qualidade evoluiu ao longo do tempo e possui várias abordagens. Longo (1996), afirma que a preocupação com a qualidade é antiga, que os consumidores sempre tiveram o cuidado de avaliar os produtos ou serviços que recebiam, entretanto o faziam sem a utilização de um instrumento de mensuração, e sim apenas pela observação de inconformidades, o que, segundo a autora, caracterizou o que se chamou de “era da inspeção”. Com a industrialização e a introdução da produção em massa, surgiu a “era do controle estatístico”, na década de 1920, quando o estatístico W.A. Shewhart questionava as variabilidades de produção industrial, o que culminou na realização de alguns estudos e desenvolvimento de ferramentas e conceitos que fundamentaram o tema (Longo, 1996).

Em seu estudo sobre a evolução do conceito de qualidade, Gomes (2004), apresenta Deming como precursor do movimento mundial sobre o tema. Deming (1990) conceitua qualidade como a conformidade de um produto de acordo com as suas especificações técnicas, desenvolvendo quatorze princípios que expressam a sua filosofia da qualidade e “a adoção destes 14 princípios, acompanhada da ação correspondente, é um indicativo de que a administração pretende manter a empresa em atividade, e visa proteger os investidores e os empregos” (Deming, 1990, p. 17). Em continuidade, Gomes (2004) aponta Joseph Juran, que definiu qualidade como a adequação de um produto à sua finalidade, ou seja, ao que este pretende atender, estando essa definição mais voltada à perspectiva do cliente, diferente de Deming, que apresentava uma definição voltada às especificações técnicas do produto. Juran elaborou um modelo de custos da qualidade, o qual apresentou os custos oriundos de falhas internas (custos de produção antes das falhas chegarem aos clientes) e falhas externas (clientes recebem os produtos com falhas). Segundo Gomes (2004), esse modelo pode ser considerado uma ferramenta de gestão que possibilita justificar investimentos em programas de qualidade. Ainda, as contribuições de Juran foram além, quando este publicou um livro em 1988 apresentando o conceito de processo de gestão da qualidade, o qual divide em três fases diferentes: o planejamento, o controle e a melhoria da qualidade.

O próximo estudioso da qualidade apontado por Gomes (2004), foi Armand Feigenbaum, que desenvolveu o conceito de controle de qualidade total, que define o termo como um “sistema efetivo para integrar esforços de desenvolvimento, manutenção e aperfeiçoamento da qualidade, dos vários grupos na organização de forma que marketing, engenharia, produção e serviço consigam operar em níveis os mais econômicos, mas que

permitam satisfação total dos consumidores” (Feigenbaum, 1994, p. 296). Para o autor, a chave para o sucesso da implantação da qualidade total na década de 1990 estava pautada em dez princípios que faz da qualidade um meio para que as empresas voltem seu foco para os seus clientes, sendo eles: a qualidade é um processo extensivo a toda a empresa; qualidade é o que o consumidor julga ser; qualidade e custo são soma e não diferença; qualidade exige zelo individual e conjunto; qualidade é um modo de gerenciamento; qualidade e inovação são mutuamente dependentes; qualidade é ética; qualidade exige aperfeiçoamento continuado; qualidade é o caminho mais efetivo em custo e menos intensivo em capital no rumo à produtividade; qualidade é implementada com sistema total associado a clientes e fornecedores.

Com enfoque na prestação de serviços, Kaplan e Rieser (1996) afirmam que, ao trabalhar a qualidade total na prestação de serviços, os gerentes têm a oportunidade de aumentar a sua produção e eficiência por meio de métodos simples de trabalho. Esse conceito de totalidade é apontado por Neto e Malik (2012), ao abordar a importância do conceito de qualidade em saúde e ressaltar que os trabalhos com objetivo de atingir a qualidade devem se desenvolver de forma organizada, coletiva e sinérgica. Phillip Crosby, o teórico apresentado logo a seguir por Gomes (2004), tem como contribuição a apresentação do conceito de qualidade como o de “zero defeito”, ou seja, uma produção sem que haja defeitos, tal como Deming defendeu a qualidade como sendo a conformidade com as especificações do produto, mas indo além, afirmando que qualidade é fazer certo desde a primeira vez, "*right first time*".

A importância da melhoria da qualidade com o intuito de evitar erros também é apontada por Reichheld e Sasser (1990), quando afirmam que ao perceber os prejuízos causados pelo retrabalho e pelo armazenamento de sucatas decorrente dos erros de produção, os fabricantes perceberam que o termo qualidade era bem mais que uma expressão motivacional e enxergaram uma possibilidade de melhorar a rentabilidade, passando assim a utilizar o conceito de zero defeito como um guia para produção.

Em continuidade, Gomes (2004), cita Kaoru Ishikawa, que determina a qualidade com foco na percepção do consumidor, conforme defendido por Juran, definindo-a como as etapas de desenvolver, produzir e fornecer um produto de forma que o consumidor a reconheça como a mais econômica, útil e satisfatória. Em sua contribuição, traz o desenvolvimento de uma série de ferramentas de gestão voltadas à melhoria da qualidade e à ideia do círculo da qualidade, que consiste na criação de grupos criados para discutir periodicamente problemas de qualidade que afetam suas rotinas. Essa abordagem da qualidade com foco na percepção do consumidor é também apontada por Lovelock (2001), que resalta que após o reconhecimento da qualidade como algo necessário aos negócios, uma nova forma de pensamento foi adotada, trazendo a

ideia de que a qualidade deveria ser dirigida pelo cliente, em substituição à ideia de que a qualidade estava baseada na conformidade de padrões definidos em produção, por gestores operacionais. Após Ishikawa, Gomes (2004), aponta Genichi Taguchi como um autor que contribuiu de forma muito relevante para a teoria da qualidade e o conjunto de ferramentas da qualidade. Taguchi ressalta a importância do *design* do produto para garantia da qualidade, afirmando que um produto com bom *design* facilita a redução de falhas no processo produtivo, ampliando a visão sobre os custos atribuídos a falhas externas, na medida em que são considerados também os custos absorvidos pelos clientes que adquirem os produtos defeituosos, e não apenas os custos da empresa fabricante.

Após uma análise das contribuições anteriormente citadas, David Garvin contribuiu para a evolução do conceito desenvolvendo as dimensões da qualidade, que consistem em uma lista de oito atributos que passaram a ser encorajadas por Garvin a serem consideradas pelos gestores como importantes elementos no desenvolvimento da estratégia da empresa (Gomes, 2004). Apesar de todas as abordagens e evolução do conceito, Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985), afirmam que o conhecimento sobre a qualidade de bens é insuficiente para a avaliação da qualidade de serviços, especialmente devido às características de intangibilidade, heterogeneidade e inseparabilidade dos serviços, características estas que devem ser compreendidas para uma efetiva avaliação da qualidade nesse setor. Lovelock e Wright (2006), também ressaltam as características apontadas por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985), como atributos de difícil mensuração dos serviços, e conceituam serviços como um desempenho ou ato que é fornecido de uma parte a outra, podendo estarem vinculados a um produto físico, porém, sendo frequentemente intangíveis. Para os autores, a intangibilidade impede que o produto possa ser medido, testado ou mesmo verificado antes de sua comercialização, buscando garantir a sua qualidade. Diante dessa limitação, Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000) apontam que o cliente busca na reputação da empresa a base para formar a sua avaliação de qualidade no momento anterior à compra de um serviço. Para Kotler, Hayes e Bloom (2002) essa avaliação preliminar é feita com base nas evidências concretas utilizadas na prestação dos serviços como equipamentos, pessoas envolvidas e comunicações que recebem. Em outra definição, a intangibilidade é “uma característica peculiar dos serviços que os torna incapazes de serem tocados ou sentidos da mesma maneira que os bens físicos” (Hoffman & Bateson, 2003, p. 31). Lovelock e Wright (2006) abordam essa dificuldade de avaliação, afirmando que os serviços possuem propriedades de experiência nas quais o cliente só consegue desenvolver qualquer tipo de avaliação após experimentá-los, e propriedade de credibilidade, que exige do cliente conhecimento especializado acerca do serviço fornecido para avaliação.

A heterogeneidade está relacionada à variabilidade na prestação do serviço, que decorre das características de cada produtor, dos serviços, ou mesmo do dia em que o serviço está sendo prestado, dificultando a uniformidade de avaliação (Parasuraman et al., 1985). Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000), afirmam que a maioria dos serviços é mais voltada para as pessoas do que para produtos, ainda que a interação entre cliente e empregado intensifique a possibilidade de personificação do serviço, o que resulta na variabilidade da sua prestação. Kotler et al. (2002) ressaltam a necessidade de antecipação dos profissionais frente aos problemas mais comuns que ocorrem em detrimento da heterogeneidade visando o desenvolvimento de processos que minimizem esses efeitos.

Para Parasuraman et al. (1985), a inseparabilidade está no fato de, na prestação de serviço, não haver a possibilidade de as empresas fabricarem seus produtos antecipadamente e sob um determinado padrão de qualidade. Assim, a qualidade do serviço fica condicionada à interação com o cliente que o está consumindo no momento em que está sendo fabricado. Sobre inseparabilidade, Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000) inserem o cliente como parte ativa do processo de prestação do serviço e chamam a atenção ao fato de que “o serviço é uma experiência que ocorre nas instalações da empresa, e a qualidade do serviço é reforçada se as instalações forem projetadas sob a perspectiva do cliente” (Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2000, p. 47). Hoffman e Bateson (2003) definem a inseparabilidade relacionando as interconexões existentes entre o cliente envolvido no processo, os demais clientes que compartilham a experiência na prestação do serviço e o prestador de serviço.

Parasuraman et al. (1985), ressaltam ainda que o fato de o serviço não possuir a fabricação prévia, bem como as especificações do produto, como na indústria, dificulta ainda mais a sua avaliação por parte dos clientes. Assim, os autores desenvolveram um modelo conceitual de qualidade em serviços baseado em cinco *gaps* (lacunas) que foram identificadas a partir de um estudo realizado com gestores de empresas prestadoras de serviços, além de clientes, com o intuito de identificar as diferenças entre as percepções dos clientes e dos gestores em relação à qualidade esperada e ao atendimento dessa expectativa. Os autores apresentam os *gaps* divididos conforme abaixo:

Gap 1 (Diferença entre as expectativas do consumidor e a percepção dos gestores): a diferença que existe entre o que os consumidores consideram como qualidade, ou seja, quais as características e nível de desempenho do serviço valorizados por estes para atender as suas necessidades, e o entendimento dos gestores sobre estes aspectos, que nem sempre é claro.

Gap 2 (Diferença entre especificações de qualidade do serviço e a percepção dos gestores): a influência de fatores restritivos relacionados à estrutura do serviço e do mercado, ou mesmo a falta de compromisso da gestão, interferem na percepção dos gestores em atender as expectativas dos consumidores, impedindo-os de proporcionar um serviço de alta qualidade. Assim, existe o conhecimento das expectativas dos consumidores, porém o meio para atendê-las é desconhecido.

Gap 3 (Diferença entre as especificações de qualidade do serviço e o serviço que é prestado): esta diferença está relacionada à variabilidade na prestação do serviço decorrente da atuação do profissional que a desempenha. Sendo assim, os autores ressaltam a importância dos funcionários das empresas na percepção de qualidade dos serviços prestados, já que, mesmo existindo orientações para o desempenho esperado pela empresa, estas podem ser comprometidas pela variabilidade de comportamento do funcionário nas relações pessoais durante a execução da atividade.

Gap 4 (Diferença entre o serviço prestado e a comunicação externa): a forma como a empresa se comunica com os clientes pode afetar a percepção de qualidade. Segundo Parasuraman et al. (1985), as promessas feitas pela empresa nessa comunicação devem ter o cuidado de estar dentro de suas possibilidades de cumprimento, ou do contrário, é possível que as empresas aumentem as expectativas desses clientes e depois não consigam cumpri-las, o que terá como reflexo a baixa percepção de qualidade. Entretanto, a ausência de informação pode gerar insegurança no cliente quanto à prestação de serviço, sendo assim necessário que a empresa encontre um equilíbrio para esta ação.

Gap 5 (Diferença entre o serviço esperado e o serviço percebido pelo cliente): neste *Gap*, os autores apresentam alguns casos identificados nas entrevistas realizadas para elaboração do trabalho, nas quais constatam que a percepção de qualidade está diretamente ligada a atender ou superar as expectativas dos clientes, existindo assim o reconhecimento de alta qualidade pelo cliente.

Com base nas relações descritas, os autores desenvolveram um modelo de qualidade de serviço, apresentado na Figura 1:

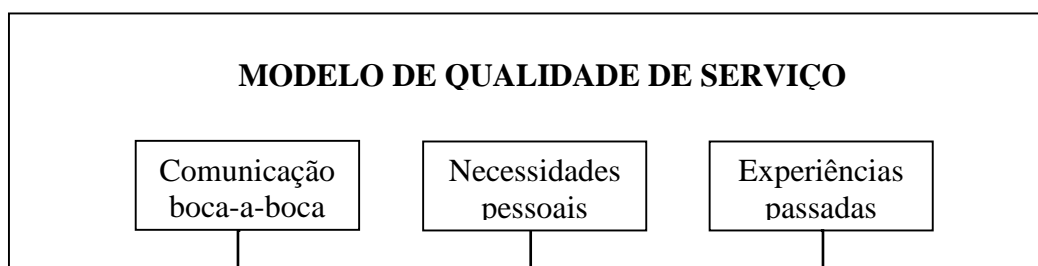


Figura 1: **Modelo de qualidade de serviço**
Fonte: Parasuraman et al. (1985).

Assim, a qualidade percebida é definida como “o julgamento do consumidor sobre a superioridade ou excelência global de um serviço” (Zeithaml, 1988, p. 03), conceito que está em conformidade com a abordagem em trabalhos anteriores, nos quais a qualidade percebida tem sido definida como uma relação entre as expectativas e a *performance* percebida de um serviço (Parasuraman et al., 1985), sendo corroborada por Lovelock e Wright (2006), quando afirmam que a qualidade percebida está relacionada ao julgamento de qualidade que o cliente faz acerca do fornecedor, considerando o serviço recebido em relação às suas expectativas. Para Lee, Lee e Feick (2001) durante os anos da década de 1980 a qualidade de serviço recebeu grande atenção e os pesquisadores dedicaram-se a estudos de avaliação da qualidade pelos clientes, tendo a expectativa e o desempenho percebido como seus principais antecedentes.

O conceito de qualidade como a diferença entre a expectativa e o desempenho percebido também é apresentado por Brown e Swartz, (1989), que propõem três “*gaps*” a serem

considerados nessa relação: a diferença entre a percepção do desempenho do profissional julgado pelo cliente, a diferença entre a percepção do profissional em relação ao desempenho do cliente, e a percepção do profissional em relação ao desempenho julgado pelo cliente.

A qualidade percebida, para Grönroos (1984), considera o que o cliente espera receber em um serviço, o que ele realmente recebe, além da imagem da empresa. Segundo o autor, quando um cliente adquire um serviço, avalia a qualidade técnica e a qualidade funcional do serviço adquirido. Grönroos (1984), descreve a qualidade técnica como aquela que está relacionada ao que realmente é recebido pelo cliente na prestação do serviço, já a qualidade funcional se refere a uma avaliação subjetiva feita pelo cliente no contato com o fornecedor, na qual é observado o nível de desempenho do fornecedor na prestação de serviço. Para Kotler (2000), a qualidade está relacionada às características e atributos do produto na provisão das necessidades dos clientes. Côrrea e Caon (2012), afirmam que apesar de ressaltar a importância da gestão da qualidade, é necessário considerar que a qualidade percebida em serviços está muito mais relacionada com a experiência que o cliente tem no momento de prestação do serviço, o que é muito subjetivo.

Segundo Vieira, Shitara, Mendes e Sumita (2011), o grau de exigência por qualidade na área de saúde não a diferencia em relação à área industrial, já que em ambas existe a expectativa do cliente por produtos e atendimentos de qualidade. Deming (1990) aborda a avaliação da qualidade em saúde com foco na dificuldade de sua definição, devido às várias abordagens atribuídas ao tema, buscando atender a diferentes tipos de problema, como: o conforto dos pacientes sob cuidados médicos; o número de pessoas sob cuidados médicos; o número de pessoas mantidas fora do hospital ou com atendimento domiciliar, em virtude dos bons cuidados ambulatoriais; instalações para exames; saúde pública e verba aplicada por uma instituição, por paciente. Apesar dessas várias abordagens, o autor ressalta suas fragilidades, pois os aspectos apontados podem representar um resultado positivo, como o grande número de atendimentos médicos e o grande número de pacientes em casa como o resultado de um bom serviço médico oferecido. Porém, esse grande número de atendimentos médicos podem estar refletindo a ineficiência dos serviços dos ambulatórios ou a falta de políticas públicas em saúde, bem como o grande número de pacientes em casa pode refletir uma política de liberação de paciente quando esse passa a ser um ônus para o hospital, independente de estar apto ou não para receber alta (Deming, 1990).

Hoffman e Bateson (2003) apresentam um trabalho realizado no Hospital da Universidade de Chicago com foco na satisfação do cliente, no qual os clientes participam de pesquisas e as melhorias no hospital são adotadas com base nessas pesquisas. Os autores

afirmam que ficou constatado que a qualidade da assistência em saúde não era suficiente para o bom resultado dos serviços de saúde em um mercado de competição, sendo importante também as considerações acerca das necessidades não médicas dos clientes. Neto e Malik (2012, p. 328), definem qualidade em saúde como “*atender (ou superar) as expectativas do cliente, é aquilo pelo que se está disposto a pagar, é diminuir o risco para os pacientes, é sentir-se bem tratado*”. Os autores chamam ainda a atenção para a importância do conceito de qualidade ser aceito como uma prática rotineira e não como um requisito para certificações de qualidade externas, quando sugerem que “Qualidade deveria ser o resultado de um esforço para fazer a coisa correta no momento mais adequado e de maneira certa, não ser vista como mais uma obrigação (pontual) ou o cumprimento de um requisito sem sentido” (Neto & Malik, 2012, p. 328). Ao abordar as implicações da característica de intangibilidade dos serviços, Côrrea e Caon (2012) ressaltam a dificuldade em o cliente avaliar a qualidade do serviço de aconselhamento médico, mesmo após o atendimento, enfatizando que esse tipo de questão em geral acontece na prestação de serviços profissionais, nos qual há uma diferença no grau de conhecimento do cliente e do profissional sobre o processo adotado na prestação do serviço. Donabedian (1988) ressalta que na avaliação da qualidade nos serviços de saúde é importante considerar três categorias: estruturas, processos e resultados, estando a estrutura relacionada ao ambiente onde o serviços está sendo prestado, o processo refere-se ao que é realizado pelos profissionais na prestação do serviço em saúde e os resultados referem-se aos efeitos dos cuidados dispensados ao paciente.

No mesmo estudo em que desenvolveu o modelo de qualidade para serviços, Parasuraman et al. (1985) perceberam que, ao avaliar os serviços, os clientes utilizavam uma série de características que acabavam se repetindo nos diversos grupos entrevistados. Assim, os autores agruparam esses atributos em dez categorias as quais denominaram de “determinantes da qualidade”, conforme apresentado na Figura 2:

DETERMINANTES DA QUALIDADE	
CONFIABILIDADE	Envolve a consistência de desempenho e confiabilidade. Isso significa que a empresa realiza o serviço certo da primeira vez. Significa também que a empresa honra suas promessas.
CAPACIDADE DE RESPOSTA	Refere-se à vontade ou disponibilidade dos funcionários para prestar serviço. Envolve a pontualidade do serviço

COMPETÊNCIA	Significa a posse das competências exigidas e conhecimento para realizar o serviço.
ACESSO	Envolve a acessibilidade e facilidade de contato.
CORTESIA	Envolve polidez, respeito, consideração e simpatia do contato pessoal.
COMUNICAÇÃO	Significa manter os clientes informados numa língua que compreendam e ouvi-las.
CREDIBILIDADE	Envolve a confiabilidade, credibilidade, honestidade. Envolve ter melhores interesses do cliente no coração
SEGURANÇA	É a liberdade do perigo, risco ou dúvida.
COMPREENSÃO / CONHECENDO O CLIENTE	Envolve fazer o esforço para entender as necessidades do cliente.
TANGÍVEIS	Inclui as evidências físicas do serviço: instalações físicas e aparência do pessoal.

Figura 2: **Determinantes da qualidade**

Fonte: Parasuraman *et al.* (1985).

Os determinantes da qualidade apresentados por Parasuraman et al. (1985), foram a base para elaboração de um estudo apresentado posteriormente pelos mesmos autores, em Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988), quando propuseram a elaboração de um instrumento de mensuração da qualidade em serviços, denominado Escala SERVQUAL, que tinha como base cinco dimensões que os clientes utilizam, segundo os autores, para avaliar a qualidade em um serviço. Segundo os autores da escala, apesar de a mesma possuir apenas cinco dimensões, estas contemplam os dez determinantes da qualidade, estando sete desses determinantes (comunicação, credibilidade, segurança, competência, cortesia, conhecimento e acesso) concentrados nas duas últimas dimensões, que são segurança e empatia. As cinco dimensões da escala SERVQUAL, de acordo com Parasuraman et al. (1988), são as seguintes: Tangíveis: referem-se à aparência das instalações físicas, equipamentos, pessoal e material de comunicação; Confiabilidade: a habilidade em realizar o serviço no tempo prometido, de forma confiável e precisa; Presteza: a disposição em ajudar os clientes e prover-lhes o serviço prontamente; Segurança: o conhecimento dos funcionários e suas habilidades de transmitir confiança e segurança. Empatia: o fornecimento de cuidados e atenção individualizada aos clientes.

Cada uma das cinco dimensões da escala SERVQUAL é composta por vários itens que as medem, sendo cada item avaliado em uma escala de sete pontos que vai do grau mais baixo, denominado discordo plenamente, até o grau mais alto, denominado concordo plenamente,

sendo apenas esses extremos nomeados, enquanto os graus intermediários não possuem denominação (Parasuraman et al. 1988). Como a proposta da escala é mensurar a qualidade por meio da identificação do quanto a empresa atende as expectativas dos clientes, sua aplicação é organizada em três etapas, sendo a primeira de avaliação das expectativas dos clientes, a segunda de avaliação das percepções desses clientes, e a terceira e última etapa consistindo na comparação entre os resultados das expectativas e das percepções para se alcançar o resultado da qualidade do serviço.

Em 1992, Cronin Jr e Taylor, questionam a escala SERVQUAL, evidenciando a importância de avaliar a qualidade dos serviços e sugerindo que esta deve ser medida como uma atitude. Os autores criticam a quantidade de questões apresentadas na SERVQUAL e apresentam como alternativa a escala SERVPERF, composta por 22 questões, metade da proposta da SERVQUAL. Parasuraman, Zeithaml e Berry (1994) publicam trabalho no qual respondem aos questionamentos apontados por Cronin Jr e Taylor (1992), apresentando a escala SERVQUAL em três colunas, como em sua formação original, avaliando a qualidade percebida, a qualidade esperada e a qualidade desejada pelo cliente, uma segunda alternativa na qual a escala considera apenas a qualidade percebida e a desejada para fazer a avaliação da percepção de qualidade pelo cliente, nesse caso apresentando a escala SERVQUAL em duas colunas. E o último formato de apresentação, no qual a escala é apresentada em apenas uma coluna, considerando apenas a qualidade percebida para fazer a avaliação pelo cliente.

A pesquisa desenvolvida por Parasuraman et al. (1988) para elaboração da SERVQUAL trouxe muitas contribuições para os trabalhos realizados posteriormente, e até hoje é bastante utilizada para mensuração da qualidade em empresas de serviços. Esse trabalho utilizará esse instrumento para mensuração da qualidade percebida dos usuários de saúde suplementar entrevistados.

Fornell, Johnson, Anderson, Cha e Bryant (1996), propuseram o Modelo do Índice de Satisfação do Cliente Norte-Americano (ISCN), o qual apresenta a qualidade percebida e o valor percebido como fatores antecedentes à satisfação e à lealdade do cliente, conforme apresentado na Figura 3.

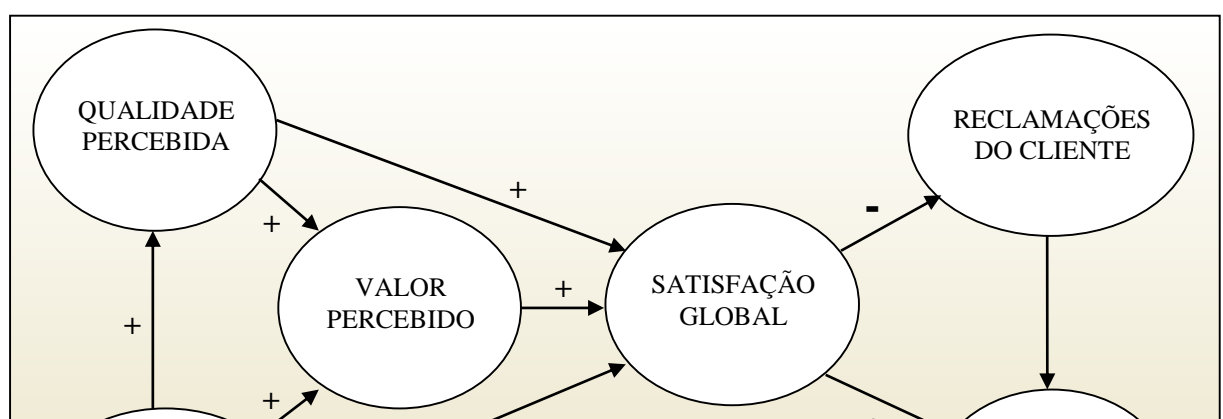


Figura 3: **Modelo do índice de satisfação do cliente norte-americano**

Fonte: Fornell et al. (1996).

Urdan e Rodrigues (1999), em análise ao modelo de Fornell et al. (1996) ressaltam que, nesse contexto, a empresa que aperfeiçoa a relação entre esses constructos possui maior chance de ter benefícios como menor elasticidade de preços, proteção de participação de mercado, queda nos custos de atração de novos clientes e privilegiada reputação no mercado. Rossi e Slongo (1998, p. 103) afirmam que “a administração da qualidade consiste em alavancar a produtividade e a competitividade da empresa, maximizando a sua rentabilidade”.

2.2 VALOR PERCEBIDO

Segundo Zeithaml (1988, p. 14), entende-se por valor percebido “a avaliação total do consumidor sobre a utilidade de um produto baseado na percepção do que é recebido e do que é dado”. Na pesquisa, a autora propõe um modelo que relaciona as variáveis de qualidade, preço e valor percebido para os clientes, bem com sua influência na decisão de compra do consumidor. Zeithaml (1988), afirma que a percepção de valor é um conceito que causa certa confusão, já que várias abordagens foram utilizadas pelos participantes em uma pesquisa conduzida em uma empresa de suco de frutas para definição do termo, os quais apontaram que valor pode ser entendido como uma característica fundamental em um produto, abordagem esta distinta do conceito de que valor é preço baixo, ou mesmo de que valor é a qualidade recebida no produto pelo preço que foi pago por ele. Assim, o conceito de valor na visão do cliente pode estar relacionado ao preço, à utilidade, ou mesmo à utilidade do produto em relação ao preço pago, o que segundo a autora se atribui ao fato de que a percepção de valor pelo cliente é um processo situacional, pois depende do contexto no qual está inserido.

Urdan e Rodrigues (1999, p. 112), definem valor percebido como “o nível percebido de qualidade do produto em relação ao preço pago”. De acordo com Grewal e Parasuraman (2000), vale ressaltar que o valor percebido é um conceito dinâmico, trazendo a discussão sobre a relação de valor, qualidade e lealdade, onde o valor é apresentado como relevante determinante

da lealdade do cliente. Conforme apresentado na Figura 4, para os autores, a formação do valor ocorre pela influência do preço (entendido como um sacrifício dispendido pelo consumidor) e a qualidade do produto e do serviço (entendido como um benefício recebido).

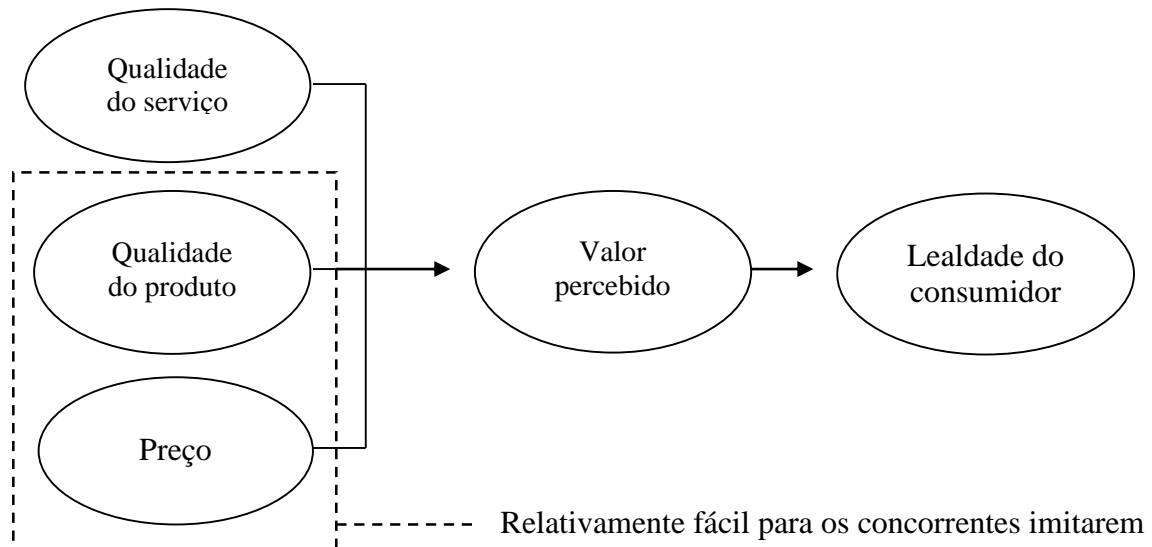


Figura 4: **Formação do valor percebido.**
Fonte: Grewal e Parasuraman (2000).

Os autores ressaltam a dificuldade na formação de vantagem competitiva tomando como base o preço e o valor do produto. Assim, dentro do modelo proposto, a qualidade do serviço passa a ser a variável mais relevante na definição de valor para o cliente. Decorrente da definição do modelo e do conceito de valor como um constructo dinâmico, Grewal e Parasuraman (2000), apontam ainda quatro tipos de valor a serem considerados: o valor de aquisição, que se refere às propriedades adquiridas na compra em relação ao dinheiro pago; o valor de transação, definido pelo prazer sentido pela realização de um bom negócio; o valor de uso, decorrente da utilidade de uso do produto adquirido; e o valor de retenção, que são os benefícios percebidos após o uso do produto, chamados de benefícios residuais.

Woodall (2003), corrobora com a definição de conceito dinâmico para valor percebido, já que fatores como aumento do uso ou aumento da familiaridade com o produto/serviço pode alterar a avaliação do valor percebido pelo cliente ao longo do período de consumo. Para Sirdeshmukh et al. (2002) o conceito de valor se define pela percepção do cliente sobre as trocas que esse percebe durante o relacionamento com um fornecedor, ou seja, a sua percepção quanto aos benefícios e custos de se manter nesse relacionamento.

Veludo-de-Oliveira e Ikeda (2010) afirmam que o conceito de valor para *marketing* recebe influência de várias áreas de conhecimento, desde a economia, a sociologia e a psicologia, e que o conhecimento sobre o conceito de valor na perspectiva do cliente possibilita

à empresa um conhecimento privilegiado para melhor direcionamento de suas estratégias de *marketing*, estando de acordo com os valores identificados. Assim, as autoras apresentaram uma série histórica de conceitos de alguns autores do que seria “valor” para os clientes, com base em uma revisão da literatura sobre o tema apresentada na Figura 5, apresentada nesta e na página seguinte:

Valor são todos os fatores, qualitativos e quantitativos, subjetivos e objetivos, que compõe a experiência completa de compra.	(SCHECHTER, 1984 como citado em ZEITHAML, 1988, p. 13).
Valor percebido é a avaliação geral pelo consumidor da utilidade de um produto baseado em percepções do que é recebido e do que é dado.	(ZEITHAML, 1988, p. 14).
Valor para o consumidor é uma experiência de preferência relativa e interativa, referente à avaliação de algum objeto por um indivíduo.	(HOLBROOK, 1999, p. 5).

Figura 5: **Conceitos de valor**

Fonte: Veludo-de-Oliveira e Ikeda (2010).

Valor para o cliente é a diferença entre as percepções do cliente quanto aos benefícios e quanto aos custos da compra e uso de produtos e serviços.	(CHURCHILL; PETER, 2000, p. 13).
Valor entregue ao cliente é a diferença entre o valor total para o cliente e o custo total para o cliente. O valor total para o cliente é o conjunto de benefícios que os clientes esperam de um determinado produto ou	(KOTLER, 2000, p. 56).

serviço. O custo total é o conjunto de custos em que os consumidores esperam incorrer para avaliar, obter, utilizar e descartar um produto ou serviço.	
Valor para o consumidor é a diferença entre os benefícios que um consumidor vê em uma oferta de mercado e os custos de se obterem os benefícios. Um consumidor, provavelmente, estará mais satisfeito quando o valor do consumidor é maior – quando os benefícios superam os custos por uma margem grande.	(PERREAULT JUNIOR; McCARTHY, 2002, p. 24).

Figura 5 (continuação): **Conceitos de valor**
 Fonte: Veludo-de-Oliveira e Ikeda (2010).

Dominguez (2000, p. 54), identifica que há um consenso entre alguns autores de que “o conceito de valor percebido pelo cliente está vinculado ao uso (utilidade) do produto ou serviço, está relacionado com a percepção do cliente e não com o posicionamento da empresa fornecedora, e envolve a noção de troca de benefícios por custos”.

O autor ressalta uma série de aspectos relevantes que devem ser considerados na abordagem sobre valor percebido, listados a seguir:

- Dimensão temporal: Segundo o autor, a percepção de valor pelo cliente pode sofrer variação de acordo com o momento de avaliação e que o grau de exigência do cliente tende a aumentar com o passar do tempo de relacionamento com o produto, conforme também ressalta Woodall (2003), em suas conclusões sobre o conceito dinâmico do valor percebido. Assim, as empresas precisam estar atentas em sempre avaliar o valor percebido ao longo do tempo.
- Visão externa e interna à empresa: Este aspecto refere-se ao que a empresa entende o que o cliente quer e o que o cliente diz querer, em termos de atributos de valor, diferença citada por Zeithaml (1988), como um dos *gaps* abordados em seu trabalho. A estratégia apontada por Dominguez (2000), para melhorar o resultado desse problema, é que a empresa deve buscar identificar o desejo do cliente para reduzir este *gap* e elaborar estratégias de *marketing* melhor direcionadas com vistas a aumentar o valor percebido dos seus produtos/serviços.

- Natureza do mercado: Refere-se ao tipo de mercado ao qual o produto é destinado. O autor afirma que, para mercados B2C (*business to consumer*), nos quais as empresas vendem para consumidor final, sendo este pessoa física, os aspectos mais valorizados são a estética e gosto, ligados às características pessoais e influências de estruturas psicológicas, sociais e culturais do consumidor. No mercado B2B (*business to business*), onde as indústrias assumem o papel de consumidor, os atributos mais valorizados são o desempenho e funcionalidade. Dominguez (2000, p. 55), ressalta ainda o grau de competitividade do mercado, afirmando que “quanto maior o nível de competição no mercado, mais suscetíveis à influência competitivas são os clientes”.
- Dimensão pessoal: Esse aspecto refere-se à importância de os profissionais de *marketing* estar atentos às particularidades dos consumidores, já que as características pessoais de cada cliente influenciam diretamente em sua percepção de valor, de modo que os atributos de valor variam entre as pessoas. Essa perspectiva também é apontada por Veludo-de-Oliveira e Ikeda (2010), quando chamam a atenção para a influência da psicologia e sociologia na construção do conceito de valor pelo cliente, pela conotação de valores pessoais e individuais no seu comportamento.
- Dimensão de uso: Para o autor, o valor do produto varia de acordo com o uso ao qual se destina.
- Interação e integração organizacional: Nesse aspecto, Dominguez (2000), chama a atenção para a importância de a empresa estar atenta ao fato de que a responsabilidade pela contínua melhoria do valor percebido pelo cliente é de responsabilidade de todos que a compõem, não se restringindo a apenas a um departamento.
- Abrangência da cadeia de suprimento: Pelo entendimento de que o valor percebido pelo cliente resulta do valor que este agrega quando percorre toda a cadeia de suprimentos, Dominguez (2000), ressalta a importância de a empresa ter parcerias com fornecedores ao longo de toda a cadeia, como forma de maximizar o valor para o cliente.
- Relação entre valor percebido e qualidade percebida: O autor ressalta a importância de as empresas entenderem a diferença entre os conceitos de qualidade percebida, que apesar de não existir um consenso entre os pesquisadores, diz respeito à avaliação do consumidor sobre a excelência de um produto e o valor percebido, que agrega nessa avaliação à percepção de valor troca entre os elementos da transação.
- Relação entre valor percebido e satisfação dos clientes: Segundo Dominguez (2000, p. 56), “a satisfação pode ser definida como o grau de atendimento das expectativas dos

clientes em relação a um produto ou serviço”. Assim, o autor afirma que entender o que o cliente espera na relação com a empresa é muito importante para seu desempenho. Sendo assim, o valor percebido se mostra como uma importante variável a ser entendida.

- Relação entre o valor percebido e o planejamento estratégico: Esse aspecto traz o atendimento do valor percebido do cliente como objetivo estratégico da empresa, com o intuito de melhorar seu resultado.

Para Slater e Narver (2000), quando uma empresa consegue criar mais valor para os clientes do que seus concorrentes, esta atinge uma posição superior de valor, e a criação desse valor surge quando os benefícios atribuídos aos clientes oriundos do produto são superiores aos custos do ciclo de vida da oferta. Nesse enfoque, Sirdeshmukh et al. (2002) e Lam, Shankar, Erramilli e Murthy (2004), afirmam que quando o cliente percebe que está recebendo maior valor na empresa com a qual se relaciona, existe maior possibilidade deste se tornar leal a ela.

Em um estudo realizado em serviços de saúde, Choi, Cho, Lee, Lee e Kim (2004) analisaram a relação entre valor percebido e qualidade percebida, bem como sua influência na satisfação do cliente na Coreia do Sul. O resultado do modelo encontrado nesse trabalho aponta o valor e a qualidade percebida como determinantes principais da satisfação do cliente nesse contexto, sendo a qualidade mais influente que o valor. Em pesquisa realizada por Brei e Rossi (2005) para estudo da relação entre valor percebido, confiança e lealdade de usuários de internet *banking*, os autores afirmam que, como ocorreu em pesquisas anteriores, realizadas por Sirdeshmukh et al. (2002) no varejo de vestuário e na aviação comercial, o valor percebido teve uma relação positiva com a lealdade, comprovando a sua influência na determinação da lealdade do cliente.

2.3 LEALDADE

O termo lealdade tem recebido várias abordagens ao longo do tempo, em algumas abordagens sendo relacionada ao estudo do padrão de compras repetidas. Porém, a lealdade ganhou destaque nas discussões visto que apresenta um papel relevante no relacionamento com clientes, antes atribuída à satisfação. Entretanto, conforme ressaltado por Oliver (1999), a satisfação e a lealdade são constructos que estão relacionados, já que todo cliente leal está satisfeito, todavia, o fato de um cliente estar satisfeito não significa que ele seja leal à empresa, pois outros constructos interferem nessa relação.

Para Dick e Basu (1994, p. 99) “a lealdade do cliente é vista como sendo a força da relação entre a atitude reativa de um indivíduo e seu comportamento de compra repetida”. Os

autores afirmam que as pesquisas realizadas sobre o tema até então apresentavam um interesse em avaliar questões de medição e características do consumidor.

Assim, os autores supracitados adotam uma abordagem de lealdade atitudinal-comportamental, considerando as atitudes dos consumidores em relação a uma marca, serviço, loja ou fornecedor, e as relacionando com seu comportamento de compra, abordagem também adotada por Larán e Espinoza (2004). O produto dessas relações de atitude e comportamento é uma matriz, apresentada na Figura 6, que combina atitude reativa e comportamento de compra repetida do consumidor, estando as dimensões de percepção de diferenciação e de força ligadas à atitude relativa, que representa a atitude de avaliação do consumidor diante de produtos de diferentes marcas (Dick & Basu, 1994).

		Compra Repetida	
		Alta	Baixa
Atitude Relativa	Alta	Lealdade	Lealdade Latente
	Baixa	Lealdade Espúria	Lealdade Inexistente

Figura 6: **Formas de Lealdade.**

Fonte: Dick e Basu (1994).

Segundo Dick e Basu (1994), quando temos uma situação na qual a atitude relativa e o comportamento de compra repetida são baixos, não existe a lealdade do cliente. Quando a atitude relativa é alta e o comportamento de compra repetida é baixo, temos a lealdade latente, caracterizada pelo comportamento no qual o cliente tem uma atitude positiva em relação a determinado fornecedor e existe a intenção de comprar no mesmo fornecedor. Entretanto, situações ambientais influenciam na escolha do cliente e podem fazê-lo optar por outro fornecedor. Quando ocorre a situação de uma baixa atitude relativa e alto comportamento de compra repetida, surge um tipo de lealdade denominada espúria, na qual não existe um comportamento atitudinal de compra, embora exista um comportamento de compra repetida devido a fatores situacionais ou mesmo influência social, na qual o consumidor não possui intenção de comprar de um fornecedor, porém, compra devido às influências que recebe do meio no qual está inserido. Finalizando, para Dick e Basu (1994), o tipo de relação na qual existe uma alta atitude relativa e alto comportamento de compra repetida caracteriza a lealdade do cliente em uma relação na qual existe a atitude do consumidor e a recompra verdadeiramente existe.

Em outra abordagem, Oliver (1999), apresenta o conceito de lealdade trazendo a perspectiva de um processo composto por uma série de fases nas quais o comportamento de lealdade do cliente muda. Para o autor, a lealdade se define no compromisso de uma consistente repetição de compra de um determinado produto ou serviço no futuro, de uma mesma marca ou um conjunto delas, independente das influências que poderiam interferir em sua escolha.

Oliver (1999), apresenta quatro tipos de lealdade, que representam um processo de evolução do grau de desenvolvimento da lealdade do cliente. Iniciando pela lealdade cognitiva, na qual o cliente desenvolve sua percepção acerca de determinado produto ou serviço, com base nas informações que possui sobre o seu desempenho. Caso haja uma relação de satisfação na fase anterior, a consequência pode ser o desenvolvimento da lealdade afetiva, caracterizada pelo surgimento de um sentimento de afeto pela marca, porém sem significar compromisso, já que pode ocorrer mudança de fornecedor, mesmo havendo satisfação do consumidor.

A fase seguinte, também descrita por Oliver (1999), é a lealdade conativa, onde existe o compromisso do consumidor em repetir a compra. Ele se sente envolvido com a marca e tem a intenção de ser fiel, embora esta compra possa não se realizar pela influência de fatores externos. Em seguida, vem a última fase, denominada pelo autor como lealdade de ação, onde além de existir a intenção do cliente em repetir a compra, existe também a ação, o comprometimento profundo em recomprar o produto ou serviço no futuro, independente das influências que possam afetar este comportamento do consumidor.

Além dessas fases, Oliver (1999) aponta o contexto sócio-emocional como um fator que pode estar relacionado à lealdade. O autor cita um estado de lealdade final representada em uma estrutura que relaciona o grau de firmeza do indivíduo, em que ele luta em função de sua fidelidade à marca, não havendo nesse caso relação com o grau de informações geradas pelo comerciante do produto/serviço, e tão pouco com o grau de influência da comunidade em mantê-lo leal simplesmente porque é interessante de alguma forma.

O desenvolvimento da lealdade como um processo dinâmico também foi apontado por Costabile (2000), que afirma que o desenvolvimento da lealdade ocorre em uma sequência na qual vários atributos relacionais, cognitivos e comportamentais interagem e formam a lealdade do cliente. Para a autora, a lealdade do cliente se define pelo grau de relação entre ele e a empresa. Estando esse grau de relação em seu estágio mais elevado, existe uma relação verdadeira de lealdade do cliente. A estrutura da sequência proposta por Costabile (2000), aponta quatro fases de desenvolvimento da lealdade, estando estas descritas a seguir:

- Fase de satisfação e confiança: Nesta primeira fase a confiança do cliente é desenvolvida a partir de uma sucessão de experiências de compra feitas por este, desde que haja satisfação, ou seja, as experiências de compra sejam positivas, e assim haja o interesse do mesmo em retornar para adquirir novamente produtos/serviços daquele fornecedor.
- Fase da confiança e compra repetida: Na segunda fase já existe um vínculo de confiança e esta passa a ser relacionado com a frequência de compras repetidas, onde o cliente passa a avaliar o valor recebido em relação aos custos dispendidos durante a transação. Existe um comportamento de lealdade do cliente, embora o resultado dessa fase depende de qual a percepção que o cliente tem da relação entre o valor que recebeu em comparação às alternativas dispostas no mercado. Os possíveis resultados podem ser: o término do relacionamento, havendo uma proposta de maior valor no mercado; a continuação de relacionamento, se o cliente percebe que está sendo beneficiado, mesmo que este esteja sempre atento às oportunidades disponíveis no mercado e que ofereçam maiores vantagens, o que é configurada como lealdade espúria; e o último resultado seria o reforço da lealdade, quando o cliente chega à conclusão de que está sendo beneficiado na relação, em comparação com as alternativas disponíveis no mercado, passando para a próxima fase da sequência proposta pela autora.
- Fase da lealdade mental: Nessa fase existe uma decisão segura do cliente em desejar negociar com a empresa, apesar de que alguns processos de compra cruzada tenham possibilidade de ocorrer, mas não existe interesse do cliente em buscar fornecedores alternativos, e sua propensão a aceitar ofertas dos concorrentes é muito limitada. Porém, este estado não extingue totalmente os conflitos. Segundo Costabile (2000), nesta fase um novo tipo de conflito se instala, pois com o passar do tempo, o conhecimento sobre a empresa com a qual se relaciona e suas ofertas aumenta, bem como em relação às alternativas disponíveis.
- Fase da lealdade cooperativa: Nessa última fase já existe a lealdade mental e comportamental do cliente, bem como uma avaliação satisfatória. O conceito de lealdade cooperativa agrega a ideia de que o cliente leal coopera com a empresa, por acreditar na equidade do relacionamento, adotando a postura de recomendar a empresa e sugerindo melhorias para produtos, serviços e para a empresa, cooperando nos processos de transação e também nos aspectos técnicos e produtivos.

2.4 CUSTO DE MUDANÇA

Segundo Lam et al. (2004), o custo de mudança se define pelos custos considerados pelo cliente no processo de mudança de fornecedor, sendo esses custos monetários ou não monetários, quando se trata de procedimentos, rotinas e atividades envolvidas no relacionamento com o fornecedor. Para Verhoef (2003), o custo de mudança proporciona a criação de barreiras que dificultam a possibilidade de troca de fornecedor.

Burnham et al. (2003), também definem custo de mudança como os custos avaliados pelos clientes em uma troca de fornecedor e desenvolveu um relevante trabalho com o intuito de determinar os antecedentes, tipologia e consequências dos custos de mudança. Nesse trabalho, os autores apresentam oito tipos, sendo eles:

- Custos de risco econômico: definido pelo custo que o cliente está disposto a correr sobre uma possível perda, em detrimento do pouco conhecimento sobre fornecedor no qual o cliente passará a se relacionar. Os autores citam como relevantes o risco de desempenho, risco financeiro e risco de conveniência.
- Custos de avaliação: são os custos de tempo e os esforços dispendidos pelo cliente coletando informações com o intuito de avaliar potenciais fornecedores alternativos, analisando dados disponíveis para chegar a uma decisão informada sobre a mudança pretendida.
- Custos de aprendizagem: são os custos de tempo e esforço do cliente para adquirir novas competências na utilização de um novo produto ou serviço. A mudança de fornecedor traz a necessidade de aprendizagem pelo cliente, que possivelmente passa a se inserir em um novo processo na relação com o novo provedor.
- Custos de instalação: são os custos de tempo e esforço relacionados à iniciação da nova relação com o fornecedor. Quando se trata de produto pode estar associado ao tempo de criação do mesmo, e em serviços, se trata do tempo para que o novo fornecedor entenda as necessidades específicas de seus clientes, evitando possíveis erros.
- Custos de perda de benefícios: estão relacionados à perda de prováveis vantagens que os clientes possuem com o atual fornecedor, estabelecidas por meio contratual, que não são oferecidas para novos clientes e que foram desenvolvidas pelo fornecedor visando à manutenção da relação com o comprador, fornecendo assim benefícios econômicos com o intuito de minimizar o interesse do cliente em encerrar a relação.

- Custos de perda monetária: referem-se às despesas financeiras incorridas na troca de fornecedor, possivelmente ocorridas com a necessidade de pagamento de taxas de adesão para novos clientes ou qualquer despesa decorrente do término da relação com o atual fornecedor.
- Custos de perda de relacionamento pessoal: Nesse tipo de custo são consideradas as perdas afetivas incorridas pelo cliente, que passa a não se relacionar mais com o antigo fornecedor, havendo uma quebra de laços de identificação entre o cliente e empregados desse prestador, trazendo ao cliente uma redução do seu nível de conforto, já que será necessário um tempo para que esses laços se formem com o novo prestador de serviços.
- Custos de perda de relacionamento com a marca: são as perdas incorridas pelo cliente que estão associadas à quebra os laços de identificação, que o cliente formou durante a sua relação com determinado produto, serviço ou empresa fornecedora. Os autores ressaltam que, em determinadas relações, os clientes criam laços de afetividade e identidade com a marca que consomem, e a ruptura dessa relação traz a perda dessa identidade já estabelecida.

Segundo Gastal (2005), esses custos se classificam em três grupos, que se denominam custos de mudança de procedimento, que são compostos pelos custos de risco econômico, avaliação, aprendizagem e inicialização. Um segundo grupo denominado de custos de mudança financeiros, pertinente às perdas monetárias na troca de fornecedor. E o último grupo denominado custos de mudança relacionais, associados aos custos de perda de relacionamento pessoal e perda de relacionamento com a marca.

Burnham et al. (2003), afirmam que os custos de mudança podem ser gerados pela difusão de inovações no mercado, que alteram características de produtos e serviços. Ressaltam também a influência e a importância dos custos de mudança na lealdade do cliente. Essa relação é corroborada pelos trabalhos apresentados por Lam et al. (2004), Yang e Peterson (2004) e Gastal (2005), os quais apresentam resultados positivos na relação entre o custo de mudança e a lealdade do cliente.

2.5 FORMULAÇÃO DE HIPÓTESES PARA CONFIGURAÇÃO DO MODELO

Na relação entre cliente e fornecedor, pode-se presumir que manter um cliente leal traz vantagens competitivas à organização, sendo essa lealdade determinada por fatores antecedentes à satisfação, denominados como qualidade percebida e valor percebido. Ao se tratar de operadoras de planos de saúde, presume-se também que a rede credenciada possui

influência sobre a satisfação e conseqüente lealdade dos clientes. Diante do exposto, o presente estudo busca entender como a qualidade percebida, custo de mudança e valor percebido pelo cliente em relação às estruturas administrativas de seu plano de saúde e ao hospital que mais utiliza com seu plano, influenciam na sua lealdade. O referencial teórico foi utilizado como fonte inicial de investigação para responder à pergunta de pesquisa, que tem como proposta entender a relação entre a qualidade percebida, o valor percebido, custo de mudança e a lealdade do cliente. Com base na leitura dos referenciais teóricos sobre os constructos em estudo, levantaram-se hipóteses acerca das relações existentes entre a qualidade percebida, valor percebido, custo de mudança e sua influência na lealdade dos clientes usuários de planos de saúde. Segundo Ferreira (2015), elaborar uma hipótese não é apenas desenvolver uma frase afirmativa de relação entre duas variáveis, mas também ser claro quanto à direção dessa relação, como exemplifica o autor, ela pode vir a ser positiva, negativa ou curvilínea.

Assim, quando se referem à qualidade percebida, os conceitos apresentam diversas abordagens quanto a sua definição, que vão desde o julgamento do consumidor, o desempenho avaliado de acordo com a expectativa, e a percepção do cliente no momento de recebimento do serviço (Zeithaml, 1988; Lee et al., 2001; Côrrea & Caon, 2012).

Parasuraman et al. (1988), apontaram em um estudo a existência de cinco dimensões na formação da qualidade percebida pelo cliente, que segundo os autores são definidas como tangibilidade, empatia, presteza, segurança e aspectos tangíveis. Com base nesse pressuposto, as seguintes hipóteses, apresentadas na Figura 7, foram formuladas:

H1a	Existe uma relação positiva entre a qualidade percebida pelo cliente sobre o hospital e a percepção de confiabilidade do cliente sobre o hospital
H1b	Existe uma relação positiva entre a qualidade percebida pelo cliente sobre o hospital e a percepção de empatia do cliente sobre hospital
H1c	Existe uma relação positiva entre a qualidade percebida pelo cliente sobre o hospital e a percepção do cliente sobre a presteza do hospital
H1d	Existe uma relação positiva entre a qualidade percebida pelo cliente sobre o hospital e a percepção do cliente sobre a segurança do hospital
H1e	Existe uma relação positiva entre a qualidade percebida pelo cliente sobre o hospital e a percepção do cliente sobre os aspectos tangíveis do hospital
H3a	Existe uma relação positiva entre a qualidade percebida pelo cliente sobre plano de saúde e a percepção de confiabilidade do cliente sobre o plano de saúde
H3b	Existe uma relação positiva entre a qualidade percebida pelo cliente sobre o plano de saúde e a percepção do cliente sobre a empatia do plano de saúde
H3c	Existe uma relação positiva entre a qualidade percebida pelo cliente sobre o plano de saúde e a percepção do cliente sobre presteza do plano de saúde
H3d	Existe uma relação positiva entre a qualidade percebida pelo cliente sobre o plano de saúde e a percepção do cliente sobre a segurança do plano de saúde

H3e	Existe uma relação positiva entre a qualidade percebida pelo cliente sobre o plano de saúde e a percepção do cliente sobre os aspectos tangíveis do plano de saúde
-----	--

Figura 7: **Hipóteses sobre qualidade percebida e dimensões da qualidade.**

Fonte: Elaborada pela autora.

Em relação à influência da qualidade percebida sobre a lealdade, foi utilizado o Modelo do Índice de Satisfação do Cliente Norte-Americano, apresentado no trabalho de Fornell et al. (1996), onde é proposto um modelo que apresenta a qualidade percebida e o valor percebido como fatores antecedentes à lealdade do cliente, o que também é abordado por Grewal e Parasuraman (2000), que ressaltam a relação entre a qualidade percebida e o valor percebido como antecedentes da lealdade do cliente. Essa relação é discutida em trabalhos posteriores como um diferencial competitivo para as empresas que investem nessa área (Rossi & Slongo, 1998; Urdan & Rodrigues, 1999). O modelo apresentado por Grewal e Parasuraman (2000), ilustra a relação entre os três constructos estudados nesse trabalho, considerando a qualidade percebida como antecedente do valor percebido, ou seja, o valor percebido sendo formado pelo preço e pela qualidade percebida. Assim, propõem-se as hipóteses apresentadas a seguir na Figura 8:

H2a	Existe uma relação positiva entre a qualidade percebida pelo cliente sobre o hospital e o valor percebido pelo cliente na relação com o hospital
H4a	Existe uma relação positiva entre a qualidade percebida pelo cliente sobre o plano de saúde e o valor percebido pelo cliente na relação com o plano de saúde
H5a	Existe uma relação positiva entre o valor percebido pelo cliente sobre o hospital e a lealdade do cliente em relação a esse hospital
H5b	Existe uma relação positiva entre o valor percebido pelo cliente sobre o hospital e a lealdade do cliente em relação ao plano de saúde
H5c	Existe uma relação positiva entre o valor percebido pelo cliente sobre o plano de saúde e a lealdade do cliente em relação ao hospital
H5d	Existe uma relação positiva entre o valor percebido pelo cliente sobre o plano de saúde e a lealdade do cliente em relação a esse plano

Figura 8: **Hipóteses sobre qualidade percebida, valor percebido e lealdade.**

Fonte: Elaborada pela autora.

O custo de mudança é o constructo definido por diversos autores (Lam et al., 2004, Verhoef, 2003 e Burnham et al., 2003) como os custos que o cliente avalia no momento que existe a possibilidade de trocar de fornecedor, seja de um produto ou serviço. Os autores ressaltam também que esses custos influenciam diretamente na relação de lealdade do cliente. Dessa forma, foram propostas as hipóteses apresentadas na Figura 9.

H6a	Existe uma relação positiva entre o custo de mudança em uma possível troca de hospital e a lealdade do cliente em relação ao hospital
H6b	Existe uma relação positiva entre o custo de mudança em uma possível troca de plano de saúde e a lealdade do cliente em relação a esse plano

Figura 9: **Hipóteses sobre custo de mudança e lealdade.**

Fonte: Elaborada pela autora.

Diante das hipóteses definidas sobre as relações entre os constructos em estudo, e com base no levantamento teórico realizado, desenvolveu-se o modelo teórico proposto para a presente experimentação, entendendo-se como um modelo que Malhotra (2001), define ser a representação de um conjunto de variáveis e seus inter-relacionamentos, apresentando em todo, ou em parte, um sistema ou processo real. Assim, propõe-se na Figura 10 o modelo teórico que será testado empiricamente nesse trabalho.

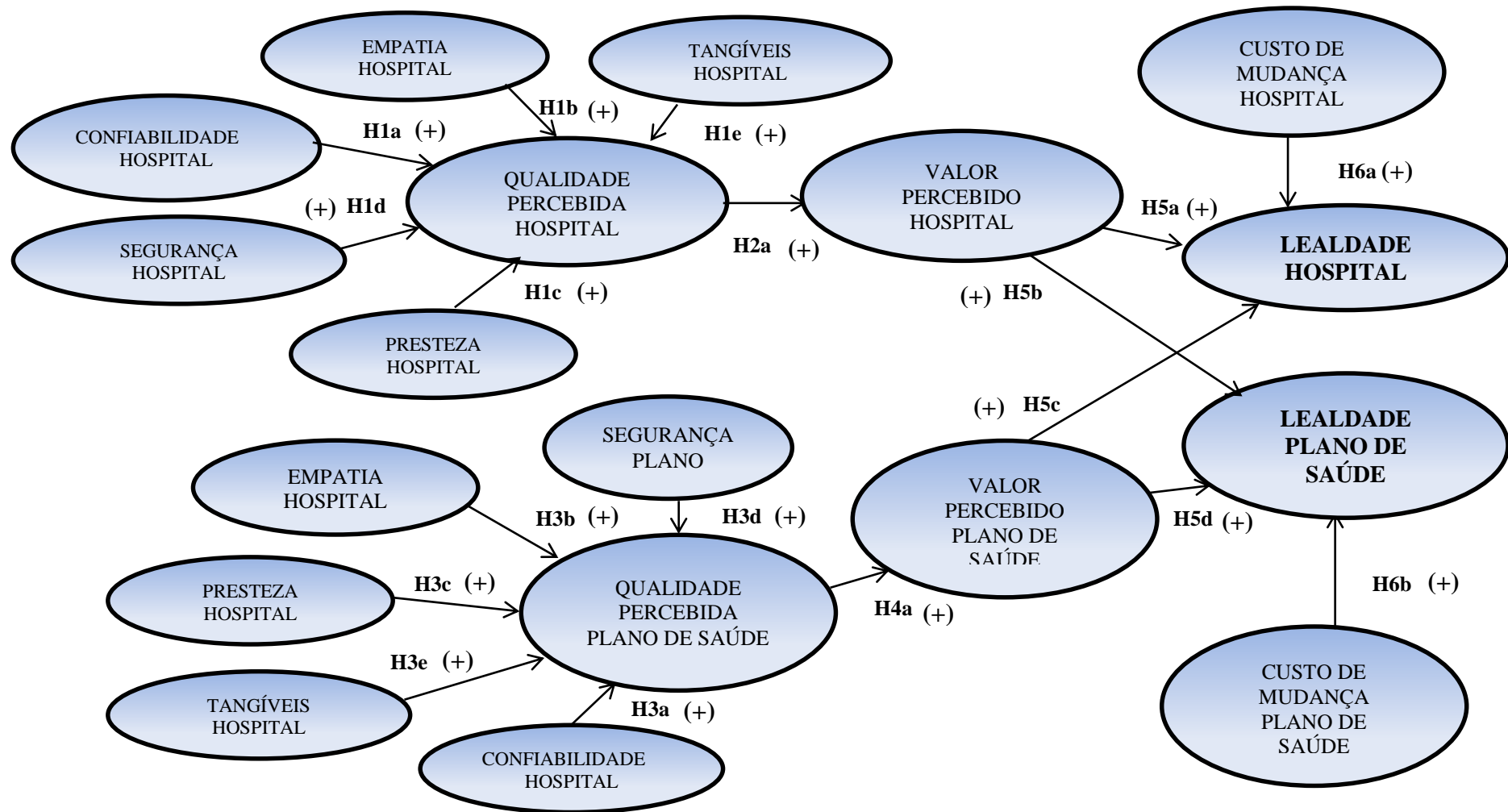


Figura 10: **Modelo teórico proposto.**

Fonte: Elaborado pela autora.

3 MÉTODO E TÉCNICAS DE PESQUISA

Esta seção apresenta os aspectos metodológicos que adotados para realização do trabalho, a abordagem metodológica, caracterização da natureza da pesquisa, a amostra estudada e os procedimentos operacionais e critérios utilizados para coleta e análise de dados.

3.1 NATUREZA DA PESQUISA

O desenvolvimento metodológico adequado de um trabalho científico apresenta um detalhado caminho a ser percorrido pelo pesquisador. Martins e Theóphilo (2009) apontam quatorze tipos de estratégias de pesquisa que podem ser utilizadas. A adoção dessas estratégias vai variar de acordo com os objetos e propósitos do estudo a ser realizado. A presente pesquisa será orientada pelos conceitos do *marketing*, que segundo Malhotra (2001), é um tipo de pesquisa definida como a identificação, coleta, análise e disseminação de informações em *marketing* que auxiliam os gestores em suas tomadas de decisão, e obedece a uma classificação dos tipos de pesquisas adotadas conforme apresentado na Figura 11.

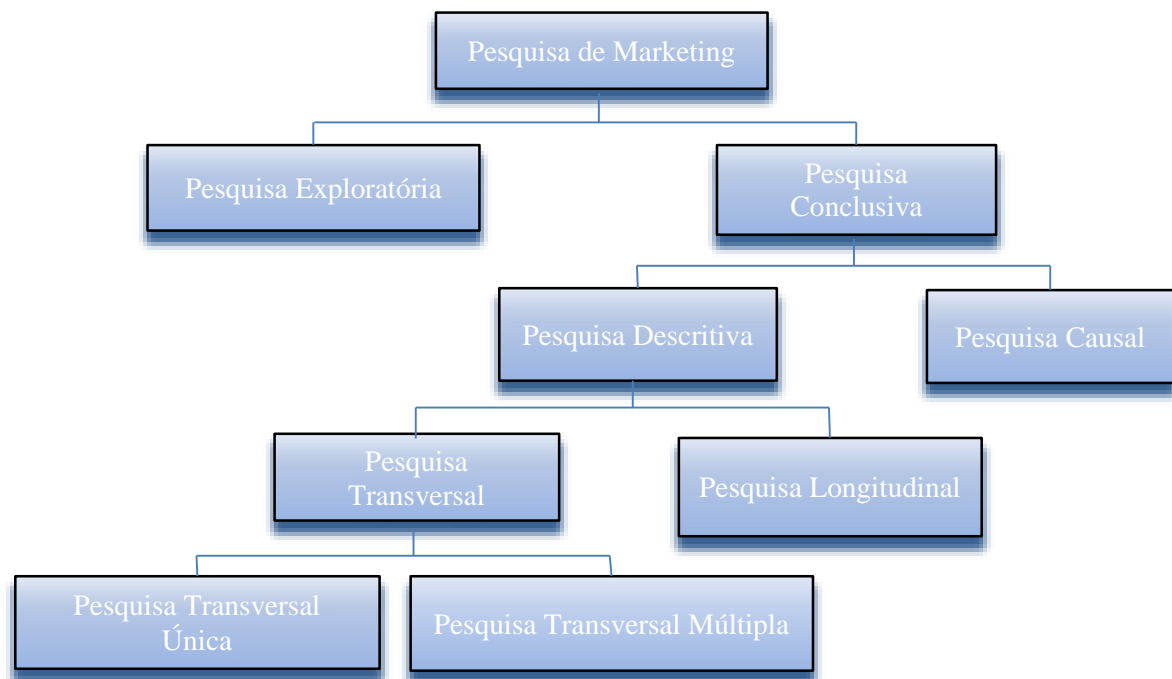


Figura 11: **Tipos de pesquisa em marketing.**
Fonte: Malhotra (2001).

A descrição dos tipos de pesquisa em *marketing*, apontadas na Figura 9, também é apresentada com nomenclaturas distintas, todavia utilizando a mesma definição para os tipos de pesquisa, como será discutido a seguir na definição do tipo de pesquisa desse estudo.

Esse estudo é caracterizado como uma pesquisa exploratória, conclusiva, descritiva e um estudo transversal único. De forma ampla, as pesquisas em *marketing* são classificadas em exploratórias e conclusivas. As pesquisas exploratórias são definidas por Malhotra (2001), e por Hair Jr, Babin, Money e Samuel (2005), como um tipo de pesquisa flexível, que busca fornecer ao pesquisador informações e critérios para melhor definição do problema estudado, sendo indicada para situações nas quais o pesquisador precisa de mais informações para prosseguir com o estudo. Cooper e Schindler (2003) complementam que, no desenvolvimento de uma pesquisa exploratória, geralmente se desenvolvem hipóteses que serão estudadas em uma pesquisa adicional. Em relação às hipóteses surgidas em uma pesquisa exploratória, Mattar (2001), complementa que tal hipótese resultante nesse tipo de pesquisa, pode ajudar a estabelecer prioridades para estudos, já que elas podem indicar maior grau de relevância dentre outras.

Diferente das pesquisas exploratórias, as pesquisas conclusivas são mais estruturadas e seus dados são coletados de grandes amostras, estando sujeitos a análises quantitativas (Malhotra, 2001). Cooper e Schindler (2003), utilizam a expressão “estudos formais” para classificar as pesquisas conclusivas e complementam a definição anterior, acrescentando que esse tipo de estudo em geral apresenta hipóteses e questões investigativas bem definidas e declaradas, podendo atender a objetivos de pesquisa como descrições de fenômenos ou características associadas à população alvo; estimativas da população que possuam determinadas características; descoberta de associação entre diferentes variáveis; descoberta e mensuração de relações de causa e efeito entre as variáveis. Segundo os autores, os três primeiros objetivos estão relacionados às pesquisas descritivas e o último as pesquisas causais, tipos de pesquisas nas quais se subdividem os estudos formais, modelo de subdivisão também adotado por Malhotra (2001), que apresenta o conceito de que as pesquisas conclusivas se dividem em pesquisas descritivas e pesquisas causais.

As pesquisas causais estudam as relações causais, buscando identificar se um evento provoca uma mudança correspondente em outro evento (Hair Jr. et al., 2005). Apesar da definição desse tipo de estudo ser comum entre os autores pesquisados, eles também são unânimes ao afirmar que a relação de causalidade é apenas inferida, pois, pelas diversas variáveis que influenciam um evento, não é possível provar que a variável estudada foi a única a provocar o efeito identificado (Cooper & Schindler, 2003; Hair Jr. et al., 2005; Malhotra, 2001; Mattar, 2001).

As pesquisas descritivas são definidas por Acevedo e Nohara (2004), como um tipo de pesquisa que tem como objetivo descrever as características de um grupo, um fenômeno e

compreender como os conceitos envolvidos nesse fenômeno se relacionam, sem que haja um fator explicativo, apesar de dar suporte ou anteceder pesquisas explicativas. Mattar (2001), aponta os mesmos objetivos anteriormente citados e complementa que nesse tipo de pesquisa o pesquisador precisa saber claramente qual o objeto de mensuração, quando e onde será medido, como e por que deverá fazê-lo. Para Malhotra (2001), a característica principal que diferencia a pesquisa exploratória da pesquisa descritiva é o fato de que essa última é caracterizada pela definição prévia de hipóteses, podendo ser um complemento aos achados das pesquisas exploratórias. Em complemento à relação das hipóteses em pesquisas descritivas, Hair Jr. et al. (2005), afirmam que as hipóteses geralmente fornecem uma lista do que deve ser mensurado, guiando o processo.

Malhotra (2001), aponta duas formas nas quais uma pesquisa descritiva pode se apresentar: ela pode ser um estudo longitudinal ou um estudo transversal. Ainda segundo o autor, o estudo longitudinal é definido pela existência de uma amostra fixa de respondentes que é estudada ao longo do tempo, ou seja, as mesmas pessoas são medidas repetidamente. Hair Jr. et al. (2005), complementam que esse tipo de estudo é indicado quando as questões de pesquisa e hipóteses estudadas são afetadas no decorrer do tempo. Diferente dos estudos longitudinais, os transversais se caracterizam por haver apenas uma coleta de informações da amostra de uma população, entretanto, se subdividem em estudos transversais únicos e estudos transversais múltiplos, sendo determinados como únicos quando existe apenas uma amostra da população, diferente dos múltiplos, nos quais há duas ou mais amostras, porém coincidem quanto ao fato de os dados serem coletados uma única vez em ambos os casos (Malhotra, 2001).

Com base nos conceitos acima descritos, esse estudo é caracterizado, em uma menor proporção, como uma pesquisa exploratória, considerando a etapa de revisão bibliográfica, que segundo Silveira et al. (2004), deve ser realizada por fornecer maior aprofundamento e especialidade da área em estudo, bem como para obtenção de sustentação teórica sólida, baseada em autores reconhecidos por sua capacidade quanto ao tema estudado. Lakatos e Marconi (2002), afirmam que fazer uma revisão dessa natureza não é apenas a repetição do que já foi dito ou escrito, mas possibilita avaliar o tema sob uma nova perspectiva. A partir dessa revisão crítica dos estudos existentes, o pesquisador identifica se o problema levantado já foi estudado e tem resposta em trabalhos anteriores, o que pode trazer a resposta ao problema proposto para estudo. Quando a questão proposta não é respondida, a revisão da literatura fornece ao pesquisador o arcabouço teórico necessário para fundamentar a realização de uma pesquisa de campo, baseada em conceitos e teorias desenvolvidos cientificamente que servirão de apoio às demais etapas de elaboração do trabalho e fazem da pesquisa bibliográfica

indispensável à condução de qualquer pesquisa científica, visando à construção de uma plataforma teórica sobre o assunto (Martins & Theóphilo, 2009).

Além da abordagem exploratória, o presente trabalho contempla a pesquisa conclusiva descritiva, representada pela estratégia de pesquisa denominada levantamento, que consiste em uma sistemática coleta de dados com o intuito de responder questões sobre determinada variável ou a relação entre as características de pessoas ou grupos de pessoas (Martins & Theóphilo, 2009). A técnica de levantamento também pode ser encontrada na literatura com a nomenclatura de *survey*, que segundo Malhotra (2001), é um método que tem como base identificar características de comportamento, intenções, atitudes, percepções, motivações, características demográficas e estilo de vida dos respondentes por meio de um interrogatório, orientado por um questionário formal. Cooper e Schindler (2003), apontam como vantagens da utilização de *surveys* a sua versatilidade, já que dispensa a percepção visual ou de outro tipo, sobre a informação procurada pelo pesquisador, estando todas as informações contidas no questionário, bem como a vantagem de ser um método mais econômico do que a observação. Os autores relatam como ponto fraco do método a dependência da disposição do respondente, o que pode comprometer a quantidade e qualidade dos dados.

Malhotra (2001), complementa como pontos fortes do método a facilidade de sua aplicação. Apesar da dependência citada por Cooper e Schindler (2003), o autor ressalta a qualidade dos dados como um ponto forte, já que as respostas são limitadas a alternativas mencionadas, reduzindo a variabilidade decorrente das diferenças entre entrevistadores; a facilidade de codificação, análise e interpretação dos dados também são consideradas como pontos fortes do método. O ponto fraco do *survey* apresentado por Malhotra (2001), também consiste na relutância do entrevistado em responder a algumas perguntas, seja porque estas são de cunho pessoal e causam algum desconforto em expor a resposta, seja porque os respondentes não sabem especificar os motivos de suas escolhas, ressaltando outra característica de ponto fraco do método que é a dificuldade de formulação de perguntas adequadas.

Segundo Martins e Theóphilo (2009), apesar de ser uma estratégia mais utilizada para relato de distribuições e relações entre grupos de pessoas, algumas pesquisas de levantamento são realizadas com o intuito de identificar fortes relações entre variáveis, conforme apresentado por Cooper e Schindler (2003), na adoção de pesquisas conclusivas descritivas para trabalhos que têm como objetivo estudar a relação entre variáveis. Assim, a utilização dessa estratégia nesse trabalho se justifica pela natureza e objetivo do estudo em avaliar as relações entre a qualidade percebida, o valor percebido e a sua influência sobre a lealdade de clientes usuários de planos de saúde. Vários trabalhos existentes na literatura abordam o tema, estudando a

relação entre esses constructos ou mesmo o estudo de cada um deles sem que haja essa relação, entretanto, no contexto de planos de saúde o assunto é pouco discutido.

Para realização de uma pesquisa na qual se utiliza a estratégia de levantamento, a definição da população do estudo é um processo indispensável para o bom desenvolvimento do trabalho. Segundo Silveira et al. (2004), entende-se por população o conjunto de seres que apresentam pelo menos uma característica em comum, ressaltando que essa característica comum deve ser relevante para o estudo em questão. A população dessa pesquisa inclui os moradores do estado de São Paulo e que estão cadastrados como usuários em algum plano de saúde privado, seja ele empresarial ou individual.

3.2 AMOSTRA

Malhotra (2012), afirma que quando se trata de pesquisar e investigar algum aspecto de um grupo grande e numeroso, o levantamento de toda a população pode se tornar impossível, indicando-se assim a seleção de uma amostra, definida pelos autores como uma parcela selecionada da população em estudo. Silveira et al. (2004), relacionam a escolha da amostra ao tipo de abordagem da pesquisa, sendo ela quantitativa, exigirá um maior número de respondentes; ou qualitativa, que poderá ser representada por uma amostra de menor número de participantes. Cooper e Schindler (2003), citam como vantagens na adoção de amostras, o fato de apresentarem custos mais baixos que o estudo de populações, fornecer maior acuidade de resultados, proporcionar maior velocidade na coleta de dados e a disponibilidade de elementos da população. As amostras podem ser classificadas como probabilísticas, quando existem chances conhecidas para que o respondente seja selecionado, ou a amostra não probabilística, na qual não existe a mesma chance de os respondentes serem escolhidos (Malhotra, 2012).

A amostra desse estudo se classifica como não probabilística, que possui várias técnicas comumente usadas, dentre elas a amostragem por conveniência, técnica adotada nesse estudo, que se caracteriza pela amostra de elementos convenientes, que em geral são escolhidos pelo entrevistador por se encontrarem em determinado lugar e momento (Malhotra, 2001). O autor ainda destaca que, de todos os tipos de amostragem, esse é o que consome menos tempo e é menos dispendioso, citando alguns exemplos de amostragem por conveniência, dentre eles o uso de grupos de determinados segmentos como igrejas, instituições de ensino, organizações sociais, entrevistas em centros comerciais sem qualificar os entrevistados, lojas de departamento, utilizando listas de contas de clientes, questionários destacáveis incluídos em revistas, e entrevistas com “pessoas na rua”. Mattar (2001), também destaca a caracterização e

as vantagens apontadas por Malhotra (2001), ressaltando a escolha do elemento pesquisado por estar disponível no momento e no local onde a pesquisa estava sendo realizada. Martins e Theóphilo (2009), classificam esse tipo de amostra como acidental, na qual os entrevistados são acidentalmente escolhidos, sem que haja uma seleção prévia dos respondentes, como ocorre na amostragem aleatória. Ressaltando essa diferença, Cooper e Schindler (2003, p. 152), afirmam que “permitir que os entrevistadores escolham os elementos de amostra “aleatoriamente” (significando “como desejarem” ou “onde os encontrarem”), não é amostragem aleatória”.

Considerando os exemplos apresentados, a amostra desse trabalho foi formada por usuários de planos de saúde que foram abordados aleatoriamente para participação na pesquisa respondendo diretamente em questionário impresso. Os respondentes foram abordados de acordo com a conveniência dos pesquisadores, não havendo uma restrição quanto ao local de aplicação do instrumento de pesquisa. No questionário não houve restrição quanto aos tipos de plano, podendo ser usuários de qualquer operadora e qualquer modalidade de plano, seja individual, coletivo por adesão ou coletivo empresarial. Outro aspecto a ser considerado é a idade mínima do respondente, sendo esta igual ou superior aos 15 anos, entendendo-se que, nesta idade, o respondente possui capacidade de discernimento para responder às questões propostas.

Para cálculo da amostra desse estudo foi utilizado o software G*Power 3.1.7, que fornece o cálculo amostral adequado para equações estruturais, utilizando como base a parte do modelo que requer o maior conjunto de regressões múltiplas, e considerando uma variância mediana e um poder de explicação de 80% para o teste, conforme sugerido por Hair, Hult, Ringle, e Sarstedt (2014) para estudo das Ciências do Comportamento. Assim, o resultado para o modelo proposto nesse trabalho apresentou um mínimo de 85 respondentes para que o modelo pudesse ser mensurado pelo *software*. Todavia, para esta pesquisa estabeleceu-se um mínimo de 200 respondentes, visando obter maior fidedignidade com relação aos dados analisados.

Segundo Martins e Theóphilo (2009), o conteúdo coletado em um levantamento está relacionado a quatro áreas de conteúdo: dados pessoais, dados sobre comportamento, dados relativos ao ambiente (circunstâncias em que os respondentes vivem) e dados sobre o nível de informações, opiniões, atitudes, mensurações e expectativas. Os autores ressaltam ainda a maior qualidade dos dados gerados quando são analisados conjuntamente e não com foco em apenas um dos aspectos. Deste modo, o instrumento de coleta de dados é uma importante ferramenta para alcançar a qualidade dos resultados encontrados na pesquisa. O tipo de instrumento a ser utilizado irá depender do objeto de estudo e do enfoque que pesquisador adotará em uma abordagem qualitativa e/ou quantitativa.

A abordagem qualitativa, que segundo Silveira et al. (2004), traz variáveis subjetivas por meio de narrativa ou relato, evidenciando como, onde e quando os fatos ocorrem e se relacionam, sendo caracterizada pela narrativa da sociedade em ação, interpretando cenários, autores e o processo evolutivo dos acontecimentos. Hair Jr. et al. (2005), ressaltam a subjetividade dos dados qualitativos e a importância da interpretação do pesquisador quanto aos textos e/ou imagens resultantes da pesquisa. Dada a dificuldade de mensuração desse tipo de variável, Martins e Theóphilo (2009) afirmam que, quando preciso, essas variáveis podem ser trabalhadas e adaptadas para uma representação quantitativa, que se define por basear “seus estudos em uma análise de características diferenciadas e numéricas, geralmente ao longo de alguma dimensão, entre dois ou mais grupos, procurando provar a existência de relações entre variáveis” (Silveira et al., 2004, p. 107). Para Hair Jr. et al. (2005), esse tipo de abordagem está fundamentada apenas na habilidade do pesquisador em analisar os dados, já que são submetidos às técnicas estatísticas que independem da opinião do pesquisador.

Malhotra (2001), faz um comparativo entre os dois tipos de abordagem, afirmando que enquanto a pesquisa qualitativa é adotada para melhor compreensão do contexto do problema, a pesquisa quantitativa tem como objetivo quantificar dados e submetê-los a análises estatísticas. O autor ainda faz uma relação entre as duas, apontando que geralmente uma pesquisa quantitativa é precedida de uma qualitativa, em outros casos pode-se realizar pesquisas qualitativas para explicar os resultados encontrados em uma pesquisa quantitativa, de forma que, as duas se complementam, sendo este um dos princípios das pesquisas de marketing, que tem os dois tipos de abordagem como complementares e não como mutuamente excludentes. A Figura 12 apresenta as principais características das pesquisas quantitativas e qualitativas.

PESQUISA QUALITATIVA <i>VERSUS</i> PESQUISA QUANTITATIVA		
	Pesquisa Qualitativa	Pesquisa Quantitativa
Objetivo	Alcançar uma compreensão qualitativa das razões e motivações subjacentes.	Quantificar os dados, generalizar os resultados da amostra para a população alvo.
Amostra	Pequeno número de casos não-representativos.	Grande número de casos representativos.
Coleta de dados	Não-estruturada	Estruturada
Análise dos dados	Não-estatística	Estatística
Resultado	Desenvolve uma compreensão inicial.	Recomenda um curso final de ação.

Figura 12: **Principais características das pesquisas quantitativas e qualitativas.**

Fonte: Malhotra (2001).

Um dos métodos para conversão das variáveis qualitativas em variáveis quantitativas são as escalas sociais e de atitudes, que consistem em uma série de itens sobre um determinado objeto, representação ou situação, onde se solicita ao respondente que assinale qual o melhor grau que ilustre a sua percepção sobre o objeto de estudo de acordo com a afirmação que consta em cada item (Martins & Theóphilo, 2009).

3.3 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

As escalas sociais e de atitudes compõem o questionário proposto como instrumento utilizado para coleta dos dados desse trabalho, caracterizado como um questionário estruturado, formado por escalas que mensuram de forma quantitativa os constructos estudados. Dentre as abordagens existentes para a construção de escalas de mensuração em práticas de pesquisa, a abordagem escolhida foi a fatoração, que é definida pela construção da escala a partir da intercorrelação com outros estudos, sendo essas relações medidas estatisticamente por análise fatorial ou análise de conglomerados (Cooper & Schindler, 2003). A escolha desse método foi considerada mais adequada, já que as escalas adaptadas para essa pesquisa tiveram sua validade e confiabilidade testadas em estudos anteriores (Burnham et al., 2003; Parasuraman et al., 1988; Sirdeshmukh et al., 2002; Silva & Lopes, 2014). Para o método de resposta foi adotada a escala de Likert, que consiste em uma metodologia frequentemente utilizada e na qual o respondente expressa por meio de uma classificação numérica, suas atitudes favoráveis ou desfavoráveis em relação a um objeto de interesse (Cooper & Schindler, 2003).

3.3.1 Descrição do instrumento de coleta

O questionário proposto neste trabalho está dividido em três blocos, sendo o primeiro composto pelas escalas de atitude, que avaliam a qualidade percebida, o valor percebido, custo de mudança e a lealdade na sua relação com seu plano de saúde. Em seguida, um segundo bloco de questões avalia os mesmos constructos citados anteriormente, todavia agora com respeito ao hospital mais utilizado pelo respondente. Pede-se ao respondente que, de acordo com a sua experiência de atendimento, avalie o hospital quanto aos itens apresentados. O terceiro e último bloco se refere aos dados demográficos do respondente, que servirão para caracterizar a amostra estudada.

O instrumento se inicia com uma breve explicação sobre o seu preenchimento, seguindo as recomendações de Lakatos e Marconi (2002), que ressaltam a importância dessas orientações para que não haja equívocos por parte do respondente com relação ao que se deseja saber dele em relação aos itens propostos. A seguir, o questionário traz o primeiro bloco de itens, que estão relacionados à qualidade percebida pelo usuário quanto aos serviços oferecidos por seu plano de saúde.

Para avaliação da qualidade percebida adotou-se a escala denominada SERVQUAL, elaborada por Parasuraman et al. (1988), que é uma referência na mensuração desse constructo desde a sua divulgação. Amplamente utilizada em estudos de diversas áreas, a escala passou por diversas atualizações, sendo inicialmente constituída por 22 pares de itens que estavam inseridos em dez dimensões iniciais (tangibilidade, prontidão, confiabilidade, comunicação, credibilidade, segurança, competência, cortesia, conhecimento do consumidor e acesso), que segundo os autores resultavam na mensuração da percepção de qualidade dos clientes ao contemplar dois grupos de respostas, já que nesse modelo o cliente respondia as questões de acordo com as suas expectativas e, em seguida, respondia as mesmas perguntas considerando a experiência vivida durante o atendimento. A diferença entre a expectativa e a percepção de cada item era mensurada, apresentando um valor geral que representava a qualidade percebida pelo cliente. Atualmente, a escala é composta por 22 itens que se distribuem em apenas cinco dimensões, que segundo Parasuraman et al. (1988), contemplam as dez dimensões iniciais, já que algumas dimensões iniciais foram concentradas formando apenas cinco dimensões. A seguir, serão apresentados os itens constantes no questionário desse trabalho, relacionando-o à dimensão ao qual pertence.

A primeira dimensão diz respeito aos aspectos de tangibilidade, ou seja, como o cliente percebe qualidade nos aspectos tangíveis que são utilizados durante a prestação do serviço, que se referem às instalações físicas, equipamentos e aparência do pessoal que presta o atendimento.

A Figura 13 ilustra os fatores abordados nessa dimensão e, logo após, traz uma breve discussão sobre os itens propostos.

VARIÁVEL	AFIRMATIVA
TANG1_PLANO	O plano de saúde apresenta equipamentos modernos.
TANG2_PLANO	As instalações físicas do plano são atraentes, confortáveis e organizadas.
TANG3_PLANO	Os guias do usuário e formulários do plano de saúde apresentam qualidade.
TANG4_PLANO	Os funcionários do plano de saúde apresentam boa aparência (Limpos e bem vestidos).

Figura 13 – **Escala de qualidade percebida – Dimensão de Tangibilidade.**

Fonte: Elaboração do autor com base na escala de Parasuraman et al. (1988).

O primeiro item busca identificar qual a percepção do cliente em relação aos equipamentos utilizados pela operadora durante a prestação do serviço. Com a ampliação do acesso às novas tecnologias, e a inclusão da informatização para modernização dos processos, uma série de benefícios passaram a ser identificados como diferenciais de qualidade, como maior agilidade na liberação de procedimentos, e a criação de sistemas automatizados para liberação dessas autorizações, evitando a necessidade de deslocamento do cliente até a sede administrativa do plano para buscar autorizações. Assim, os equipamentos são considerados como itens importantes na avaliação da qualidade dos aspectos tangíveis avaliados.

Apesar do avanço tecnológico anteriormente citado, em alguns casos é necessário o comparecimento do cliente à sede administrativa do plano de saúde. Dessa forma, a avaliação sobre as instalações físicas é importante para a mensuração da qualidade pelo cliente. O segundo item avaliado nessa dimensão procura identificar como o cliente percebe a organização, conforto e aparência das instalações físicas da sede administrativa do plano de saúde.

O terceiro item a ser avaliado na dimensão tangibilidade diz respeito aos formulários e guias de usuários disponibilizados pelo plano de saúde. Entenda-se por guia de usuário os materiais que em geral informam para os clientes a rede de profissionais e instituições credenciadas para atendimento, os direitos e obrigações do cliente, telefones para contato e informações adicionais. Os formulários do plano são as guias padronizadas de atendimento, nos quais os profissionais solicitam os procedimentos médicos a serem realizados. Os transtornos causados pela falta de qualidade desses itens vão desde erros de atendimento por informações equivocadas, à suspensão de pagamentos por rasuras em formulários durante o seu preenchimento.

O último aspecto avaliado em relação à tangibilidade está relacionado à aparência dos funcionários que prestam serviços no plano de saúde. A boa apresentação dos profissionais é tema amplamente discutido nas áreas de atendimento ao cliente e *marketing* pessoal. A imagem do profissional pode interferir na relação de confiança do cliente em relação ao prestador de serviço.

A segunda dimensão avaliada pela escala SERVQUAL é a confiabilidade, que se refere à capacidade da empresa em realizar o serviço que foi contratado, de forma precisa e proporcionando confiança ao cliente. A Figura 14 apresenta os itens analisados nessa dimensão.

VARIÁVEL	AFIRMATIVA
CONF1_PLANO	Percebe-se interesse em resolver os problemas dos clientes
CONF2_PLANO	A liberação das autorizações e realização de procedimentos médicos ocorre dentro dos prazos divulgados.
CONF3_PLANO	Os serviços são fornecidos de maneira certa logo na primeira vez.
CONF4_PLANO	O plano de saúde guarda os registros de atendimento e dos dados cadastrais dos clientes sem erros.
CONF5_PLANO	O plano de saúde cumpre os prazos combinados.

Figura 14 - Escala de qualidade percebida – Dimensão de Confiabilidade.

Fonte: Elaboração do autor com base na escala de Parasuraman et al. (1988).

O primeiro item a ser avaliado quanto à confiabilidade do cliente está relacionado ao nível de interesse percebido pelo cliente quanto à disposição do plano de saúde em resolver os problemas trazidos por ele. Assim, se o cliente leva um problema ao plano, espera que hajam esforços para que seja encontrada uma solução que resolva a sua dificuldade.

O item seguinte está relacionado à realização do serviço de acordo com o prazo divulgado pelo plano de saúde. Esse item é considerado crítico nesse tipo de serviço, inclusive pelo histórico de não cumprimento desse aspecto, causando várias reclamações e forçando a Agência Nacional de Saúde (ANS) a estipular um prazo para liberação dessas informações aos usuários, sob a pena de punição aos prestadores que não obedecerem aos prazos estabelecidos.

O terceiro item trata do grau de acertos na prestação de serviços pelo plano de saúde. Refere-se ao quanto o plano comete erros no atendimento aos seus clientes. O próximo aspecto investigado está relacionado à segurança das informações dos clientes que estão em poder do plano de saúde. A segurança de informações é uma preocupação em todos os tipos de negócios, entretanto, ela se torna mais crítica em saúde, já que esta área concentra informações pessoais muito íntimas sobre os usuários, as quais exigem um maior rigor quanto ao seu sigilo.

O último item trata, como o primeiro item, do cumprimento dos prazos pelo plano de saúde, porém de uma forma geral. Mais uma vez ressalta-se a importância do cumprimento dos prazos nesse tipo de negócio para garantia da confiabilidade do cliente.

A dimensão seguinte é a prestação, que está relacionada ao quanto é perceptível a vontade do prestador de serviço em ajudar os clientes e fornecer o serviço de forma imediata. Os itens que compõem essa dimensão estão apresentados na Figura 15.

VARIÁVEL	AFIRMATIVA
PREST1_PLANO	Os funcionários do plano de saúde estão sempre livres para responder aos pedidos dos clientes.
PREST2_PLANO	Os funcionários do plano de saúde se mostram sempre dispostos a ajudar aos clientes
PREST3_PLANO	Os funcionários do plano informam corretamente os prazos de liberação e realização dos procedimentos.
PREST4_PLANO	No plano de saúde há o atendimento imediato dos clientes.

Figura 15 - Escala de qualidade percebida – Dimensão de Presteza.

Fonte: Elaboração do autor com base na escala de Parasuraman et al. (1988).

A dimensão de prestação é iniciada pelo item que pretende mensurar o quanto os funcionários tem tempo livre, estão disponíveis ou desocupados para atender aos clientes de forma imediata. Esse item complementa o segundo e o último item, pois permite identificar qual a percepção dos clientes quanto ao tempo livre dos funcionários para atendimento, já que este pode ser um complicador, pois mesmo que haja a predisposição do funcionário em atender aos clientes, é necessário que haja tempo disponível para que o funcionário preste o atendimento.

O segundo item avalia a predisposição dos funcionários do plano de saúde em ajudar os clientes quando procurados. O terceiro item avalia a precisão das informações fornecidas pelos funcionários quanto aos prazos definidos pelos planos de saúde. O aspecto de prazo passa a ser novamente avaliado, porém sob a perspectiva do papel do funcionário e sua importância no fornecimento de informações.

O quarto e último item avaliado nessa dimensão é o tempo de atendimento do cliente. O que se avalia é a percepção do cliente quanto ao tempo de espera para ser atendido pelo plano de saúde quando necessita de seus serviços.

A quarta dimensão é a segurança, e diz respeito ao quanto os funcionários conhecem as suas atividades, são cordiais e o quanto conseguem, por meio de sua habilidade, inspirar confiança dos clientes. É uma dimensão totalmente dependente do desempenho do profissional

que está prestando o serviço. Os itens referentes a essa dimensão estão especificados na Figura 16.

VARIÁVEL	AFIRMATIVA
SEG1_PLANO	Os funcionários do plano possuem conhecimento para responder as dúvidas dos clientes.
SEG2_PLANO	Os funcionários do plano de saúde adotam postura que inspira confiança dos clientes.
SEG3_PLANO	Os funcionários do plano são bem treinados para atender aos clientes.
SEG4_PLANO	Os funcionários do plano de saúde são cordiais com os clientes.

Figura 16 - **Escala de qualidade percebida – Dimensão de Segurança.**

Fonte: Elaboração do autor com base na escala de Parasuraman et al. (1988).

O primeiro item avaliado na escala de segurança está relacionado à percepção do cliente do quanto os funcionários conhecem as informações relacionadas ao plano de saúde, bem como as atividades a ele relacionadas, com vistas a sanar adequadamente as dúvidas dos usuários.

O segundo item busca identificar a percepção do cliente quanto à postura dos funcionários, ou seja, como eles se comportam durante o atendimento, principalmente diante das dificuldades que surgem no decorrer do desenvolvimento de suas atividades. O item seguinte determina como o cliente avalia o grau de capacitação dos funcionários, o quanto são bem treinados para desempenhar suas atividades. O último item mensura, segundo a percepção do cliente, o quanto os funcionários são gentis durante a prestação do serviço.

A quinta e última dimensão que compõe a escala é a empatia, que se refere ao quanto o plano de saúde provê cuidado e atenção individualizada aos seus clientes. Ao considerarmos que os clientes possuem necessidades diferentes, ser capaz de identificar essas particularidades pode ser um diferencial competitivo importante para o prestador de serviços. Essa dimensão é visualizada nas questões apresentadas na Figura 17.

VARIÁVEL	AFIRMATIVA
EMP1_PLANO	Os clientes do plano recebem atenção individual.
EMP2_PLANO	No plano de saúde os interesses do cliente são tratados como prioridade
EMP3_PLANO	O horário de funcionamento é conveniente para os clientes.
EMP4_PLANO	O plano de saúde possui funcionários na quantidade e com a qualidade necessária para dar atenção pessoal aos clientes.
EMP5_PLANO	O plano de saúde entende as necessidades específicas de seus clientes.

Figura 17 - **Escala de qualidade percebida – Dimensão de Empatia.**

Fonte: Elaboração do autor com base na escala de Parasuraman et al. (1988).

O primeiro item busca identificar o quanto o cliente percebe que recebe atenção individualizada do seu plano de saúde, e o segundo item mensura o grau de prioridade que o plano de saúde dá aos interesses dos clientes. O item busca identificar o quanto o cliente percebe que seus interesses são importantes para o plano de saúde.

O item seguinte está relacionado ao horário de atendimento, com o intuito de identificar se o horário adotado pelo plano de saúde é considerado adequado pelos clientes. O quarto item está relacionado aos funcionários, o quanto eles conseguem prestar um atendimento individualizado aos clientes, considerando a quantidade de profissionais e a qualidade de suas habilidades e conhecimentos para prestar o serviço.

O quinto e último item pretende identificar se o cliente percebe que o plano de saúde entende suas necessidades específicas. Os itens um e dois estão diretamente relacionados, já que entender as necessidades específicas dos clientes é um importante fator para conseguir prestar uma atenção individual.

Seguida à escala de qualidade percebida do plano de saúde, o questionário contempla um segundo bloco de afirmativas, no qual estão contempladas as escalas de valor percebido, lealdade do cliente e custo de mudança.

A escala de valor percebido foi adaptada do trabalho de Sirdeshmukh et al. (2002), é composta por quatro fatores, e medida em uma escala de dez pontos. Na avaliação dos itens percebe-se a forte relação entre a qualidade percebida pelo cliente em detrimento ao preço pago para recebimento do serviço, de acordo com o próprio conceito de valor percebido identificado na literatura. A Figura 18 apresenta a escala e conseqüentemente os itens nela contemplados.

VARIÁVEL	AFIRMATIVA
VP1_PLANO	Quanto ao tempo gasto para realizar os meus agendamentos e atendimentos, o meu plano de saúde me oferece vantagens que não encontraria em outros planos de saúde.
VP2_PLANO	A minha experiência como usuário do meu plano de saúde traz muitas vantagens para mim.
VP3_PLANO	O preço que pago em meu plano de saúde é válido pelos benefícios que recebo.
VP4_PLANO	O esforço total necessário para realizar um agendamento ou procedimento pelo meu plano de saúde é compensado pelos benefícios que recebo.

Figura 18 - **Escala de valor percebido.**

Fonte: Elaboração do autor com base na escala de Sirdeshmukh et al. (2002).

O primeiro item da escala busca apreender qual a percepção do cliente em relação ao tempo dispendido para realização de procedimentos e agendamentos. Nesse caso, o tempo é entendido como um investimento dispendido pelo cliente. O segundo item considera a

experiência geral do cliente como usuário do plano de saúde, buscando entender a sua percepção sobre a relação entre essa experiência e os benefícios recebidos.

O item seguinte, o terceiro, considera o preço pago pelo cliente e os benefícios que recebe na relação com o plano de saúde. O item tem um foco financeiro, ressaltando a importância do valor pago no plano de saúde e a percepção de vantagens recebidas. No último item, a relação de custo benefício ocorre entre o esforço do cliente e os benefícios recebidos na relação com o plano. Nesse caso, busca-se entender se, na percepção do cliente, vale a pena se manter como cliente do plano mesmo diante dos esforços que aplica nessa relação.

A escala seguinte, que também compõe o segundo bloco de itens do questionário, tem o objetivo de mensurar a lealdade do cliente. É composta por sete itens e dez pontos, adaptada do trabalho de Silva e Lopes (2014), e busca medir o quanto o cliente é leal ao plano de saúde do qual faz parte. A Figura 19 apresenta a escala e os seus sete itens, que serão comentados a seguir.

VARIÁVEL	AFIRMATIVA
LEAL1_PLANO	O serviço de atendimento de reclamações do meu plano de saúde se preocupa em recuperar as falhas ocorridas no atendimento dos clientes.
LEAL2_PLANO	O conjunto de serviços oferecidos pelo meu plano é ideal para quem está necessitando da prestação de serviços de saúde.
LEAL3_PLANO	Quando penso em contratar um plano de saúde, a minha primeira opção é o meu plano.
LEAL4_PLANO	Quando me perguntam sobre um plano de saúde, eu indico meu.
LEAL5_PLANO	Eu pretendo continuar sendo cliente do meu plano de saúde.
LEAL6_PLANO	Se precisar contratar um plano de saúde para alguém, certamente considerarei contratar o meu plano.
LEAL7_PLANO	Eu recomendo meu plano de saúde para meus parentes e amigos.

Figura 19 - **Escala de lealdade.**

Fonte: Elaboração do autor com base na escala de Silva e Lopes (2014).

A escala é iniciada com um item que busca identificar a percepção do cliente em relação a como o plano trata as reclamações que recebe, e se existe interesse em resolver os problemas decorrentes dessas falhas, priorizando as necessidades dos clientes, além de valorizar a opinião ou sugestão registrada por meio dos canais de atendimento.

A segunda questão busca avaliar qual a percepção do cliente em relação ao pacote de serviços oferecidos pelo plano, e busca entender se o cliente percebe que o que é oferecido pelo plano é suficiente e eficaz para atender as suas necessidades no momento em que precisar dos seus serviços.

O terceiro item traz o questionamento sobre a prioridade dada pelo cliente ao seu plano em uma possível situação de escolha por um plano de saúde, colocando-o como primeira opção.

O item seguinte também considera uma situação de escolha, entretanto, o plano do cliente não é colocado como uma primeira opção, apenas como uma indicação em caso de questionamento por alguma opção de plano de saúde.

O quinto item, traz a ideia quanto ao interesse do cliente em continuar vinculado ao plano de saúde. Essa questão pode identificar uma possível dependência do cliente ao plano, por questões de outra ordem, mas que cessada essa possível dependência, poderá ocorrer a saída do cliente do plano. O sexto item diz respeito à possibilidade de contratar um novo plano. Busca-se saber do cliente se, na possibilidade de contratar um novo plano, se o seu seria uma opção.

O sétimo e último item da escala aborda o quanto o cliente se sente seguro para indicar seu plano de saúde para as pessoas mais próximas a ele. Considerando os laços afetivos com amigos e parentes, é necessário que o cliente tenha um profundo sentimento de confiança para indicar um plano de saúde a essas pessoas.

A última escala, que compõe o segundo bloco de perguntas, é formada por afirmativas que tem o intuito de verificar o custo de mudança que influencia o cliente em uma possível mudança de fornecedor. A escala foi adaptada do trabalho de Silva e Lopes (2014), e é apresentada na Figura 20.

VARIÁVEL	AFIRMATIVA
CM1_PLANO	Não conheço nenhum outro plano de saúde que possa me atender melhor do que o plano que tenho atualmente.
CM2_PLANO	Eu levaria tempo para me adaptar a outro plano de saúde, concorrente do plano que tenho atualmente.
CM3_PLANO	Antes de trocar de plano de saúde, com certeza eu pensaria na relação comercial que já possuo com a empresa do meu plano.
CM4_PLANO	Trocar meu plano de saúde por outro plano seria um processo muito trabalhoso para mim.
CM5_PLANO	Trocar de plano de saúde é uma tarefa muito complicada para mim.
CM6_PLANO	Em relação aos demais planos de saúde existentes no mercado, tenho certeza de que trocar o meu plano seria uma tarefa muito trabalhosa para mim.

Figura 20 - **Escala de custo de mudança.**

Fonte: Elaboração do autor com base na escala de Silva e Lopes (2014).

A primeira afirmativa busca entender o conhecimento do respondente sobre os concorrentes de seu fornecedor, e qual a percepção do participante da pesquisa sobre esse concorrente. O segundo item está relacionado à capacidade de adaptação do respondente ao concorrente na troca de fornecedor. A terceira afirmativa refere-se à influência da relação atual que o cliente tem com o prestador em uma troca de fornecedor. A quarta e quinta questões apresentadas referem-se às dificuldades percebidas pelo cliente na troca de fornecedor. A quinta

e última afirmativa, está relacionada à dificuldade apontada nas questões quatro e cinco, acerca da dificuldade percebida pelo cliente na troca de fornecedor, entretanto, inclui a comparação com os concorrentes para o processo de troca.

Após o segundo bloco de itens, o questionário traz as mesmas escalas, dispostas da mesma forma, embora o objeto de estudo seja o hospital mais utilizado pelo cliente com seu plano de saúde. Assim, nas instruções de resposta e em todos os itens é frisado que a avaliação se refere ao hospital e não à sede administrativa do plano de saúde, como solicitado anteriormente.

O último bloco de itens do questionário se refere aos dados demográficos do respondente, e a algumas perguntas relativas ao plano de saúde, como tipo de plano, número de dependentes, abrangência da cobertura do plano e algumas perguntas que busca identificar o quanto o cliente mudou de plano nos últimos cinco e dez anos, buscando identificar o comportamento de mudança do cliente em relação aos planos de saúde. Essas informações também serão fundamentais no momento de classificação da amostra.

3.3.2 Aplicação do Questionário

O questionário foi aplicado em formato impresso. Foram confeccionadas 650 unidades, e a pesquisa contou com a ajuda de 05 pesquisadores que, após receberem orientações sobre o questionário, se responsabilizaram pela coleta de dados. Os respondentes foram abordados em ambientes escolhidos aleatoriamente e por conveniência por cada pesquisador, que apresentou a pesquisa e solicitou ao respondente a sua participação, ao mesmo tempo em que deixou claro que esta era uma pesquisa voluntária. Dessa forma, o respondente não teria obrigação em participar. Também foi comentado sobre o caráter anônimo do trabalho, no qual a pessoa não seria identificada. Sendo aceita a proposta de participação, o questionário foi entregue ao participante, que respondeu assinalando suas respostas nas questões propostas ou, caso fosse necessário, o pesquisador faria as perguntas e ele mesmo preencheria o questionário de acordo com as respostas dadas pelo respondente, o que não ocorreu em nenhum momento de coleta.

Para avaliação do questionário foi realizado um pré-teste, definido por Malhotra (2001,) como um teste desenvolvido para a pesquisa com uma pequena amostra de entrevistados, com o intuito de identificar possíveis falhas e eliminar problemas. Martins e Theóphilo (2009), apontam que nesse momento é possível identificar falhas, possíveis inconsistências, ambiguidades ou mesmo perguntas embaraçosas. Ainda segundo esses autores, após a identificação das falhas o formulário é reformulado e realizado um novo pré-teste, que garantirá maior confiabilidade ao que a pesquisa realmente se propõe a mensurar.

No pré-teste, o instrumento apresentado foi respondido por cinco voluntários, e o tempo médio de resposta foi de 17 ± 1 minutos. Tais participantes não relataram quaisquer dificuldades relacionadas ao preenchimento do questionário, ou ao entendimento das questões propostas. Nesse sentido, foi definida a possibilidade de eliminar da amostra os respondentes que utilizassem 30% a mais ou a menos (cerca de 5 minutos) do tempo médio observado, já que um tempo de resposta muito reduzido poderia demonstrar desinteresse do respondente no cuidado com as respostas, e o excesso de tempo poderia significar que o respondente apresentou dificuldades acima do esperado no tocante ao entendimento das questões.

3.4 PROCEDIMENTOS E ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados utilizou uma série de métodos estatísticos. Inicialmente, a estatística descritiva foi empregada para caracterização da amostra e dos dados iniciais, pois, segundo Silva, Silva, Gonçalves e Murolo (1996), esse tipo de estatística tem como função descrever os dados observados na pesquisa, além de contribuir com informações importantes como médias, proporções, dispersões, tendências, taxas, coeficientes, facilitando a descrição dos fenômenos observados. Martins e Theóphilo (2009), ampliam essa função acrescentando como objetivo da estatística descritiva, além da descrição dos dados, a sua organização e sumarização. Após a apresentação da descrição da amostra, o modelo proposto nessa pesquisa foi apresentado e testado por meio de equações estruturais.

Antes da aplicação da técnica de equações estruturais, foi verificada a normalidade da distribuição da amostra por meio do teste de *Kolmogorov-Smirnov* (KS), que verifica se o conjunto de valores apresentado na amostra segue a distribuição normal de um determinado modelo (Field, 2009). Outro teste realizado ainda antes da modelagem das equações estruturais foi a análise da colinearidade, que consiste no estudo da correlação entre as variáveis.

A técnica de modelagem por equações estruturais (MEE) possibilita que constructos de difícil mensuração tenham suas relações medidas de forma mais simples, quantificando suas correlações e analisando suas relações teóricas. Segundo Malhotra, Lopes e Veiga (2014, p. 28), “é um procedimento para estimar uma série de relações de dependência entre um conjunto de conceitos ou constructos representados por múltiplas variáveis medidas e incorporadas a um modelo integrado”.

A partir da análise prévia da colinearidade e da verificação da normalidade, ocorreu suporte para a decisão entre a utilização da análise por meio da matriz de covariância (LISREL) e/ou da matriz de correlação com estimação por meio dos mínimos quadrados parciais (*Partial Least Square* – PLS) (Ringle, Silva & Bido, 2014). Ressalta-se ainda que a diferença entre a

utilização dos dois métodos está relacionada aos tipos de dados, complexidade do modelo apresentado e exploração do suporte teórico. No caso das Ciências Sociais, onde os modelos são mais complexos, o suporte teórico é pouco explorado e, em alguns casos, os dados não são aderentes à distribuição normal. Neste caso, o mais adequado é a utilização da matriz de correlação com estimação por meio dos mínimos quadrados parciais (*Partial Least Square – PLS*) (Ringle et al., 2014).

3.5 ÉTICA

O desenvolvimento de pesquisas científicas, independente de sua área de atuação, deve ser conduzido de forma que garanta a integridade da pesquisa e com base em um comportamento ético dos participantes, de forma que os trabalhos sejam conduzidos sem que haja prejuízo a quem dela participa, bem como dos seus resultados.

Malhotra (2001, p. 623), define ética como “processo de avaliação de uma atitude – se é correta ou errada, se é boa ou má”, ressaltando a sua importância na realização das pesquisas de *marketing*, principalmente pelo fato de que os empresários possuem grande volume e diversidade de contatos com público, como também o fato da área de *marketing* estar mais exposta à avaliação e críticas da sociedade.

Para Hair Jr. et al. (2005), a possibilidade de surgimento de problemas éticos advém de questões de conflito de interesse, questões de responsabilidade, discrepância e honestidade. Os autores abordam a pesquisa em administração e ressaltam a importância da postura ética do pesquisador, bem como a do entrevistado, sendo como obrigação do pesquisador a informação completa ao entrevistado do propósito da pesquisa, ter cuidado de se comunicar de maneira clara e simples, utilizar instrumentos adequados para a realização do trabalho e buscar que os participantes se sintam tratados de forma justa. Como obrigações éticas dos participantes da pesquisa, os autores supracitados assinalam o compromisso de envolvimento adequado na participação, dando respostas honestas, evitando dar respostas que possam comprometer as decisões finais, bem como o respeito pelo sigilo do trabalho, se assim for solicitado.

Os autores Cooper e Schindler (2003, p. 110), definem a ética como “normas ou padrões de comportamento que guiam as escolhas morais referentes a nosso comportamento e nossa relação com outras pessoas”. Para esses autores, o pesquisador deve proteger-se quanto à possibilidade de causar um possível dano ao respondente, seguindo três diretrizes: explicar os benefícios do estudo, explicar os direitos e as defesas do respondente, e obter o consentimento expresso. Além desses três aspectos, Cooper e Schindler (2003), ressaltam ainda o direito entrevistado à privacidade e confidencialidade, além do cuidado do pesquisador quanto à

segurança, proteção do anonimato e comportamento ético da equipe que está realizando a pesquisa. Os autores ressaltam a importância da ética quando apontam que as questões éticas permeiam todo o processo de pesquisa, conforme apresentado na Figura 21.

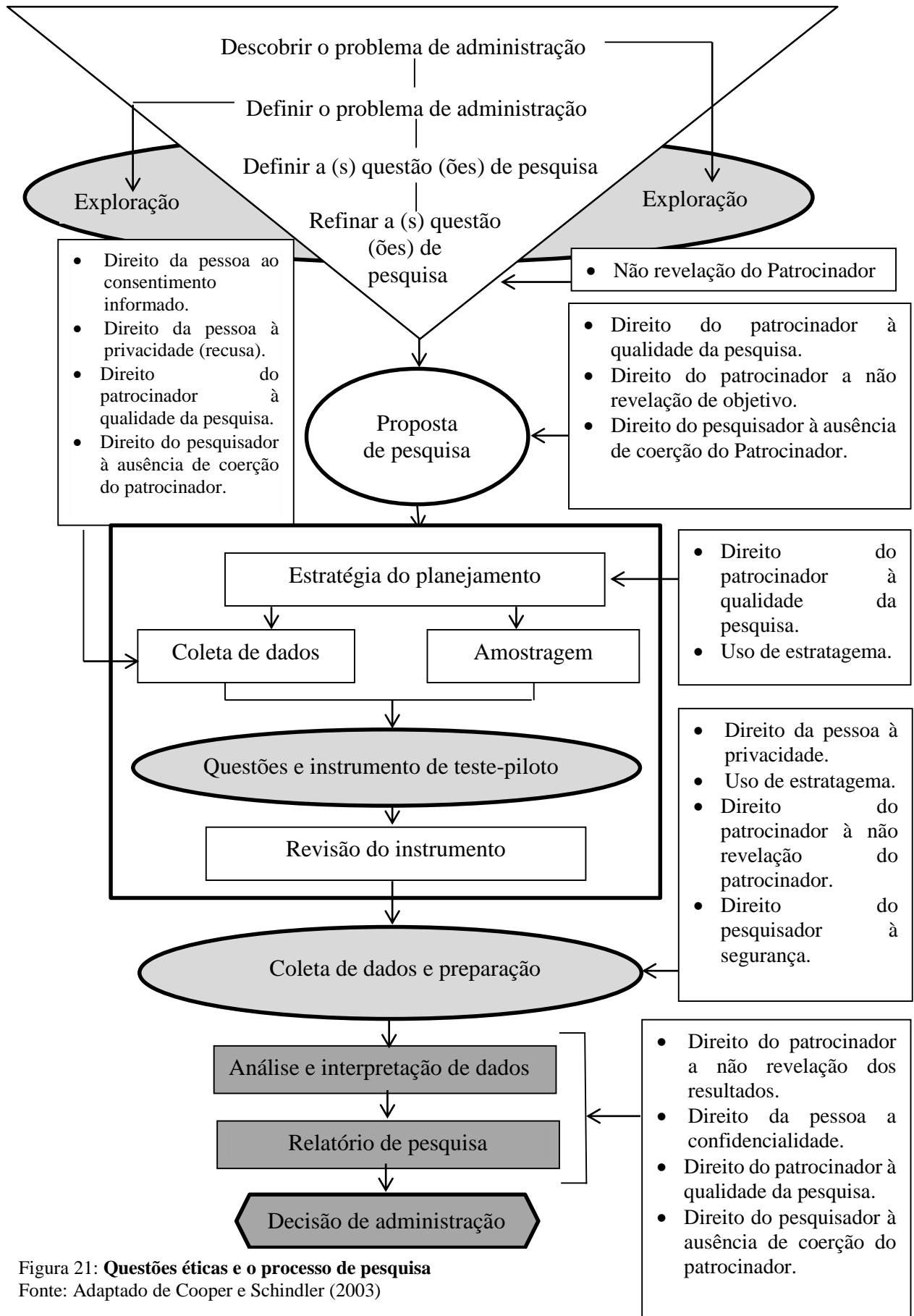


Figura 21: **Questões éticas e o processo de pesquisa**

Fonte: Adaptado de Cooper e Schindler (2003)

A presente pesquisa buscou atender aos cuidados éticos exigidos em todo processo de elaboração de trabalhos, identificando e definindo o problema de pesquisa e a questão a ser estudada com base em uma pesquisa exploratória realizada em confiáveis bases de dados e na literatura científica existente sobre o tema. Os dados da literatura foram considerados como aporte teórico para definição das hipóteses do estudo e construção do instrumento de coleta de dados.

Para construção do instrumento de coleta de dados, buscou-se a adoção de escalas de constructos e mensuração já validadas, e utilizadas em estudos científicos anteriores, garantindo assim maior confiabilidade e validade na relação entre os dados coletados e a proposta do estudo. O questionário utilizado não identifica o respondente, iniciando-se com um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e esclarecendo quanto aos propósitos da pesquisa, bem como quanto ao caráter voluntário do trabalho. Foi garantido ao participante direito à privacidade, total esclarecimento sobre a proposta da pesquisa, assim como também o direito do pesquisado em recusar-se a participar do estudo.

Essa pesquisa foi inserida na Plataforma Brasil em (www.plataformabrasil.org.br) sob o protocolo no. 34831514.0.0000.5511, automaticamente remetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Nove de Julho (UNINOVE), e aprovada de acordo com o parecer substanciado n. 786.367, por atender às diretrizes relacionadas aos aspectos éticos e legais previstos na resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as normas regulamentadoras para pesquisas com seres humanos.

3.6 LIMITAÇÕES DO MÉTODO

A realização de pesquisas em áreas pouco estudadas sempre traz limitações importantes a serem consideradas. Dentre as limitações encontradas nesta pesquisa, identificou-se que a literatura é deveras incipiente quanto à aplicação desse tipo de estudo na área de saúde, assim como sobre o objeto estudado. Outra limitação a ser considerada é o tempo de realização do trabalho, visto que o prazo a ser cumprido limita a realização de uma pesquisa mais ampla, impossibilitando assim o alcance de um maior número de respondentes.

Em relação à amostra utilizada, a limitação geográfica pode ser considerada mais um fator de limitação do trabalho, visto que a restrição dos respondentes à região na qual a pesquisa foi realizada impossibilita a ampliação de suas conclusões para regiões e perfis de clientes diferentes dos que foram arrolados nesse trabalho.

4 RESULTADOS DA PESQUISA

Neste capítulo apresentam-se os resultados da presente pesquisa, com base nos métodos propostos anteriormente. O capítulo é composto pelos tópicos de preparação de dados coletados, apresentação do perfil da amostra, modelagem das equações estruturais e discussão dos resultados.

4.1 PREPARAÇÃO DOS DADOS COLETADOS

Um total de 650 questionários foram distribuídos entre os cinco pesquisadores envolvidos na coleta de dados. Ao final, 341 questionários retornaram preenchidos, perfazendo um total de 52,3% do valor inicial. Estes questionários foram aplicados no formato impresso para usuários de planos de saúde em diversos municípios do Estado de São Paulo - SP, estando a maior concentração de respondentes, 303 pessoas, nas cidades de Guarulhos e São Paulo, (91,5% do total). Mesmo com especial atenção e cuidados para evitar a falta de dados nas respostas, aqui denominados de *missing values*, dos 341 questionários preenchidos, 6 foram descartados por apresentarem ausência de um grande número de respostas. Outro aspecto considerado para descarte dos questionários foi a presença de respostas que deixaram claro o desinteresse dos respondentes no preenchimento do mesmo. Assim, 4 questionários que possuíam todas as respostas assinaladas na mesma alternativa foram descartados. Diante do exposto, com a retirada dos questionários acima relatados, o número de respondentes da pesquisa totalizou 331 pessoas.

4.1.1 Perfil da amostra

Dos 331 respondentes, 229 eram mulheres, que representaram 69,2% da amostra. A média de idade dos entrevistados foi de 44 ± 24 anos, com desvio padrão de 24 anos, sendo 301 respondentes casados, divorciados ou em união estável. Do total de questionários respondidos, 147 respondentes (44,4%) não possuem filhos, e mais da metade dos entrevistados que afirmaram serem pais (53%), possuem no máximo três filhos. Quanto ao nível de escolaridade, a maioria dos participantes possui entre o ensino médio completo e o ensino superior completo. As Figuras 22, 23 e 24 apresentam as distribuições referentes ao estado civil, número de filhos e ao nível de escolaridade dos participantes.

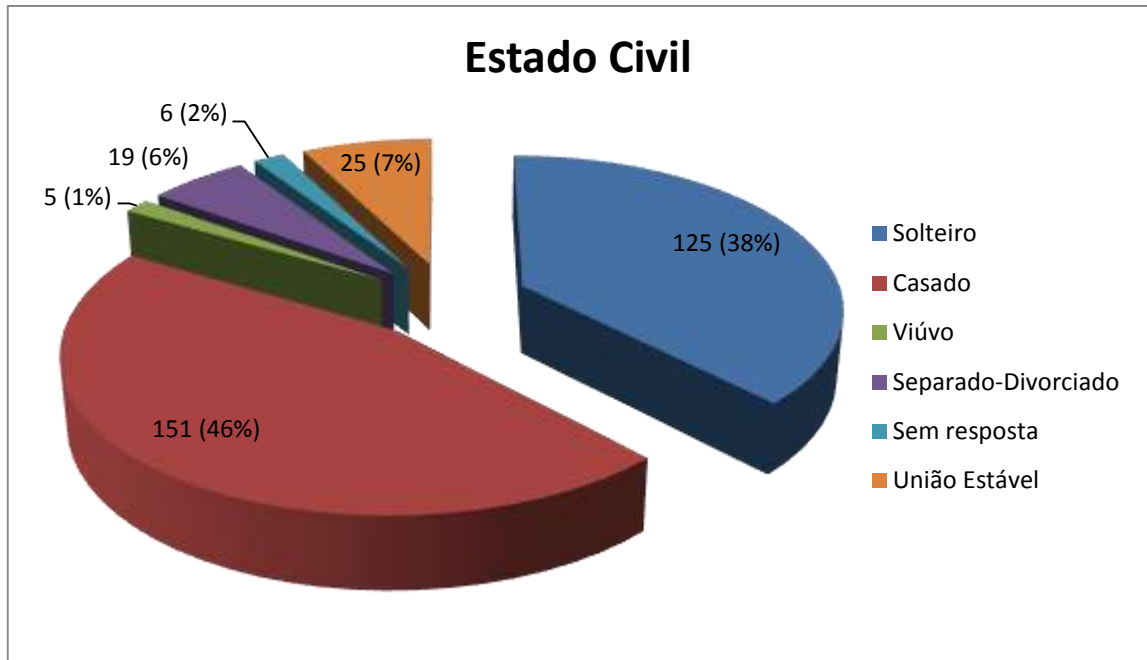


Figura 22 – Estado civil dos respondentes.

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

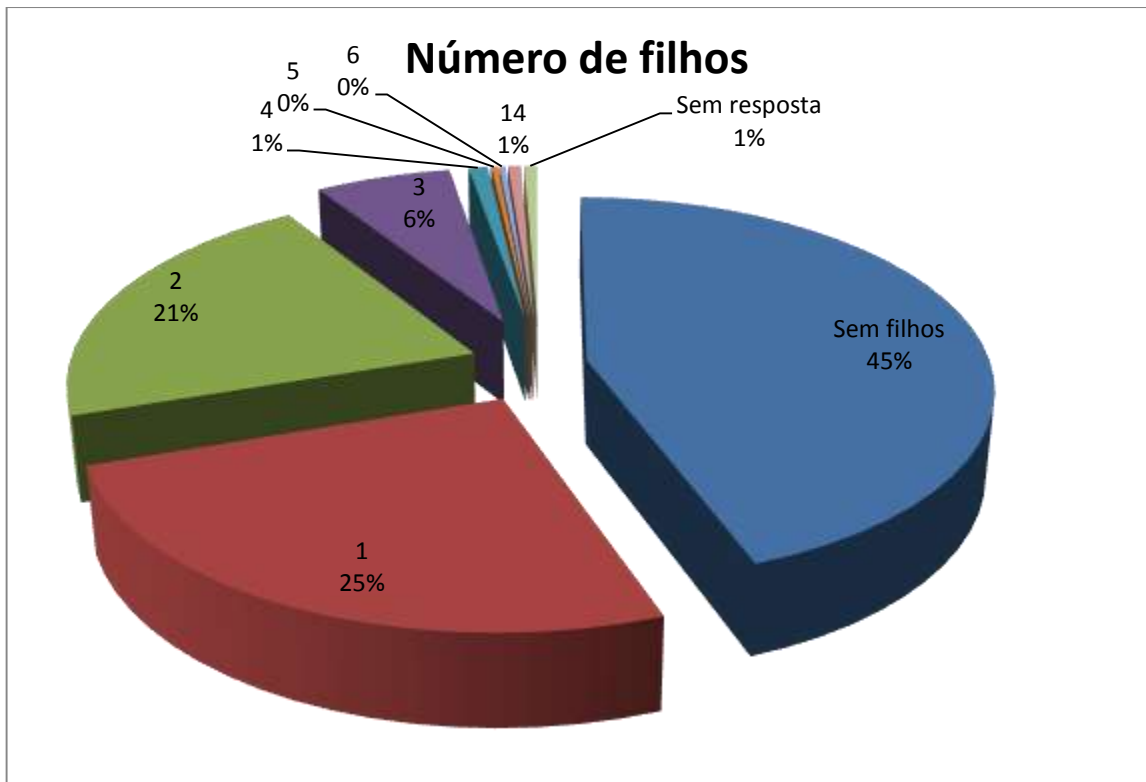


Figura 23 – Número de filhos dos respondentes.

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

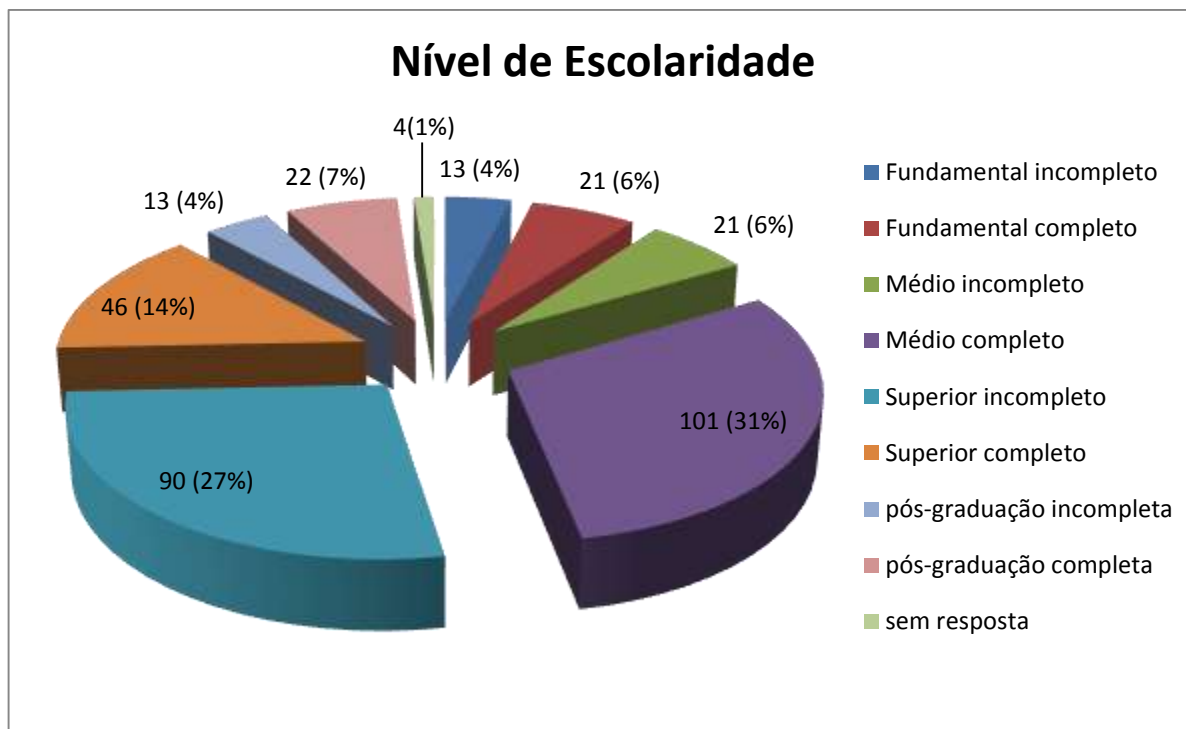


Figura 24 – **Nível de escolaridade dos respondentes.**
 Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

Considerando as características da amostra quanto ao tipo de empresa na qual os entrevistados desenvolviam suas atividades profissionais, bem como os aspectos relacionados à renda, mais de 58% dos participantes (194 respondentes) trabalhavam em empresa privada, seguidos por pessoas que trabalhavam em empresas públicas ou eram estudantes (58 e 32 participantes, respectivamente). Quanto à renda, a pesquisa abordou esse fator sob dois aspectos: a renda própria do respondente e a renda familiar, composta pela remuneração das pessoas que constituem a família do respondente e residem na mesma casa. A renda própria de mais de 79% dos participantes (264 respondentes) variou entre R\$ 639,70 e R\$ 4.427,36, estando o maior número de voluntários na faixa salarial entre R\$ 2.409,02 e R\$ 4.427,36. Quando o fator renda é ampliado para a renda familiar, a maioria dos respondentes está na mesma faixa de renda individual, entre R\$ 2.409,02 e R\$ 4.427,36. Entretanto, a renda familiar se diferencia da renda individual por apresentar um maior número de respondentes na faixa entre R\$ 4.427,37 e R\$ 20.272,56, passando de 28 (8,4%) para 114 (34,4%) respondentes.

Ao avaliar a amostra segundo as características relacionadas ao plano de saúde, vale considerar os aspectos apresentados a seguir. Quanto aos planos de saúde pesquisados, foram apontadas 46 operadoras, sendo as mais representativas pelo número de respondentes as operadoras Amil, Bradesco, Intermédica, Unimed e Sulamérica, conforme apresentado na Figura 25.

Planos de Saúde	Frequência	%	Planos de Saúde	Frequência	%
ABET (Plantel)	1	,3	MediService	1	,3
Allianz	3	,9	Nasf	4	1,2
Ameplan	4	1,2	Next Seisa	1	,3
Amil	111	33,5	Notre Dame	3	,9
Ampla	1	,3	OneHealth	1	,3
Biovida	1	,3	Plena Saúde	2	,6
Brasdesco	38	11,5	Porto Bronze II	2	,6
CABESP	2	,6	Porto Seguro	4	1,2
CAPEP	1	,3	Postal Saúde	1	,3
Careplus	7	2,1	Prevent Senior	5	1,5
CBPM	1	,3	Rede Standard I	1	,3
Cruz Azul Saúde	3	,9	Regional	1	,3
Cruzeiro do Sul	1	,3	Sabesprev	2	,6
Dix	1	,3	Santa Amália	4	1,2
Dix 10 Amico	3	,9	São Cristóvão	3	,9
Fundação CESP	3	,9	São Miguel	1	,3
Golden Cross	2	,6	Saúde Caixa	3	,9
Green Line	5	1,5	Seisa	4	1,2
Health Santaris	1	,3	Sepaco	1	,3
Iamspe	3	,9	Sobam	1	,3
Intermédica	38	11,5	SulAmérica	17	5,1
Marítima	1	,3	Transmontano	1	,3
Marítima Saúde	1	,3	Unimed	36	10,9

Figura 25 – **Relação de planos de saúde avaliados.**

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

Pouco menos da metade dos respondentes, 151 participantes (45,6%), tem o plano entre um e cinco anos de adesão, entretanto, com um número significativo de respondentes com 10 anos de plano (10 usuários), quando se considera o número de usuários com tempos de adesão semelhantes, que variou entre um e três usuários. Quase metade da amostra, 146 respondentes (44%), não possui dependentes em seu plano de saúde. O número de dependentes mais frequente foi de apenas um, com 71 respondentes (21,5%), seguido de dois dependentes, com 58 respondentes (17,5%). Quanto ao tipo de adesão do plano, mais de 96% dos respondentes se subdividem em duas categorias de adesão, sendo 144 pessoas (43,5%) com adesão do tipo individual ou familiar, e 176 (53,2%) do tipo coletivo empresarial, conforme apresentado na Figura 26.

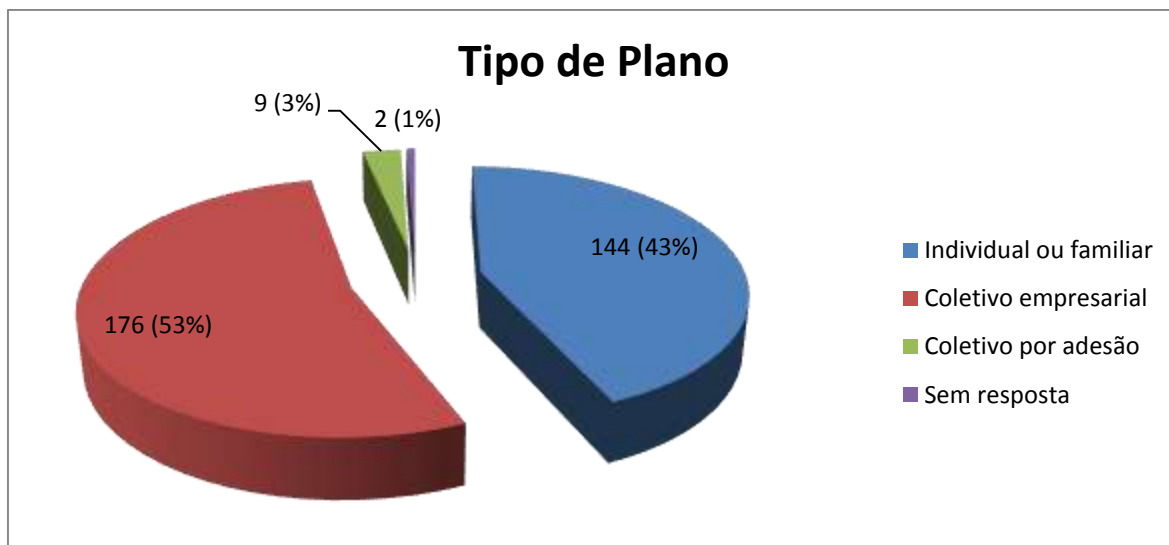


Figura 26 – **Tipos de planos de saúde avaliados.**
 Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

Dos planos participantes da pesquisa, considerando a abrangência da cobertura dos serviços prestados, o tipo de cobertura mais prevalente é a abrangência nacional, com quase 60% do total (58,9% - 195 respondentes), seguida da abrangência estadual, com 23,9% (79 respondentes), dados apresentados na Figura 27. Mais de 65% dos respondentes teve como escolha o plano empresarial, por ser um benefício fornecido pela organização na qual trabalha. Quando questionados sobre o interesse em mudar de plano, no caso dos respondentes que possuem plano do tipo empresarial, as respostas não tiveram uma tendência para satisfação ou insatisfação, ficando a distribuição das respostas uniforme entre os dois extremos.

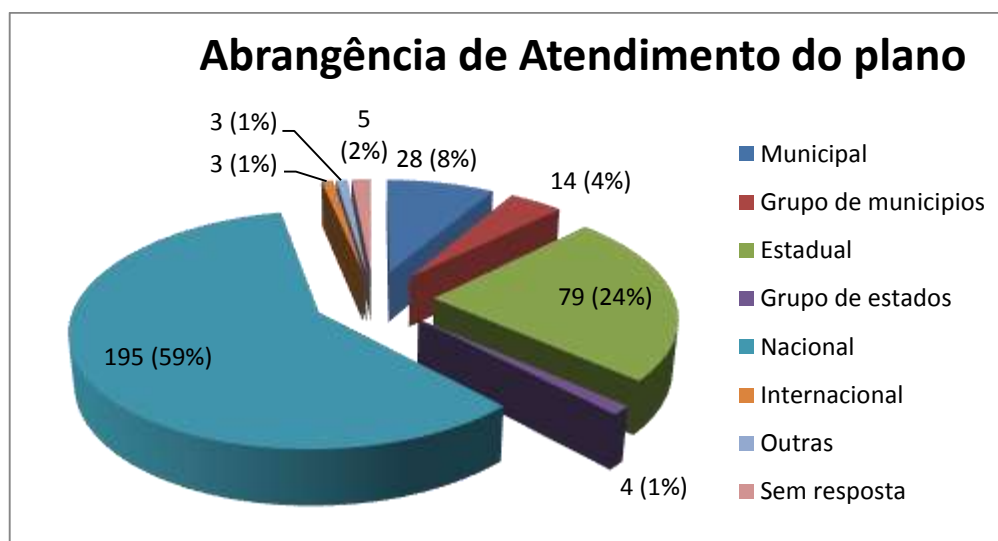


Figura 27 – **Abrangência de atendimento do plano.**
 Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

Quanto à frequência de mudança de planos e as pretensões de mudança, a maioria dos respondentes, 85% (274 pessoas), afirmam ter tido até três planos de saúde. Ao avaliar a frequência de trocas desses planos nos últimos dez e cinco anos, observa-se que a maioria dos respondentes se concentra em uma frequência de três trocas, sendo 95% (309 respondentes) nos últimos dez anos, e 98% (318 respondentes) nos últimos cinco anos. Do total, 262 respondentes (79%) afirmaram não ter interesse em trocar de plano de saúde nos próximos dois anos, e 73% (242 pessoas) afirmam que indicariam o seu plano de saúde para outras pessoas que tivessem interesse em contratar um plano, evidenciando satisfação com o plano que possuem.

4.1.2 Verificação da ausência de multicolinearidade

Identificar o quanto uma variável independente explica outra variável independente é o que define a multicolinearidade, segundo Hair et al. (2014). Para verificação da multicolinearidade neste trabalho, foi considerado como parâmetro a análise do cálculo da tolerância de verificação do índice da inflação da variância, aceitando uma verificação de índice de inflação menor que 10 ($VIF < 10$). A verificação da multicolinearidade desta pesquisa apresenta uma baixa colinearidade entre as variáveis independentes, já que a VIF apresentou resultado menor que 10, como pode ser constatado na Figura 28.

Variável Independente	Tolerância	VIF	Variável Independente	Tolerância	VIF
Tang1_PLANO	,281	3,563	Tang1_H	,204	4,901
Tangi2_PLANO	,211	4,742	Tang2_H	,193	5,172
Tang3_PLANO	,278	3,597	Tang3_H	,286	3,497
Tangi4_PLANO	,395	2,532	Tang4_H	,255	3,922
Prest1_PLANO	,266	3,757	Emp1_H	,207	4,827
Prest2_PLANO	,602	1,661	Emp2_H	,206	4,843
Prest3_PLANO	,226	4,425	Emp3_H	,380	2,634
Prest4_PLANO	,337	2,971	Emp4_H	,153	6,551
Conf1_PLANO	,151	6,642	Emp5_H	,135	7,424
Conf2_PLANO	,239	4,176	Prest1_H	,134	7,451
Conf3_PLANO	,272	3,670	Prest2_H	,107	9,360
Conf4_PLANO	,276	3,623	Prest3_H	,173	5,772
Conf5_PLANO	,194	5,144	Prest4_H	,199	5,037
Seg1_PLANO	,184	5,448	Seg1_H	,138	7,269
Seg2_PLANO	,153	6,557	Seg2_H	,124	8,055
Seg3_PLANO	,313	3,198	Seg3_H	,182	5,502
Seg4_PLANO	,240	4,159	Seg4_H	,158	6,324
Emp1_PLANO	,328	3,047	Conf1_H	,183	5,478
Emp2_PLANO	,320	3,126	Conf2_H	,129	7,733
Emp3_PLANO	,328	3,047	Conf3_H	,157	6,379
Emp4_PLANO	,232	4,303	Conf4_H	,311	3,213
Emp5_PLANO	,188	5,321	Conf5_H	,115	8,710
VP1_PLANO	,185	5,407	VP1_H	,265	3,773
VP2_PLANO	,233	4,284	VP2_H	,157	6,369
VP3_PLANO	,185	5,411	VP3_H	,182	5,481
VP4_PLANO	,190	5,259	VP4_H	,181	5,540
CM1_PLANO	,200	4,993	CM1_H	,126	7,938
CM2_PLANO	,349	2,864	CM2_H	,260	3,842
CM3_PLANO	,179	5,596	CM3_H	,185	5,403
CM4_PLANO	,340	2,945	CM4_H	,176	5,682
CM5_PLANO	,212	4,724	CM5_H	,157	6,385
CM6_PLANO	,370	2,705	CM6_H	,366	2,735

Figura 28 – Verificação da multicolinearidade das variáveis.

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

4.1.3 Verificação da normalidade

A verificação da normalidade foi realizada por meio da aplicação do teste de normalidade de Kolmogorov Smirnov, considerando os parâmetros indicados Hair et al. (2014), sendo considerado $p > 0,05$ para uma distribuição normal (paramétrica), e $p < 0,05$ para uma distribuição não normal (não paramétrica). Os dados analisados neste trabalho apresentaram

uma distribuição não normal, pois as variáveis testadas apresentaram $p < 0,05$, conforme pode ser visualizado na Figura 29.

Variáveis Dependentes	n	Média	Desvio Padrão	Absoluto	Positivo	Negativo	KS	p-value
LEAL1_PLANO	328	6,55	3,021	,157	,127	-,157	2,843	,000
LEAL2_PLANO	330	6,31	3,031	,157	,112	-,157	2,845	,000
LEAL3_PLANO	323	6,93	3,005	,204	,153	-,204	3,659	,000
LEAL4_PLANO	331	6,24	3,037	,142	,108	-,142	2,583	,000
LEAL5_PLANO	328	6,07	3,115	,141	,104	-,141	2,549	,000
LEAL6_PLANO	327	6,62	2,790	,145	,113	-,145	2,628	,000
LEAL7_PLANO	325	5,69	2,838	,121	,088	-,121	2,190	,000
LEAL1_H	328	6,78	2,771	,146	,122	-,146	2,646	,000
LEAL2_H	328	6,73	2,896	,147	,129	-,147	2,656	,000
LEAL3_H	323	6,96	2,862	,170	,144	-,170	3,062	,000
LEAL4_H	328	6,56	2,903	,144	,118	-,144	2,605	,000
LEAL5_H	331	6,84	2,859	,159	,134	-,159	2,888	,000
LEAL6_H	328	6,77	2,721	,148	,117	-,148	2,673	,000
LEAL7_H	326	6,21	2,790	,135	,087	-,135	2,431	,000
VP1_H	324	6,43	2,870	,146	,107	-,146	2,631	,000
VP2_H	330	6,06	2,947	,148	,102	-,148	2,690	,000
VP3_H	329	6,21	2,929	,146	,098	-,146	2,652	,000
VP4_H	329	6,67	2,849	,163	,121	-,163	2,959	,000
VP1_PLANO	329	6,25	3,017	,147	,109	-,147	2,673	,000
VP2_PLANO	330	5,83	2,960	,147	,090	-,147	2,665	,000
VP3_PLANO	324	5,91	2,783	,122	,071	-,122	2,197	,000
VP4_PLANO	329	6,34	2,687	,133	,098	-,133	2,409	,000

Figura 29 – Teste de normalidade – Kolgomorov Smirnov.

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

4.2 ANÁLISE DESCRITIVA DAS FREQUÊNCIAS DAS RESPOSTAS

Este ponto do trabalho apresenta a descrição das respostas obtidas na pesquisa, buscando verificar a influência da qualidade percebida e do valor percebido na lealdade dos clientes de saúde suplementar. Assim, serão apresentadas as análises das frequências de cada constructo estudado na pesquisa, tangibilidade, confiabilidade, presteza, segurança, empatia, valor percebido, lealdade e custo de mudança. Esses constructos foram pesquisados sob duas estruturas: o plano de saúde e o hospital mais utilizado pelo cliente, buscando assim avaliar contexto do plano como da rede credenciada, sendo esta última representada pelo hospital mais utilizado pelo cliente.

4.2.1 Frequências do constructo qualidade percebida

O constructo qualidade percebida se propõe a identificar qual o grau de qualidade que o cliente percebe na aquisição de um produto ou serviço, com base na avaliação de cinco dimensões: tangibilidade, presteza, segurança, confiabilidade e empatia.

4.2.1.1 Tangibilidade

A tangibilidade está relacionada à percepção do cliente quanto às características tangíveis do serviço prestado, em relação às estruturas físicas e aparência das pessoas envolvidas na prestação do serviço. Para mensuração do constructo, quatro afirmativas foram apresentadas aos respondentes.

4.2.1.1.1 Tangibilidade (Plano de Saúde)

Para o plano de saúde, o constructo foi apresentado no questionário desse trabalho composto pelas variáveis apresentadas na Figura 30.

VARIÁVEL	AFIRMATIVA
TANG1_PLANO	O plano de saúde apresenta equipamentos modernos.
TANG2_PLANO	As instalações físicas do plano são atraentes, confortáveis e organizadas.
TANG3_PLANO	Os guias do usuário e formulários do plano de saúde apresentam qualidade.
TANG4_PLANO	Os funcionários do plano de saúde apresentam boa aparência (Limpos e bem vestidos).

Figura 30 – Variáveis do constructo tangibilidade do plano de saúde.

Fonte: Questionário da pesquisa.

Na distribuição da frequência de respostas em relação aos aspectos tangíveis, apresentado na Figura 31, os respondentes apresentaram um bom nível de satisfação, considerando que a maioria das respostas às afirmativas propostas concentraram-se entre os conceitos 5 e 7, os quais contemplam mais de 66% dos pesquisados em todas as afirmativas. A variável Tang4, que trata sobre a apresentação dos funcionários da empresa, foi a mais bem avaliada, com mais de 83% das respostas concentradas nos três maiores conceitos. A variável com pior avaliação foi Tang3, com 66% das respostas, demonstrando que a satisfação com os guias e formulários do plano não é tão alta, se comparada às demais variáveis de tangibilidade.

Resposta	Tang1_Plano		Tang2_Plano		Tang3_Plano		Tang4_Plano	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1	6	1,8	10	3,0	19	5,7	5	1,5
2	16	4,8	20	6,0	20	6,0	8	2,4
3	30	9,1	21	6,3	34	10,3	16	4,8
4	24	7,3	40	12,1	36	10,9	23	6,9
5	65	19,6	67	20,2	58	17,5	59	17,8
6	91	27,5	92	27,8	85	25,7	85	25,7
7	95	28,7	76	23,0	76	23,0	131	39,6
SOMA	251	75,8	235	71,0	219	66,2	275	83,1

Figura 31 – Frequência do constructo tangibilidade do plano de saúde.

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

A figura 32 apresenta a média de cada variável, bem como a média geral do constructo (5,33). A maior média é apresentada pela variável Tang4_Plano (5,76) e a menor refere-se à variável Tang2_Plano (5,19).

Variável	n	Missing	média	mediana	Desvio padrão	mínimo	máximo
Tang1_PLANO	327	4	5,38	6,00	1,574	1	7
Tang2_PLANO	326	5	5,19	6,00	1,616	1	7
Tang3_PLANO	328	3	4,99	5,00	1,788	1	7
Tang4_PLANO	327	4	5,76	6,00	1,423	1	7
			5,33				

Figura 32 – Medidas do constructo tangibilidade do plano de saúde.

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

4.2.1.1.2 Tangibilidade (Hospital)

A mensuração da tangibilidade relacionada ao hospital foi composta pelas variáveis apresentadas na Figura 33.

VARIÁVEL	AFIRMATIVA
TANGI1_HOSP	Esse hospital apresenta equipamentos modernos / Parque tecnológico atualizado.
TANGI2_HOSP	As instalações físicas desse hospital que você mais utiliza são atraentes, confortáveis e organizadas.
TANGI3_HOSP	A sinalização do hospital mais utilizado por você com seu plano de saúde é adequada e apresenta qualidade, facilitando a circulação e orientação dos clientes dentro do prédio.
TANGI4_HOSP	Os funcionários do hospital apresentam boa aparência (Limpos e bem vestidos).

Figura 33 – Variáveis do constructo tangibilidade do hospital.

Fonte: Questionário da pesquisa.

Quanto aos aspectos tangíveis relacionados ao hospital, a frequência de respostas é bem parecida com as respostas relacionadas ao plano de saúde. Conforme apresentado na Figura 34, o maior volume de respostas se concentra nos três maiores conceitos. A variável Tang4 foi mais bem avaliada que as demais (85% das respostas entre os três maiores conceitos), e variável Tang3 apresentou 70% das respostas nesses três conceitos, que apesar de ser um volume alto, foi a menor frequência entre as quatro variáveis. A diferença dos aspectos tangíveis do hospital em relação ao plano de saúde se deu nas variáveis Tang1 e Tang2, já que, na avaliação do hospital, as características relacionadas à organização e conforto das instalações são melhor avaliadas do que a modernidade dos equipamentos (apresentando 73% e 71% respectivamente). Quando na avaliação do plano de saúde, a frequência das variáveis foi de 71% e 75%, respectivamente.

Resposta	Tang1_Hosp		Tang2_Hosp		Tang3_Hosp		Tang4_Hosp	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1	16	4,8	11	3,3	12	3,6	4	1,2
2	19	5,7	16	4,8	11	3,3	8	2,4
3	25	7,6	31	9,4	19	5,7	16	4,8
4	32	9,7	30	9,1	25	7,6	21	6,3
5	51	15,4	52	15,7	58	17,5	45	13,6
6	82	24,8	75	22,7	72	21,8	92	27,8
7	103	31,1	116	35,0	102	30,8	145	43,8
SOMA	236	71	243	73	232	70	282	85

Figura 34 – **Frequência do constructo tangibilidade do hospital.**

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

A figura 35 apresenta a média de cada variável, bem como a média geral do constructo (5,49). A maior média é apresentada pela variável Tang4_Hospital (5,87) e a menor refere-se à variável Tang1_Hospital (5,26).

Variável	n	Missing	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
Tang1_H	328	3	5,26	6,00	1,776	1	7
Tang2_H	331	0	5,37	6,00	1,712	1	7
Tang3_H	299	32	5,44	6,00	1,652	1	7
Tang4_H	331	0	5,87	6,00	1,393	1	7
			5,49				

Figura 35 – **Medidas do constructo tangibilidade do hospital.**

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

4.2.1.2 Presteza

A presteza aborda as questões relacionadas à iniciativa do prestador do serviço em atender de forma imediata e ajudar aos seus clientes a satisfazer suas necessidades.

4.2.1.2.1 Presteza (Plano de Saúde)

Quatro variáveis compuseram o constructo na mensuração para o plano de saúde, conforme apresentado na Figura 36.

VARIÁVEL	AFIRMATIVA
PREST1_PLANO	Os funcionários do plano de saúde estão sempre livres para responder aos pedidos dos clientes.
PREST2_PLANO	Os funcionários do plano de saúde se mostram sempre dispostos a ajudar aos clientes
PREST3_PLANO	Os funcionários do plano informam corretamente os prazos de liberação e realização dos procedimentos.
PREST4_PLANO	No plano de saúde há o atendimento imediato dos clientes.

Figura 36 – Variáveis do constructo presteza do plano de saúde.

Fonte: Questionário da pesquisa.

O constructo presteza do plano de saúde também concentrou o maior número de respostas nos três maiores conceitos (5, 6 e 7), exposto na Figura 37. Porém, as variáveis relativas à disposição dos funcionários em ajudar aos clientes, exatidão das informações quanto aos prazos e agilidade no atendimento, Prest2, Prest3 e Prest4, foram mais bem avaliadas se comparadas com a percepção dos respondentes em relação à disponibilidade dos funcionários em atender às necessidades dos clientes, representada pela variável Prest1, que apresentou 60% de respostas concentradas entre os conceitos 3, 5 e 6. Isso demonstrou que, na percepção dos respondentes, apesar de se mostrarem prestativos, os funcionários não estão disponíveis para atender aos clientes.

Resposta	Prest1_Plano		Prest2_Plano		Prest3_Plano		Prest4_Plano	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1	22	6,6	9	2,7	22	6,6	36	10,9
2	43	13,0	21	6,3	18	5,4	28	8,5
3	56	16,9	42	12,7	34	10,3	41	12,4
4	34	10,3	37	11,2	46	13,9	32	9,7
5	71	21,5	73	22,1	61	18,4	58	17,5
6	73	22,1	91	27,5	79	23,9	83	25,1
7	30	9,1	55	16,6	71	21,5	48	14,5
SOMA	200,0	60,4	219,0	66,2	211,0	63,7	189,0	57,1

Figura 37 – Frequência do constructo presteza do plano de saúde.

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

A figura 38 apresenta a média de cada variável, bem como a média geral do constructo (4,70). A maior média é apresentada pela variável Prest2_Plano (5,10) e a menor refere-se à variável Prest1_Plano (4,30).

Variável	n	Missing	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
Prest1_PLANO	329	2	4,30	5,00	1,771	1	7
Prest2_PLANO	329	2	5,10	5,00	3,242	1	7
Prest3_PLANO	331	0	4,89	5,00	1,788	1	7
Prest4_PLANO	326	5	4,50	5,00	1,935	1	7
			4,70				

Figura 38 – **Medidas do constructo prestação do plano de saúde.**

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

4.2.1.2.2 Presteza (Hospital)

Em relação ao hospital, a variável prestação foi mensurada de acordo com as afirmativas apresentadas na Figura 39.

VARIÁVEL	AFIRMATIVA
PREST1_HOSP	Os funcionários do hospital que você mais utiliza com seu plano estão sempre livres para responder aos pedidos dos clientes
PREST2_HOSP	Os funcionários desse hospital se mostram sempre dispostos a ajudar aos clientes.
PREST3_HOSP	Os funcionários do hospital que você sempre utiliza com seu plano de saúde informam corretamente os prazos de liberação e realização dos procedimentos.
PREST4_HOSP	Nesse hospital que você sempre utiliza o atendimento aos clientes é imediato.

Figura 39 – **Variáveis do constructo prestação do hospital.**

Fonte: Questionário da pesquisa.

A maior frequência de respostas desse constructo também se concentrou nos três maiores conceitos, conforme exposto na Figura 40, evidenciando um bom grau de satisfação dos clientes em relação à prontidão do hospital durante a prestação do serviço. Entretanto, cabe ressaltar que, apesar de o maior volume de respostas se concentrar nos maiores conceitos, como no plano de saúde, os clientes percebem que os funcionários do hospital também não estão livres para atender prontamente às suas necessidades, evidenciando um menor volume de respostas (63%) nos maiores conceitos (entre 5 e 7) da variável Prest1, concentrando 25% das respostas entre os conceitos 3 e 4. A variável com melhor avaliação entre os respondentes (73% das respostas entre os conceitos 5 e 7), foi a Prest2, que está relacionada à disposição demonstrada pelos funcionários do hospital em ajudar aos clientes.

Resposta	Prest1_Hosp		Prest2_Hosp		Prest3_Hosp		Prest4_Hosp	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1	12	3,6	10	3,0	14	4,2	29	8,8
2	26	7,9	20	6,0	16	4,8	24	7,3
3	41	12,4	28	8,5	32	9,7	28	8,5
4	42	12,7	32	9,7	34	10,3	34	10,3
5	77	23,3	72	21,8	60	18,1	80	24,2
6	79	23,9	97	29,3	84	25,4	76	23,0
7	53	16,0	71	21,5	88	26,6	58	17,5
SOMA	209	63,1	240	72,5	232	70,1	214	64,7

Figura 40 – **Frequência do constructo presteza do hospital.**

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

A figura 41 apresenta a média de cada variável, bem como a média geral do constructo (4,97). A maior média é apresentada pela variável Prest3_Hosp (5,18) e a menor refere-se à variável Prest4_Hosp (4,74).

Variável	n	Missing	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
Prest1_Hosp	330	1	4,80	5,00	1,663	1	7
Prest2_Hosp	330	1	5,15	6,00	1,614	1	7
Prest3_Hosp	328	3	5,18	6,00	1,710	1	7
Prest4_Hosp	329	2	4,74	5,00	1,841	1	7
			4,97				

Figura 41 – **Medidas do constructo presteza do Hospital.**

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

4.2.1.3 Confiabilidade

A dimensão confiabilidade consiste em entender qual o grau de habilidade da empresa em conseguir realizar o serviço dentro do tempo prometido e de maneira precisa e confiável.

4.2.1.3.1 Confiabilidade (Plano de Saúde)

Para mensurar a confiabilidade do plano de saúde foram propostas cinco afirmativas apresentadas na Figura 42.

VARIÁVEL	AFIRMATIVA
CONF1_PLANO	Percebe-se interesse em resolver os problemas dos clientes
CONF2_PLANO	A liberação das autorizações e realização de procedimentos médicos ocorre dentro dos prazos divulgados.
CONF3_PLANO	Os serviços são fornecidos de maneira certa logo na primeira vez.
CONF4_PLANO	O plano de saúde guarda os registros de atendimento e dos dados cadastrais dos clientes sem erros.
CONF5_PLANO	O plano de saúde cumpre os prazos combinados.

Figura 42 – Variáveis do constructo confiabilidade do plano de saúde.

Fonte: Questionário da pesquisa.

Os respondentes deste trabalho demonstraram alto grau de satisfação em relação à confiabilidade no plano de saúde, visualizado na Figura 43, com todas as variáveis apresentando mais de 60% das respostas distribuídas entre os maiores conceitos. O cumprimento do prazo em relação à realização dos procedimentos e liberação das autorizações, representado pela variável Conf3, foi o item melhor avaliado, com 68 respostas (3%), entre os maiores conceitos. Já o item com avaliação menos favorável foi a variável Conf2 (60% das respostas entre os conceitos 5 e 7), que representa a capacidade do plano de saúde em oferecer os serviços sem erros logo da primeira vez em que estão sendo prestados.

Resposta	Conf1_Plano		Conf2_Plano		Conf3_Plano		Conf4_Plano		Conf5_Plano	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	17	5,1	20	6,0	22	6,6	10	3,0	15	4,5
2	23	6,9	22	6,6	31	9,4	15	4,5	30	9,1
3	37	11,2	30	9,1	39	11,8	29	8,8	31	9,4
4	37	11,2	30	9,1	33	10,0	50	15,1	32	9,7
5	80	24,2	47	14,2	73	22,1	52	15,7	64	19,3
6	87	26,3	96	29,0	80	24,2	107	32,3	91	27,5
7	47	14,2	83	25,1	48	14,5	66	19,9	68	20,5
SOMA	214	64,7	226	68,3	201	60,7	225	68,0	223	67,4

Figura 43 – Frequência do constructo confiabilidade do plano de saúde.

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

A figura 44 apresenta a média de cada variável, bem como a média geral do constructo (4,92). A maior média é apresentada pela variável Conf4_Plano (5,14) e a menor refere-se à variável Conf3_Plano (4,64).

Variável	n	Missing	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
Conf1_PLANO	328	3	4,80	5,00	1,682	1	7
Conf2_PLANO	328	3	5,08	6,00	1,829	1	7
Conf3_PLANO	326	5	4,64	5,00	1,798	1	7
Conf4_PLANO	329	2	5,14	6,00	1,586	1	7
Conf5_PLANO	331	0	4,95	5,00	1,765	1	7
			4,92				

Figura 44 – **Medidas do constructo confiabilidade do plano de saúde.**

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

4.2.1.3.2 Confiabilidade (Hospital)

A confiabilidade dos respondentes em relação ao hospital foi mensurada nesse trabalho de acordo com as afirmativas apresentadas na Figura 45.

VARIÁVEL	AFIRMATIVA
CONF1_HOSP	No hospital que você mais frequenta com seu plano de saúde, percebe-se o interesse em resolver os problemas dos clientes.
CONF2_HOSP	A realização de procedimentos médicos nesse hospital ocorre dentro dos prazos divulgados.
CONF3_HOSP	Os serviços desse hospital são fornecidos de maneira certa logo na primeira vez.
CONF4_HOSP	O hospital que você sempre utiliza com seu plano de saúde guarda os registros de atendimento e dos dados cadastrais dos clientes sem erros.
CONF5_HOSP	Esse hospital cumpre os prazos combinados.

Figura 45 – **Variáveis do constructo confiabilidade do hospital.**

Fonte: Questionário da pesquisa.

Semelhante ao plano de saúde, os respondentes se mostram bem satisfeitos quanto à confiabilidade com o hospital mais utilizado com o seu plano de saúde, apresentando a maioria das respostas entre conceitos 5 e 7. Analogamente ao que ocorreu na confiabilidade em relação ao plano de saúde, a variável que apresentou menor frequência de respostas nos maiores conceitos foi Conf3 (66,2% - 219 participantes), que está relacionada à assertividade na prestação dos serviços logo da primeira vez em que são prestados. Porém, os resultados se diferenciam do plano de saúde quando se trata da variável com maior frequência de respostas nos conceitos mais altos (73,1% - 242 participantes), sendo este o aspecto relacionado à ausência de erros na guarda dos registros de atendimento e dados cadastrais, os mais bem avaliados, representados pela variável Conf4, apresentada na Figura 46.

Resposta	Conf1_Hosp		Conf2_Hosp		Conf3_Hosp		Conf4_Hosp		Conf5_Hosp	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	15	4,5	14	4,2	16	4,8	7	2,1	12	3,6
2	18	5,4	22	6,6	25	7,6	10	3,0	22	6,6
3	34	10,3	32	9,7	38	11,5	24	7,3	22	6,6
4	30	9,1	29	8,8	33	10,0	47	14,2	37	11,2
5	65	19,6	57	17,2	52	15,7	59	17,8	65	19,6
6	97	29,3	82	24,8	92	27,8	79	23,9	75	22,7
7	67	20,2	92	27,8	75	22,7	104	31,4	96	29,0
SOMA	229	69,2	231	69,8	219	66,2	242	73,1	236	71,3

Figura 46 – **Frequência do constructo confiabilidade do hospital.**

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

A figura 47 apresenta a média de cada variável, bem como a média geral do constructo (5,16). A maior média é apresentada pela variável Conf4_Hosp (5,41) e a menor refere-se à variável Conf3_Hosp (4,98).

Variável	n	Missing	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
Conf1_Hosp	326	5	5,06	6,00	1,693	1	7
Conf2_Hosp	328	3	5,16	6,00	1,767	1	7
Conf3_Hosp	331	0	4,98	6,00	1,790	1	7
Conf4_Hosp	330	1	5,41	6,00	1,545	1	7
Conf5_Hosp	329	2	5,22	6,00	1,709	1	7
			5,16				

Figura 47 – **Medidas do constructo prestação do Hospital.**

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

4.2.1.4 Segurança

A dimensão confiabilidade se relaciona ao grau de conhecimento dos funcionários, a fim que se possa transmitir confiança e segurança aos clientes durante a prestação do serviço.

4.2.1.4.1 Segurança (Plano de Saúde)

A mensuração da dimensão segurança no plano de saúde ocorreu pela resposta a quatro afirmativas apresentadas na Figura 48.

VARIÁVEL	AFIRMATIVA
SEG1_PLANO	Os funcionários do plano possuem conhecimento para responder as dúvidas dos clientes.
SEG2_PLANO	Os funcionários do plano de saúde adotam postura que inspira confiança dos clientes.
SEG3_PLANO	Os funcionários do plano são bem treinados para atender aos clientes.
SEG4_PLANO	Os funcionários do plano de saúde são cordiais com os clientes.

Figura 48 – Variáveis do constructo segurança do plano de saúde.

Fonte: Questionário da pesquisa.

Quanto à dimensão de segurança em relação ao plano de saúde, apresentada na Figura 49, os respondentes demonstram se sentir seguros diante dos serviços prestados. A distribuição da frequência entre os três maiores constructos se mostrou bem equilibrada nas quatro variáveis, variando em torno de 66% das respostas (219 respondentes). Entretanto, é interessante observar que as variáveis Seg2 e Seg3, apresentaram frequência significativa no conceito 3 (15,7% - 52 respondentes e 11,5% - 38 respondentes, respectivamente), se comparadas ao conceito 7 (17,5% - 58 respondentes e 12,7% - 42 respondentes), com uma diferença de apenas 5 respondentes, em média. A variável que apresentou menor frequência entre os maiores conceitos foi Seg3 (62,8% - 208 respondentes), que se refere ao nível de treinamento dos funcionários.

Resposta	Seg1 Plano		Seg2 Plano		Seg3 Plano		Seg4 Plano	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1	9	2,7	11	3,3	16	4,8	16	4,8
2	27	8,2	14	4,2	28	8,5	17	5,1
3	40	12,1	52	15,7	38	11,5	36	10,9
4	36	10,9	34	10,3	37	11,2	41	12,4
5	82	24,8	73	22,1	72	21,8	73	22,1
6	82	24,8	88	26,6	94	28,4	92	27,8
7	55	16,6	58	17,5	42	12,7	53	16,0
SOMA	219	66,2	219	66,2	208	62,8	218	65,9

Figura 49 – Frequência do constructo segurança do plano de saúde.

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

A figura 50 apresenta a média de cada variável, bem como a média geral do constructo (4,87). A maior média é apresentada pela variável Seg2_Plano (4,94) e a menor refere-se à variável Seg3_Plano (4,75).

Variável	n	Missing	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
Seg1_PLANO	331	0	4,88	5,00	1,633	1	7
Seg2_PLANO	330	1	4,94	5,00	1,619	1	7
Seg3_PLANO	327	4	4,75	5,00	1,696	1	7
Seg4_PLANO	328	3	4,91	5,00	1,655	1	7
			4,87				

Figura 50 – Medidas do constructo segurança do plano de saúde.

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

4.2.1.4.2 Segurança (Hospital)

A Figura 51 apresenta as afirmativas utilizadas para identificar a percepção dos pesquisados em relação à dimensão segurança no hospital.

VARIÁVEL	AFIRMATIVA
SEG1_HOSP	Os funcionários do hospital que você mais utiliza possuem conhecimento para responder as dúvidas dos clientes.
SEG2_HOSP	Os funcionários desse hospital adotam postura que inspira confiança aos clientes.
SEG3_HOSP	Os funcionários do hospital que você mais utiliza são bem treinados para atender aos clientes.
SEG4_HOSP	Os funcionários desse hospital são cordiais com os clientes.

Figura 51 – Variáveis do constructo segurança do hospital.

Fonte: Questionário da pesquisa.

Os participantes da pesquisa apresentaram um alto grau de avaliação quanto à segurança proporcionada pelos funcionários do hospital durante a prestação de serviços (acima de 72,8% - 241 respondentes nos três maiores conceitos). O aspecto melhor avaliado foi a cordialidade dos funcionários, com 74% das respostas (245 respondentes) concentradas entre os conceitos 5 e 7. O aspecto com menor frequência de respostas nos maiores conceitos foi quanto à confiança transmitida pela postura dos funcionários, com 72,8% (241 participantes) das respostas, como pode ser visualizado na Figura 52.

Resposta	Seg1_Hosp		Seg2_Hosp		Seg3_Hosp		Seg4_Hosp	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1	9	2,7	14	4,2	14	4,2	8	2,4
2	19	5,7	20	6,0	18	5,4	19	5,7
3	33	10,0	25	7,6	20	6,0	28	8,5
4	28	8,5	31	9,4	36	10,9	27	8,2
5	68	20,5	65	19,6	69	20,8	80	24,2
6	100	30,2	100	30,2	96	29,0	94	28,4
7	74	22,4	76	23,0	78	23,6	71	21,5
SOMA	242	73,1	241	72,8	243	73,4	245	74,0

Figura 52 – **Frequência do constructo segurança do hospital.**

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

A figura 53 apresenta a média de cada variável, bem como a média geral do constructo (5,19). A maior média é apresentada pelas variáveis Seg3_Hosp e Seg4_Hosp (ambas com 5,20) e a menor refere-se à variável Seg2_Hosp (5,17).

Variável	n	Missing	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
Seg1_H	331	0	5,18	6,00	1,614	1	7
Seg2_H	331	0	5,17	6,00	1,679	1	7
Seg3_H	331	0	5,20	6,00	1,649	1	7
Seg4_H	327	4	5,20	6,00	1,570	1	7
			5,19				

Figura 53 – **Medidas do constructo segurança do Hospital.**

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

4.2.1.5 Empatia

A empatia é a dimensão que aborda a capacidade de que o prestador consiga fornecer o serviço prezando pelo fornecimento de cuidados e atenção individualizada aos clientes.

4.2.1.5.1 Empatia (Plano de Saúde)

A empatia no plano de saúde foi mensurada nesse trabalho por meio das afirmativas apresentadas na Figura 54.

VARIÁVEL	AFIRMATIVA
EMP1_PLANO	Os clientes do plano recebem atenção individual.
EMP2_PLANO	No plano de saúde os interesses do cliente são tratados como prioridade
EMP3_PLANO	O horário de funcionamento é conveniente para os clientes.
EMP4_PLANO	O plano de saúde possui funcionários na quantidade e com a qualidade necessária para dar atenção pessoal aos clientes.
EMP5_PLANO	O plano de saúde entende as necessidades específicas de seus clientes.

Figura 54 – Variáveis do constructo empatia do plano de saúde.

Fonte: Questionário da pesquisa.

A empatia em relação ao plano de saúde, apresentada na Figura 55, apesar de apresentar uma boa frequência de respostas entre os três conceitos mais altos, evidencia também um significativo número de respostas concentradas em conceitos mais baixos. Quanto ao aspecto de horário de funcionamento, representado pela variável Emp3, os clientes demonstram que esse item é adequado às suas necessidades. Quanto às variáveis Emp1, Emp4 e Emp5, que estão relacionadas à atenção individual dispensada aos clientes, à quantidade e qualidade dos funcionários envolvidos na prestação dos serviços, e ao atendimento das necessidades específicas dos clientes, respectivamente, mesmo apresentando maior concentração de respostas nos três conceitos mais altos, a distribuição das frequências também apresenta um considerável número de respostas entre os conceitos 3 e 4. A variável Emp2, que se refere ao grau de prioridade que é dado aos interesses do cliente, apresenta uma distribuição diferenciada das demais. Inicialmente, essa variável apresenta a menor frequência de resposta no maior conceito, o conceito 7, concentrando menos de 10% do total de respondentes (9,7% - 32 pessoas). Mais de 36% das respostas (120 participantes) estão concentradas nos três menores conceitos (1, 2 e 3). A maior concentração de respostas dessa variável foi identificada entre os conceitos 4 e 6, demonstrando um grau menos elevado de concordância em relação a essa afirmativa.

Resposta	Emp1_Plano		Emp2_Plano		Emp3_Plano		Emp4_Plano		Emp5_Plano	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	20	6,0	41	12,4	19	5,7	24	7,3	15	4,5
2	28	8,5	34	10,3	22	6,6	23	6,9	28	8,5
3	43	13,0	45	13,6	18	5,4	40	12,1	38	11,5
4	43	13,0	47	14,2	34	10,3	38	11,5	30	9,1
5	60	18,1	53	16,0	70	21,1	68	20,5	70	21,1
6	82	24,8	77	23,3	82	24,8	94	28,4	86	26,0
7	50	15,1	32	9,7	85	25,7	42	12,7	56	16,9
SOMA	192	58,0	177	53,5	237	71,6	204	61,6	212	64,0

Figura 55 – **Frequência do constructo empatia do plano de saúde.**

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

A figura 56 apresenta a média de cada variável, bem como a média geral do constructo (4,70). A maior média é apresentada pela variável Emp3_Plano (5,12) e a menor refere-se à variável Emp2_Plano (4,20).

Variável	n	Missing	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
Emp1_PLANO	326	5	4,66	5,00	1,781	1	7
Emp2_PLANO	329	2	4,20	4,00	1,901	1	7
Emp3_PLANO	330	1	5,12	6,00	1,765	1	7
Emp4_PLANO	329	2	4,68	5,00	1,761	1	7
Emp5_PLANO	323	8	4,84	5,00	1,741	1	7
			4,70				

Figura 56 – **Medidas do constructo empatia do plano de saúde.**

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

4.2.1.5.2 Empatia (Hospital)

A mensuração da empatia em relação ao hospital foi constatada por meio das cinco afirmativas expostas na Figura 57.

VARIÁVEL	AFIRMATIVA
EMP1_HOSP	Nesse hospital os clientes recebem atenção individual.
EMP2_HOSP	Nesse hospital que você mais utiliza com seu plano de saúde os interesses do cliente são tratados como prioridade.
EMP3_HOSP	O horário de funcionamento desse hospital é conveniente para os clientes.
EMP4_HOSP	Esse hospital possui funcionários com a quantidade e qualidade necessária para dar atenção pessoal aos clientes.
EMP5_HOSP	Esse hospital entende as necessidades específicas de seus clientes.

Figura 57 – **Variáveis do constructo empatia do hospital.**

Fonte: Questionário da pesquisa.

Diferente do que ocorreu com a avaliação da percepção dos usuários quanto à dimensão empatia no plano de saúde, a relação com o hospital apresenta um alto grau de concordância dos pesquisados frente às afirmativas propostas, com mais de 67,1% (222 – respondentes) das respostas concentradas nos conceitos mais altos (entre 5 e 7). Porém, as variáveis que apresentaram menor e maior grau de concentração nos maiores conceitos foram as mesmas da avaliação em relação ao plano de saúde. A variável Emp3, que se refere ao horário de funcionamento do hospital foi a que apresentou maior grau de concordância (83% - 275 respondentes), e a variável Emp2 apresentou menor concentração de respostas nesses três conceitos mais elevados, 67,1% (222 respondentes), expondo o menor grau de concordância dos participantes quanto à prioridade que é dada aos interesses dos clientes, conforme pode ser visualizado na Figura 58.

Resposta	Emp1_Hosp		Emp2_Hosp		Emp3_Hosp		Emp4_Hosp		Emp5_Hosp	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	11	3,3	15	4,5	6	1,8	21	6,3	12	3,6
2	24	7,3	26	7,9	14	4,2	24	7,3	20	6,0
3	27	8,2	37	11,2	13	3,9	29	8,8	24	7,3
4	27	8,2	31	9,4	22	6,6	32	9,7	35	10,6
5	77	23,3	82	24,8	41	12,4	64	19,3	60	18,1
6	86	26,0	77	23,3	73	22,1	89	26,9	96	29,0
7	66	19,9	63	19,0	161	48,6	72	21,8	81	24,5
SOMA	229	69,2	222	67,1	275	83,1	225	68,0	237	71,6

Figura 58 – **Frequência do constructo empatia do hospital.**

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

A figura 59 apresenta a média de cada variável, bem como a média geral do constructo (4,70). A maior média é apresentada pela variável Emp3_Hosp (5,85) e a menor refere-se à variável Emp2_Hosp (4,88).

Variável	n	Missing	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
Emp1_Hosp	318	13	5,07	5,00	1,662	1	7
Emp2_Hosp	331	0	4,88	5,00	1,721	1	7
Emp3_Hosp	330	1	5,85	6,00	1,534	1	7
Emp4_Hosp	331	0	4,96	5,00	1,806	1	7
Emp5_Hosp	328	3	5,20	6,00	1,668	1	7
			5,19				

Figura 59 – **Medidas do constructo empatia do hospital.**

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

4.2.2 Frequências do constructo valor percebido

O valor percebido busca entender a percepção do cliente quanto ao que é dado por ele em relação ao que ele recebe em troca.

4.2.2.1 Valor percebido (Plano de Saúde)

O valor percebido do plano de saúde foi mensurado com as afirmativas relacionadas na Figura 60.

VARIÁVEL	AFIRMATIVA
VP1_PLANO	Quanto ao tempo gasto para realizar os meus agendamentos e atendimentos, o meu plano de saúde me oferece vantagens que não encontraria em outros planos de saúde.
VP2_PLANO	A minha experiência como usuário do meu plano de saúde traz muitas vantagens para mim.
VP3_PLANO	O preço que pago em meu plano de saúde é válido pelos benefícios que recebo.
VP4_PLANO	O esforço total necessário para realizar um agendamento ou procedimento pelo meu plano de saúde é compensado pelos benefícios que recebo.

Figura 60 – Variáveis do constructo valor percebido do plano de saúde.

Fonte: Questionário da pesquisa.

O valor percebido do plano de saúde foi avaliado pelos respondentes da pesquisa com uma boa frequência de respostas nos maiores conceitos, em média 40%. Porém, pode-se observar um número significativo de respostas no conceito 5, em média 47 respondentes. A variável VP2, que se refere ao reconhecimento de vantagens recebidas pelo cliente na relação com o plano de saúde, apresentou 13% (43 respondentes) avaliando o plano de saúde com o pior conceito, evidenciando extrema discordância em relação ao recebimento de vantagens na relação com seu plano de saúde, conforme exposto na Figura 61.

Resposta	VP1_Plano		VP2_Plano		VP3_Plano		VP4_Plano	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1	31	9,4	43	13,0	31	9,4	23	6,9
2	16	4,8	19	5,7	18	5,4	12	3,6
3	35	10,6	22	6,6	20	6,0	19	5,7
4	13	3,9	23	6,9	32	9,7	23	6,9
5	43	13,0	47	14,2	41	12,4	57	17,2
6	25	7,6	20	6,0	40	12,1	24	7,3
7	25	7,6	31	9,4	29	8,8	39	11,8
8	38	11,5	48	14,5	37	11,2	46	13,9
9	37	11,2	40	12,1	43	13,0	40	12,1
10	66	19,9	37	11,2	33	10,0	46	13,9
SOMA	184	56	215	65	194	59	228	69

Figura 61 – Frequência do constructo valor percebido do plano de saúde.

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

A figura 62 apresenta a média de cada variável, bem como a média geral do constructo (6,08). A maior média é apresentada pela variável VP4_Plano (6,34) e a menor refere-se à variável VP2_Plano (5,83).

Variável	n	Missing	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
VP1_PLANO	329	2	6,25	7,00	3,017	1	10
VP2_PLANO	330	1	5,83	6,00	2,960	1	10
VP3_PLANO	324	7	5,91	6,00	2,783	1	10
VP4_PLANO	329	2	6,34	7,00	2,687	1	10
			6,08				

Figura 62 – Medidas do constructo valor percebido do plano de saúde.

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

4.2.2.2 Valor percebido (Hospital)

As afirmativas adotadas nesse trabalho para avaliar o valor percebido pelo cliente na relação com o hospital mais utilizado com seu plano de saúde estão apresentadas na Figura 63.

VARIÁVEL	AFIRMATIVA
VP1_HOSP	O preço cobrado por esse hospital é válido pelos benefícios que recebo.
VP2_HOSP	Quanto ao tempo gasto para realizar os meus agendamentos e atendimentos, o hospital que mais utilizo me oferece vantagens que não encontraria em outros.
VP3_HOSP	O esforço total necessário para realizar um agendamento ou procedimento no hospital que mais utilizo com meu plano de saúde é compensado pelos benefícios que recebo.
VP4_HOSP	A minha experiência como usuário do hospital que mais utilizo com meu plano traz muitas vantagens para mim.

Figura 63 – Variáveis do constructo valor percebido do hospital.

Fonte: Questionário da pesquisa.

A avaliação do valor percebido pelos clientes na relação com o hospital é apresentada pela distribuição de frequência das respostas na Figura 64. Em todas as variáveis a maioria das respostas, em média 40%, está concentrada nos três maiores conceitos (entre 1 e 10). Como aconteceu na avaliação do valor percebido em relação ao plano de saúde, em média 38 participantes responderam no conceito 5. A variável com maior frequência de respostas nos três maiores constructos é VP4, com 48% (159 respondentes) das respostas, na qual o cliente reconhece que a relação dele com o hospital traz muitas vantagens. A variável com menor frequência de respostas nos três maiores conceitos é a VP2, com 40% (133 respondentes), com pouco grau de concordância quanto às vantagens recebidas em relação ao tempo gasto para agendar e realizar atendimentos.

Resposta	VP1_Hosp		VP2_Hosp		VP3_Hosp		VP4_Hosp	
	n	%	n	%	n	%	n	%
1	21	6,3	30	9,1	29	8,8	22	6,6
2	18	5,4	25	7,6	21	6,3	13	3,9
3	24	7,3	28	8,5	25	7,6	25	7,6
4	27	8,2	19	5,7	23	6,9	22	6,6
5	39	11,8	39	11,8	37	11,2	31	9,4
6	19	5,7	30	9,1	21	6,3	24	7,3
7	34	10,3	26	7,9	36	10,9	33	10,0
8	43	13,0	42	12,7	44	13,3	45	13,6
9	35	10,6	44	13,3	41	12,4	47	14,2
10	64	19,3	47	14,2	52	15,7	67	20,2
SOMA	142	43	133	40	137	41	159	48

Figura 64 – **Frequência do constructo valor percebido do hospital.**

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

A figura 65 apresenta a média de cada variável, bem como a média geral do constructo (6,34). A maior média é apresentada pela variável VP4_Hosp (6,67) e a menor refere-se à variável VP2_Hosp (6,06).

Variável	n	Missing	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
VP1_Hosp	324	7	6,43	7,00	2,870	1	10
VP2_Hosp	330	1	6,06	6,00	2,947	1	10
VP3_Hosp	329	2	6,21	7,00	2,929	1	10
VP4_Hosp	329	2	6,67	7,00	2,849	1	10
			6,34				

Figura 65 – **Medidas do constructo valor percebido do plano de saúde.**

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

4.2.3 Frequências do constructo lealdade

A lealdade tem como objetivo mensurar o quanto o cliente apresenta intenção de manter relação com determinado fornecedor e o quanto ele indica esse fornecedor para outras pessoas.

4.2.3.1 Lealdade (Plano de Saúde)

A lealdade em relação ao plano de saúde foi mensurada com base nas sete afirmativas apresentadas na Figura 66.

VARIÁVEL	AFIRMATIVA
LEAL1_PLANO	O serviço de atendimento de reclamações do meu plano de saúde se preocupa em recuperar as falhas ocorridas no atendimento dos clientes.

LEAL2_PLANO	O conjunto de serviços oferecidos pelo meu plano é ideal para quem está necessitando da prestação de serviços de saúde.
LEAL3_PLANO	Quando penso em contratar um plano de saúde, a minha primeira opção é o meu plano.
LEAL4_PLANO	Quando me perguntam sobre um plano de saúde, eu indico meu.
LEAL5_PLANO	Eu pretendo continuar sendo cliente do meu plano de saúde.
LEAL6_PLANO	Se precisar contratar um plano de saúde para alguém, certamente considerarei contratar o meu plano.
LEAL7_PLANO	Eu recomendo meu plano de saúde para meus parentes e amigos.

Figura 66 – Variáveis do constructo lealdade do plano de saúde.

Fonte: Questionário da pesquisa.

A lealdade em relação ao plano de saúde está com a frequência de respostas distribuída em vários níveis de conceitos, como apresentado na Figura 67. A maior frequência se concentra nos três maiores conceitos (entre 8 e 10). Um número significativo de respostas também se concentrou no conceito 5, tendo em média 45 participantes. As variáveis LEAL4, LEAL5 e LEAL7 apresentam mais de 10% dos respondentes registrando o menor grau de conceito, expondo um significativo número de respondentes, onde mais de 14% (47 respondentes) afirmam não ter interesse em continuar sendo cliente do seu plano de saúde, e 11,2% (37 respondentes) afirmam não indicar seu plano de saúde para outras pessoas.

Resposta	LEAL1_Plano		LEAL2_Plano		LEAL3_Plano		LEAL4_Plano		LEAL5_Plano		LEAL6_Plano		LEAL7_Plano	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	26	7,9	31	9,4	26	7,9	37	11,2	47	14,2	19	5,7	37	11,2
2	18	5,4	20	6,0	12	3,6	16	4,8	14	4,2	18	5,4	22	6,6
3	20	6,0	20	6,0	15	4,5	18	5,4	18	5,4	19	5,7	25	7,6
4	27	8,2	27	8,2	18	5,4	24	7,3	21	6,3	19	5,7	22	6,6
5	39	11,8	43	13,0	40	12,1	48	14,5	45	13,6	43	13,0	54	16,3
6	18	5,4	15	4,5	23	6,9	21	6,3	21	6,3	19	5,7	22	6,6
7	27	8,2	27	8,2	21	6,3	27	8,2	28	8,5	43	13,0	36	10,9
8	33	10,0	45	13,6	23	6,9	36	10,9	38	11,5	35	10,6	41	12,4
9	37	11,2	30	9,1	48	14,5	37	11,2	33	10,0	52	15,7	37	11,2
10	83	25,1	72	21,8	97	29,3	67	20,2	63	19,0	60	18,1	29	8,8
SOMA	192	58	160	48	185	56	225	68	226	68	233	70	169	51

Figura 67 – Frequência do constructo lealdade do plano de saúde.

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

A figura 68 apresenta a média de cada variável, bem como a média geral do constructo (6,34). A maior média é apresentada pela variável Leal3_Plano (6,93) e a menor refere-se à variável Leal7_Plano (5,69).

Variável	n	Missing	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
LEAL1_PLANO	328	3	6,55	7,00	3,021	1	10
LEAL2_PLANO	330	1	6,31	7,00	3,031	1	10
LEAL3_PLANO	323	8	6,93	8,00	3,005	1	10
LEAL4_PLANO	331	0	6,24	7,00	3,037	1	10
LEAL5_PLANO	328	3	6,07	6,00	3,115	1	10
LEAL6_PLANO	327	4	6,62	7,00	2,790	1	10
LEAL7_PLANO	325	6	5,69	6,00	2,838	1	10
			6,34				

Figura 68 – Medidas do constructo lealdade do plano de saúde.

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

4.2.3.2 Lealdade (Hospital)

As afirmativas que mensuram a lealdade em relação ao hospital nesse trabalho estão apresentadas na Figura 69.

VARIÁVEL	AFIRMATIVA
LEAL1_HOSP	Eu recomendo o hospital que mais utilizo com meu plano de saúde para meus parentes e amigos.
LEAL2_HOSP	Quando me perguntam sobre um hospital, eu indico o que sempre utilizo com meu plano de saúde.
LEAL3_HOSP	Eu pretendo continuar sendo cliente desse hospital.
LEAL4_HOSP	Se precisar escolher um hospital para atendimento de alguém, certamente considerarei escolher esse hospital que mais utilizo.
LEAL5_HOSP	Quando penso em buscar atendimento em um hospital, a minha primeira opção é esse hospital que mais utilizo.
LEAL6_HOSP	O conjunto de serviços oferecidos por esse hospital é ideal para quem está necessitando da prestação de serviços de saúde.
LEAL7_HOSP	O serviço de atendimento de reclamações desse hospital se preocupa em recuperar as falhas ocorridas no atendimento dos clientes.

Figura 69 – Variáveis do constructo lealdade do hospital.

Fonte: Questionário da pesquisa.

Na relação de lealdade entre o cliente e o hospital a maior frequência de respostas está concentrada nos três maiores conceitos (entre 8 e 10), apresentadas na Figura 70. A distribuição da frequência também apresenta uma significativa concentração de respostas no conceito 5, com uma média de 42 respondentes. As variáveis que apresentam maior concentração de respostas nos conceitos mais altos são LEAL3 e LEAL5, com igual concentração de 50% de participantes (164 respondentes), em maior grau de concordância em relação à pretensão em continuar sendo cliente do hospital e de ter esse hospital como primeira opção caso necessite de assistência hospitalar. A variável com menor frequência de respostas entre os maiores conceitos é LEAL7, com 39% (129 respondentes), evidenciando que o cliente não apresenta

um alto grau de concordância quanto ao esforço dispendido pelo hospital em recuperar as falhas que acontecem durante os atendimentos.

Resposta	LEAL1_Hosp		LEAL2_Hosp		LEAL3_Hosp		LEAL4_Hosp		LEAL5_Hosp		LEAL6_Hosp		LEAL7_Hosp	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	18	5,4	22	6,6	23	6,9	23	6,9	22	6,6	17	5,1	26	7,9
2	13	3,9	17	5,1	10	3,0	18	5,4	12	3,6	13	3,9	16	4,8
3	17	5,1	16	4,8	11	3,3	20	6,0	21	6,3	17	5,1	19	5,7
4	25	7,6	23	6,9	18	5,4	17	5,1	14	4,2	23	6,9	27	8,2
5	39	11,8	35	10,6	47	14,2	45	13,6	41	12,4	41	12,4	46	13,9
6	24	7,3	26	7,9	19	5,7	29	8,8	27	8,2	27	8,2	37	11,2
7	36	10,9	34	10,3	31	9,4	27	8,2	30	9,1	35	10,6	26	7,9
8	44	13,3	36	10,9	32	9,7	39	11,8	37	11,2	41	12,4	35	10,6
9	35	10,6	37	11,2	41	12,4	34	10,3	44	13,3	47	14,2	51	15,4
10	77	23,3	82	24,8	91	27,5	76	23,0	83	25,1	67	20,2	43	13,0
SOMA	195	59	190	57	179	54	194	59	205	62	196	59	212	64

Figura 70 – Frequência do constructo lealdade do hospital.

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

A figura 71 apresenta a média de cada variável, bem como a média geral do constructo (6,69). A maior média é apresentada pela variável Leal3_Hosp (6,96) e a menor refere-se à variável Leal7_Hosp (6,21).

Variável	n	Missing	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
LEAL1_H	328	3	6,78	7,00	2,771	1	10
LEAL2_H	328	3	6,73	7,00	2,896	1	10
LEAL3_H	323	8	6,96	8,00	2,862	1	10
LEAL4_H	328	3	6,56	7,00	2,903	1	10
LEAL5_H	331	0	6,84	7,00	2,859	1	10
LEAL6_H	328	3	6,77	7,00	2,721	1	10
LEAL7_H	326	5	6,21	6,00	2,790	1	10
			6,69				

Figura 71 – Medidas do constructo lealdade do hospital.

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

4.2.4 Frequências do constructo custo de mudança

O constructo custo de mudança se propõe a entender os aspectos relacionados à intenção do cliente em desistir da relação que tem com determinado fornecedor e o que considera como um fator complicador nessa possível desistência.

4.2.4.1 Custo de mudança (Plano de Saúde)

O custo de mudança em relação ao plano de saúde foi mensurado nesse trabalho por meio das afirmativas apresentadas na Figura 72.

VARIÁVEL	AFIRMATIVA
CM1_PLANO	Não conheço nenhum outro plano de saúde que possa me atender melhor do que o plano que tenho atualmente.
CM2_PLANO	Eu levaria tempo para me adaptar a outro plano de saúde, concorrente do plano que tenho atualmente.
CM3_PLANO	Antes de trocar de plano de saúde, com certeza eu pensaria na relação comercial que já possuo com a empresa do meu plano.
CM4_PLANO	Trocar meu plano de saúde por outro plano seria um processo muito trabalhoso para mim.
CM5_PLANO	Trocar de plano de saúde é uma tarefa muito complicada para mim.
CM6_PLANO	Em relação aos demais planos de saúde existentes no mercado, tenho certeza de que trocar o meu plano seria uma tarefa muito trabalhosa para mim.

Figura 72 – Variáveis do constructo custo de mudança do plano de saúde.

Fonte: Questionário da pesquisa.

O constructo custo de mudança apresenta a distribuição das respostas concentradas em maior frequência nos dois maiores conceitos (9 e 10). Também apresenta um número considerável de respostas concentradas no conceito 5, em média 45 respondentes. A variável CM2 apresenta mais de 18% (61 respondentes) de respostas assinaladas com o menor conceito, demonstrando um relevante grau de discordância dos respondentes quanto à afirmação de que levaria tempo para se adaptar a outro plano de saúde. Outra variável que apresenta um significativo número de respostas no menor conceito proposto é a variável CM4, com 12,1% (40 participantes) de respostas no conceito 1, conforme visualizado na Figura 73.

Resposta	CM1_Plano		CM2_Plano		CM3_Plano		CM4_Plano		CM5_Plano		CM6_Plano	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	27	8,2	61	18,4	30	9,1	40	12,1	21	6,3	24	7,3
2	14	4,2	20	6,0	12	3,6	15	4,5	18	5,4	12	3,6
3	21	6,3	28	8,5	21	6,3	22	6,6	17	5,1	21	6,3
4	22	6,6	16	4,8	24	7,3	28	8,5	24	7,3	22	6,6
5	43	13,0	48	14,5	46	13,9	42	12,7	44	13,3	45	13,6
6	19	5,7	21	6,3	23	6,9	37	11,2	24	7,3	31	9,4
7	26	7,9	29	8,8	25	7,6	28	8,5	28	8,5	32	9,7
8	32	9,7	28	8,5	38	11,5	35	10,6	29	8,8	38	11,5
9	40	12,1	35	10,6	39	11,8	33	10,0	33	10,0	38	11,5
10	84	25,4	45	13,6	72	21,8	44	13,3	88	26,6	67	20,2
SOMA	167	50	189	57	195	59	231	70	165	50	188	57

Figura 73 – **Frequência do constructo custo de mudança do plano de saúde.**

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

A figura 74 apresenta a média de cada variável, bem como a média geral do constructo (6,26). A maior média é apresentada pela variável CM5_Plano (6,67) e a menor refere-se à variável CM2_Plano (5,46).

Variável	n	Missing	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
CM1_PLANO	328	3	6,63	7,00	3,003	1	10
CM2_PLANO	331	0	5,46	5,00	3,157	1	10
CM3_PLANO	330	1	6,46	7,00	2,961	1	10
CM4_PLANO	324	7	5,84	6,00	2,919	1	10
CM5_PLANO	326	5	6,67	7,00	2,941	1	10
CM6_PLANO	330	1	6,52	7,00	2,824	1	10
			6,26				

Figura 74 – **Medidas do constructo custo de mudança do plano de saúde.**

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

4.2.4.2 Custo de mudança (Hospital)

A mensuração do constructo custo de mudança na percepção do cliente em relação ao hospital ao hospital apontado por este na pesquisa, foi realizada por meio das seis afirmativas apresentadas na Figura 75, desenvolvidas a partir da escala de custo de mudança adotada para esse trabalho.

VARIÁVEL	AFIRMATIVA
CM1_HOSP	Trocar esse hospital por outro seria um processo muito trabalhoso para mim.
CM2_HOSP	Não conheço nenhum outro hospital que possa me atender melhor do que esse hospital.
CM3_HOSP	Em relação aos demais hospitais existentes no mercado, eu tenho certeza de que trocar esse hospital seria uma tarefa muito trabalhosa para mim.
CM4_HOSP	Eu levaria tempo para me adaptar a outro hospital, concorrente do hospital que mais utilizo atualmente.
CM5_HOSP	Trocar de hospital é uma tarefa muito complicada para mim.
CM6_HOSP	Antes de trocar de hospital, com certeza eu pensaria na relação que já possuo com esse hospital que mais utilizo.

Figura 75 – Variáveis do constructo custo de mudança do hospital.

Fonte: Questionário da pesquisa.

Quanto ao custo de mudança relacionado ao hospital, a maior parte das respostas está concentrada entre os três maiores conceitos (8 a 10), como pode ser visualizado na Figura 76. Esse constructo também apresenta um relevante número de respostas concentradas no conceito 5. As respostas relacionadas a esse constructo apresentam um considerável número de respostas concentradas no menor conceito em todas as variáveis, com maior concentração na variável CM4, que apresenta 14,5% (48 participantes), ressaltando que um significativo número de respondentes discorda totalmente quanto à dificuldade de se adaptar a outro hospital.

Resposta	CM1_Hosp		CM2_Hosp		CM3_Hosp		CM4_Hosp		CM5_Hosp		CM6_Hosp	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1	32	9,7	50	15,1	40	12,1	48	14,5	38	11,5	33	10,0
2	20	6,0	17	5,1	15	4,5	22	6,6	16	4,8	14	4,2
3	20	6,0	23	6,9	23	6,9	15	4,5	18	5,4	17	5,1
4	17	5,1	26	7,9	22	6,6	19	5,7	20	6,0	19	5,7
5	37	11,2	44	13,3	29	8,8	43	13,0	34	10,3	38	11,5
6	29	8,8	23	6,9	32	9,7	31	9,4	26	7,9	20	6,0
7	33	10,0	28	8,5	22	6,6	17	5,1	34	10,3	30	9,1
8	37	11,2	37	11,2	43	13,0	28	8,5	37	11,2	31	9,4
9	42	12,7	33	10,0	47	14,2	48	14,5	38	11,5	48	14,5
10	61	18,4	50	15,1	56	16,9	56	16,9	60	18,1	77	23,3
SOMA	242	73	214	65	146	44	195	59	241	73	196	59

Figura 76 – Frequência do constructo custo de mudança do hospital.

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

A figura 77 apresenta a média de cada variável, bem como a média geral do constructo (6,21). A maior média é apresentada pela variável CM6_Hosp (6,77) e a menor refere-se à variável CM2_Hosp (5,75).

Variável	n	Missing	média	mediana	desvio padrão	mínimo	máximo
CM1_Hosp	328	3	6,32	7,00	2,981	1	10
CM2_Hosp	331	0	5,75	6,00	3,080	1	10
CM3_Hosp	329	2	6,22	7,00	3,055	1	10
CM4_Hosp	327	4	5,96	6,00	3,163	1	10
CM5_Hosp	321	10	6,25	7,00	3,034	1	10
CM6_Hosp	328	3	6,77	7,00	4,350	1	63
			6,21				

Figura 77 – Medidas do constructo custo de mudança do hospital.

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

4.3 MODELAGEM ESTRUTURAL (TENTATIVA 1)

O início da modelagem estrutural desse estudo se concentrou na identificação das medidas estatísticas Análise da Variância Extraída (AVE), Confiabilidade Composta, Coeficiente de Determinação (R²), Alfa de Cronbach, Comunalidade e Redundância.

4.3.1 Verificação da validade convergente

Segundo Ringle et al. (2014), a validade convergente de um modelo é obtida por meio da verificação das Variâncias Médias Extraídas – AVEs, que explicam o quanto, em média, cada variável se correlaciona positivamente com seus constructos. Os autores afirmam que se devem considerar valores da AVE de acordo com o critério de Fornell e Lacker, acima de 0,50 (AVE > 0,50), conforme apresentado também por Hair et al. (2014), que considera resultados satisfatórios com AVE > 0,50, o Alfa de Cronbach desejável acima de 0,7%, porém sendo um resultado de 0,6% aceitável, e uma confiabilidade de composição de 0,6%. A Figura 78 apresenta a primeira tentativa de MEE.

Constructo	AVE	Confiabilidade composta	R2	Alfa de Cronbach	Redundância
CM_Hospital	0,674	0,925	-	0,901	0,000
CM_Plano	0,659	0,920	-	0,895	0,000
Confiabil_plano	0,662	0,907	0,887	0,872	0,586
Confiabil_hospital	0,741	0,934	0,920	0,912	0,682
Empatia_plano	0,610	0,887	0,895	0,840	0,545
Empatia_hospital	0,676	0,912	0,913	0,878	0,617
Leal_Hospital	0,801	0,966	0,829	0,959	0,129
Leal_plano	0,781	0,961	0,832	0,953	0,322
Presteza_hospital	0,771	0,931	0,903	0,901	0,696
Presteza_plano	0,563	0,875	0,782	0,784	0,545
QPS_Hospital	0,658	0,977	-	0,975	0,000
QPS_Plano Saúde	0,561	0,964	-	0,960	0,000
Segurança_plano	0,708	0,906	0,866	0,862	0,613
Segurança_hospital	0,819	0,948	0,908	0,926	0,744
Tangíveis_hospital	0,687	0,898	0,812	0,847	0,556
Tangíveis_plano	0,646	0,879	0,785	0,817	0,505
VP_Hospital	0,784	0,936	0,610	0,908	0,477
VP_Plano	0,766	0,929	0,480	0,898	0,368

Figura 78 – **Indicadores da primeira tentativa de MEE.**

Fonte: Dados da pesquisa.

Na primeira tentativa de modelagem, pode-se perceber que todos os constructos apresentaram Análise da Variância Extraída (AVE) com valor superior a 0,50, o que caracteriza uma validade convergente aceita para o modelo. Entretanto, vale observar que os constructos Presteza no plano de saúde e Qualidade Percebida do Plano de Saúde (QPS_Plano Saúde) apresentaram AVE com valor próximo ao valor limite de 0,50 para aceitação do resultado. Assim, optou-se por verificar as cargas das variáveis desses constructos.

Verificando o modelo, foi possível identificar o constructo QPS_Plano Saúde, apesar de apresentar AVE com valor um pouco mais alto que o valor limite de corte, sendo uma variável observável com alto valor de correlação. Assim, optou-se por não eliminar nenhuma variável desse constructo. Quanto ao constructo Prest_Plano, este apresentou uma de suas variáveis, Prest2_Plano, com uma carga muito inferior às demais. Sendo assim, optou-se por excluí-la do modelo, conforme sugerido por Ringle et al. (2014), que afirmam ser necessário eliminar variáveis com cargas fatoriais (correlações) de menor valor para aumentar o valor da AVE.

4.4 MODELAGEM ESTRUTURAL (TENTATIVA 2)

Após a eliminação da variável observável com menor carga fatorial, Prest2_Plano, foi realizada a segunda tentativa de modelagem estrutural, com o intuito de identificar melhores índices para o constructo Presteza no Plano de Saúde. Os resultados da segunda tentativa de modelagem são apresentados na Figura 79.

Constructo	AVE	Confiabilidade composta	R2	Alfa de Cronbach	Redundância
CM_Hospital	0,674	0,925	0,000	0,901	0,000
CM_Plano	0,659	0,920	0,000	0,895	0,000
Confiabil_plano	0,662	0,907	0,892	0,872	0,589
Confiabil_hospital	0,758	0,926	0,896	0,893	0,679
Empatia_plano	0,621	0,868	0,867	0,797	0,536
Empatia_hospital	0,682	0,895	0,886	0,843	0,603
Leal_Hospital	0,801	0,966	0,829	0,959	0,129
Leal_plano	0,781	0,961	0,832	0,953	0,322
Presteza_hospital	0,782	0,915	0,869	0,860	0,678
Presteza_plano	0,722	0,839	0,747	0,616	0,539
QPS_Hospital	0,645	0,968	0,000	0,965	0,000
QPS_Plano Saúde	0,567	0,958	0,000	0,953	0,000
Segurança_plano	0,725	0,888	0,823	0,810	0,597
Segurança_hospital	0,829	0,936	0,883	0,897	0,732
Tangíveis_hospital	0,687	0,868	0,781	0,772	0,535
Tangíveis_plano	0,646	0,879	0,800	0,817	0,515
VP_Hospital	0,784	0,936	0,603	0,908	0,471
VP_Plano	0,766	0,929	0,468	0,898	0,359

Figura 79 – Indicadores da segunda tentativa de MEE.

Fonte: Dados da pesquisa.

Com base nos dados apresentados, é possível identificar o aumento do valor da AVE do constructo Presteza do Plano de Saúde após a retirada da variável. Considerando que os resultados foram satisfatórios, com todas as Análises da Variância Extraída (AVE) com valor superior a 0,50, conclui-se que o modelo apresenta índices de ajuste convergentes, conforme apresentado nas Figuras 80 e 81.

4.4.1 Verificação da validade discriminante

O intuito da verificação da validade discriminante consiste em garantir que os conceitos, mesmo semelhantes, são distintos. Segundo Hair et al. (2014), essa avaliação permite identificar que as variáveis latentes são independentes umas das outras. Ringle et al. (2014), apresentam duas formas de avaliar a validade discriminante: por meio do *Cross Loading*, que consiste em identificar indicadores com cargas fatoriais mais altas em seus constructos do que nos demais, e pelo critério de Fornell e Larcker, no qual se compara as raízes quadradas dos valores das AVEs de cada constructo com as correlações (de Pearson) entre os constructos, devendo serem as raízes das AVEs maiores do que as correlações dos constructos.

Na realização deste trabalho, foi considerado o critério de Fornell e Larcker. A Figura 82 apresenta a primeira tentativa de verificação da validade discriminante.

Constructo		AVE	Raiz da AVE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	CM_Hospital	0,674	0,821	0,821													
2	CM_Plano	0,659	0,811	0,649	0,811												
3	Conf_plano	0,662	0,814	0,474	0,580	0,814											
4	Conf_hospital	0,741	0,861	0,573	0,498	0,719	0,861										
5	Empat_plano	0,610	0,781	0,471	0,597	0,856	0,690	0,781									
6	Empat_hospital	0,676	0,822	0,605	0,526	0,696	0,891	0,692	0,822								
7	Leal_Hospital	0,801	0,895	0,784	0,588	0,611	0,800	0,598	0,819	0,895							
8	Leal_plano	0,781	0,884	0,572	0,819	0,671	0,617	0,675	0,637	0,699	0,884						
9	Prest_hospital	0,771	0,878	0,588	0,488	0,646	0,901	0,642	0,887	0,811	0,598	0,878					
10	Prest_plano	0,699	0,836	0,442	0,513	0,785	0,599	0,827	0,609	0,538	0,601	0,559	0,836				
11	Segur_plano	0,708	0,841	0,420	0,541	0,856	0,661	0,844	0,647	0,553	0,629	0,623	0,791	0,841			
12	Segur_hospital	0,819	0,905	0,535	0,456	0,658	0,896	0,650	0,878	0,759	0,559	0,894	0,567	0,663	0,905		
13	Tang_hospital	0,687	0,829	0,519	0,497	0,626	0,819	0,624	0,851	0,771	0,600	0,798	0,537	0,590	0,826	0,829	
14	Tang_plano	0,646	0,804	0,359	0,530	0,791	0,661	0,803	0,662	0,542	0,627	0,606	0,719	0,773	0,644	0,682	0,804

Figura 82 – Análise da validade discriminante – 1ª Tentativa.

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

Constructo	AVE	Confiabilidade composta	R2	Alfa de Cronbach	Redundância
CM_Hospital	0,6739	0,9246	0	0,9005	0
CM_Plano	0,6584	0,9201	0	0,8953	0
Conf_plano	0,7047	0,9052	0,8885	0,8602	0,6252
Confiabil_hospital	0,758	0,9259	0,898	0,8927	0,6803
Empat_plano	0,8093	0,8946	0,7862	0,7645	0,6362
Empatia_hospital	0,6959	0,8724	0,8523	0,7812	0,5892
Leal_Hospital	0,8011	0,9657	0,8294	0,9585	0,1289
Leal_plano	0,8100	0,9623	0,8048	0,9529	0,3392
Presteza_hospital	0,7816	0,9148	0,8662	0,8602	0,6764
Prest_plano	0,722	0,8385	0,7454	0,6164	0,5362
QPS_HOSPITAL	0,647	0,9668	0	0,9629	0
QPS_PlanoSaude	0,5812	0,9539	0	0,9479	0
Segur_plano	0,7249	0,8877	0,8306	0,8103	0,6014
Segurança_hospital	0,8286	0,9355	0,8875	0,8966	0,7349
Tagíveis_hospital	0,6866	0,8678	0,788	0,7716	0,5397
Tan_plano	0,6462	0,8793	0,80	0,8170	0,5147
VP_Hospital	0,7839	0,9355	0,5937	0,9082	0,4637
VP_Plano	0,7664	0,9292	0,4498	0,8983	0,3446

Figura 84 – Indicadores da terceira tentativa de MEE.

Fonte: Dados da pesquisa.

Os índices encontrados para essa terceira tentativa de modelagem apresentam AVE > 0,50, Alfa de Cronbach (aceitável acima 0,6% e desejável acima de 0,7%) e confiabilidade composta acima de 0,7%. Os resultados encontrados confirmam a validade convergente do modelo.

4.5.1 Verificação da validade discriminante

Para confirmação da validade discriminante nessa terceira tentativa de modelagem, foram considerados os mesmos parâmetros adotados anteriormente, com o intuito de identificar a distinção entre as variáveis latentes do modelo. Da mesma forma que foi adotada anteriormente, a raiz quadrada da AVE foi disposta na diagonal da matriz de correlação dos índices do modelo para que fosse realizada a comparação com as cargas dos constructos. A Figura 85 apresenta a nova matriz elaborada com os dados dessa terceira tentativa.

Constructo	AVE	Raiz da AVE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1 CM_Hospital	0,674	0,821	0,821													
2 CM_Plano	0,659	0,811	0,649	0,811												
3 Conf_plano	0,662	0,814	0,473	0,580	0,814											
4 Conf_hospital	0,758	0,871	0,563	0,501	0,714	0,871										
5 Empatia_plano	0,621	0,788	0,460	0,566	0,836	0,662	0,788									
6 Empatia_hospital	0,682	0,826	0,587	0,520	0,691	0,853	0,672	0,826								
7 Leal_Hospital	0,801	0,895	0,784	0,588	0,610	0,786	0,580	0,808	0,895							
8 Leal_plano	0,781	0,884	0,572	0,819	0,670	0,615	0,651	0,637	0,699	0,884						
9 Presteza_hospital	0,782	0,884	0,581	0,487	0,635	0,854	0,611	0,853	0,798	0,598	0,884					
10 Presteza_plano	0,722	0,850	0,411	0,495	0,766	0,584	0,820	0,597	0,518	0,599	0,549	0,850				
11 Segurança_plano	0,725	0,851	0,402	0,523	0,835	0,646	0,814	0,623	0,528	0,606	0,583	0,722	0,851			
12 Segurança_hospital	0,829	0,910	0,528	0,447	0,646	0,866	0,604	0,843	0,760	0,543	0,864	0,533	0,640	0,910		
13 Tangíveis_hospital	0,687	0,829	0,499	0,488	0,616	0,793	0,589	0,814	0,746	0,594	0,760	0,522	0,568	0,794	0,829	
14 Tangíveis_plano	0,646	0,804	0,359	0,530	0,791	0,660	0,773	0,662	0,541	0,627	0,596	0,737	0,756	0,639	0,669	0,804

Figura 85 – Análise da validade discriminante – 2ª Tentativa.

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

Na segunda análise ainda é possível identificar algumas situações nas quais a correlação se apresenta superior em alguns constructos quando comparados à raiz quadrada da AVE dos constructos com os quais foram relacionados. Dessa forma, a validação discriminante do modelo está comprometida, sendo necessária uma nova etapa de eliminação de variáveis.

As análises das correlações bivariadas utilizando o índice de correlação de *Spearman* foram realizadas mais uma vez, objetivando identificar os maiores valores de correlação. A partir dos resultados encontrados no índice de correlação de *Spearman*, as variáveis Emp2_Hosp, Conf4_Plano, Leal7_Plano, Emp2_Plano foram eliminadas, e o modelo passou a apresentar a estrutura conforme demonstrado na Figura 86.

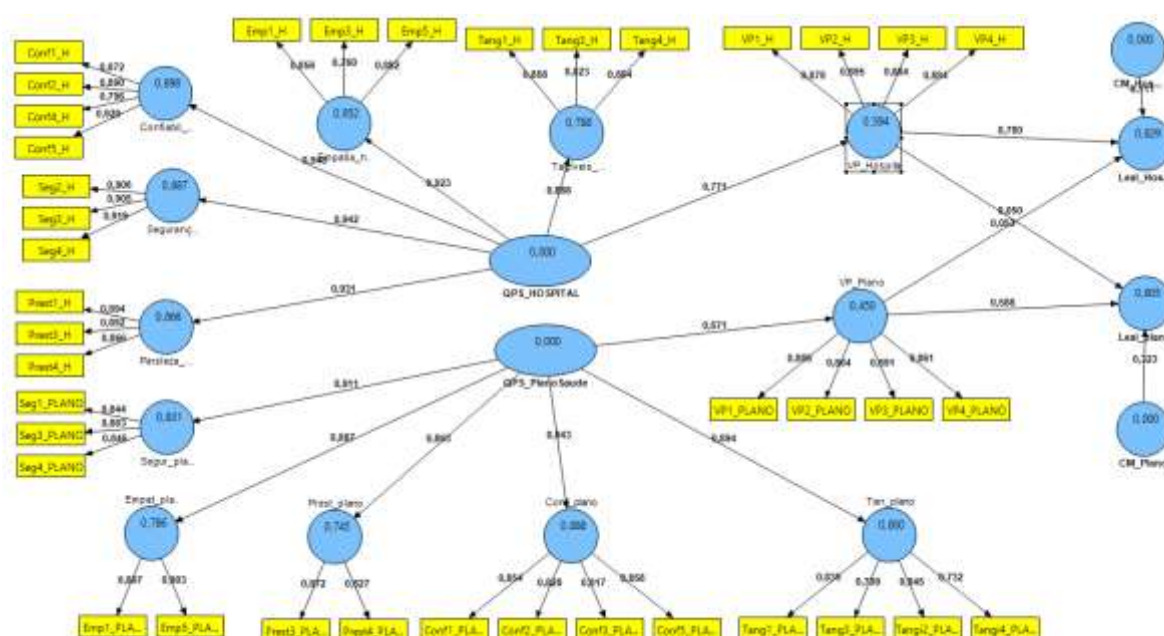


Figura 86 – MME após eliminação das variáveis da Validade Discriminante – 2ª Rodada.

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

4.6 MODELAGEM ESTRUTURAL (TENTATIVA 4)

Depois da segunda etapa de eliminação de variáveis para a validação discriminante, uma quarta tentativa de modelagem foi realizada. A distinção entre as variáveis latentes do modelo continua sendo a finalidade desse processo. Assim, a comparação da raiz quadrada da AVE na matriz de correlação de índices do modelo para comparação com as cargas dos constructos foi mais uma vez realizada, conforme apresentado na Figura 87.

Constructo	AVE	Raiz AVE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1 CM_Hospital	0,6739	0,8209	0,8209													
2 CM_Plano	0,6584	0,8114	0,6493	0,8114												
3 Conf_plano	0,7047	0,8395	0,4636	0,5745	0,8395											
4 Conf_hospital	0,7580	0,8706	0,5634	0,5011	0,6921	0,8706										
5 Empatia_plano	0,8093	0,8996	0,3932	0,4953	0,8156	0,6045	0,8996									
6 Empatia_hospital	0,6959	0,8342	0,5494	0,4969	0,6419	0,8344	0,5702	0,8950								
7 Leal_Hospital	0,8011	0,8950	0,7838	0,5878	0,5995	0,7858	0,5233	0,7765	0,8950							
8 Leal_plano	0,8100	0,9000	0,5572	0,8107	0,6589	0,6035	0,5703	0,6058	0,6888	0,9000						
9 Presteza_hospital	0,7816	0,8841	0,5807	0,4870	0,6169	0,8536	0,5223	0,8272	0,7981	0,5865	0,8841					
10 Presteza_plano	0,7220	0,8497	0,4092	0,4940	0,7689	0,5842	0,7618	0,5706	0,5173	0,5900	0,5491	0,8497				
11 Segurança_plano	0,7249	0,8514	0,4017	0,5224	0,8352	0,6456	0,7701	0,5962	0,5273	0,5845	0,5826	0,7226	0,8514			
12 Segurança_hospital	0,8286	0,9103	0,5281	0,4475	0,6299	0,8661	0,5359	0,8292	0,7603	0,5406	0,8636	0,5325	0,6399	0,9103		
13 Tangíveis_hospital	0,6866	0,8286	0,4988	0,4879	0,5975	0,7928	0,5331	0,8169	0,7459	0,5845	0,7595	0,5221	0,5672	0,7938	0,8286	
14 Tangíveis_plano	0,6462	0,8039	0,3593	0,5307	0,7731	0,6602	0,7147	0,6491	0,5414	0,6198	0,5959	0,7393	0,7565	0,6387	0,6686	0,8039

Figura 87 – Análise da validade discriminante – 3ª Tentativa.

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

Verificados os dados apresentados na Figura 69, é possível perceber que não houve nenhuma ocorrência de correlações entre as variáveis com valor superior à matriz da AVE dos constructos apresentados. Assim, a validade discriminante do modelo pode ser comprovada.

Confirmada a validade discriminante do modelo, o coeficiente de determinação de Pearson é avaliado. Segundo Ringle et al. (2014), o coeficiente de Pearson avalia o quanto da variância das variáveis endógenas é explicado pelo modelo, indicando assim a qualidade do modelo ajustado. Os autores apontam como valores indicados para avaliação do coeficiente de Pearson aqueles sugeridos por Cohen (1988), sendo $R^2 = 2\%$ considerado um efeito pequeno, $R^2 = 13\%$ um efeito médio, e $R^2 = 26\%$ um efeito grande.

Diante do exposto, e ao se avaliar o R^2 desta pesquisa, identifica-se um efeito grande para os R^2 , conforme pode ser visualizado na Figura 88, com exceção dos constructos QPS do hospital e do plano de saúde, e os constructos custo de mudança do hospital e do plano de saúde, que são variáveis independentes, possuindo assim o valor zero para o R^2 .

Constructo	AVE	Confiabilidade composta	R2	Alfa de Cronbach	Redundância
CM_Hospital	0,6739	0,9246	0	0,9005	0
CM_Plano	0,6584	0,9201	0	0,8953	0
Confiabil_plano	0,7047	0,9052	0,8885	0,8602	0,6252
Confiabil_hospital	0,758	0,9259	0,8980	0,8927	0,6803
Empatia_plano	0,8093	0,8946	0,7862	0,7645	0,6362
Empatia_hospital	0,6959	0,8724	0,8523	0,7812	0,5892
Leal_Hospital	0,8011	0,9657	0,8294	0,9585	0,1289
Leal_plano	0,8100	0,9623	0,8048	0,9529	0,3392
Presteza_hospital	0,7816	0,9148	0,8662	0,8602	0,6764
Presteza_plano	0,722	0,8385	0,7454	0,6164	0,5362
QPS_HOSPITAL	0,647	0,9668	0	0,9629	0
QPS_PlanoSaude	0,5812	0,9539	0	0,9479	0
Segurança_plano	0,7249	0,8877	0,8306	0,8103	0,6014
Segurança_hospital	0,8286	0,9355	0,8875	0,8966	0,7349
Tangíveis_hospital	0,6866	0,8678	0,788	0,7716	0,5397
Tangíveis_plano	0,6462	0,8793	0,80	0,8170	0,5147
VP_Hospital	0,7839	0,9355	0,5937	0,9082	0,4637
VP_Plano	0,7664	0,9292	0,4498	0,8983	0,3446

Figura 88 – Avaliação do R^2 .

Fonte: Dados da pesquisa.

4.7 VERIFICAÇÃO DA SIGNIFICÂNCIA DOS CAMINHOS

Após a realização da verificação das validades convergente e discriminante, técnicas de eliminação de variáveis e ajuste do modelo, a sequência do trabalho prosseguiu com a verificação da significância dos caminhos, analisando inicialmente as cargas dos caminhos entre os constructos apresentados no modelo. A Figura 89 apresenta a carga da relação entre os constructos dessa pesquisa.

CONSTRUCTO	CONSTRUCTO	Carga
QPS_HOSPITAL	Confiabilidade_hospital	0,9476
QPS_HOSPITAL	Empatia_hospital	0,9232
QPS_HOSPITAL	Presteza_hospital	0,9307
QPS_HOSPITAL	Segurança_hospital	0,942
QPS_HOSPITAL	Tangíveis_hospital	0,8877
QPS_HOSPITAL	Valor Percebido_Hospital	0,7705
QPS_Plano_Saúde	Confiabilidade_plano	0,9426
QPS_Plano_Saúde	Empatia_plano	0,8867
QPS_Plano_Saúde	Presteza_plano	0,8633
QPS_Plano_Saúde	Segurança_plano	0,9114
QPS_Plano_Saúde	Tangíveis_plano	0,8944
QPS_Plano_Saúde	Valor Percebido_Plano	0,6706
VP_Hospital	Lealdade_Hospital	0,7803
VP_Hospital	Lealdade_plano	0,0496
VP_Plano	Lealdade_Hospital	0,0534
VP_Plano	Lealdade_plano	0,5864
Custo de Mudança_Hospital	Lealdade_Hospital	0,1106
Custo de Mudança_Plano	Lealdade_plano	0,3226

Figura 89 – Cargas das relações entre os constructos.

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

A Figura 90 apresenta o modelo estrutural desta pesquisa após os processamentos realizados pelo programa PLS.

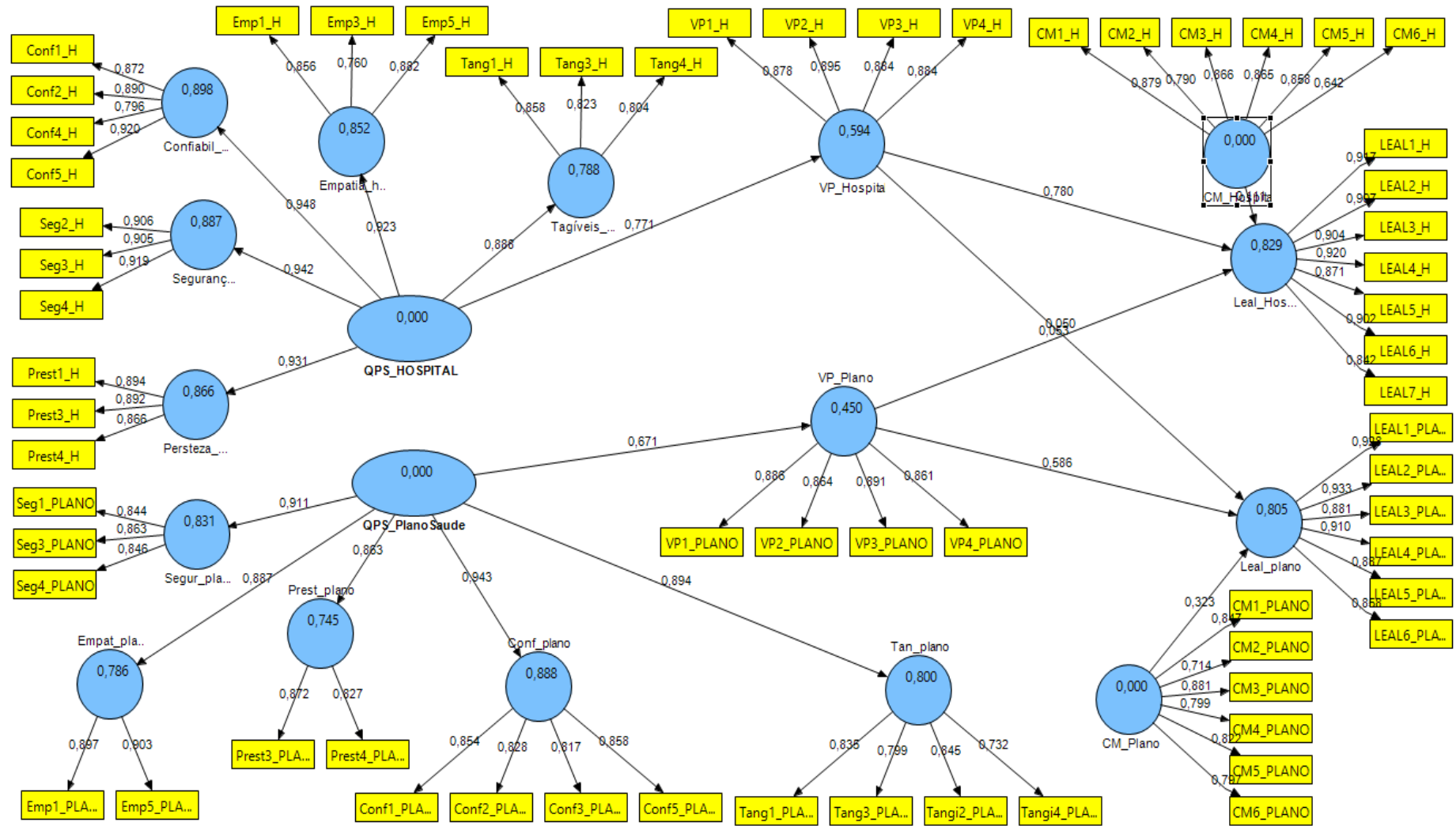


Figura 90 – Modelo estrutural.
 Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

4.7.1 *Bootstrapping*

Segundo Ringle et al. (2014), como o MME envolve correlação e regressões lineares é necessário que haja a verificação da significância das relações entre as variáveis e os constructos que compõem o modelo. Dessa forma, para esta pesquisa, foi adotada a técnica do *Bootstrapping*, que consiste em uma forma de reamostragem onde os dados originais são repetidamente amostrados para estimação do modelo.

Para cálculo do teste *t* (*Student*), que segundo Hair et al. (2014), tem como objetivo identificar o quanto é significativo estatisticamente a diferença entre duas médias de amostras independentes, foram seguidos os parâmetros indicados por estes autores, que afirmam que deve-se comparar o valor do teste *t* com o valor crítico da estatística ($p < 10\% = 1,653$; $p < 5\% = 1,972$; $p < 1\% = 2,601$). Caso o valor de *t* se apresente maior que o valor crítico comparado, deve-se rejeitar a hipótese nula e entender que a diferença entre as variáveis é estatisticamente maior que o erro da amostra. O resultado da análise dos caminhos pelo cálculo do *Bootstrapping* pode ser verificado nas Figuras 91 e 92.

Caminho estrutural	Carga Original	Carga 200 repetições em bootstrapping	Erro padronizado	Teste t	Sig.
QPS_HOSPITAL -> Confiabil_hospital	0,9476	0,9476	0,0069	136,54	p<1%
QPS_HOSPITAL -> Empatia_hospital	0,9232	0,9235	0,0114	80,88	p<1%
QPS_HOSPITAL -> Presteza_hospital	0,9307	0,9322	0,0107	86,98	p<1%
QPS_HOSPITAL -> Segurança_hospital	0,9420	0,9423	0,0069	137,23	p<1%
QPS_HOSPITAL -> Tangíveis_hospital	0,8877	0,8878	0,0152	58,21	p<1%
QPS_HOSPITAL -> VP_Hospital	0,7705	0,7708	0,0308	24,99	p<1%
QPS_PlanoSaude -> Conf_plano	0,9426	0,9431	0,0064	147,57	p<1%
QPS_PlanoSaude -> Empat_plano	0,8867	0,888	0,0118	75,40	p<1%
QPS_PlanoSaude -> Prest_plano	0,8633	0,864	0,014	61,65	p<1%
QPS_PlanoSaude -> Segur_plano	0,9114	0,912	0,0104	87,55	p<1%
QPS_PlanoSaude -> Tan_plano	0,8944	0,8959	0,0128	69,67	p<1%
QPS_PlanoSaude -> VP_Plano	0,6706	0,6703	0,0303	22,09	p<1%
VP_Hospital -> Leal_Hospital	0,7803	0,7682	0,0581	13,41	p<1%
VP_Hospital -> Leal_plano	0,0496	0,0434	0,0401	1,23	n.s.
VP_Plano -> Leal_Hospital	0,0534	0,0565	0,0334	1,60	n.s.
VP_Plano -> Leal_plano	0,5864	0,5888	0,053	11,05	p<1%
CM_Hospital -> Leal_Hospital	0,1106	0,1213	0,0623	1,77	p<1%
CM_Plano -> Leal_plano	0,3226	0,3269	0,0446	7,23	p<1%

Figura 91 – **Bootstrapping dos caminhos.**

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

relação positiva entre a qualidade percebida pelo cliente sobre o hospital e a percepção de confiabilidade do cliente sobre o hospital), apresentando coeficiente de 0,9476 e teste $t = 136,54$, sendo $p < 0,01$, portanto, considerado significativo.

A segunda relação a ser avaliada desse primeiro grupo, acontece entre a qualidade percebida na prestação de serviços do hospital e a empatia percebida pelo cliente no atendimento no hospital, sendo a hipótese testada por esse caminho a **H1b (Existe uma relação positiva entre a qualidade percebida pelo cliente sobre o hospital e a percepção de empatia do cliente sobre hospital)**, apresentando coeficiente de 0,9232 e teste $t = 80,88$, sendo $p < 0,01$, portanto, considerado significativo.

O caminho a ser avaliado a seguir é a relação entre a qualidade percebida nos serviços do hospital e a presteza percebida no atendimento, testando a hipótese **H1c (Existe uma relação positiva entre a qualidade percebida pelo cliente sobre o hospital e a percepção do cliente sobre a presteza do hospital)** apresentando coeficiente de 0,9307 e teste $t = 86,98$, sendo $p < 0,01$, portanto considerado significativo.

O caminho entre a qualidade percebida nos serviços do hospital e a segurança percebida no atendimento, testou a hipótese **H1d (Existe uma relação positiva entre a qualidade percebida pelo cliente sobre o hospital e a percepção do cliente sobre a segurança do hospital)**, apresentando coeficiente de 0,9420 e teste $t = 137,23$, sendo $p < 0,01$, portanto, considerado significativo.

A última relação a ser avaliada nesse primeiro grupo é caminho entre a qualidade percebida nos serviços do hospital e os aspectos tangíveis percebidos no atendimento do hospital, que testou a hipótese **H1e (Existe uma relação positiva entre a qualidade percebida pelo cliente sobre o hospital e a percepção do cliente sobre os aspectos tangíveis do hospital)**, apresentando coeficiente de 0,8877 e teste $t = 58,21$, sendo $p < 0,01$, portanto, considerado significativo.

O segundo grupo de hipóteses da pesquisa é composto pela relação entre o constructo qualidade percebida no serviço prestado pelo hospital e o valor percebido pelo cliente na relação que esse tem com o hospital que mais utiliza com seu plano de saúde.

Assim, o caminho avaliado nesse grupo é a qualidade percebida nos serviços do hospital e valor percebido no atendimento, testou a hipótese **H1d (Existe uma relação positiva entre a qualidade percebida pelo cliente sobre o hospital e o valor percebido pelo cliente na relação com o hospital)**, apresentando coeficiente de 0,7705 e teste $t = 24,99$, sendo $p < 0,01$, portanto, considerado significativo.

O terceiro grupo de hipóteses é formado pela percepção do cliente sobre a qualidade percebida na prestação de serviços do plano de saúde. Semelhante ao que ocorreu no primeiro grupo, as relações desse grupo acontecem entre o constructo qualidade percebida e as cinco dimensões da escala SERVQUAL, instrumento utilizado para mensuração do constructo qualidade percebida nessa pesquisa.

A relação entre a qualidade percebida pelo cliente no plano de saúde e a confiabilidade desse cliente em relação ao plano, teve o caminho que testou a hipótese **H3a (Existe uma relação positiva entre a qualidade percebida pelo cliente sobre plano de saúde e a percepção de confiabilidade do cliente sobre o plano de saúde)**, apresentando coeficiente de 0,9426 e teste $t = 147,57$, sendo $p < 0,01$, portanto, considerado significativo.

O caminho entre a qualidade percebida na prestação de serviços do plano de saúde e a empatia percebida pelo cliente no atendimento do plano de saúde, a hipótese testada por esse caminho foi **H3b (Existe uma relação positiva entre a qualidade percebida pelo cliente sobre o plano de saúde e a percepção do cliente sobre a empatia do plano de saúde)**, apresentando coeficiente de 0,8867 e teste $t = 75,40$, sendo $p < 0,01$, portanto, considerado significativo.

O caminho entre a qualidade percebida nos serviços do plano de saúde e a presteza percebida no atendimento, testou a hipótese **H3c (Existe uma relação positiva entre a qualidade percebida pelo cliente sobre o plano de saúde e a percepção do cliente sobre presteza do plano de saúde)**, apresentando coeficiente de 0,8633 e teste $t = 61,65$, sendo $p < 0,01$, portanto, considerado significativo.

O caminho entre a qualidade percebida nos serviços do plano de saúde e a segurança percebida no atendimento no plano de saúde, testou a hipótese **H3d (Existe uma relação positiva entre a qualidade percebida pelo cliente sobre o plano de saúde e a percepção do cliente sobre a segurança do plano de saúde)**, apresentando coeficiente de 0,9114 e teste $t = 87,55$, sendo $p < 0,01$, portanto, considerado significativo.

O terceiro grupo de hipóteses é finalizado pela avaliação do caminho entre a qualidade percebida nos serviços do plano de saúde e os aspectos tangíveis percebidos no atendimento do plano, que testou a hipótese **H3e (Existe uma relação positiva entre a qualidade percebida pelo cliente sobre o plano de saúde e a percepção do cliente sobre os aspectos tangíveis do plano de saúde)**, apresentando coeficiente de 0,8944 e teste $t = 69,67$, sendo $p < 0,01$, portanto, considerado significativo.

O quarto grupo de hipóteses é formado pela relação entre o constructo qualidade percebida no serviço prestado pelo plano de saúde e o valor percebido pelo cliente na relação que esse tem com plano.

O caminho entre a qualidade percebida nos serviços do plano de saúde e valor percebido no atendimento desse plano testou a hipótese **H4a (Existe uma relação positiva entre a qualidade percebida pelo cliente sobre o plano de saúde e o valor percebido pelo cliente na relação com o plano de saúde)**, apresentando coeficiente de 0,6706 e teste $t = 22,09$, sendo $p < 0,01$, portanto, considerado significativo.

O quinto grupo de hipóteses trata sobre a relação do constructo valor percebido e lealdade. As relações avaliadas nesse grupo estão relacionadas tanto ao plano de saúde quanto ao hospital, conforme será apresentado a seguir.

A primeira relação a ser avaliada nesse quinto grupo de hipóteses é o caminho entre o valor percebido pelo cliente sobre os serviços prestados pelo hospital e a lealdade do cliente na sua relação com esse hospital. Esse caminho testa a hipótese **H5a (Existe uma relação positiva entre o valor percebido pelo cliente sobre o hospital e a lealdade do cliente em relação a esse hospital)**, apresentando coeficiente de 0,7803 e teste $t = 13,41$, sendo $p < 0,01$, portanto, considerado significativo.

O caminho entre o valor percebido pelo cliente sobre os serviços prestados pelo hospital e a lealdade do cliente em relação ao plano de saúde testou a hipótese **H5b (Existe uma relação positiva entre o valor percebido pelo cliente sobre o hospital e a lealdade do cliente em relação ao plano de saúde)**, apresentando coeficiente de 0,0496 e teste $t = 1,23$, sendo $p < 10\%$, portanto, considerado não significativo.

A terceira relação desse grupo é caminho entre o valor percebido pelo cliente sobre os serviços prestados pelo plano de saúde e a lealdade do cliente em relação ao hospital que testou a hipótese **H5c (Existe uma relação positiva entre o valor percebido pelo cliente sobre o plano de saúde e a lealdade do cliente em relação ao hospital)**, apresentando coeficiente de 0,0534 e teste $t = 1,60$, sendo $p < 10\%$, portanto, considerado não significativo.

A última relação avaliada nesse quinto grupo de hipóteses foi o caminho entre o valor percebido pelo cliente sobre os serviços prestados pelo plano de saúde e a lealdade do cliente na sua relação com esse plano. Esse caminho testou a hipótese **H5d (Existe uma relação positiva entre o valor percebido pelo cliente sobre o plano de saúde e a lealdade do cliente em relação a esse plano)**, apresentando coeficiente de 0,5864 e teste $t = 11,05$, sendo $p < 0,01$, portanto, considerado significativo.

Os custos de mudança são os custos considerados pelo cliente em uma possível troca de fornecedor de serviços. A relação de lealdade do cliente com determinado fornecedor pode ser influenciada por esses custos, que dependendo do impacto que possa causar na mudança de fornecedor pode manter o cliente em uma relação mesmo que esteja insatisfeito.

O sexto e último grupo de hipóteses propostas nessa pesquisa avalia a relação dos custos de mudança com a lealdade dos clientes, tanto em relação ao hospital, quanto em relação ao plano de saúde.

O primeiro caminho a ser avaliado é a relação entre o custo de mudança relacionado ao hospital e a lealdade do cliente ao hospital. Esse caminho testou a hipótese **H6a (Existe uma relação positiva entre o custo de mudança em uma possível troca de hospital e a lealdade do cliente em relação ao hospital)**, apresentando coeficiente de 0,1106 e teste $t = 1,77$, sendo $p < 0,01$, portanto, considerado significativo.

O segundo caminho a ser avaliado é a relação entre o custo de mudança relacionado ao plano de saúde e a lealdade do cliente a esse plano. Esse caminho testou a hipótese **H6b (Existe uma relação positiva entre o custo de mudança em uma possível troca de plano de saúde e a lealdade do cliente em relação a esse plano)**, apresentando coeficiente de 0,3226 e teste $t = 7,23$, sendo $p < 0,01$, portanto, considerado significativo.

A Figura 93 apresenta um painel geral sobre os testes de hipóteses desse estudo após a realização da análise estatística.

Caminho estrutural		Hipótese formulada	Carga Original	Carga 200 repetições em bootstrapping	Erro padronizado	Teste t	Sig.
QPS_HOSPITAL -> Confiabilidade_hospital	H1a	Existe uma relação positiva entre a qualidade percebida pelo cliente sobre o hospital e a percepção de confiabilidade do cliente sobre o hospital	0,9476	0,9476	0,0069	136,54	p<1%
QPS_HOSPITAL -> Empatia_hospital	H1b	Existe uma relação positiva entre a qualidade percebida pelo cliente sobre o hospital e a percepção de empatia do cliente sobre hospital	0,9232	0,9235	0,0114	80,88	p<1%
QPS_HOSPITAL -> Presteza_hospital	H1c	Existe uma relação positiva entre a qualidade percebida pelo cliente sobre o hospital e a percepção do cliente sobre a presteza do hospital	0,9307	0,9322	0,0107	86,98	p<1%
QPS_HOSPITAL -> Segurança_hospital	H1d	Existe uma relação positiva entre a qualidade percebida pelo cliente sobre o hospital e a percepção do cliente sobre a segurança do hospital	0,9420	0,9423	0,0069	137,23	p<1%
QPS_HOSPITAL -> Tangíveis_hospital	H1e	Existe uma relação positiva entre a qualidade percebida pelo cliente sobre o hospital e a percepção do cliente sobre os aspectos tangíveis do hospital	0,8877	0,8878	0,0152	58,21	p<1%
QPS_HOSPITAL -> VP_Hospital	H2a	Existe uma relação positiva entre a qualidade percebida pelo cliente sobre o hospital e o valor percebido pelo cliente na relação com o hospital	0,7705	0,7708	0,0308	24,99	p<1%
QPS_PlanoSaude -> Confiabilidade_plano	H3a	Existe uma relação positiva entre a qualidade percebida pelo cliente sobre plano de saúde e a percepção de confiabilidade do cliente sobre o plano de saúde	0,9426	0,9431	0,0064	147,57	p<1%
QPS_PlanoSaude -> Empatia_plano	H3b	Existe uma relação positiva entre a qualidade percebida pelo cliente sobre o plano de saúde e a percepção do cliente sobre a empatia do plano de saúde	0,8867	0,888	0,0118	75,40	p<1%
QPS_PlanoSaude -> Prest_plano	H3c	Existe uma relação positiva entre a qualidade percebida pelo cliente sobre o plano de saúde e a percepção do cliente sobre presteza do plano de saúde	0,8633	0,864	0,014	61,65	p<1%

Figura 93 – **Quadro geral de teste das hipóteses.**

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

Caminho estrutural		Hipótese formulada	Carga Original	Carga 200 repetições em bootstrapping	Erro padronizado	Teste t	Sig.
QPS_PlanoSaude -> Segur_plano	H3d	Existe uma relação positiva entre a qualidade percebida pelo cliente sobre o plano de saúde e a percepção do cliente sobre a segurança do plano de saúde	0,9114	0,912	0,0104	87,55	p<1%
QPS_PlanoSaude -> Tan_plano	H3e	Existe uma relação positiva entre a qualidade percebida pelo cliente sobre o plano de saúde e a percepção do cliente sobre os aspectos tangíveis do plano de saúde	0,8944	0,8959	0,0128	69,67	p<1%
QPS_PlanoSaude -> VP_Plano	H4a	Existe uma relação positiva entre a qualidade percebida pelo cliente sobre o plano de saúde e o valor percebido pelo cliente na relação com o plano de saúde	0,6706	0,6703	0,0303	22,09	p<1%
VP_Hospital -> Leal_Hospital	H5a	Existe uma relação positiva entre o valor percebido pelo cliente sobre o hospital e a lealdade do cliente em relação a esse hospital	0,7803	0,7682	0,0581	13,41	p<1%
VP_Hospital -> Leal_plano	H5b	Existe uma relação positiva entre o valor percebido pelo cliente sobre o hospital e a lealdade do cliente em relação ao plano de saúde	0,0496	0,0434	0,0401	1,23	n.s.
VP_Plano -> Leal_Hospital	H5c	Existe uma relação positiva entre o valor percebido pelo cliente sobre o plano de saúde e a lealdade do cliente em relação ao hospital	0,0534	0,0565	0,0334	1,60	n.s.
VP_Plano -> Leal_plano	H5d	Existe uma relação positiva entre o valor percebido pelo cliente sobre o plano de saúde e a lealdade do cliente em relação a esse plano	0,5864	0,5888	0,053	11,05	p<1%
CM_Hospital -> Leal_Hospital	H6a	Existe uma relação positiva entre o custo de mudança em uma possível troca de hospital e a lealdade do cliente em relação ao hospital	0,1106	0,1213	0,0623	1,77	p<1%
CM_Plano -> Leal_plano	H6b	Existe uma relação positiva entre o custo de mudança em uma possível troca de plano de saúde e a lealdade do cliente em relação a esse plano	0,3226	0,3269	0,0446	7,23	p<1%

Figura 93 – **Quadro geral de teste das hipóteses (Continuação).**

Fonte: Elaboração da autora com base nos dados da pesquisa.

4.9 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Essa pesquisa teve como proposta o estudo da influência dos constructos qualidade percebida, valor percebido e custo de mudança na lealdade dos clientes de saúde suplementar, considerando dois ambientes a serem avaliados pelos respondentes: o plano de saúde, sendo analisado em suas estruturas administrativas, e o hospital mais utilizado pelo cliente com o plano de saúde. A abordagem pelos dois ambientes foi considerada na elaboração do instrumento de coleta de dados quando surgiram vários questionamentos acerca da influência da percepção do cliente em relação à rede credenciada no momento de avaliação do plano de saúde. Esta relação é ressaltada no trabalho de Machline, Serson e Belluomini (2013), que apresentam a influência das questões relativas aos prestadores de serviço na avaliação dos planos de saúde, realizada pela Agência Nacional de Saúde – ANS, órgão responsável pela regulação do setor de saúde suplementar no Brasil, bem como no trabalho apresentado por Gerschman et al. (2007), no qual os autores, com base em seu estudo realizado com clientes de planos de saúde de um hospital filantrópico, afirmam existir uma relação direta entre a qualidade dos prestadores de serviço e a escolha do plano de saúde.

Assim, desenvolveu-se a pesquisa bibliográfica em estudo, englobando os principais autores e trabalhos publicados para fundamentação teórica dos temas propostos, e o modelo teórico para desenvolvimento do trabalho foi elaborado com base nos estudos de Parasuraman et al. (1988), Grewal e Parasuraman (2000), Burnham et al. (2003), Lee et al. (2001), Sirdeshmukh et al. (2002) e Silva e Lopes (2014).

Quanto aos aspectos relativos à formação da qualidade percebida, o modelo baseia-se no estudo apresentado por Parasuraman et al. (1988), sendo a qualidade percebida formada pelas dimensões empatia, segurança, presteza, confiabilidade e aspectos tangíveis. Dessa forma, cada dimensão desenvolve uma relação com o constructo da qualidade, sendo neste estudo avaliado sob o ponto de vista do cliente em relação ao hospital e ao plano de saúde, conforme será discutido a seguir.

Na formação da qualidade percebida do plano de saúde observou-se relação positiva para todas as hipóteses (H3a, H3b, H3c, H3d, H3e), confirmando as relações das dimensões na formação da qualidade apontadas por Parasuraman et al. (1988). A maioria dos participantes apresentou alto grau de concordância com os aspectos observados em cada dimensão (maioria das respostas entre os três maiores conceitos), concordando que seu plano atende de forma satisfatória às dimensões da qualidade, resultado que está de acordo com os encontrados no trabalho de Gebauer (2011), que realizou um estudo de caso para identificar a satisfação de clientes do plano de saúde de um banco, que fornece plano de saúde como benefício para seus funcionários. Os respondentes afirmaram estarem satisfeitos com os serviços fornecidos pelo plano, embora os resultados tenham diferido quando foi considerado o horário de atendimento, sendo um dos aspectos melhor avaliados pelos respondentes, embora apontado como um dos fatores a ser melhorado no plano de saúde do banco.

estudado. Neste estudo os fatores que apresentaram um grau menor de reconhecimento dos clientes quanto ao atendimento dos aspectos foram a qualidade dos guias do usuário fornecidos pelos planos, a capacidade de oferecer os serviços sem erros já no primeiro atendimento, o grau de prioridade dado pelo plano de saúde aos interesses dos clientes e o nível adequado de treinamento dos funcionários, além do quanto estes estão livres para realizar um atendimento imediato.

Na avaliação da formação da qualidade percebida em relação ao hospital, identificou-se a relação positiva para todas as hipóteses (H1a, H1b, H1c, H1d, H1e), e como aconteceu no plano de saúde, também se confirmaram as relações das dimensões apresentadas por Parasuraman et al. (1988). A maioria dos participantes apresentou alto grau de concordância com os aspectos observados nas dimensões que formam a qualidade percebida, principalmente com relação à ausência de erros na guarda de registros, a cordialidade percebida no atendimento e quanto ao horário de funcionamento do hospital, confirmando o reconhecimento de que o hospital atende aos fatores estudados. Em trabalho realizado por Klann, Moraes e Sarubbi (2011), com 400 clientes em 75 clínicas de serviços de odontologia, foi identificado que a cortesia no atendimento é um fator entendido pelo cliente como indispensável para a caracterização da qualidade do serviço, confirmando o resultado apresentado acima da percepção de cordialidade fator de formação da qualidade percebida.

Os aspectos apontados pelos clientes em menor grau de reconhecimento foram: a sinalização do hospital, a capacidade de oferecer os serviços sem erros desde a primeira vez, o grau de prioridade que é dado aos interesses dos clientes, a confiança transmitida pela postura dos funcionários do hospital e o quanto eles estão livres para atender aos clientes de forma imediata. Esses resultados são corroborados pelos trabalhos de Silva, Mauron, e Anhaia (2010), que avaliaram a qualidade percebida pelos usuários de uma clínica de oncologia, e obtiveram resultados que ressaltam a grande influência da atuação dos profissionais na percepção de qualidade pelos clientes, representando entre 70% e 95%, bem como os aspectos relacionados à estrutura física, com ênfase à sinalização do hospital, que no estudo foi apresentada como um fator crítico de infraestrutura na percepção de qualidade pelo cliente. Dessa forma, sugere-se um significativo grau de atenção aos fatores observados em menor grau de concordância pelos clientes, com o intuito de melhorar a qualidade percebida em relação ao hospital.

A relação entre a qualidade percebida e o valor percebido também foi positiva nas duas hipóteses propostas (H2a e H4a), confirmando o conceito apresentado por Grewal e Parasuraman (2000), de que a qualidade percebida está relacionada à percepção de valor pelo cliente. A relação positiva entre qualidade e valor encontrada nesse estudo ratifica os resultados encontrados por Fornell et al. (1996), bem como os dados apresentados por Cavalheiro et al. (2014), que propuseram um modelo para avaliação da satisfação dos estudantes em uma instituição de ensino privada do sul do país, do qual participaram 1.051 estudantes. Essa relação positiva também se confirma no trabalho apresentado por Soares, Barroso e Ramos (2010), no qual foi realizado um estudo com 222 clientes

em academias de ginástica na cidade de Fortaleza - CE, avaliando a influência do valor e da satisfação no comportamento boca a boca dos clientes.

Tanto em relação ao hospital quanto em relação ao plano de saúde, o grau de concordância dos respondentes quanto aos aspectos investigados não foi tão alto como o identificado na qualidade percebida. Os participantes demonstraram menor grau de reconhecimento quanto ao esforço para realizar agendamentos e atendimentos, e o reconhecimento de vantagens na relação com o plano. Resultado diferente foi encontrado por Gerschman et al. (2007), que apresentou como fator mais crítico para os respondentes de sua pesquisa o tempo de espera na liberação de autorizações para realização dos procedimentos.

As hipóteses que verificaram as relações positivas entre o valor percebido e a lealdade do cliente (H5a, H5b, H5c, H5d), não foram todas confirmadas. A relação positiva entre o valor percebido do hospital e a lealdade do cliente ao hospital (H5a) foi confirmada, como também a relação entre o valor percebido do plano e a lealdade do cliente ao plano (H5d), ratificando o que foi apresentado no trabalho de Grewal e Parasuraman (2000), no qual o valor percebido é um fator que antecede e influencia a lealdade do cliente. Cavalheiro et al. (2014), também apresentaram relações significativas entre esses dois constructos em seu trabalho, que avaliou a relação da satisfação dos alunos de uma universidade e sua relação com a lealdade desses alunos à instituição. O trabalho de Sousa, Silva e Sousa (2012), realizado com 212 participantes com a proposta de estudar as relações entre confiança, valor e lealdade no varejo farmacêutico, obteve resultado que também corrobora a relação positiva entre o valor percebido e a lealdade do cliente. Um terceiro estudo, que também pode ser citado como um reforço aos resultados aqui apresentados, foi realizado por Souza e Milan (2011), com 235 clientes de uma concessionária de veículos, que foram entrevistados por meio de questionários eletrônicos, enviados por correspondência e/ou por entrevista telefônica, confirmando a relação positiva entre os constructos, e sugerindo a realização de pesquisas em outras áreas com o intuito de ampliar os achados sobre o tema.

As hipóteses H5b e H5c não foram confirmadas. Estas hipóteses referiam-se à relação positiva entre o valor percebido do hospital e a lealdade ao plano de saúde (H5b), e o valor percebido do plano de saúde e a lealdade ao hospital (H5c), sugerindo que o fato de o plano de saúde garantir uma boa rede de prestadores de serviços para compor a sua rede credenciada não influencia na lealdade do cliente ao plano, que atribui maior valor aos aspectos inerentes ao plano de saúde quando avalia os prazos e esforços para liberação e agendamento de procedimentos, o preço pago em relação aos benefícios recebidos e o reconhecimento das vantagens na relação com o plano. Ainda, o valor que o cliente percebe no plano de saúde não o torna leal a determinado hospital ou prestador de serviço que faz parte da rede credenciada desse plano. Assim, ressalta-se que o prestador de serviço deve estar atento à manutenção dos aspectos que definem a qualidade de suas estruturas e serviços, independente

de qualquer relação com o plano de saúde. Esses resultados diferem dos apresentados por Gerschman et al. (2007), após estudos realizado com 82 clientes de plano de saúde fornecido por hospitais filantrópicos, os quais observam que a escolha do plano de saúde para esses clientes tem uma relação direta com a qualidade dos prestadores de serviço que compõem a rede credenciada do plano, o que presume-se ser uma característica inerente ao modelo de plano fornecido pelo hospital filantrópico.

As relações positivas entre constructo custo de mudança e a lealdade do cliente ao hospital e ao plano de saúde, representadas pelas hipóteses (H6a e H6b) foram confirmadas, corroborando o exposto nos trabalhos de Lee et al. (2001) e Burnham et al. (2003), que apresentam o custo de mudança como um constructo que influencia a lealdade do cliente. Um estudo realizado por Madureira e Gosling (2012) no setor de telefonia celular corrobora com os resultados positivos entre custo de mudança e lealdade encontrados nesse trabalho. Em estudo realizado com 604 consumidores no setor varejista de materiais de construção, buscando entender a influência da justiça nos processos de recuperação de falhas no varejo, os resultados de Silva e Lopes (2014) confirmam a relação positiva apresentada. Entretanto, esses resultados contradizem os achados de Santos et al. (2013), que realizaram um trabalho no setor bancário baiano, avaliando se os clientes teriam propensão a se tornarem leais às empresas das quais são clientes. A pesquisa foi realizada com 400 participantes e identificou uma relação negativa entre os custos de mudança e a lealdade dos clientes, com base no modelo proposto.

Quanto aos resultados do custo de mudança relacionados ao plano de saúde e ao hospital, uma quantidade significativa de respondentes discorda que levaria tempo para se adaptar a outro plano de saúde, ou que trocar de plano seria um processo trabalhoso. Em relação ao hospital, que levariam tempo para se adaptar a outro hospital, que trocar seria um processo complicado, assim como também discordam desconhecer algum hospital que possa lhe oferecer um melhor atendimento. Entretanto, a maioria dos respondentes concorda que a troca de fornecedor não seria um processo fácil, mesmo reconhecendo que existem concorrentes tanto no mercado de planos de saúde, quanto no mercado de hospitais, e que a relação com o atual fornecedor é considerada em uma possibilidade de troca.

Quanto aos resultados relativos à lealdade, considerando as respostas apresentadas nos questionários, apesar de constar o maior número de respostas nos maiores conceitos, tanto em relação ao plano de saúde quanto em relação ao hospital, um número significativo de respostas se apresenta nos conceitos mais baixos, representando um grau mais baixo de concordância em relação à pretensão em continuar sendo cliente e recomendar o plano a parentes e amigos, bem como não percebem no hospital esforço em recuperar as falhas ocorridas no atendimento, o que pode ser entendido como uma parcela de clientes que se mostram insatisfeitos quanto a soluções apresentadas por seu plano. Segundo Larán e Espinoza (2004), essa relação impacta diretamente na lealdade do cliente, que precisa perceber na empresa fatores que o satisfaçam, criando assim um processo de comprometimento do cliente com a empresa. Entretanto, apesar dos resultados sugerirem uma intenção, apresentam alto grau de

concordância quanto à intenção de continuar sendo clientes desse hospital, e o escolheriam como sua primeira opção caso necessitassem de atendimento.

Diante dos resultados encontrados, pode-se afirmar que o modelo teórico proposto é robusto e apresenta relações relevantes, capazes de representar uma situação autêntica dos aspectos analisados na pesquisa, e importantes fatores influenciadores na lealdade do cliente usuário de serviços de saúde suplementar.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

O modelo apresentado entre os constructos qualidade percebida, valor percebido e custo de mudança sobre a lealdade dos usuários de serviço de saúde suplementar proposto por este trabalho confirmou as relações propostas pelas teorias que fundamentaram o estudo, ressaltando a importância de entendê-las, com o intuito de potencializar uma relação de lealdade com os clientes nesse mercado.

Diante dos desafios impostos às operadoras de planos de saúde, o entendimento da relação entre os constructos estudados sob a perspectiva dos usuários de serviço de saúde suplementar, provê às empresas importantes informações para estabelecer suas estratégias de manutenção e captação de clientes, aumentando assim a sua participação de mercado.

A identificação e mensuração de aspectos mais objetivos possibilita aos gestores desenvolver um trabalho de melhoria mais direcionado, entendendo especificamente quais pontos necessitam de intervenção. O modelo de formação apresentado nesse estudo, no qual se identificam variáveis de difícil mensuração (qualidade percebida, valor percebido, lealdade e custo de mudança), com formação a partir de variáveis observáveis (fatores que compuseram as afirmativas do questionário), permitiu que a percepção dos participantes da pesquisa com relação os pontos de melhoria fossem mais facilmente identificados.

A inexistência de relação entre o valor percebido do plano de saúde e a lealdade ao hospital é uma dessas importantes informações, da qual se pode presumir que as estratégias do hospital para fidelização de seus clientes devem ser planejadas e executadas independentes das relações do cliente com o plano de saúde. Considerando as relações positivas apresentadas no estudo, os aspectos relativos ao hospital quanto à qualidade percebida, valor percebido pelo cliente na relação entre o valor pago e os benefícios recebidos e os custos de mudança que influenciam o cliente em uma possibilidade de troca de hospital, devem ser ponderados pelos gestores que buscam manter o cliente fiel ao hospital.

Os resultados também apresentaram relação insignificante entre valor percebido do hospital e lealdade ao plano de saúde, relação que presume a necessidade de foco dos gestores das operadoras de saúde nos aspectos relativos à estrutura do plano, como aconteceu no hospital, não buscando relação de lealdade dos clientes em função de uma boa rede de prestadores de serviços.

Outro aspecto importante para a prática gerencial no entendimento das relações entre os constructos estudados nessa pesquisa é a identificação de pontos que visem promover a satisfação dos clientes, com conseqüente redução do número de reclamações registradas contra as operadoras de planos de saúde.

As variáveis mensuradas neste trabalho trazem uma importante contribuição para os gestores, já que fornecem subsídios acerca de fatores que podem ser diretamente observados, sendo mais fácil a intervenção para correção de possíveis problemas ou implantação de melhorias.

5.1 LIMITAÇÕES E SUGESTÕES DE PESQUISAS FUTURAS

Esta pesquisa apresenta como uma de suas principais limitações, como já dito em seção anterior, o aspecto de restrição geográfica, considerando que os dados foram coletados apenas no Estado de São Paulo, com pouca variação entre as cidades, o que compromete a extensão das conclusões encontradas para populações com outras características econômicas e sociais.

Outra característica limitante da pesquisa está na restrição do número de operadoras de planos de saúde que foram contempladas na pesquisa, inclusive pelo representativo número de respondentes concentrados em apenas cinco operadoras, o que certamente restringe a amplitude de informações sobre um número mais diverso de empresas.

Como terceira limitação do trabalho, apresentam-se as dificuldades para coleta dos dados, em virtude da resistência dos respondentes no preenchimento dos questionários. O tamanho do questionário foi um fator relevante na resistência à participação, sendo a falta de tempo a principal alegação para não responder ao instrumento. Essa resistência resultou em vários processos de preenchimento que foram interrompidos na metade, quando então os respondentes devolviam os questionários incompletos, sendo estes prontamente descartados.

A quarta limitação apresentada é a ausência de uma análise dos resultados desse trabalho considerando a faixa etária e a renda dos respondentes, visto que o comportamento do usuário e sua percepção podem ser influenciados por esses aspectos. Outro aspecto não abordado é uma análise pelo perfil da operadora e por tipo de plano de saúde, sendo também considerado como aspecto limitante da pesquisa, e se constituindo em uma sugestão para pesquisas futuras.

Embora a pesquisa apresente limitações, os resultados encontrados contribuem com importantes informações que podem auxiliar gestores de operadoras de saúde em diversos processos de tomada de decisão, bem como enriquecer as bases teóricas em torno do tema estudado. Na relação aqui apresentada, o constructo custo de mudança não foi explorado em sua totalidade, sendo uma possibilidade de ampliação da pesquisa. Outro aspecto a ser explorado em futuras experimentações está relacionado à possibilidade de se buscar entender se existe uma relação significativa entre a qualidade percebida e o custo de mudança.

REFERÊNCIAS

- Acevedo, C. R., & Nohara, J. J. (2004). Monografia no curso de administração: guia completo de conteúdo e forma: inclui normas atualizadas da ABNT, TCC, TGI, trabalhos de estágio, MBA, dissertações e teses. São Paulo: Atlas.
- Albuquerque, C., Piovesan, M. F., Santos, I. S., Martins, A. C. M., Fonseca, A. L., Sasson, D., & Simões, K. de A. (2008). A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. *Ciênc Saúde Coletiva*, 13(5), 1421–1430.
- Barbosa, E. C. (2013). 25 Anos do Sistema Único de Saúde: Conquistas e Desafios. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 2(2), 85–102.
- BRASIL. (2015a). Dados Gerais - ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Recuperado 20 de março de 2015, de <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>
- BRASIL. (2015b). Dicas para trocar de plano de saúde sem cumprir carência - ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Recuperado 22 de março de 2015, de <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/contratacao-e-troca-de-plano/troca-de-plano-de-saude-sem-cumprir-carencia>
- BRASIL. (2015c). Índice de Reclamações - ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar. Recuperado 22 de março de 2015, de <http://www.ans.gov.br/espaco-da-qualidade/indice-de-reclamacoes#>
- BRASIL, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2015). IBGE | Sala de imprensa | notícias | Em dezembro, setor de Serviços cresce 4,2% e acumula 6,0% em 2014. Recuperado 11 de março de 2015, de <http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&idnoticia=2829&busca=1&t=dezembro-setor-servicos-cresce-4-2-acumula-6-0-2014>
- BRASIL, Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. (2014). Comércio e Serviços » A importância do Setor Terciário - Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior. Recuperado 11 de março de 2015, de <http://www.mdic.gov.br/sitio/interna/interna.php?area=4&menu=4485>
- Brei, V. A., & Rossi, C. A. V. (2005). Confiança, valor percebido e lealdade em trocas relacionais de serviço: um estudo com usuários de internet banking no Brasil. *Revista de Administração Contemporânea*, 9(2), 145–168.
- Brown, S. W., & Swartz, T. A. (1989). A gap analysis of professional service quality. *The Journal of Marketing*, 53(2), 92–98.
- Burnham, T. A., Frels, J. K., & Mahajan, V. (2003). Consumer switching costs: a typology, antecedents, and consequences. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 31(2), 109–126.

- Campos, G. W. de S. (2007). O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(Sup), 1865–1874.
- Cavalheiro, E., Potrich, A. C. G., Campara, J. P., & Paraboni, A. L. (2014). Avaliação da Satisfação e Lealdade Discente: Validação de Ferramenta em Universidades Brasileiras, usando o modelo ECSI. XXXVIII EnANPAD, 1–16.
- Choi, K.-S., Cho, W.-H., Lee, S., Lee, H., & Kim, C. (2004). The relationships among quality, value, satisfaction and behavioral intention in health care provider choice: A South Korean study. *Journal of Business Research*, 57(8), 913–921.
- Cooper, D. R., & Schindler, P. S. (2003). *Métodos de pesquisa em administração* (7ª ed). Porto Alegre: Bookman.
- Côrrea, H. L., & Caon, M. (2012). *Gestão de serviços: lucratividade por meio de operações e satisfação dos clientes*. São Paulo: Atlas.
- Costabile, M. (2000). A dynamic model of customer loyalty. In 16th Annual IMP Conference, Bath, England. England: Citeseer. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.196.5502&rep=rep1&type=pdf>
- Cronin Jr, J. J., & Taylor, S. A. (1992). Measuring service quality: a reexamination and extension. *The journal of marketing*, 55–68.
- Deming, W. E. (1990). *Qualidade: a revolução da administração*. Rio de Janeiro: Marques-Saraiva.
- de Sousa, M. S., Muniz, J. M., Silva, S. C., Fornari, J. V., Barnabé, A. S., de Deus, R. B., & Ferraz, R. R. N. (2012). Indicações e Tempo de Permanência em Internação Pós-Cirúrgica em um Hospital Público da Cidade de São Paulo-SP. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, 1(1), 108–115.
- Dick, A. S., & Basu, K. (1994). Customer loyalty: toward an integrated conceptual framework. *Journal of the academy of marketing science*, 22(2), 99–113.
- Dominguez, S. V. (2000). O valor percebido como elemento estratégico para obter a lealdade dos clientes. *Caderno de pesquisas em administração*, 7(4), 53–64.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *Jama*, 260(12), 1743–1748.
- dos Santos, A. C. L. B., Senhorinho, L. D. S., de Macedo Bergamo, F. V., & Dantas, J. S. (2013). A lealdade do consumidor de serviços: uma análise no setor bancário baiano. *Revista Formadores*, 6(1), 29.
- Feigenbaum, A. V. (1994). *Controle da qualidade total* (Vol. 4). São Paulo: Makron Books.
- Ferreira, M. P. (2015). *Pesquisa em administração e ciências sociais aplicadas: um guia para publicação de artigos acadêmicos*. Rio de Janeiro: LTC.
- Field, A. (2009). *Descobrendo a estatística usando o SPSS* (2ª ed). Porto Alegre: Artmed.

- Fitzsimmons, J. A., & Fitzsimmons, M. (2000). *Administração de serviços: operações, estratégia e tecnologia da informação* (2^o ed). Porto Alegre: Bookman.
- Fornell, C., Johnson, M. D., Anderson, E. W., Cha, J., & Bryant, B. E. (1996). The American Customer Satisfaction Index: Nature, Purpose, and Findings. *Journal of Marketing*, 60, 7–18.
- Gastal, F. (2005). *A influência da satisfação e dos custos de mudança na lealdade do cliente* (Dissertação). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul. Recuperado de <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/4786>
- Gebauer, J. (2011). *Pesquisa de satisfação: o plano de saúde do Banco XX na perspectiva da Agência XYZ-PR*. Recuperado de <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/77421>
- Gerschman, S., Veiga, L., Guimarães, C., Ugá, M. A. D., Portela, M. C., Vasconcellos, M. M., ... others. (2007). Estudo de satisfação dos beneficiários de planos de saúde de hospitais filantrópicos. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(2), 487–500.
- Gomes, P. J. (2004). A evolução do conceito de qualidade: dos bens manufacturados aos serviços de informação. *Cadernos Bad*, 2004(2), 6–18.
- Grewal, D., & Parasuraman, A. (2000). The impact of technology on the quality-value-loyalty chain: A Research Agenda. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 28(1), 168–174.
- Grönroos, C. (1984). A service quality model and its marketing implications. *European Journal of marketing*, 18(4), 36–44.
- Hair, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C. M., & Sarstedt, M. (2014). *A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM)*. Califórnia: SAGE.
- Hair Jr., J. F., Babin, B., Money, A. H., & Samuel, P. (2005). *Fundamentos de métodos de pesquisa em administração*. Porto Alegre: Bookman.
- Hoffman, K. D., & Bateson, J. E. G. (2003). *Princípios de marketing de serviços: conceitos, estratégias e casos* (2^o ed). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- IBDC, I. B. de defesa do C. (2015). *Notícia do Consumidor - Cresce número de reclamações contra planos de saúde coletivos na Justiça | Idec - Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor*. Recuperado 22 de março de 2015, de <http://www.idec.org.br/em-acao/noticia-do-consumidor/cresce-numero-de-reclamacoes-contra-planos-de-saude-coletivos-na-justica>
- Jato, R., Lucas, R. B., Farina, M. C., Tentrin, P. H., & Garcia, M. N. (2008). O comportamento do consumidor insatisfeito pós-compra: um estudo confirmatório. *Gestão & Regionalidade*, 24(71), 58–67.
- Kaplan, D. I., & Rieser, C. (1996). *Qualidade total na prestação de serviços - como aprimorar as práticas gerenciais adotando a melhoria contínua*. São Paulo: Nobel.
- Kaplan, R. S., & Porter, M. E. (2011). How to solve the cost crisis in health care. *Harv Bus Rev*, 89(9), 46–52.

- Klann, M. B. P., Moraes, M. C. B., & Sarubbi, F. M. (2011). A Percepção da Qualidade de Serviços Odontológicos Segundo Cirurgiões-Dentistas e Pacientes de Clínicas Odontológicas de Florianópolis. XXV EnANPAD, 1–17.
- Kotler, P. (2000). Marketing de serviços (10^o ed). São Paulo: Prentice Hall.
- Kotler, P., Hayes, T., & Bloom, P. N. (2002). Marketing de serviços profissionais: estratégias inovadoras para impulsionar sua atividade, sua imagem e seus lucros (2^o ed). São Paulo: Manole.
- Lakatos, E. M., & Marconi, M. de A. (2002). Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. (5^o ed). São Paulo: Atlas.
- Lam, S. Y., Shankar, V., Erramilli, M. K., & Murthy, B. (2004). Customer value, satisfaction, loyalty, and switching costs: an illustration from a business-to-business service context. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 32(3), 293–311.
- Larán, J. A., & Espinoza, F. da S. (2004). Consumidores Satisfeitos, e Então? Analisando a Satisfação como Antecedente da Lealdade. *RAC-Revista de Administração Contemporânea*, 8(2), 51–70.
- Leal, R. M., & Matos, J. B. B. de. (2009). Planos de Saúde: uma análise dos custos. *Revista de Administração de Empresas - RAE*, 49(4), 447–458.
- Lee, J., Lee, J., & Feick, L. (2001). The impact of switching costs on the customer satisfaction-loyalty link: mobile phone service in France. *Journal of services marketing*, 15(1), 35–48.
- Longo, R. M. J. (1996). Gestão da qualidade: evolução histórica, conceitos básicos e aplicação na educação. Recuperado de <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/1722>
- Lovelock, C. H. (2001). Serviços: marketing e gestão. São Paulo: Saraiva.
- Lovelock, C. H., & Wright, L. (2006). Serviços: marketing e gestão. São Paulo: Saraiva.
- Machline, C., Serson, F. M., & Belluomini, A. (2013). UMA PESQUISA DE SATISFAÇÃO DOS CLIENTES DE PLANOS DE SAÚDE. XVI Simpósio de Administração da Produção, Logística e Operações Internacionais - SIMPOI, 1–10.
- Madureira, K. T., & Gosling, M. (2012). Relação entre Custos de mudança, Falsa lealdade, Emoções Negativas e Comunicação boca-a-boca na troca de operadoras de telefonia celular. XXXVI EnANPAD, 1–16.
- Malhotra, N. K. (2001). Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada (3^o ed). Porto Alegre: Bookman.
- Malhotra, N. K. (2012). Pesquisa de Marketing: uma orientação aplicada (6^o ed). São Paulo: Bookman.
- Malhotra, N. K., Lopes, E. L., & Veiga, R. T. (2014). Modelagem de Equações Estruturais com Lisrel: Uma Visão Inicial. *Revista Brasileira de Marketing e-ISSN: 2177-5184*, 13(2), 28–43.

- Martins, G. de A., & Theóphilo, C. R. (2009). *Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas* (2^o ed). São Paulo: Atlas.
- Mattar, F. N. (2001). *Pesquisa de marketing* (3^o ed). São Paulo: Atlas.
- Milan, G. S., & Trez, G. (2005). Pesquisa de satisfação: um modelo para planos de saúde. *RAE eletrônica*, 4(2). Recuperado de <http://www.scientificcircle.com/pt/50813/pesquisa-satisfacao-modelo-planos-saude/>
- Neto, G. V., & Malik, A. M. (2012). *Gestão em Saúde*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Oliver, R. L. (1999). Whence consumer loyalty? *the Journal of Marketing*, 63(Special Issue), 33–44.
- Paim, J., Travassos, C., Almeida, C., Bahia, L., & Macinko, J. (2012). Saúde no Brasil 1 O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Veja*, 6736(11), 60054–8.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. (1988). SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12–40.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 49, 41–50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *the Journal of Marketing*, 41–50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1994). Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: implications for further research. *the Journal of Marketing*, 111–124.
- Piva, L. C., Fumagalli, L. A. W., de Paula Baptista, P., & da Silva, W. V. (2007). Relação entre satisfação, retenção e rentabilidade de clientes no setor de planos de saúde. *Ciencias da Administração*, 9(19), 54–80.
- Reichheld, F. P., & Sasser, W. E. (1990). Zero defections: Quality comes to services. *Harvard business review*, 68(5), 105–111.
- Ringle, C. M., da Silva, D., & Bido, D. de S. (2014). Modelagem de Equações Estruturais com utilização do Smartpls. *Revista Brasileira de Marketing e-ISSN: 2177-5184*, 13(2), 56–73.
- Rossi, C. A. V., & Slongo, L. A. (1998). Pesquisa de Satisfação de Clientes: o Estado-da-Arte e Proposição de um Método Brasileiro. *RAC-Revista de Administração Contemporânea*, 2(1), 101–125.
- Sá, M. C. de. (2012). *Análise dos custos assistenciais de uma operadora de plano de saúde no Brasil* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte. Recuperado de <http://www.repositorio.ufrn.br:8080/jspui/handle/123456789/15073>
- Silva, E. M. da, Silva, E. M. da, Gonçalves, W., & Murolo, A. C. (1996). *Estatística I* (2^o ed). São Paulo: Atlas.

- Silva, M. A. da, & Lopes, E. L. (2014). A Influência da Justiça nos Processos de Recuperação de Falhas no Varejo. *Revista de Administração Contemporânea-RAC*, 18(1), 37–58.
- Silva, W. V. da, Mauron, E. S., & Anhaia, E. A. V. de. (2010). Qualidade Percebida por Pacientes Oncológicos e a Correlação entre Diferentes Dimensões do Atendimento. *XXXIV EnANPAD*, 1–17.
- Silveira, A., Moser, E. M., Cristelli, N. D. L., Jesus, A. P., Rodrigues, L. C., & Maccari, É. A. (2004). Roteiro básico para apresentação e editoração de teses, dissertações e monografias (2º ed). Blumenau: Edifurb.
- Sirdeshmukh, D., Singh, J., & Sabol, B. (2002). Consumer Trust, Value, and Loyalty in Relational Exchanges. *Journal of Marketing*, 66, 15–37.
- Slater, S. F., & Narver, J. C. (2000). Intelligence generation and superior customer value. *Journal of the academy of marketing science*, 28(1), 120–127.
- Soares, A. A. C., Barroso, J. A., & Ramos, R. R. (2010). A Influência do Valor para o cliente e da Satisfação no comportamento de Boca a Boca: Uma Análise no Setor de Academias de Ginástica. *XXXIV EnANPAD*, 1–17.
- Sousa, D. de, Silva, L. C. da, & Sousa, F. R. A. (2012). Confiança do Consumidor, Valor e Lealdade no Varejo Farmacêutico. *XXXVI EnANPAD*, 1–12.
- Souza, C. R. de. (2013). Construção social da demanda em saúde (Dissertação de mestrado). Universidade de São Paulo, São Paulo. Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/23/23148/tde-13042013-093405/en.php>
- Souza, L. G. de, & Milan, G. S. (2011). Confiança, Valor e Lealdade do Consumidor: Um Estudo Desenvolvido em uma Concessionária de Veículos. *XXXV EnANPAD*, 1–17.
- Taguchi, G., & Clausing, D. (1990). Robust quality. *Harvard Business Review*, 68(1), 65–75.
- Urdan, A. T., & Rodrigues, A. R. (1999a). O modelo do índice de satisfação do cliente norte-americano: um exame inicial no Brasil com equações estruturais. *Revista de Administração Contemporânea*, 3(3), 109–130.
- Urdan, A. T., & Rodrigues, A. R. (1999b). O Modelo do Índice de Satisfação do Cliente Norte-Americano: um Exame Inicial no Brasil com Equações Estruturais. *RAC-Revista de Administração Contemporânea*, 3(3), 109–130.
- Veludo-de-Oliveira, T. M., & Ikeda, A. A. (2010). O conceito de valor para o cliente: definições e implicações gerenciais em marketing. *GESTÃO. Org-Revista Eletrônica de Gestão Organizacional*, 3(1), 40–52.
- Verhoef, P. C. (2003). Understanding the effect of customer relationship management efforts on customer retention and customer share development. *Journal of marketing*, 67(4), 30–45.

- Vieira, K. F., Shitara, E. S., Mendes, M. E., & Sumita, N. M. (2011). A utilidade dos indicadores da qualidade no gerenciamento de laboratórios clínicos. *J Bras Patol Med Lab*, 47(3), 201–10.
- Woodall, T. (2003). Conceptualising “value for the customer”: an attributional, structural and dispositional analysis. *Academy of marketing science review*, 12(1), 1–42.
- Worm, T. (2012a). Análise dos métodos que auxiliam na redução dos custos assistenciais em operados de planos de saúde (Trabalho de Conclusão de Especialização em Gestão de Planos de Saúde). Universidade Anhanguera-Uniderp, Rio Grande do Sul. Recuperado de http://www.santosediniz.com.br/wp-content/uploads/2012/11/Artigo_Final_Tatiani_Worm-publica%C3%A7%C3%A3o.doc
- Worm, T. (2012b). Análise dos métodos que auxiliam na redução dos custos assistenciais em operados de planos de saúde (Trabalho de Conclusão de Especialização em Gestão de Planos de Saúde). Universidade Anhanguera-Uniderp, Rio Grande do Sul. Recuperado de http://www.santosediniz.com.br/wp-content/uploads/2012/11/Artigo_Final_Tatiani_Worm-publica%C3%A7%C3%A3o.doc
- Yang, Z., & Peterson, R. T. (2004). Customer perceived value, satisfaction, and loyalty: The role of switching costs. *Psychology & Marketing*, 21(10), 799–822.
- Zeithaml, V. A. (1988). Consumer Perceptions of Price, Quality, and Value: A Means-End Model and Synthesis of Evidence. *Journal of Marketing*. Recuperado de <http://areas.kenan-flagler.unc.edu/Marketing/FacultyStaff/zeithaml/Selected%20Publications/Consumer%20Perceptions%20of%20Price,%20Quality,%20and%20Value-%20A%20Means-End%20Model%20and%20Snthesis%20of%20Evidence.pdf>

APÊNDICES

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA APLICADO

Prezado participante,

Esse questionário é parte integrante de uma Dissertação de Mestrado para obtenção do título de Mestre em Gestão em Sistemas de Saúde.

Não é uma pesquisa feita pelo seu convênio (operadora de saúde). Em nenhum momento você será identificado. Sua participação é voluntária e muito importante para nós. Dessa forma, agradecemos sua colaboração!

INSTRUÇÕES

As frases apresentadas no questionário abaixo se referem à sua experiência com seu **PLANO DE SAÚDE** em geral. As perguntas **NÃO** são referentes aos hospitais e clínicas nos quais acontece o atendimento. Assinale o quanto você acha do desempenho do seu **PLANO DE SAÚDE** em cada uma das características abaixo:

- Assinale 1 se você entende que seu **PLANO** não atende àquela característica.
- Caso você assinale 7 concorda totalmente que seu **PLANO** atende a característica.
- Se você entende que a medida está entre essas duas opções, assinale uma das opções intermediárias.

NÃO EXISTE RESPOSTA CERTA OU ERRADA. O que queremos saber é a sua opinião sobre as características de um **PLANO DE SAÚDE** que ofereça serviços de qualidade.

Nome do plano de saúde:

_____.

Tempo de adesão (contratação) ao plano: _____(meses).

Quantos dependentes você tem no seu plano de saúde? _____.

Tipo: () Individual ou Familiar () Coletivo Empresarial () Coletivo por adesão

Abrangência geográfica de cobertura do plano:

() Municipal () Grupo de Municípios () Estadual () Grupo de Estados

() Nacional () Internacional () Outras _____

Utilize a seguinte escala para anotar as suas respostas:

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Discordo totalmente	Discordo em partes	Discordo um pouco	É indiferente para mim	Concordo um pouco	Concordo em partes	Concordo totalmente							
Os funcionários do plano de saúde estão sempre livres para responder aos pedidos dos clientes.							1	2	3	4	5	6	7
Os funcionários do plano de saúde se mostram sempre dispostos a ajudar aos clientes.							1	2	3	4	5	6	7
Os funcionários do plano informam corretamente os prazos de liberação e realização dos procedimentos.							1	2	3	4	5	6	7
Percebe-se interesse em resolver os problemas dos clientes.							1	2	3	4	5	6	7
Os funcionários do plano possuem conhecimento para responder as dúvidas dos clientes.							1	2	3	4	5	6	7
A liberação das autorizações e realização de procedimentos médicos ocorre dentro dos prazos divulgados.							1	2	3	4	5	6	7
Os serviços são fornecidos de maneira certa logo da primeira vez.							1	2	3	4	5	6	7
Os funcionários do plano de saúde adotam postura que inspira confiança dos clientes.							1	2	3	4	5	6	7
O plano de saúde apresenta equipamentos modernos.							1	2	3	4	5	6	7
Os clientes do plano recebem atenção individual.							1	2	3	4	5	6	7
No plano de saúde há o atendimento imediato dos clientes.							1	2	3	4	5	6	7
No plano de saúde os interesses dos clientes são tratados como prioridade.							1	2	3	4	5	6	7
As instalações físicas do plano são atraentes, confortáveis e organizadas.							1	2	3	4	5	6	7
Os guias do usuário e formulários do plano de saúde apresentam qualidade.							1	2	3	4	5	6	7
O horário de funcionamento é conveniente para os clientes.							1	2	3	4	5	6	7
O plano de saúde possui funcionários na quantidade e com a qualidade necessária para dar atenção pessoal aos clientes.							1	2	3	4	5	6	7
Os funcionários do plano são bem treinados para atender aos clientes.							1	2	3	4	5	6	7
O plano de saúde guarda os registros de atendimento e os dados cadastrais dos clientes sem erros.							1	2	3	4	5	6	7
O plano de saúde entende as necessidades específicas de seus clientes.							1	2	3	4	5	6	7
O plano de saúde cumpre os prazos combinados.							1	2	3	4	5	6	7
Os funcionários do plano de saúde são cordiais com os clientes.							1	2	3	4	5	6	7
Os funcionários do plano de saúde apresentam boa aparência (Limpos e bem vestidos).							1	2	3	4	5	6	7

- Da mesma forma que você fez anteriormente, assinale 1 se você entende que seu **PLANO** não atende àquela característica. Caso você assinale 10, concorda totalmente que seu **PLANO** atende a característica. Se você entende que a medida está entre essas duas opções, assinale uma das opções intermediárias.

Não conheço nenhum outro plano de saúde que possa me atender melhor do que o plano que tenho atualmente.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

O serviço de atendimento de reclamações do meu plano de saúde se preocupa em recuperar as falhas ocorridas no atendimento dos clientes.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Eu levaria tempo para me adaptar a outro plano de saúde, concorrente do plano que tenho atualmente.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
O conjunto de serviços oferecidos pelo meu plano é ideal para quem está necessitando da prestação de serviços de saúde.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Quando penso em contratar um plano de saúde, a minha primeira opção é o meu plano.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Quando me perguntam sobre um plano de saúde, eu indico meu.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Antes de trocar de plano de saúde, com certeza eu pensaria na relação comercial que já possuo com a empresa do meu plano.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Eu pretendo continuar sendo cliente do meu plano de saúde.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Quanto ao tempo gasto para realizar os meus agendamentos e atendimentos, o meu plano de saúde me oferece vantagens que não encontraria em outros planos de saúde.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Trocar meu plano de saúde por outro plano seria um processo muito trabalhoso para mim.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A minha experiência como usuário do meu plano de saúde traz muitas vantagens para mim.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
O preço que pago em meu plano de saúde é válido pelos benefícios que recebo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Trocar de plano de saúde é uma tarefa muito complicada para mim.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Se precisar contratar um plano de saúde para alguém, certamente considerarei contratar o meu plano.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
O esforço total necessário para realizar um agendamento ou procedimento pelo meu plano de saúde é compensado pelos benefícios que recebo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Eu recomendo meu plano de saúde para meus parentes e amigos.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Em relação aos demais planos de saúde existentes no mercado, tenho certeza de que trocar o meu plano seria uma tarefa muito trabalhosa para mim.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Agora vamos tratar do hospital que você mais utiliza com o seu plano de saúde.

Qual é o nome dele? _____

Assim como foi feito anteriormente, as frases apresentadas abaixo se referem à sua experiência com **ESSE HOSPITAL, QUE VOCÊ CITOU COMO AQUELE QUE MAIS UTILIZA COM SEU PLANO DE SAÚDE**. Dessa vez as perguntas **NÃO** são referentes ao plano de saúde. Assinale o quanto você acha do desempenho desse **HOSPITAL** em cada uma das características abaixo:

- Assinale 1 se você entende que o **HOSPITAL** não atende àquela característica. Caso você assinale 7 concorda totalmente que o **HOSPITAL** atende a característica. Se você entende que a medida está entre essas duas opções, assinale uma das opções intermediárias.

Vale lembrar que **NÃO EXISTE RESPOSTA CERTA OU ERRADA**. O que queremos saber é qual a sua opinião sobre as características de um **HOSPITAL** que ofereça serviços de qualidade.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente	Discordo em partes	Discordo um pouco	É indiferente para mim	Concordo um pouco	Concordo em partes	Concordo totalmente

Os funcionários desse hospital se mostram sempre dispostos a ajudar aos clientes.	1	2	3	4	5	6	7
As instalações físicas desse hospital que você mais utiliza são atraentes, confortáveis e organizadas.	1	2	3	4	5	6	7
Esse hospital possui funcionários com a quantidade e qualidade necessária para dar atenção pessoal aos clientes.	1	2	3	4	5	6	7
Os funcionários do hospital que você mais utiliza com seu plano estão sempre livres para responder aos pedidos dos clientes.	1	2	3	4	5	6	7
Os funcionários desse hospital adotam postura que inspira confiança aos clientes.	1	2	3	4	5	6	7
O horário de funcionamento desse hospital é conveniente para os clientes.	1	2	3	4	5	6	7
Os funcionários desse hospital são cordiais com os clientes.	1	2	3	4	5	6	7
Esse hospital entende as necessidades específicas de seus clientes.	1	2	3	4	5	6	7
O hospital que você sempre utiliza com seu plano de saúde guarda os registros de atendimento e dos dados cadastrais dos clientes sem erros.	1	2	3	4	5	6	7
Nesse hospital que você mais utiliza com seu plano de saúde os interesses do cliente são tratados como prioridade.	1	2	3	4	5	6	7
Nesse hospital os clientes recebem atenção individual.	1	2	3	4	5	6	7

Os funcionários do hospital que você mais utiliza possuem conhecimento para responder as dúvidas dos clientes.	1	2	3	4	5	6	7
Os funcionários do hospital que você mais utiliza são bem treinados para atender aos clientes.	1	2	3	4	5	6	7
Nesse hospital que você sempre utiliza o atendimento aos clientes é imediato.	1	2	3	4	5	6	7
Os funcionários do hospital apresentam boa aparência (Limpos e bem vestidos).	1	2	3	4	5	6	7
Esse hospital cumpre os prazos combinados.	1	2	3	4	5	6	7
Esse hospital apresenta equipamentos modernos / Parque tecnológico atualizado.	1	2	3	4	5	6	7
No hospital que você mais frequenta com seu plano de saúde, percebe-se o interesse em resolver os problemas dos clientes.	1	2	3	4	5	6	7
Os serviços desse hospital são fornecidos de maneira certa logo na primeira vez.	1	2	3	4	5	6	7
A sinalização do hospital mais utilizado por você com seu plano de saúde é adequada e apresenta qualidade, facilitando a circulação e orientação dos clientes dentro do prédio.	1	2	3	4	5	6	7
A realização de procedimentos médicos nesse hospital ocorre dentro dos prazos divulgados.	1	2	3	4	5	6	7

Os funcionários do hospital que você sempre utiliza com seu plano de saúde informam corretamente os prazos de liberação e realização dos procedimentos.	1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---	---

- Assinale 1 se você entende que o **HOSPITAL QUE VOCÊ MAIS UTILIZA COM SEU PLANO DE SAÚDE** não atende àquela característica.
- Caso você assinale 10, concorda totalmente que **ESSE HOSPITAL** atende a característica.
- Se você entende que a medida está entre essas duas opções, assinale uma das opções intermediárias.

Quando penso em buscar atendimento em um hospital, a minha primeira opção é esse hospital que mais utilizo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
O preço cobrado por esse hospital é válido pelos benefícios que recebo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não conheço nenhum outro hospital que possa me atender melhor do que esse hospital.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Eu pretendo continuar sendo cliente desse hospital.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Quando me perguntam sobre um hospital, eu indico o que sempre utilizo com meu plano de saúde.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

O conjunto de serviços oferecidos por esse hospital é ideal para quem está necessitando da prestação de serviços de saúde.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
O serviço de atendimento de reclamações desse hospital se preocupa em recuperar as falhas ocorridas no atendimento dos clientes.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Quanto ao tempo gasto para realizar os meus agendamentos e atendimentos, o hospital que mais utilizo me oferece vantagens que não encontraria em outros.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Trocar de hospital é uma tarefa muito complicada para mim.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Eu levaria tempo para me adaptar a outro hospital, concorrente do hospital que mais utilizo atualmente.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Trocar esse hospital por outro seria um processo muito trabalhoso para mim.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A minha experiência como usuário do hospital que mais utilizo com meu plano traz muitas vantagens para mim.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Em relação aos demais hospitais existentes no mercado, eu tenho certeza de que trocar esse hospital seria uma tarefa muito trabalhosa para mim.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
O esforço total necessário para realizar um agendamento ou procedimento no hospital que mais utilizo com meu plano de saúde é compensado pelos benefícios que recebo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Eu recomendo o hospital que mais utilizo com meu plano de saúde para meus parentes e amigos.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Antes de trocar de hospital, com certeza eu pensaria na relação que já possuo com esse hospital que mais utilizo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Se precisar escolher um hospital para atendimento de alguém, certamente considerarei escolher esse hospital que mais utilizo.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Código do participante _____ (favor não preencher)

Os dados a seguir servirão apenas para que possamos caracterizar as pessoas que responderam a este questionário. Lembramos que em nenhum momento você será identificado.

Sexo: () Masculino () Feminino **Idade:** _____

Estado Civil: () Solteiro () Casado () Viúvo () Separado/Divorciado
() União estável

Número de filhos: _____ **Cidade onde mora atualmente:** _____

Escolaridade:

- () Fundamental incompleto () Fundamental completo
() Médio incompleto () Médio completo
() Superior incompleto () Superior completo
() Pós-graduação incompleta () Pós-graduação completa

Qual atividade você exerce atualmente?

- () Estuda () Trabalha em empresa privada () Tem o seu próprio negócio
() Trabalha no setor público () Trabalha em organização não governamental

Renda mensal própria:

- () Ainda não tenho renda. () Até R\$ 639,78
() Entre R\$ 639,79 e R\$ 1.446,24. () Entre R\$ 1.446,25 e R\$ 2.409,01.
() Entre R\$ 2.409,02 e R\$ 4.427,36. () Entre R\$ 4.427,37 e R\$ 8.695,88.
() Entre R\$ 8.695,89 e R\$ 20.272,56. () Acima de R\$ 20.272,56.

Renda mensal familiar:

- () Até R\$ 639,78
() Entre R\$ 639,79 e R\$ 1.446,24. () Entre R\$ 1.446,25 e R\$ 2.409,01.
() Entre R\$ 2.409,02 e R\$ 4.427,36. () Entre R\$ 4.427,37 e R\$ 8.695,88.
() Entre R\$ 8.695,89 e R\$ 20.272,56. () Acima de R\$ 20.272,56.

Tipo de escolha do plano de saúde: () Livre () Empresa () Continuidade

Observação:

Livre: A escolha do plano é de livre e espontânea vontade do usuário.

Empresa: Plano de saúde da empresa na qual trabalha, usuário não tem opção de escolher.

Continuidade: Usuário continua plano que tinha na empresa na qual trabalhava.

Se você assinalou acima que sua escolha foi empresa, você mudaria se tivesse opção?

(caso tenha assinalado as opções *livre* ou *continuidade* não precisa responder a essa questão)

Se você entende que a medida está entre essas duas opções, assinale uma das opções intermediárias.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Certamente que sim ()	()	()	()	()	()	()	()	()	Certamente que não ()

Quantos planos de saúde você já

teve? _____.

Nos últimos 10 anos, quantas vezes você já trocou de plano de saúde? _____.

Nos últimos 05 anos, quantas vezes você já trocou de plano de saúde? _____.

Pretende trocar nos próximos dois anos? () sim () não

Indicaria seu plano de saúde para outras pessoas? () sim () não

MUITO OBRIGADO PELA SUA ATENÇÃO!!!

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (FORMULÁRIO ELETRÔNICO)

TÍTULO DO PROJETO: A INFLUÊNCIA DA QUALIDADE PERCEBIDA, DO VALOR PERCEBIDO E DO CUSTO DE MUDANÇA SOBRE A LEALDADE DOS USUÁRIOS DO SERVIÇO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Gostaria de agradecer pela sua participação nesta pesquisa, cujo objetivo principal é identificar o nível de satisfação dos usuários dos serviços público e particular de saúde. Para tanto, peço que leia com atenção cada uma das perguntas do questionário eletrônico e assinale a opção que melhor represente sua opinião atual. Todas as questões são de múltipla resposta. Você não gastará mais do que 15 minutos para responder ao instrumento.

Não existem respostas certas ou erradas e, geralmente, sua primeira impressão é a melhor. Nenhuma informação pessoal sua, tão pouco seu endereço de e-mail, será vinculada ao questionário respondido. Em nenhum momento suas respostas serão tratadas de maneira individualizada.

Você só participará desse estudo se quiser. Ele não é obrigatório. Para participar, você deverá ser um usuário do serviço de saúde particular (convênios médicos), com mais de 18 anos de idade, e assinalar “concordo” no final deste formulário eletrônico, autorizando a sua participação.

Responder a este questionário não fará mal algum à sua saúde. Você apenas terá de responder as questões sozinho, sem ajuda dos pesquisadores ou de qualquer outra pessoa.

Em qualquer momento você poderá conversar com os profissionais responsáveis por este trabalho para tirar suas dúvidas. O principal investigador é o Prof. Dr. Renato Ribeiro Nogueira Ferraz, que poderá ser encontrado no telefone: (011) 99719-0245, ou pelo e-mail: renatoferraz@uninove.br, com o apoio da aluna de mestrado Anna Sofia Costa Neri, que poderá ser encontrada no telefone: (011) 95913-5610, ou pelo e-mail: sofiaadm@hotmail.com.

Se você desejar obter mais informações sobre este trabalho poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em Saúde da Universidade Nove de Julho, localizado Rua Vergueiro 235/249 – Liberdade – SP – CEP 01504-001, pelo e-mail comitedeetica@uninove.br, ou ainda pelo telefone (11) 3385-9059.

Todas as informações fornecidas por você serão avaliadas em conjunto com as respostas dos outros participantes desta pesquisa. Seu nome e o nome da instituição na qual você trabalha JAMAIS serão divulgados. Você não deve se identificar quando estiver respondendo o questionário.

Se desejar obter informações sobre o desenvolvimento da pesquisa mesmo antes de concluída, poderá entrar em contato com o pesquisador a qualquer momento.

Você não precisará pagar nada para participar desta pesquisa. Como você é um voluntário, nós também não poderemos oferecer qualquer tipo de pagamento pela sua participação.

Em nenhum momento você será tocado ou examinado. De maneira alguma você sofrerá qualquer tipo de prejuízo, já que apenas responderá às perguntas de um questionário eletrônico. Você não será mais procurado por e-mail, tão pouco pessoalmente ou por telefone.

Suas respostas serão utilizadas apenas para a confecção desta pesquisa.

O resultado final desse trabalho estará disponível a partir de dezembro de 2015 e os dados serão utilizados para publicação de trabalhos científicos que ficarão à disposição de toda a comunidade.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “A influência da qualidade percebida e do valor percebido sobre a lealdade dos usuários do serviço de saúde suplementar”.

Ficaram claros para mim quais são os objetivos do estudo, que não serei submetido a quaisquer procedimentos e somente serei submetido à entrevista por meio de questionário sem desconfortos e riscos, com garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que não terei despesas com a minha participação e que não receberei qualquer pagamento por ela. Concordo voluntariamente em participar deste estudo.



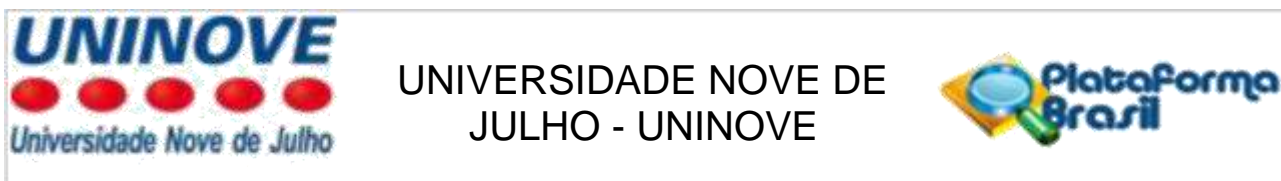
Prof. Dr. Roberto Ribeiro N. Ferraz
CRMIO 39992
Anatomia Humana - Fisiologia Humana
Etiopatogenia das Doenças Renais

PESQUISADOR RESPONSÁVEL

- CONCORDO EM PARTICIPAR**
- NÃO CONCORDO EM PARTICIPAR**

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PESQUISA NACIONAL BRASILEIRA DE SATISFAÇÃO NO TRABALHO ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE ATUANTES NOS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA E SUPLEMENTAR

Pesquisador: RENATO RIBEIRO NOGUEIRA FERRAZ

Área

Temática:

Versão: 2

CAAE: 17827313.8.0000.5511

Instituição Proponente: Universidade Nove de Julho - UNINOVE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 360.456

Data da Relatoria: 14/08/2013

Apresentação do Projeto:

Este projeto de pesquisa objetiva caracterizar os efeitos de um programa de redução de estresse em trabalhadores. O tema é interessante e a metodologia atende as normatizações éticas vigentes.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Principal: Identificar possíveis fatores que influenciem na distribuição geográfica dos vários profissionais de saúde, especialmente aqueles ligados direta ou indiretamente ao quesito satisfação no trabalho.

Objetivo Secundário: Buscar a formulação de estratégias em gestão para que se possa chegar o mais próximo possível do que se considera o padrão ideal de distribuição de recursos em saúde, especialmente ligados ao profissional de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Não há riscos, apenas um possível desconforto decorrente do preenchimento de questionários que necessitará cerca de 20 minutos para finalização (isto foi adicionado no termo de consentimento livre e esclarecido). **Benefícios:** Possível redução dos sintomas de estresse e outros sintomas associados, bem como melhora da sensação de bem-estar.

Os riscos e benefícios estão claros.

Endereço: VERGUEIRO nº 235/249

Bairro: LIBERDADE

UF: SP

Município: SAO PAULO

CEP: 01.504-001

Telefone: (11)3385-9059

E-mail: comitedeetica@uninove.br



UNIVERSIDADE NOVE DE
JULHO - UNINOVE



Continuação do Parecer: 360.456

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os objetivos estão em acordo com a metodologia e com o título do estudo. A metodologia foi adequadamente descrita.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE foi reformulado e, assim, o número de questões a serem respondidas e o tempo provável de duração do referido questionário foram adicionados.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As características metodológicas do estudo são claras e atendem as normas éticas vigentes. Os requerimentos emitidos no parecer anterior (O TCLE deverá informar aos participantes a quantidade de questões a serem respondidas e o tempo provável de duração do referido questionário) foram atendidos.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SAO PAULO, 14 de Agosto de 2013.

Assinador por:
Stella Regina Zamuner
(Coordenador)

Endereço: VERGUEIRO nº 235/249

Bairro: LIBERDADE

UF: SP

Telefone: (11)3385-9059

Município: SAO PAULO

CEP: 01.504-001

E-mail: comitedeetica@uninove.br