

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

DIEGO NOGUEIRA RAFAEL

**O EFEITO DA REATÂNCIA NA SATISFAÇÃO COM O CONVÊNIO MÉDICO:
UMA ANÁLISE POR MODELAGEM DE EQUAÇÕES ESTRUTURAIS**

São Paulo

2016

DIEGO NOGUEIRA RAFAEL

**O EFEITO DA REATÂNCIA NA SATISFAÇÃO COM O CONVÊNIO MÉDICO:
UMA ANÁLISE POR MODELAGEM DE EQUAÇÕES ESTRUTURAIS**

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.º Dr. Evandro Luiz Lopes

São Paulo

2016

Rafael, Diego Nogueira Rafael.

O efeito da reatância na satisfação com o convênio médico: uma análise por modelagem de equações estruturais. / Diego Nogueira Rafael. 2016.

94 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2016.

Orientador (a): Prof. Dr. Evandro Luiz Lopes.

1. Reatância. 2. Satisfação do usuário. 3. Convênios médicos.

I. Lopes, Evandro Luiz. II. Título

CDU 658:616

DIEGO NOGUEIRA RAFAEL

**O EFEITO DA REATÂNCIA NA SATISFAÇÃO COM O CONVÊNIO MÉDICO: UMA
ANÁLISE POR MODELAGEM DE EQUAÇÕES ESTRUTURAIS**

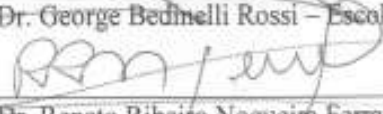
Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em
Administração - Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade
Nove de Julho - UNINOVE, como requisito parcial para obtenção
do grau de **Mestre em Administração - Gestão em Sistemas de
Saúde**.



Prof. Dr. Evandro Luiz Lopes – Universidade Nove de Julho – UNINOVE



Prof. Dr. George Bedinelli Rossi – Escola Superior de Propaganda e Marketing – ESPM



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

Profa. Dra. Vivian Iara Strehlau - Escola Superior de Propaganda e Marketing – ESPM -
(Suplente)

Profa. Dra. Sonia Francisca Monken de Assis – Universidade Nove de Julho – UNINOVE
(Suplente)

São Paulo, 15 de dezembro de 2016.

DEDICATÓRIA

Eu dedico esta obra à minha família e amigos, pessoas que diretamente foram afetadas por minha ausência nos incansáveis dias em que permaneci empenhado no desenvolvimento deste projeto, pessoas tão importantes para mim quanto o próprio sentido da minha existência: Nazaré Nogueira Rafael, Sanderlei Rafael, Deivid Nogueira Rafael, Bruno Watanabe Moura Silva, Williams Mendes Ferreira de Souza, Felipe Trujillo Paolillo, Lara Santiso Conde, Katia Regina Silva Aranda, Luiz Guilherme de Oliveira Lopes, Vagner Rafael, Eliane Gonçalves Rafael, Guiomar Rafael, Francisco José Nogueira e Maria Helena Nogueira. As pessoas descritas acima representam muitas outras pessoas que não foram citadas, mas que também merecem toda a dedicação e energia da minha vida. Eu não tenho dúvida de que todas elas levam o meu nome além do sentido racional do ser humano. Estejam certos que a minha falta foi por um motivo nobre, resultando no que eu sou hoje, um cidadão melhor para a sociedade.

Diego Nogueira Rafael

AGRADECIMENTO

Eu agradeço a todas as pessoas que me inspiraram de alguma forma, passaram por minha vida e deixaram uma marca acadêmica ou profissional na minha história: Monica Missaka e José Ricardo Verrengia que tive a oportunidade de ter como colegas de trabalho, sendo grandes inspirações éticas, profissionais e acadêmicas; Jesus de Lisboa Gomes, um docente exemplar que compartilhou comigo as intempéries pessoais quando cursou seu Mestrado e Doutorado e representante de todos os docentes da minha graduação, grandes exemplos responsáveis por minha evolução, e exaustiva tarefa de ensinar. Natalie Garthoff e Silvania Jafroni que apoiaram e suportaram a minha ausência no trabalho no momento do desenvolvimento do pré-projeto de pesquisa e processo seletivo; Philip Barsanti um incansável docente norte-americano que, sempre imparcial e crítico, me apoiou nos estudos de língua estrangeira; Edgar Ueda e Thais Padilha, grandes apoiadores da minha empreitada acadêmica e companheiros profissionais, inspiradores e detentores da minha admiração, profissionais dos quais nunca me esquecerei e que me suportaram nas diversas ausências profissionais. Evandro Luiz Lopes, representante de todos os docentes do programa de Mestrado, foi o meu grande mestre que, com todo o cuidado ético, me ajudou a adentrar com êxito na academia e concluir este grande desafio, pessoa da qual me tornei um grande admirador profissional, pessoal e acadêmico. E por fim, um agradecimento especial à Nazaré Nogueira Rafael que participou ativamente do *staff* deste projeto, suportando e apoiando em diversos assuntos diretos e indiretos no dia a dia de trabalho. Obviamente nem todas as pessoas que tiveram relação positiva no desenvolvimento desta obra foram citadas em detalhes, mas estejam certos que fizeram parte desta história.

Diego Nogueira Rafael

RESUMO

O sistema de saúde brasileiro é complexo e a constituição garante o atendimento e assistência à saúde de todo o indivíduo dentro do território nacional, devendo o Estado, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), ser o responsável por essa difícil tarefa. Em um cenário no qual o Estado não consegue atender toda a população, as organizações privadas tomaram para si parte desse mercado, oferecendo planos de saúde e assistência privada, os quais constituem o que é chamado de sistema de saúde suplementar. Diante desse contexto, o tema deste trabalho é o estudo da reatância psicológica, que é a reação emocional negativa gerada pela falta total ou parcial da liberdade ou da expectativa de liberdade de um indivíduo que outrora a obtinha, e a satisfação dos usuários de planos de saúde. A satisfação dos usuários e a reatância psicológica são temas exaustivamente estudados pelas organizações, sendo um dos preferidos no estudo do comportamento do consumidor, sendo esse movimento relevante pelo fato de tais estudos possibilitarem a análise estratégica das empresas, trazendo dados mais precisos, resultando em maior lucratividade e sucesso dessas instituições. O estudo foi conduzido por meio de método quantitativo, fundamentado para analisar a satisfação e a reatância psicológica dos usuários do sistema de saúde suplementar por meio da Modelagem de Equações Estruturais, usando-se o *software* SmartPLS, com objetivo de testar as hipóteses construídas com base nas teorias estudadas. Os resultados obtidos vão ao encontro da teoria da reatância e satisfação, confirmando as hipóteses propostas, havendo uma relação negativa entre ambas para a amostra estudada. Assim, quanto menor o nível da reatância observada, maior o nível de satisfação declarada pelos usuários. A conclusão do estudo sugere, como contribuição para a prática, que os gestores aproximem a relação dos planos de saúde com seus usuários, criando programas para a prevenção de doenças, combate ao sedentarismo, doenças crônicas e melhoraria da qualidade de vida dos usuários, obtendo uma participação colaborativa de ambos.

Palavras-chave: Reatância; Satisfação do Usuário; Convênios Médicos.

ABSTRACT

Currently the Brazilian health system is complex, the constitution guarantee of care to the health care of all individuals within the national territory, and the State through the Unified Health System (SUS) is responsible for this difficult task. In this context, where the state is unable to serve the entire population, private organizations have taken part in this market, offering health plans and private assistance, which is called supplementary health. In this context, the themes studied are the psychological reactance that means the negative emotional reaction generated by the total or partial lack of freedom or the expectation of freedom of an individual who once got it and the health plan user's satisfaction. User satisfaction and psychological reactance are topics exhaustively studied by the organizations, being one of the preferred themes in the study of consumer behavior, evidently being relevant because these studies allow the strategic analysis of the companies with more accurate data, resulting in greater profitability and success of these institutions. The study was conducted by means of a quantitative method, based on the satisfaction and psychological reactance of the users of the supplementary health system with the modeling of structural equations using the SmartPLS system, in order to test the hypotheses constructed based on the theories studied. The results obtained are in agreement with the theory of reactance and satisfaction, confirming the hypotheses proposed, there being a negative relation between both for the studied sample, the lower the reactance level observed, the higher the satisfaction level declared by the users. The conclusion of the study suggests as a contribution to the practice that managers approach the relationship between health plans and their users, creating programs to prevent diseases, combat sedentarism, chronic diseases and improve the quality of life of users, obtaining a participation collaborative of both.

Keywords: *Reactance; User Satisfaction; Medical Agreements*

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Beneficiários por tipo de contratação – Período: março/2015.....	29
Tabela 2	Beneficiários por tipo de contratação – Período: março/2016.....	30
Tabela 3	Dados demográficos.....	45
Tabela 4	Comunalidades do constructo da satisfação.....	48
Tabela 5	Cargas fatoriais do constructo da satisfação.....	48
Tabela 6	Média e desvio padrão do constructo da satisfação.....	48
Tabela 7	Comunalidades do constructo da reatância.....	49
Tabela 8	Cargas fatoriais do constructo da reatância.....	49
Tabela 9	Média e desvio padrão do constructo da reatância.....	50
Tabela 10	Validade discriminante do modelo.....	51
Tabela 11	Modelagem de Equações Estruturais.....	52
Tabela 12	Teste de hipóteses.....	53

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Estrutura do Projeto.....	21
Figura 2	Questionário de Merz para Mensuração da Reatância Psicológica.....	24
Figura 3	Fundamento da Multiplicidade de Indicadores.....	27
Figura 4	Receita de contraprestações, outras receitas operacionais em 2015, segundo modalidade.....	28
Figura 5	Planos de saúde registrados ou cadastrados. Assistência médica e odontológica, total segundo tipo de contratação. Período: Mar/2016.....	29
Figura 6	Representação do modelo teórico.....	32
Figura 7	Fator de carregamento dos itens da Escala de Reatância Terapêutica.....	37
Figura 8	Escala de satisfação de Oliver (2014).....	39
Figura 9	Procedimentos de Campo.....	40
Figura 10	Gráfico de satisfação.....	47
Figura 11	Modelo estrutural ajustado.....	53

LISTA DE SIGLAS

ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar;

APA: *American Psychology Association*;

COORD: Coordenador;

DEMA: Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS;

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;

KMO: Kaiser Mayer Olkin;

MEE: Modelagem de Equações Estruturais;

MS: Ministério da Saúde;

PNAD: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios;

PRF: *Personality Research Form*;

QMPR: *Questionnaire for Measuring Psychological Reactance*;

SEGEP: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa;

SPSS: *Statistical Package for the Social Sciences*;

SUS: Sistema Único de Saúde;

TRS: *Therapeutic Reactance Scale*;

USA: *United States of America*.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
1.1	Apresentação	14
1.2	Formulação do problema	16
1.3	Questão principal de pesquisa	19
1.4	Objetivos geral e específicos da pesquisa.....	19
1.5	Relevância do tema e justificativas	20
1.6	Estrutura do projeto.....	20
2	REFERENCIAL TEÓRICO	22
2.1	Reatância	22
2.2	Satisfação do usuário.....	26
2.3	Operadoras de planos de saúde	28
3	MÉTODO E PROCEDIMENTOS DE PESQUISA.....	33
3.1	Amostra	35
3.2	Escalas e medidas.....	36
3.2.1	Reatância na amostra	37
3.2.2	Satisfação na amostra	39
3.2.3	Convênios médicos.....	39
3.2.4	Tempo de uso.....	39
3.3	Procedimentos de campo.....	40
3.4	Procedimento de análise de dados.....	41
3.4.1	Modelagem de Equações Estruturais.....	42
4	RESULTADOS DA PESQUISA	44
4.1	Caracterização da amostra	44

4.2	Análise descritiva	46
4.2.1	Satisfação - resultados	46
4.2.2	Reatância - resultados	49
4.3	Validade Convergente e Validade Discriminante do modelo	50
4.3.1	Indicadores gerais de ajuste do modelo	51
4.4	Modelagem de equações estruturais	52
5	CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
	REFERÊNCIAS	58
	APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA APLICADO	62

1 INTRODUÇÃO

Esta seção apresenta a introdução do trabalho, que tem como objetivo central contextualizar o leitor acerca da temática abordada por este estudo e também apresentar sua estrutura.

1.1 Apresentação

As empresas e entidades que administram atividades de comercialização ou disponibilização dos serviços de planos ou seguros de assistência à saúde no Brasil são denominadas operadoras de planos de assistência à saúde, como disposto na Lei nº 9.656 (1998).

O mercado de operadoras de saúde no Brasil é amplo, movimentando uma receita de cerca de R\$ 158 bilhões de reais em 2015, com 1.030 operadoras, e mais de 58 mil diferentes planos de saúde, divididos entre assistência médica e odontológica. O total de beneficiários do sistema de saúde suplementar ultrapassa 50 milhões de usuários, o que significa mais de 25% do total da população brasileira (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS, 2016).

Os consumidores do mercado de operadoras de planos de saúde, invariavelmente, fazem uma avaliação com tendência negativa, quando possuem planos de saúde de forma compulsória, por meio das organizações em que trabalham. Mas ao verificar o fato de ser o plano um benefício para o colaborador, há menor percepção por parte do consumidor de que ele está sendo obrigado a utilizar esses serviços, gerando menor reatância e, conseqüentemente, uma avaliação com menos ruídos em relação às avaliações com reatância elevada no seu contexto. A relevância deste estudo se dá ao fato do consumidor, normalmente, ter alta aversão ao convênio médico fornecido pela empresa de maneira coativa como benefício para o colaborador, sendo que diante disso não há outra escolha além da adesão.

Brehm (1966 *apud* Dowd *et al.*, 1991, p. 541) é considerado o pai da reatância e em seu estudo afirmou que esta se refere à reação emocional negativa à usurpação da liberdade, e ainda que a reatância ocorre quando uma pessoa sente que alguém está tirando suas escolhas ou limitando o seu leque de alternativas. A reatância é diminuída à medida que a tentativa de influência seja sutil, colaborativa, indireta ou justificada. Provavelmente a reatância será um

paradigma teórico adequado para analisar este fenômeno, buscando-se entender se realmente é a falta de liberdade que traz a insatisfação do consumidor.

O grau de reatância é obtido em função das seguintes premissas:

a) Extrapolação da ameaça à liberdade atual para outras liberdades. O indivíduo já tem a sua liberdade ameaçada por alguma situação, e ainda extrapola essa situação atual para outras liberdades que poderiam ser ameaçadas, o que aumenta ainda mais o estado motivacional de reatância;

b) Grau efetivo da ameaça direta aos comportamentos livres. O nível da resposta motivacional do indivíduo será proporcionalmente maior quanto forem as ameaças do seu estado de liberdade;

c) Expectativa da liberdade que o indivíduo possuía. Quando a liberdade não é esperada ou reconhecida, o indivíduo nada ou pouco sofrerá quando essa liberdade for ameaçada;

d) Importância dos comportamentos que são livres e estão ameaçados no presente. Quanto mais importante é um comportamento para o indivíduo, conseqüentemente maior o grau de reatância observado.

No ano de 1968, Rodrigues (1968) foi o primeiro pesquisador a testar, em seu estudo no Brasil, a teoria precursora da reatância de Brehm (1966 *apud* Rodrigues, 1968, p. 19).

Segundo Brehm e Brehm (1981), o indivíduo tem um comportamento resultante da tentativa de reaver a liberdade que outrora foi ameaçada, causando oposição ao agente responsável pela reatância, expressamente por meio da agressão ao causador ou ainda da maior atratividade em relação ao comportamento que foi ameaçado.

De acordo com estudo apresentado por Machado e Nogueira (2008), os serviços de saúde passaram a ter a sua qualidade discutida com maior destaque a partir da segunda metade do século XX, quando se iniciaram os estudos sobre a avaliação da assistência em saúde com o foco na qualidade de atendimento. A avaliação na qualidade dos serviços de saúde fundamenta-se no tripé do resultado, processo e estrutura. Os resultados enfatizam os efeitos de todas as ações e procedimentos executados, dado o estado de saúde do usuário, para a obtenção do resultado da assistência recebida. O procedimento se refere às atividades, processos de trabalho e procedimentos empregados, já a avaliação da estrutura nada mais é que a soma dos recursos materiais, humanos e físicos existentes no ambiente de assistência à saúde.

No trabalho apresentado por Milan e Trez (2005), afirma-se a respeito da satisfação dos clientes como sendo um tema fundamental para a gestão das organizações, e que vem, cada vez mais, sendo utilizado como um indicador de desempenho chave para as tomadas de decisões

estratégicas e operacionais, refletindo diretamente o nível de qualidade dos serviços prestados pela organização e a quais níveis desejam chegar. Frequentemente, obtendo níveis mais elevados de satisfação dos seus clientes, as organizações têm como resultado maiores retenção e lealdade. Essa situação assegura receitas por prazos mais longos, reduzindo-se os custos de negociações com renovações futuras, elasticidade de preços e ainda diminuindo a tendência de os clientes trocarem rapidamente de fornecedor, quando houver uma queda provisória no nível de qualidade. Em estudo publicado em Michigan, nos Estados Unidos, Anderson (1998) reconhece a satisfação dos clientes como um importante indicador de desempenho organizacional.

Segundo o estudo de Gerschman *et al.* (2007), uma considerável parcela dos cidadãos procura assistência dos planos de saúde suplementares devido à dificuldade de terem acesso ao atendimento do serviço público de saúde, uma vez que também não dispõem de recursos financeiros pessoais para o pagamento da assistência à saúde privada. Os indivíduos se sentem vulneráveis com as deficiências do sistema de saúde público, por isso buscam a assistência dos planos de saúde para estarem seguros de que serão atendidos quando estiverem em uma situação de emergência. Entre os indivíduos citados como beneficiários dos planos de saúde, estão motoristas, estofadores, comerciários, empregados domésticos, autônomos, decoradores, advogados, economistas e professores.

Do total da população brasileira, por volta de 25% dos cidadãos possuem planos de saúde (cerca de 50 milhões de indivíduos). Esse número vem se mantendo sem grandes alterações desde a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2012, feita pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Os planos de saúde têm maior cobertura nas regiões urbanas, superior entre as mulheres e entre os maiores de 40 anos, sendo que sua adesão vem crescendo, especialmente entre os indivíduos de maior renda. Ainda quanto à cobertura, é maior para os indivíduos que se declaram com saúde boa ou muito boa e menor para aqueles que se declaram com saúde ruim (Palma, 2006)

1.2 Formulação do problema

O grau ou nível da reatância pode ser medido nos indivíduos por meio dos questionários construídos por Merz (1983 *apud* Filho, 2004, p. 34) ou por Dowd *et al.* (1991), que em seus estudos definiram meios viáveis e confiáveis para, efetivamente, comparar-se o quanto a reatância é medida em determinados cenários para indivíduos diferentes, sendo cada questionário mais efetivo em determinadas situações e vice-versa.

No meio da gestão empresarial é senso comum dizer que clientes fiéis são aqueles satisfeitos quanto ao valor e a relação percebidos em relação às marcas e produtos, fazendo com que as organizações criem programas para aumentar a qualidade dos seus produtos e serviços e, conseqüentemente, aumentando também a fidelização dos seus clientes. Esta ação se torna um problema por conta da falta de indicadores e base insuficiente para a tomada de decisão, fazendo com que os executivos muitas vezes tomem decisões utilizando apenas as suas experiências e sentimentos na empresa, segundo o que diz o estudo de Rust *et al.* (2004).

O paciente tem a sua satisfação mensurada por uma ou mais variáveis (Oliver *et al.*, 2010), entre elas estão os valores que a organização de saúde gera e que são percebidos pelo paciente, os resultados clínicos positivos da sua saúde e avaliações pontuais da qualidade dos serviços prestados. Nelson *et al.* (1992) afirmam, em sua pesquisa, que em determinadas circunstâncias a qualidade percebida pelos pacientes explica a variação dos resultados financeiros em instituições de saúde como hospitais entre 17% e 27%.

As conclusões do estudo de Piva (2007) afirmam que não há vinculação direta entre o aumento da utilização dos serviços e a lealdade para as empresas de planos de saúde, e que a percepção da qualidade dos serviços prestados é consequência da utilização dos serviços e não da melhoria das condições de saúde do paciente. Para gerar a satisfação dos serviços por parte dos pacientes, as organizações de saúde devem investir na qualidade dos serviços e também focar diretamente em ações de retenção dos seus clientes. O estudo afirma ainda que a melhoria da saúde dos pacientes, bem-estar físico, mental e social acontece de forma geral em longo prazo e depende das ações de promoção e preservação da saúde, medicina preventiva e curativa.

As análises do estudo de Gouveia (2011) demonstram que os fatores com maiores índices na insatisfação dos usuários foram a falta de medicamentos nas farmácias da rede pública (fornecidos gratuitamente) e o tempo de espera para o atendimento de assistência à saúde.

Segundo Scheffer (2013), em torno de um quarto da população brasileira (aproximadamente 47,9 milhões de pessoas) é usuário de planos suplementares de assistência médica. Operam nesse segmento do mercado da saúde 1.006 empresas que movimentaram uma receita de aproximadamente R\$ 84,4 bilhões em 2011. O fenômeno da judicialização da saúde é atual e tem gerado discussões entre os membros do Poder Judiciário, do Ministério Público, pesquisadores, técnicos e gestores do setor. Existem evidências dos efeitos negativos de ações judiciais na administração de políticas privadas e públicas de saúde, pois estes são capazes de gerar injustiças quanto ao acesso à saúde, demonstram privilégios de determinados indivíduos

e grupos causados por lobbies e interesses particulares, ao invés de primar pela coletividade. As restrições de coberturas observadas nos serviços de assistência médica suplementar é um tema recorrente nos tribunais, e repercute diretamente na saúde e na vida de toda população usuária, e também nos custos administrativos das operadoras de planos e seguros de saúde suplementares, como também do sistema saúde público.

Os convênios médicos são administrados pelas operadoras de saúde, que são empresas que possuem o seu escopo de atuação determinado por meio da classificação nacional de atividades econômicas, como empresas de assistência à saúde suplementar, o que leva ao maior controle dos órgãos fiscalizadores e, conseqüentemente, diminuição do risco da atividade, prezando o interesse dos consumidores, conforme afirmado por Tibúrcio (2013).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é um órgão vinculado ao Ministério da Saúde que regula os planos de saúde brasileiros. Esta agência executa uma série de ações e medidas junto ao governo para a criação de normas e controles, objetivando a fiscalização dos diferentes segmentos de mercado da saúde suplementar e assegurando o interesse público. A missão da ANS é a promoção da defesa do interesse público no mercado de serviços de saúde suplementares, a contribuição para o desenvolvimento dos serviços de saúde e a regulação das operadoras de planos de saúde, principalmente quanto às relações entre consumidores e prestadoras de serviços no Brasil. A agência busca ser reconhecida como o órgão indutor de serviços, eficiência e qualidade no mercado de saúde suplementar. Além disso, busca como valores a transparência e ética institucionais, a fundamentação da regulação como conhecimento, a sustentabilidade no setor, foco no compromisso social e estímulo para a busca de soluções na inovação (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS, 2016).

Segundo afirmado por Salvatori e Ventura (2012), em seu estudo sobre a regulação dos planos de saúde, a ANS foi instituída em 2000 e desde então o seu papel vem sendo fundamental para promover o equilíbrio das relações entre consumidores e operadoras de planos de saúde, tornando o mercado cada vez mais eficiente, criando barreiras de entrada e saída das operadoras do mercado, possibilitando a portabilidade das carências, qualificando o setor de forma geral, monitorando e controlando os reajustes e ampliando as coberturas assistenciais. Os autores pontuaram também alguns desafios a serem enfrentados, como a operação de empresas sem o registro na ANS, a existência de cartões de desconto e a renúncia fiscal. As afirmações sobre a regulação das operadoras de planos de saúde são ligadas diretamente com a satisfação e a possível reatância dos consumidores desses serviços.

Com o cenário do estudo exposto, o problema da pesquisa é identificar a relação dos planos de saúde coercitivos (planos providos pelas organizações em que o colaborador trabalha) e livres (planos de livre escolha subsidiado totalmente pelo cliente), a influência na contratação do plano de saúde pelo usuário, frequência de uso dos serviços prestados pelo plano de saúde, procedimentos e processos negados pelo plano de saúde, a reatância psicológica no marketing e a satisfação dos clientes desses planos de saúde. A perspectiva do trabalho é identificar o efeito da reatância no processo de avaliação de planos de saúde suplementar nas condições de livre escolha e providos por organizações.

1.3 Questão principal de pesquisa

Conforme a contextualização do tema proposto, relevância e objeto estudado, foi estabelecida a seguinte pergunta de pesquisa: **qual a relação entre reatância e a satisfação dos consumidores dos serviços de planos de saúde?**

1.4 Objetivos geral e específicos da pesquisa

O objetivo principal desse estudo é **identificar os efeitos da reatância dos consumidores de planos de saúde com relação a sua satisfação.**

Visando alcançar o objetivo geral proposto, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- a) Identificar se existe diferença na avaliação de usuários de planos de saúde corporativos *versus* particulares;
- b) Identificar se existe relação entre a frequência de uso e satisfação declarada do usuário de planos de saúde;
- c) Identificar se existem relações entre a influência na contratação, reatância observada e satisfação declarada pelo usuário de planos de saúde;
- d) Identificar a existência de relação entre a quantidade de procedimentos negados e a satisfação do usuário de planos de saúde.

O estudo traz também as hipóteses, conforme pode ser visualizada na Tabela 12. A pesquisa será descritiva, com fases exploratória e confirmatória, por meio da análise da modelagem de equações estruturais.

1.5 Relevância do tema e justificativas

De acordo com Porter (2006), para aumentarem o valor gerado e percebido para os pacientes, a organização de saúde deve buscar sempre a eficiência contínua, ou seja, obter melhores resultados nos serviços prestados por um menor custo.

As diferentes modalidades de operadoras de saúde foram definidas pela ANS, que as distinguiu em oito tipos, cada uma com seus objetivos específicos, sendo eles: a) entidades de medicina em grupo; b) entidades de odontologia em grupo; c) seguradoras de saúde, modalidade instituída em 2001; d) cooperativas médicas; e) administradoras; f) cooperativas odontológicas; g) autogestão; e h) instituições filantrópicas.

A opinião e a satisfação dos usuários das operadoras de saúde são as razões pelas quais essas organizações justificam a maior qualidade na prestação e assistência nos serviços de saúde. Ressalta-se ainda que atender o cliente com qualidade e satisfazê-lo, atingindo as suas expectativas, são necessidades para as organizações sobreviverem em um mercado competitivo. Com isso, faz-se necessário a construção de um canal de comunicação eficiente entre o cliente e prestadoras de serviços de saúde, por meio do qual a sua opinião é transmitida, sejam elas críticas, problemas enfrentados, sugestões ou elogios que servem de material para aprimorar os serviços prestados. Alguns fatores como custo, relação médico-paciente, necessidades específicas e oferta dos serviços são determinantes para a lealdade e satisfação do cliente, sendo estes os alvos do processo de qualidade (Rafael & Lopes, 2015).

A satisfação dos usuários de planos de saúde que possuem um serviço de forma compulsória evidentemente é positiva quando as suas expectativas são atendidas. Por outro lado, são negativas quando, por qualquer motivo, as suas expectativas não são preenchidas e então surge a reatância, pois nesse cenário o cliente fica impedido de migrar para outra prestadora de serviços de saúde.

1.6 Estrutura do projeto

A primeira parte desta pesquisa traz a introdução do estudo de forma abrangente. O segundo capítulo do trabalho diz respeito ao referencial teórico que abordará os temas Satisfação do Usuário, Reatância e Operadoras de Planos de Saúde; no terceiro capítulo, que traz o método do estudo, está transcrito o questionário desenvolvido por Dowd *et al.* (1991), para mensurar a reatância sofrida pelos indivíduos, com o nome de Escala de Reatância Terapêutica, e está transcrito também o questionário criado por Oliver (2014), tendo sido adaptada a redação dos itens ao objeto estudado. No quarto capítulo, o leitor encontrará os

resultados da pesquisa, no quinto, estão as conclusões e considerações finais, seguidas pelas referências investigadas para a construção da pesquisa. Por fim, o apresenta-se o apêndice com o questionário de pesquisa elaborado para a coleta de dados da pesquisa de campo.

A estrutura do projeto é apresentada na Figura 1.

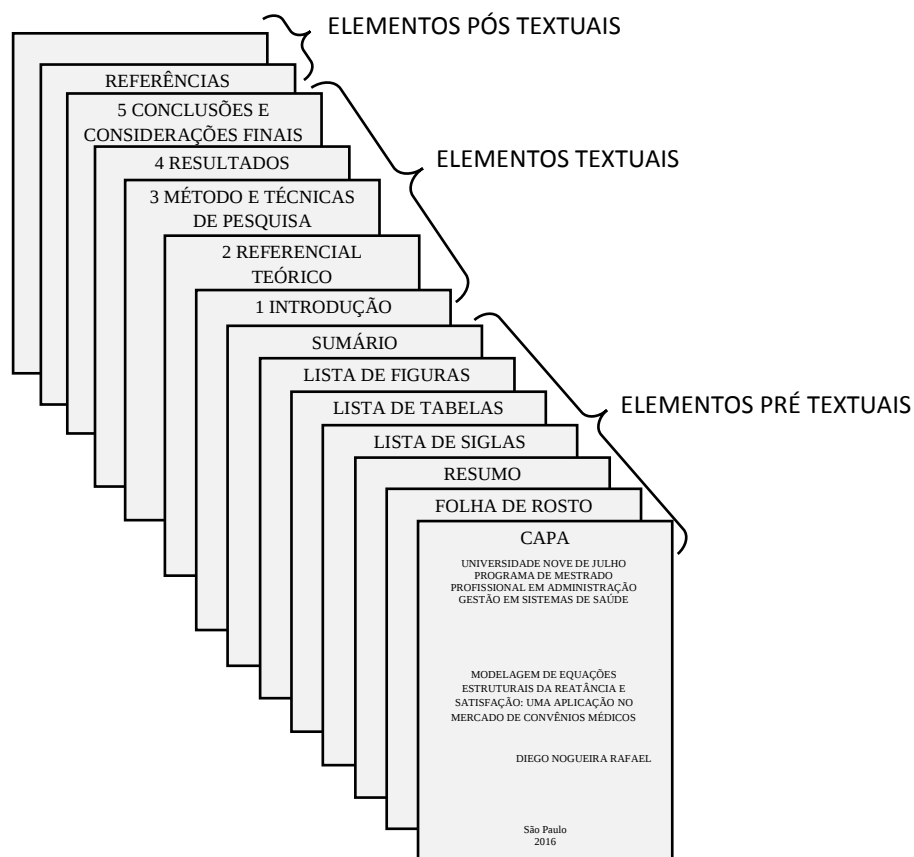


Figura 1 - Estrutura do Projeto.

Fonte: elaborado pelo autor.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Esta seção apresenta os três tópicos teóricos da pesquisa, que são reatância, satisfação do usuário e operadoras de planos de saúde.

2.1 Reatância

Reatância é a reação emocional negativa à usurpação da liberdade, e ocorre quando uma pessoa sente que alguém está tirando suas escolhas ou limitando o seu leque de alternativas.

A reatância é sensível ao grau de influência que o indivíduo sofre diretamente, sendo que quanto maior grau de influência, maior será a reatância e do contrário, quanto menor, indireta e colaborativa é a influência, menor é o nível de reatância observado. Quando a liberdade não é esperada ou reconhecida, o indivíduo nada ou pouco sofrerá quando essa liberdade for ameaçada. Assim, o grau de importância dos comportamentos livres que estão sendo ameaçados é atribuído por cada indivíduo, sendo que quanto mais importante for um comportamento para o sujeito, conseqüentemente será maior o grau de reatância observado. A extrapolação da ameaça à liberdade atual para outras liberdades, ou seja, a liberdade que é ameaçada por alguma situação que ainda extrapola a ameaça para outras liberdades que ainda estão seguras, aumenta ainda mais o estado motivacional de reatância. O nível efetivo da ameaça direta aos comportamentos livres tem reação motivacional proporcional no indivíduo, sendo que será maior quanto maiores forem as ameaças do seu estado de liberdade (Brehm, 1966 *apud* Dowd *et al.*, 1991, p. 541).

O precursor e considerado o pai da reatância é Brehm (1966 *apud* Dowd *et al.*, 1991, p. 541), que em seu trabalho afirmou que o efeito da reatância é diminuído quando a influência na tentativa de retirada, ou limitação da liberdade, for sutil, colaborativa, indireta ou justificada. A reatância é o paradigma teórico adequado para analisar e entender se a falta ou limitação da liberdade traz a insatisfação do consumidor.

A reatância é mensurada em função das seguintes premissas:

a) Extrapolação da ameaça à liberdade atual para outras liberdades, ou seja, a pessoa já está em um cenário no qual a sua liberdade é ameaçada, e ainda essa situação passa a ameaçar outras liberdades de escolha, o que aumenta ainda mais o estado emocional negativo da reatância;

b) O grau da ameaça direta aos comportamentos livres, ou seja, o nível de resposta motivacional do indivíduo será proporcionalmente maior quanto forem mais elevados os níveis das ameaças ao seu estado de liberdade;

c) A expectativa com relação à liberdade que o indivíduo possuía, ou seja, a liberdade não é reconhecida como antes, o que causará maior impacto com relação à reatância; do contrário, quanto menor a expectativa que havia quanto à liberdade, o indivíduo pouco ou nada sofrerá pela ameaça;

d) A importância das liberdades e comportamentos livres. Quanto mais importante é o comportamento que está sendo ameaçado, maior é o grau de reatância consequentemente observado no indivíduo.

Brehm e Brehm (1981) afirmam que o indivíduo tem um comportamento resultante da tentativa de reaver a liberdade que outrora foi ameaçada, gerando oposição ao agente causador da reatância, expressamente por meio da agressão ao agente causador ou ainda da maior atratividade em relação ao comportamento que foi ameaçado.

Merz (1983 *apud* Filho, 2004, p. 34) e Dowd *et al.* (1991) criaram escalas para mensurar o nível da reatância dos indivíduos. Em seus estudos, definiram meios viáveis e confiáveis para efetivamente conseguir-se comparar o quanto a reatância é medida em determinados cenários para indivíduos diferentes, sendo cada escala mais efetiva em determinadas situações e vice-versa.

Segundo o estudo de Santos (2008), quando o indivíduo se depara com uma restrição à sua liberdade, sendo em forma de ameaça ou mesmo fato real, apresenta um estado de reatância psicológica, um estado motivacional que busca proteger a liberdade ameaçada.

Clee e Wicklund (1980), em trabalho apresentado ao *Journal of Consumer Marketing*, apresentaram exemplos precisos em que a agressão e outros atos de hostilidade se manifestavam quando a reatância ocorria em situações de consumo, os consumidores se voltavam contra as empresas e empregados dessas empresas de modo a proteger a liberdade que sentiram como ameaçada de alguma forma.

Knowles e Linn (2004) afirmam existir três forças básicas de resistência que impedem que aconteçam a persuasão, a conformidade e a mudança, sendo tais forças:

- a) Reatância, que trata da resistência às influências ou suas tentativas;
- b) Ceticismo, que trata da resistência à proposta;
- c) Inércia, que trata da resistência à mudança.

Brehm (1966 *apud* Dowd *et al.*, 1991, p. 541) e (1981), em seus estudos firmaram o termo reatância como definição da reação emocional negativa à usurpação ou ameaça da liberdade. O evento reatância ocorre no momento que uma pessoa sente que alguém está limitando suas possibilidades de alternativas ou tirando-as por completo. Esse sentimento contrário à ação de impedimento produz motivação para resistência às tentativas de influência, e ainda busca reaver e assegurar a liberdade que outrora fora ameaçada.

Dowd (1991) afirmou que o trabalho base sobre o estado emocional de reatância é de Brehm (1966 *apud* Dowd *et al.*, 1991, p. 541), e que o estado motivacional de reatância foi construído como uma variável situacional específica, e posteriormente a reatância se tornou uma variável de diferenças individuais.

A escala Questionário para a Medida da Reatância Psicológica (*Questionnaire for Measuring Psychological Reactance* – QMPR, em inglês) ou Fragebogen zur Messung der Psychologischen Reaktanz (nome original), foi proposta pelo psicólogo alemão Merz (1983 *apud* Filho, 2004, p. 34). A construção da escala de Merz aconteceu depois de uma análise detalhada do trabalho feito por Brehm (1966 *apud* Dowd *et al.*, 1991, p. 541), no qual foram submetidos 32 itens a quatro profissionais psicólogos para a validação dos itens pertinentes e exclusão dos que não eram apropriados. Com essa revisão, a nova escala construída passou a ter 26 itens, sendo ainda reduzida a 18 itens, posteriormente, resultando na escala para a mensuração da reatância psicológica atualmente utilizada.

O questionário com os itens resultante da escala de Merz é apresentado na Figura 2

-
- 1 Eu reajo fortemente a deveres e regulamentos.
 - 2 Eu me sinto bem ao contradizer outros.
 - 3 Eu raramente me comporto de acordo com os padrões dos outros.
 - 4 Quando me dizem para não fazer algo, minha reação é: “agora farei isso sem dúvida”.
 - 5 O pensamento de depender dos outros é muito desagradável para mim.
 - 6 Quando eu recebo um conselho, eu levo isso mais como uma demanda.
 - 7 Tomar decisões livres e independentes é mais importante para mim do que para a maioria das pessoas.
 - 8 Eu fico com raiva quando alguém mostra algo que eu já sei.
 - 9 Frequentemente eu perco o entusiasmo por fazer algo só porque os outros esperam que eu o faça.
 - 10 Eu fico muito irritado quando alguém tenta interferir na minha liberdade para tomar decisões.
 - 11 Sugestões e conselhos me fazem frequentemente fazer o oposto.
 - 12 Eu só tenho sucesso fazendo bem as coisas se eu mesmo as fizer.
 - 13 Eu resisto fortemente às tentativas das pessoas de me influenciar.
 - 14 Eu fico aborrecido quando outra pessoa é mostrada como um exemplo para mim.

- 15 Quando eu sou obrigado a fazer algo, eu digo a mim mesmo frequentemente: “sem dúvida eu não farei isto”.
- 16 Agrada-me ver outros desobedecer às normas e obrigações sociais.
- 17 Fico desconfiado com elogios excessivos.
- 18 Eu fico muito irritado quando alguém me diz o que eu devo ou não fazer.

Figura 2 - Questionário de Merz para Mensuração da Reatância Psicológica.

Fonte: Recuperado de “*A Percepção de Valor do Consumidor Frente ao Recall de Veículos no Brasil: Um Estudo Exploratório em São Paulo*”, de Filho (2004, p. 49).

Donnel *et al.* (2001 *apud* Filho, 2004, p. 35) utilizou a escala de Merz (1983 *apud* Filho, 2004, p. 35) para uma amostra de 163 estudantes de uma universidade americana, todos do curso de Psicologia, com a seleção dos resultados validados. Os questionários respondidos totalizaram 130, sendo os respondentes em sua maioria mulheres com cerca de 20 anos. Como conclusão, os autores afirmam que o QMPR de Merz não mede bem as dimensões da reatância psicológica. Afirmam ainda que a reatância psicológica pode ser medida pela TRS de Down *et al.* (1991), mas recomendaram que mais testes de validade e confiabilidade fossem feitos nessa escala.

Dowd e Wallbrown (1993 *apud* Filho, 2004, p. 37) adicionaram aos testes das duas escalas de reatância psicológica, QMPR de Merz e TRS de Dowd *et al.* (1991) o questionário chamado de Formulário de Pesquisa de 38 Personalidades ou *Personality Research Form* (PRF), que leva em consideração a personalidade de cada indivíduo como influência da reatância. Como objetivo principal desse estudo, os autores propuseram responder a seguinte questão: o que é a motivação humana padrão que responde às forças motivadoras da reatância psicológica? Para chegar ao resultado, o Formulário de Pesquisa de Personalidade (PRF) foi usado para se obter a motivação dos pesquisados e a Escala de Reatância Terapêutica (TRS) e Questionário de Mensuração da Reatância Psicológica (QMPR) foram usados para se obter a reatância de cada indivíduo. A aplicação das três escalas foi utilizada como metodologia do estudo e foram feitas as correlações entre as escalas. O perfil motivacional do indivíduo psicologicamente “reatante” nos dados coletados são de tendências agressivas, autônomas, defensivas e aderentes na aceitação de ofensas e mostram resistência em se afiliarem com outros indivíduos e aceitar ajuda destes.

A técnica estudada por Freedman e Fraser (1966 *apud* Marcondes, 2014, p. 8) de Estratégia Ômega, a qual possui uma pequena mudança, minimiza a reatância por empregar mudanças consideradas somente incrementais, e não de uma grande mudança. Com isso, a reatância pode ser reduzida ou minimizada.

Buboltz *et al.* (2002 *apud* Filho, 2004, p. 52) efetuaram um estudo com o objetivo de testar a escala de Reatância Terapêutica (TRS), com uma amostra de 883 indivíduos, todos estudantes da graduação de uma universidade no sul dos Estados Unidos da América. Com o resultado do levantamento dos dados secundários, foi encontrada uma multidimensionalidade no constructo da reatância. Diferente do originalmente proposto, foram observados quatro e não dois fatores que fariam parte da composição do constructo, sendo eles:

- a) Ressentimento à autoridade: resistência do indivíduo a ser controlado por figuras autoritárias;
- b) Suscetibilidade à influência: quando o indivíduo é flexível à persuasão de terceiros;
- c) Exposição aos conflitos: tendência de o indivíduo acompanhar e concordar com os outros para evitar desentendimentos;
- d) Preservação da liberdade, que é o desejo individual de expressar a sua opinião e ter as coisas aderentes às suas crenças.

Os autores afirmam ainda que somente uma medida multidimensional pode representar adequadamente o constructo da reatância psicológica; apesar dessa afirmação, uma revisão da literatura demonstra que a maioria das pesquisas utilizaram medidas unidimensionais da reatância.

2.2 Satisfação do usuário

Uma pesquisa de Fitzsimons (2000), realizada nos Estados Unidos, identificou as reações do consumidor com relação à ausência de estoques nos pontos de venda de estabelecimentos comerciais. No trabalho, foram explorados os impactos dessa ausência para o consumidor americano nos aspectos:

- a) Decisões subsequentes;
- b) Processo decisório;
- c) Satisfação.

Em seu estudo, Fitzsimons (2000) se apoiou na teoria de reatância psicológica de Brehm.

Marchetti (2001) comenta que, quando há necessidade de avaliar somente a resposta global de satisfação, sem haver preocupação com dimensões operacionais, o modelo de multiplicidade de indicadores, como o de Oliver (2010), que fornece elementos interessantes, é recomendado, pois associa a rapidez na aplicação ao caráter genérico das aplicações, e ainda a intercambialidade em diversas situações e objetos estudados. São, no estudo, levantadas ainda

as medidas de satisfação do consumidor e apresentadas as vantagens e desvantagens de cada uma delas.

Na Figura 3, estão descritas as vantagens e desvantagens do modelo de multiplicidade de indicadores:

Modelo	Vantagens	Desvantagens
Multiplicidade de Construtos Indicadores	• Amplitude da avaliação dos construtos; • Visão de outros indicadores que não os controláveis pela organização (resposta afetiva, atribuições, etc.); • Sumarização em indicadores de Satisfação de forma mais simples.	• Dificuldade de entendimento pelo usuário; • Dificuldade de interpretação e transformação em ações corretivas pela empresa; • Não-apresentação de avaliações específicas dos serviços de uma organização.

Figura 3 - Fundamento da Multiplicidade de Indicadores.

Fonte: Adaptado de “Um tour pelas medidas de satisfação do consumidor, de R. Marchetti e P.H. Prado, 2001, *Revista de administração de empresas*, 41, p. 9.

A satisfação do usuário corresponde à mensuração de uma ou mais dimensões de opiniões dos usuários, que incluem avaliações da qualidade dos serviços, a percepção do usuário sobre os próprios resultados clínicos e a satisfação geral com a organização de Saúde (Oliver, 1994 *apud* Furse, 1994, p. 2).

A satisfação dos clientes é um tema importante para as organizações e a suas gestões, conforme afirmam Milan e Trez (2005) em seu trabalho, e esse tema é cada vez mais utilizado como indicador de desempenho chave para as tomadas de decisões operacionais e estratégicas e, conseqüentemente, refletindo na qualidade da prestação dos serviços por toda a organização, possibilitando enxergar em quais níveis a organização está e a quais níveis a organização deseja chegar. É fato que organizações com níveis elevados de satisfação dos seus clientes têm maior lealdade e retenção, conseqüentemente assegurando maior retorno financeiro e por mais tempo, além de reter a elasticidade dos preços, reduzir custos com renovações futuras e ainda fidelizar seus clientes em alguma situação de crise momentânea.

Anderson (1998), em seu trabalho desenvolvido em Michigan (EUA), também reconheceu a satisfação dos clientes como um importante indicador para mensurar o desempenho da organização.

Brehm (1966 *apud* Dowd *et al.*, 1991, p. 541) afirma que a insatisfação do consumidor é consequência da falta ou limitação da liberdade, ou seja, a reatância causa impacto direto na

satisfação do consumidor, sendo essas proporcionalmente ligadas, sendo que quanto maior a reatância, menor a satisfação, e vice e versa.

2.3 Operadoras de planos de saúde

Segundo a Lei nº 9.656 (1998), as organizações, empresas ou entidades que administram atividades de disponibilização ou comercialização dos serviços de seguros ou planos de assistência à saúde no Brasil são denominadas operadoras de planos de assistência à saúde.

O sistema de saúde suplementar brasileiro, no qual são enquadradas as operadoras de planos de saúde, beneficiam cerca de 50 milhões de cidadãos, número equivalente a mais de 25% da população, e movimentou uma receita de R\$ 158 bilhões de reais em 2015, naquele ano representado por 1030 operadoras de planos de saúde.

Encontram-se, em detalhes, as receitas por modalidades referentes ao ano de 2015 na Figura 4:

Receita de contraprestações, Outras receitas operacionais segundo Modalidade Período: 2015		
Modalidade	Receita de contraprestações	Outras receitas operacionais
TOTAL	142.525.341.840	15.424.471.937
Autogestão	16.320.275.396	1.460.200.608
Cooperativa Médica	47.813.236.129	8.939.680.621
Filantropia	2.097.605.765	3.925.960.266
Medicina de Grupo	40.534.544.080	935.721.466
Seguradora Especializada em Saúde	32.758.644.972	28.095.174
Cooperativa Odontológica	659.374.727	99.551.639
Odontologia de Grupo	2.341.660.771	35.262.163

Figura 4 - Receita de contraprestações, outras receitas operacionais em 2015, segundo modalidade.

Fonte: ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar (http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_rc.def).

Na Figura 5 são encontrados os tipos de contratação com as quantidades de planos de saúde cadastrados em cada um:

Planos de Saúde Registrados ou Cadastrados			
Assistência Médica, Excl. Odontológico, Total segundo Tipo de contratação			
Período: Mar/2016			
Tipo de contratação	Assistência Médica	Excl. Odontológico	Total
TOTAL	53.319	4.948	58.267
Individual ou Familiar	21.473	1.375	22.848
Coletivo Empresarial	20.640	2.195	22.835
Coletivo por adesão	10.594	1.359	11.953
Coletivo não identificado	84	19	103
Não Informado	528	0	528

Figura 5 - Planos de saúde registrados ou cadastrados. Assistência médica e odontológica, total segundo tipo de contratação. Período: Mar/2016.

Fonte: ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar (http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_rc.def).

Conforme apresentado no final desta seção, o modelo de análise regressiva é formado por um conjunto que contempla duas modalidades diferentes dos usuários de planos de saúde, os coercitivos (oferecidos pelas organizações para os colaboradores), que representam 38,72% dos planos oferecidos pelo mercado, e os demais planos (financiados por recursos próprios), representados por 61,28% dos planos de saúde suplementar. Esse resultado pode ser visto na Figura 5.

A população total que foi atendida pelo sistema de saúde suplementar pode ser vista por tipo de contratação do plano nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1 - Beneficiários por tipo de contratação – Período: março/2015.

Tipo de Contratação	Assistência Médica	Exclusivamente Odontológico	Total
Total	50.156.074	21.100.298	71.256.372
Individual ou Familiar	9.782.773	3.568.322	13.351.095
Coletivo empresarial	33.299.636	15.654.960	48.954.596
Coletivo por adesão	6.730.115	1.795.487	8.525.602
Coletivo não identificado	10.343	4.574	14.917
Não informado	333.207	76.955	410.162

Fonte: adaptado de Agência Nacional de Saúde Suplementar, (http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_rc.def).

As Tabelas 1 e 2 representam as contratações de serviços de saúde nos meses de março de 2015 e 2016, respectivamente, e demonstram uma queda no número total de beneficiários de 10,58% no período, em todo o sistema de saúde suplementar, o que é justificado pela taxa de desemprego. Segundo o IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, (http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pnad_continua_mensal/default.shtm, recuperado em 22 de maio, 2016) essa taxa aumentou de 8,1% pontos percentuais para 11,2% pontos percentuais, maior índice obtido desde 2012, quando foi iniciada a contagem. Quando é observada a diferença em relação apenas aos planos de assistência médica do tipo coletivo empresarial (coercitivos), é confirmada a maior redução entre os dois períodos, com cerca de quase 887 mil indivíduos que deixaram de ter o benefício, redução diretamente ligada ao aumento do desemprego.

Tabela 2 - Beneficiários por tipo de contratação – Período: março/2016.

Tipo de Contratação	Assistência Médica	Exclusivamente Odontológico	Total
Total	48.824.150	21.685.783	70.509.933
Individual ou Familiar	9.558.718	3.807.053	13.365.771
Coletivo empresarial	32.412.727	16.022.957	48.435.684
Coletivo por adesão	6.561.881	1.793.628	8.355.509
Coletivo não identificado	9.193	4.173	13.366
Não informado	281.631	57.972	339.603

Fonte: Adaptado de Agência Nacional de Saúde Suplementar, (http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_rc.def).

É observado, na Tabela 2, que o total de beneficiários do sistema brasileiro de saúde suplementar que possuem planos de saúde coercitivos (fornecidos pelas organizações em que trabalham) é de 68,69% e os demais planos de saúde (subsidiados por recursos próprios) representam 31,31% dos usuários.

Em seu estudo, Scheffer (2013) afirma que, aproximadamente, um quarto da população brasileira (cerca de 47,9 milhões de pessoas) é usuária de planos de assistência médica suplementar. Estão em operação nesta categoria do mercado da saúde em torno de 1.006 organizações e que no total movimentaram uma receita de aproximadamente R\$ 84,4 bilhões em 2011.

A judicialização da saúde é um fenômeno atual e tem gerado discussões entre os membros do ministério público, poder judiciário, gestores do setor, técnicos e pesquisadores. A judicialização da saúde nada mais é que o fato dos cidadãos conseguirem atendimento médico

de acordo com a constituição, por meio de ações judiciais. Os efeitos negativos desse fenômeno são evidentes, sendo que as ações judiciais impactam diretamente na administração de política públicas e privadas de saúde. Essas ações causam injustiças quanto ao acesso à saúde, sendo observados os privilégios de determinados indivíduos e grupos, causados por interesses particulares e lobbies, e não a abertura para coletividade e acesso a toda a sociedade. Exemplos comuns da judicialização são as ações nos tribunais motivadas por restrições de coberturas reclamadas nas atividades de assistência médica suplementar. Esse fato repercute diretamente no bem-estar, saúde e qualidade de vida de toda população usuária do sistema, sendo que devem ser considerados também os custos do sistema público de saúde e de administração das operadoras de planos e seguros de saúde suplementares.

Quando os consumidores do mercado de operadoras de planos de saúde possuem planos de forma compulsória, por meio das organizações em que trabalham, invariavelmente fazem uma avaliação tendenciosa negativa, sendo assim, quando há menor percepção do consumidor de que está sendo obrigado a utilizar esses serviços, menor será o efeito da reatância e, conseqüentemente, haverá uma avaliação com menores ruídos em relação às avaliações com um cenário de reatância elevada.

A relevância deste estudo se dá ao fato do consumidor normalmente ter alta aversão ao convênio médico fornecido pela empresa, de maneira coativa, como benefício para o colaborador, diante disso não tendo outra escolha além da adesão.

As proposições das hipóteses são caracterizadas com base nos polos teóricos e evidências objetivas desta seção. Esta pesquisa é descritiva, com fases exploratória e confirmatória, realizadas por meio da análise da modelagem de equações estruturais. As hipóteses são:

H1 - A satisfação dos usuários é influenciada pela sua frequência de utilização do plano de saúde.

H2 - A influência do usuário na contratação do plano de saúde tem relação direta com o nível de reatância observada.

H3 - A influência do usuário na contratação do plano de saúde tem relação direta com a satisfação declarada por ele.

H4 - A reatância observada no usuário de planos de saúde tem relação negativa com a sua satisfação percebida.

H5 - Os usuários que possuem os planos de saúde de forma coercitiva (por meio das organizações em que trabalham) possuem a percepção de satisfação menor que aqueles que escolheram livremente seus planos de saúde (pagos com recursos próprios).

H6 - A satisfação dos usuários é influenciada negativamente quando há procedimentos ou processos negados pelo plano de saúde.

As hipóteses são ilustradas na Figura 6.

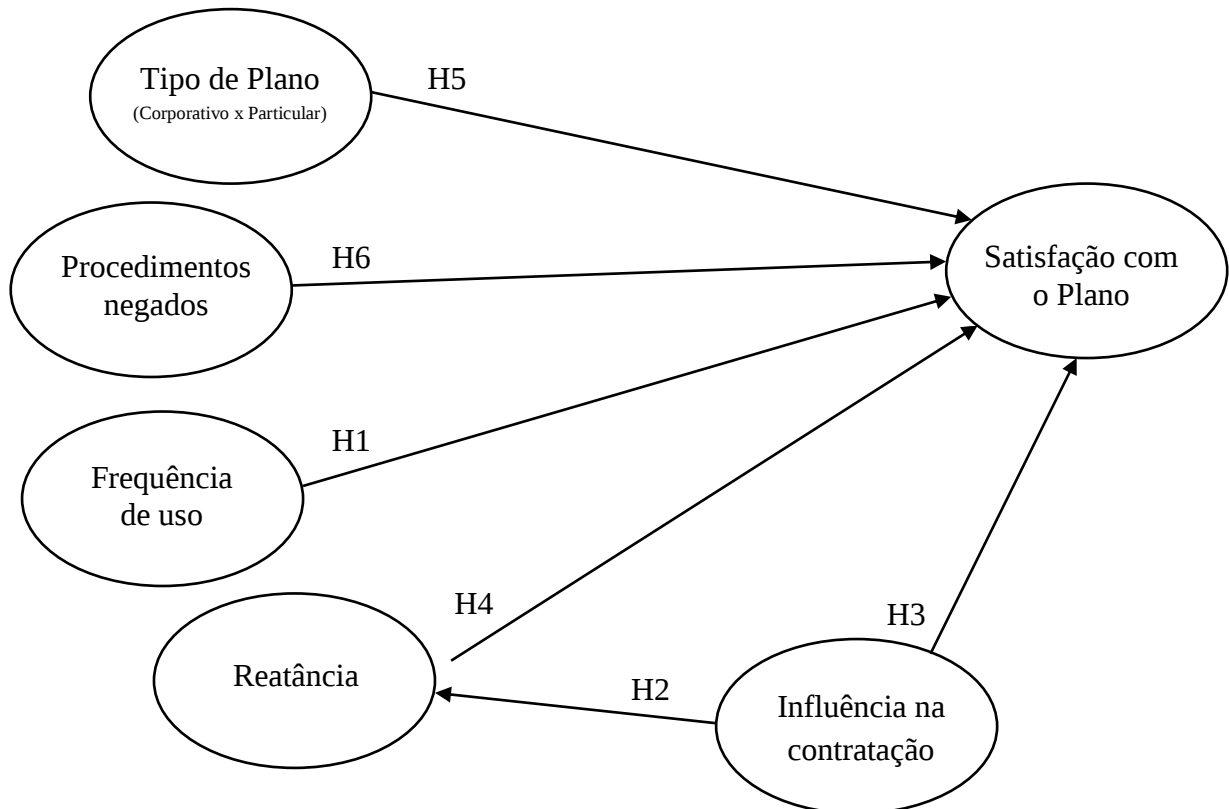


Figura 6 - Representação do modelo teórico.
Fonte: elaborado pelo autor.

3 MÉTODO E PROCEDIMENTOS DE PESQUISA

O método de pesquisa quantitativo com características de pesquisa descritiva e fases exploratórias e confirmatórias foi empregado neste trabalho, o qual foi construído, em grande parte, com a contribuição base da pesquisa de marketing. Outros métodos também fizeram parte do estudo, e serão considerados adiante.

Segundo Malhotra (2010), a pesquisa de marketing pode ser definida como identificar, coletar, analisar e disseminar as informações de maneira sistêmica e objetiva, visando aperfeiçoar as ferramentas para a tomada de decisões, identificando e solucionando problemas e oportunidades. Esta afirmação demonstra que todos os passos da pesquisa devem ser planejados sistematicamente com antecedência e ainda contar com todos esses passos bem definidos e documentados. Os dados deste trabalho foram obtidos e analisados para possibilitar o teste das noções e hipóteses previamente expostas.

Quanto às questões éticas, foram investigados todos os possíveis pontos que permeiam a pesquisa científica como um todo, pois a filosofia de trabalho dos pesquisadores é a influência principal no trabalho, a imparcialidade na execução, isenção de influências pessoais, comerciais e políticas são fundamentais para a condução profissional e ética da pesquisa (Malhotra, 2010).

O processo de pesquisa de marketing é estabelecido por Malhotra (2010), sendo divididos em seis etapas pré-definidas:

1) definição do problema: deve ser a etapa primária na pesquisa de marketing, envolve a discussão com especialistas sobre o assunto e deve ser considerado a finalidade do estudo as informações relevantes e necessárias, e ainda como estas serão usadas nas tomadas de decisões dos pesquisadores;

2) elaboração de uma abordagem do problema: é a formulação da estrutura objetiva, teórica, de modelos analíticos, hipóteses, perguntas de pesquisa e outras características capazes de conceber a pesquisa. A análise de dados secundários, pesquisas qualitativas e considerações pragmáticas devem acontecer nesta etapa;

3) concepção da pesquisa: caracteriza e pontua no papel, de maneira holística, todas as ferramentas metodológicas que serão usadas no trabalho, como uma planta do projeto de pesquisa. Nessa etapa, os demais pontos da construção devem ser lembrados, como análise de dados secundários da pesquisa qualitativa, métodos de coleta de dados quantitativos

(experimentação, observação e *survey*), procedimentos de medição e escalonamento, criação do questionário, definição da amostra e seu tamanho, e o plano de análise dos dados;

4) trabalho de campo ou coleta de dados: envolve a coleta de dados quanto à sua operacionalização, estabelecendo a equipe de campo, no caso das entrevistas pessoais em locais físicos (escolas, ruas, shoppings, domicílios) ou assistida por computador (eletronicamente por sistemas web, e-mails), telefone ou correios. A seleção de pessoal, treinamento e supervisão são fundamentais para minimizar possíveis erros na coleta de dados e garantir respostas sem interferências;

5) preparação e análise de dados: esta etapa consiste na inspeção, edição, codificação, transcrição e verificação de cada questionário ou formulário respondido. As respostas são transformadas em códigos e transcritas para uma planilha do Excel, que possibilita a leitura do pacote estatístico de computador. A precisão desta tarefa também é fundamental para garantir que não haja interferência nos códigos;

6) preparação e apresentação do relatório: esta é a etapa de construção do documento, que contempla o projeto do início ao fim. No caso deste trabalho científico, consiste na dissertação, elaborada seguindo os padrões estabelecidos, como formatações e seções do documento. Este deve conter todas as perguntas de pesquisa identificadas, a coleta de dados e procedimento da análise de dados adotados, resultados, contestações e conclusões do estudo.

Os dados secundários são produzidos, coletados e analisados pelo pesquisador com o objetivo de gerar e definir o problema de pesquisa. Neste trabalho, foi feita a pesquisa bibliográfica dos seguintes temas:

- a) Reatância.
- b) Satisfação do consumidor.
- c) Operadoras de planos de saúde.

Artigos científicos nacionais e internacionais foram consultados, assim como livros, leis e portarias pertinentes aos temas propostos. Segundo Malhotra (2010), é fundamental que os dados secundários sejam exaustivamente estudados para que seja respaldado o problema de pesquisa e, conseqüentemente, as questões de pesquisa. Somente após esse passo, o pesquisador poderá iniciar a fase de coleta e análise dos dados secundários, que responderão as questões de pesquisa, conseqüentemente resolvendo o problema de pesquisa. O problema de pesquisa em marketing pode ter um enunciado amplo, dando uma perspectiva adequada sobre o problema, ou componentes específicos que focam em aspectos específicos, que fornecem dados claros sobre a melhor maneira para agir.

Este trabalho buscou basear-se em evidências objetivas, que são escoradas em constatações empíricas, além de possuir um esquema conceitual que se baseia também em enunciados fundamentais, ou seja, axiomas que se supõem serem verdadeiros. Na construção do modelo analítico, este trabalho é formado por modelos verbais, pelos quais é demonstrada a apresentação por escrito das relações entre as variáveis e também o modelo gráfico, que demonstra dados visualmente por meio de figura 6 a relação entre as variáveis.

As questões de pesquisa são os aprimoramentos dos componentes específicos do problema em enunciados. Essas questões perguntam quais são as informações específicas exigidas para responder com relação a cada componente do problema. As proposições sem comprovações relacionadas a um fenômeno ou fato que é interessante para a pesquisa são denominadas hipóteses, estas podem ser, muitas vezes, as respostas às questões e problemas da pesquisa, normalmente testadas empiricamente e comprovadas ou não. As características relevantes são fundamentais para a elaboração do questionário de pesquisa, são formadas por características, fatores, variáveis ou atributos do produto que poderiam afetar a concepção da pesquisa; didaticamente se trata da criação de diferentes conjuntos formados por itens de composição semelhantes (Malhotra, 2010).

Quanto aos erros de pesquisa, o pesquisador deve procurar minimizar as fontes de possíveis erros, que podem afetar a concepção da pesquisa, sendo que uma boa concepção de pesquisa procura controlar esses possíveis erros. Alguns tipos de erros foram classificados por Malhotra (2010), sendo eles:

- a) Erro total: é a mudança entre o valor médio real na população da variável de interesse e o valor médio que se observa no projeto pesquisado;
- b) Erro de amostragem aleatória: ocorre quando a amostra selecionada para a pesquisa é uma representação imperfeita da população de interesse;
- c) Erro não amostral: erro atribuído a fontes que não a amostral, e pode ser aleatório ou não aleatório.

A norma de formatação *American Psychology Association (APA)* foi utilizada para a construção deste trabalho.

3.1 Amostra

A amostra da pesquisa foi formada por uma população de estudantes de nível universitário que possuem planos de saúde. Obtiveram-se 201 questionários respondidos em condições ideais, para iniciar-se os trabalhos de análise descritiva com as fases exploratórias e

confirmatórias e, posteriormente, obtiveram-se os resultados finais. Na fase descritiva exploratória, as escalas desenvolvidas e já validadas por outros pesquisadores foram testadas de maneira a explorar e adequar as escalas para a posterior extração da modelagem de equações estruturais.

De acordo com Malhotra (2010), a pesquisa exploratória tem o principal objetivo de fornecer os critérios sobre o problema estudado, possibilitando a sua melhor compreensão, e pode ter as seguintes finalidades:

- a) Propor prioridades para pesquisas subsequentes;
- b) Obter maiores critérios sobre o problema para desenvolver uma melhor abordagem;
- c) Classificar as relações-chave e as variáveis para um exame anterior;
- d) Possibilitar o desenvolvimento das hipóteses;
- e) Identificar formas alternativas de ação;
- f) Definir um problema ou formulá-lo com maior precisão.

As características da pesquisa exploratória são flexibilidade e versatilidade, tendo o objetivo claro de descoberta de dados e, como método, a pesquisa qualitativa com dados secundários, *surveys* pilotos e com especialistas que, em sua maioria, tratam do início da pesquisa.

3.2 Escalas e medidas

Neste estudo, foram transcritos os questionários para mensurar a reatância e a satisfação percebidas pelos consumidores no objeto estudado, que trata dos planos de saúde. O questionário foi criado como um formulário de autopreenchimento de pesquisa, apresentando aos participantes as variáveis para serem mensuradas em uma escala do tipo Likert de 7 pontos, ancorados em 1=discordo totalmente e 7=concordo totalmente. Para a aplicação do questionário, foi realizado um pré-teste com 5 respondentes diferentes que após, o término da tarefa, foram entrevistados com o objetivo de identificar e corrigir possíveis falhas na construção da ferramenta de pesquisa. O tempo médio de preenchimento do questionário em sua totalidade foi verificado na fase de pré-teste, para a inclusão do dado no capítulo dos resultados do trabalho (10 minutos em média).

3.2.1 Reatância na amostra

Conforme discutido no capítulo 2 deste trabalho, existem algumas escalas comprovadamente validadas para mensurar a reatância em um indivíduo. Os estudos da reatância iniciaram-se a partir da área da saúde, sendo que as escalas desse tema que estão sendo usadas em pesquisas de marketing surgiram da psicologia. Após vasta investigação, optou-se pelo uso da escala de reatância terapêutica (TRS) de Dowd (1991), que foi adaptada posteriormente por Buboltz *et al.* (2002 *apud* Filho, 2004, p. 53), na qual os fatores passaram de dois para quatro, sendo eles:

1) Interior dirigido, que é a resistência de uma pessoa a ser controlada por indivíduos autoritários;

2) Suscetibilidade à influência, que é o quão um indivíduo está aberto à persuasão de terceiros;

3) Desafiador e opositor, que é a tendência de um indivíduo acompanhar outros e evitar desentendimentos;

4) Competitivo e dominante, correspondendo ao desejo individual de expressar sua opinião e ter as coisas em linha com suas crenças.

É apresentada, na Figura 7, a escada de Dowd (1991) adaptada por Buboltz *et al.* (2002 como citado em Filho, 2004, p. 52) e aplicada com múltiplas dimensões.

Dimensões	Item	
Interior Dirigido	1.	*Eu não me incomodo em mudar meus planos porque alguém no grupo quer fazer outra coisa.
	2.	*Eu não me importo quando outras pessoas me dizem o que fazer.
	3.	Se alguém me pede um favor, eu penso duas vezes sobre o que esta pessoa realmente quer.
	4.	Eu não sou muito tolerante com as tentativas dos outros em me convencer.
	5.	*Eu estou muito aberto às soluções dos meus problemas quando vindo dos outros.
	6.	*Eu não me importo em fazer alguma coisa para alguém, mesmo quando eu não sei por que estou fazendo isso.
Suscetibilidade	7.	Se eu receber um prato frio em um restaurante, eu faço questão de reclamar sobre isso.
à influência	8.	Eu tenho um forte desejo de manter a minha liberdade pessoal.
	9.	*Em discussões, eu sou facilmente persuadido pelos outros.

	10.	*Às vezes, eu tenho receio de discordar dos outros.
	11.	Eu gosto de debates com outras pessoas.
	12.	*Eu frequentemente aceito as sugestões dos outros.
	13.	*Eu costumo aceitar o conselho dos outros.
	14.	Eu acredito que seja melhor defender o que eu acredito do que ficar em silêncio.
Desafiador e	15.	Eu gosto de me passar por “advogado do diabo” sempre que posso.
Opositor	16.	Nada me estimula tanto quanto um bom argumento!
	17.	Eu tenho muita opinião.
	18.	É importante eu estar em uma posição de poder perante os outros.
	19.	Eu gosto de confrontar as pessoas que pensam que tem razão.
	20.	Eu me considero mais competitivo do que cooperativo.
	21.	Eu sou muito teimoso e firme nos meus pensamentos.
Competitivo e	22.	Eu não gosto quando autoridades procuram me dizer o que fazer.
Dominante	23.	Eu me vejo muitas vezes questionando autoridades.
	24.	Eu gosto de ver mais alguém fazer alguma coisa que nenhum de nós deveria fazer.
	25.	Seria melhor ter mais liberdade para fazer o que eu quero no trabalho.
	26.	Se me obrigarem a fazer algo, muitas vezes eu faço o oposto.
	27.	De fato, me incomoda quando os policiais impõem às pessoas o que fazer.
	28.	*É muito importante que eu me dê bem com as pessoas com quem trabalho.

Figura 7 - Fator de carregamento dos itens da Escala de Reatância Terapêutica.

Nota: “Therapeutic reactance as a predictor of outcome in the treatment of chronic depression”, de B. A. Arnow, R. Manber, C. Blasey, D.N. Klein, J.A. Blalock, J.C. Markowitz, B.O. Rothbaum, A.J. Rush, M.E. Thase, L.P. Riso, D. Vivian, J.P. McCullough Jr., e M.B. Keller, 2003, *Journal of consulting and clinical psychology*, 71, p. 7.

*Itens em escala reversa.

Utilizando as cargas fatoriais obtidas por meio do sistema SPSS, foram eliminados os itens inconsistentes e mantidos apenas os itens que validam o constructo, esse processo será descrito em detalhes na seção 4.2 deste trabalho.

3.2.2 Satisfação na amostra

É apresentado, na Figura 8, a escala de satisfação unidimensional de Oliver (2014), contendo 12 perspectivas teóricas. Essa escala tem o objetivo de mensurar a satisfação do usuário do plano de saúde.

Itens da escala	Dimensão
1. Este foi um dos melhores planos de saúde no qual eu já utilizei.	Desempenho e qualidade global
2. O plano de saúde é exatamente o que eu preciso.	Atendimento das necessidades
3. *O plano de saúde não funciona tão bem quanto deveria.	Expectativas não atendidas
4. Eu estou satisfeito com o plano de saúde.	Satisfação
5. *Às vezes eu não sei se devo continuar utilizando o plano de saúde.	Dissonância cognitiva
6. Minha escolha em usar o plano de saúde foi acertada.	Atribuição de sucesso
7. *Se eu pudesse fazer de novo, eu escolheria utilizar outro plano de saúde.	Arrependimento
8. Eu realmente estou gostando do plano de saúde.	Afeto positivo
9. *Eu me sinto culpado por ter decidido utilizar o plano de saúde.	Atribuição de insucesso
10. *Eu não estou feliz por estar utilizando o plano de saúde.	Afeto negativo
11. Ser cliente do plano de saúde tem sido uma experiência agradável.	Avaliação da compra
12. Eu estou certo de que fiz a escolha correta quando me tornei cliente do plano de saúde.	Atribuição de sucesso

Figura 8 - Escala de satisfação de Oliver (2014).

Fonte: “*Satisfaction: A behavioral perspective on the consumer*”, de R.L. Oliver, 2014, p. 122.

*Itens em escala reversa.

3.2.3 Convênios médicos

Foi verificado qual plano de saúde cada indivíduo possui e que tipo de adesão foi feita, se por meio da livre escolha e financiado com recursos próprios ou por meio da coerção de empresas ou órgãos de classe, que dispõem desses serviços como benefício para os indivíduos com quem se relacionam diretamente, assim como a quantidade de procedimentos negados pelos planos de saúde, a influência na contratação do plano e a frequência do uso.

3.2.4 Tempo de uso

Visando verificar o tempo de utilização que o respondente tem dos serviços do plano de saúde e a intensidade de uso do convênio, foram apresentadas questões sobre o tema.

Finalmente, foram coletados alguns dados demográficos para caracterização da amostra.

3.3 Procedimentos de campo

Após a definição do problema, plano de pesquisa e o desenvolvimento da abordagem, é apresentado o procedimento de campo. Nessa fase, os pesquisadores entram em contato com os entrevistados, momento no qual é apresentado o questionário de pesquisa que tem o papel de registrar os dados de forma válida para análise e processamento. Todos os envolvidos direta ou indiretamente na coleta de dados são denominados pesquisadores de campo (Malhotra, 2010).

Os objetivos e características dos procedimentos de campo podem ser vistos na Figura 9.

Característica	Decisão metodológica	Objetivo nesse estudo
Meio de aplicação	Questionário em papel	Os questionários foram impressos fisicamente em papel branco tamanho A4 e grampeados, contendo ao todo seis páginas. Os questionários foram entregues pessoalmente pelos pesquisadores e individualmente para cada respondente.
Coleta	Pessoal direta	O <i>survey</i> foi construído em corte transversal e direcionado diretamente para os respondentes por meio de apresentação pessoal nas salas de aulas de duas universidades, sendo a seleção de cada elemento dada por conveniência, de acordo com o interesse do pesquisador deste trabalho. A coleta aconteceu entre os dias 20 de setembro de 2016 a 07 de outubro de 2016.
Local de coleta	Salas de aula	Alguns cuidados foram tomados para a aplicação do questionário aos participantes, como, por exemplo, assegurar que naquele dia não houve aplicação de prova ou outra atividade que atrapalhasse a rotina dos respondentes. Ainda se considerou quando houve algum tipo de evento adverso como mau tempo, falta de energia elétrica, entre outros.

Transparência e Ética na pesquisa	Informação falada; Enunciado do questionário.	Essa pesquisa não requereu uma autorização prévia dos respondentes, pois os mesmos tiveram o livre arbítrio de responder a pesquisa ou não de acordo com o seu desejo. O pesquisador esclareceu, antes de oferecer o questionário para cada respondente, que as respostas seriam usadas para uma pesquisa quantitativa com o objetivo de estudar apenas o objeto pesquisado e que, em nenhum momento, as respostas seriam individualmente publicadas ou usadas contra o interesse do respondente. Este foi o primeiro passo antes de oferecer o questionário para os respondentes. No enunciado do questionário, as informações quanto aos desdobramentos, objetivos da pesquisa e o livre arbítrio em respondê-lo foram novamente especificados. O objetivo deste item foi orientar os respondentes das consequências de suas respostas no resultado da pesquisa.
--	---	--

Figura 9 - Procedimentos de Campo.

Fonte: “*Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada*”, de N.K. Malhotra (2010, p. 363).

3.4 Procedimento de análise de dados

Após a definição do problema de pesquisa, abordagem conveniente, formulação do plano de pesquisa e trabalho de campo, foi feita a preparação e análise dos dados para transformar os dados brutos em um formato apropriado para ser submetido às análises estatísticas. A qualidade dos resultados da pesquisa foi consequência da adoção da boa preparação dos dados.

A análise de dados primária foi iniciada pela verificação e integridade dos dados contidos nos questionários respondidos, e foi definida a orientação dos procedimentos que deveriam ser tomados nos casos de respostas ilegíveis, incompletas, inconsistentes, ambíguas ou insatisfatórias, por qualquer que seja o motivo. O processo de preparação de dados se consistiu em:

- a) Preparar o plano preliminar de análise de dados;
- b) Verificar os questionários;
- c) Editar os dados;

- d) Codificar os dados;
- e) Transcrever os dados;
- f) Depurar os dados;
- g) Ajustar os dados estatisticamente;
- h) Escolher uma estratégia de análise de dados.

3.4.1 Modelagem de Equações Estruturais

A modelagem de equações estruturais (MEE) é uma técnica estatística que oferece a possibilidade para o pesquisador de investigar o quão bem as variáveis independentes (preditoras, observadas, mensuradas, exógenas ou manifestas) explicam a variável dependente (latente, endógena ou constructo) e ainda quais das variáveis independentes são as mais importantes para a formação do constructo, segundo Maruyama (1998). Afirma ainda que o modelo conceitual de MEE especifica as relações entre as variáveis e estima a força (carga) de todas as relações que inicialmente eram hipóteses no esquema teórico.

Em seus estudos, Klem (1995) e Maruyama (1998) afirmam quais os principais resultados que podem ser esperados com a aplicação da MEE, sendo, em primeiro plano, a estimativa da magnitude dos efeitos estabelecidos entre as variáveis dependente e independente, considerando as estimativas condicionadas com o diagrama correto e, em segundo plano, testar se o modelo estudado é consistente com os dados observados.

No estudo de Byrne (1998 *apud* Godoy *et al.*, 2009, p .270), a MEE compreende dois procedimentos para análise, a avaliação de um modelo de medidas ou, em outras palavras, como as variáveis ou indicadores se compõem em um modelo de análise fatorial confirmatória, e a avaliação do modelo de caminhos ou relações causais entre os constructos. A MEE permite o ajuste das escalas para a amostra pesquisada, o que garante maior confiança na interpretação de um modelo já testado. Neste estudo, a fase exploratória foi feita por meio do sistema SPSS e está detalhadamente explicada na seção 4.2. A fase também possibilitou um conjunto de testes mais robustos para a avaliação da qualidade do modelo, como as validades convergente e discriminante.

Hair *et al.* (2014) afirmam que a teoria oferece racionalização para quase todos os aspectos da MEE e é um método de análises confirmatórias guiado mais pela teoria do que por resultados empíricos. Os autores afirmam ainda que a teoria pesquisada é o ponto inicial para a aplicação da MEE, sendo a fundamentação teórica é premissa importante para se obter um resultado sólido. O modelo pode ser apresentado em texto ou em diagrama, o qual é a

visualização gráfica dos caminhos e pode ser entendido como as afirmativas que resumem o conjunto das hipóteses. O modelo deve ter entre cinco e dez respondentes por parâmetro e o número mínimo de elementos que compõem a amostra deve estar entre 100 e 150 indivíduos para uma construção adequada.

Segundo Klem (1995), a MEE inicialmente chamada de análise dos caminhos foi utilizada pela primeira vez em 1918, pelo geneticista Sewall Wright, para as áreas de ciências sociais aplicadas. Essa técnica começou a ser utilizada na década de 1960 por sociólogos, economistas e cientistas políticos em seus estudos.

Com o avanço dos computadores na década de 1970, os sistemas de análise de MEE possibilitaram estudos e abordagens mais complexas, sendo que, atualmente, existem diversos sistemas disponíveis para essa função. Neste estudo, a modelagem de equações estruturais foi feita por meio do sistema SmartPLS, o qual usa o método de Mínimos Quadrados Parciais. Segundo Ringle *et al.* (2014), o sistema vem mostrando robustez e aplicabilidade do modelo na área de pesquisas da área de Marketing e também como justificativa a utilização do SmartPLS porque o modelo é formativo e não reflexivo.

4 RESULTADOS DA PESQUISA

O objetivo desta seção é indicar as etapas das análises realizadas e apresentar os dados obtidos na etapa empírica.

4.1 Caracterização da amostra

Na fase da coleta de dados, foram distribuídos e respondidos 201 questionários em duas universidades brasileiras, sendo a primeira privada, situada na cidade de São Paulo, com cerca de 120 mil alunos e a segunda federal, situada na cidade de Osasco, com cerca de 1.190 estudantes. Do total dos respondentes, 27,9% (n=56) foram descartados por não possuírem planos de saúde; neste caso, é observado que 27,9% (n=56) da amostra é composta por usuários exclusivos do SUS (Sistema Único de Saúde).

A amostra válida foi formada predominantemente por mulheres (n=88; 60,7%), com média geral de idade de 25 anos. Entre os respondentes, 119 (82,1%) alegaram exercer alguma atividade remunerada. O total da amostra válida foi composta de estudantes universitários, dos quais apenas (n=4; 2,8%) possuem pós-graduação.

A maioria dos respondentes (77%; n=67) possui plano de saúde fornecido pela empresa na qual são colaboradores. O restante possui plano de saúde pago integralmente com recursos pessoais.

Do total da amostra, 145 respondentes possuem plano de saúde e tornaram válidas as respostas para a análise dos resultados. Segundo os dados, 11% (n=14) da amostra válida possui mais de um plano de saúde. Dentre o total da amostra válida, 101 respondentes (69,7%) declararam ser titulares de seus planos de saúde, 42 respondentes (29%) declararam ser dependentes e, ainda do total da amostra válida, 103 indivíduos (71%) possuem planos de saúde corporativos, ou seja, subsidiados pelas organizações das quais fazem parte, e 38 respondentes (26,2%) possuem planos de saúde privados, nos quais o cliente é responsável pelo pagamento integral do serviço prestado.

Foram identificados 34 tipos de planos de saúde diferentes para a amostra válida, dentre todos os planos, sendo que 50,3% (n=73) da amostra se concentra em apenas três planos diferentes.

Foi perguntado se os respondentes já tiveram algum tipo de procedimento negado pelo plano de saúde. De acordo com as respostas, 13,1% (n=19) da amostra teve um ou mais de um procedimento negados. Os dados demográficos podem ser vistos em detalhe na Tabela 3.

Tabela 3 - **Dados demográficos.**

Análise demográfica		Nº respondentes	%	% válido	% acumulado
ESCOLARIDADE	Ensino Fundamental	0	0%	2,17%	2,17%
	Ensino Médio	97	66,90%	70,29%	72,46%
	Superior	34	23,45%	24,64%	97,10%
	Pós-graduação	4	2,76%	2,90%	100%
	Total válido	138	93,11%	100%	
	Missing	10	6,89%		
	Total com erro	145	100%		
VÍNCULO EMPREGATÍCIO	Sim	119	82,07%	85,61%	85,61%
	Não	20	13,79%	14,39%	100%
	Total válido	139	95,86%	100%	
	Missing	6	4,14%		
	Total com erro	145	100%		
TIPO DE VÍNCULO	Formal	115	79,31%	95,83%	95,83%
	Informal	5	3,45%	4,17%	100%
	Total válido	120	82,76%	100%	
	Missing	25	17,24%		
	Total com erro	145	100%		
QUANTOS PLANOS POSSUI	1	129	88,97%	90,21%	90,21%
	2	12	8,28%	8,39%	98,60%
	3 ou mais	2	1,38%	1,40%	100%
	Total válido	143	98,62%	100%	
	Missing	2	1,38%		
	Total com erro	145	100%		
TITULAR OU DEPENDENTE	Titular	101	69,66%	70,63%	70,63%
	Dependente	42	28,97%	29,37%	100%
	Total válido	143	98,62%	100%	
	Missing	2	1,38%		
	Total com erro	145	100%		
CORPORATIVO OU PARTICULAR	Plano corporativo	103	71,03%	73,05%	73,05%
	Plano particular	38	26,21%	26,95%	100%
	Total válido	141	97,24%	100%	
	Missing	4	2,76%		
	Total com erro	145	100%		
QUANTIDADE DE PROCEDIMENTOS NEGADOS	0	123	84,83%	86,62%	86,62%
	1	12	8,28%	8,45%	95,07%
	2	6	4,14%	4,23%	99,30%
	5 ou mais	1	0,69%	0,70%	100%
	Total válido	142	97,93%	100%	
	Missing	3	2,07%		
	Total com erro	145	100%		

Fonte: criada pelo autor.

4.2 Análise descritiva

A análise descritiva exploratória foi feita por meio do pacote estatístico científico *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)*, no qual o banco de dados foi calculado e transformado em resultados estatísticos, adequando as escalas estudadas.

4.2.1 Satisfação - resultados

A satisfação declarada pelos respondentes foi ordenada por cada operadora de plano de saúde. Observa-se que a escala Likert foi usada com sete pontos, ancorada entre 1 (representando menor satisfação) e 7 (representando maior satisfação) e que a operadora de plano de saúde com menor pontuação foi a Santa Helena, com 1,5 pontos. As operadoras com maiores pontuações foram Saúde Caixa e Omint, com 7 pontos cada e a satisfação média percebida que indicou 4,74 pontos.

Observamos que apenas três operadoras representam 50,3% (n=73) da amostra, a Sulamérica e a Bradesco Saúde ficaram acima da média de satisfação declarada, e a Amil, que figura em primeiro lugar em número de usuários da amostra com 20,7% (n=30), permaneceu abaixo da média de satisfação declarada.

Foram apontadas operadoras de planos de saúde em todos os níveis de pontuação. A satisfação declarada para cada uma das 34 operadoras de saúde identificadas na pesquisa pode ser observada a Figura10 abaixo.

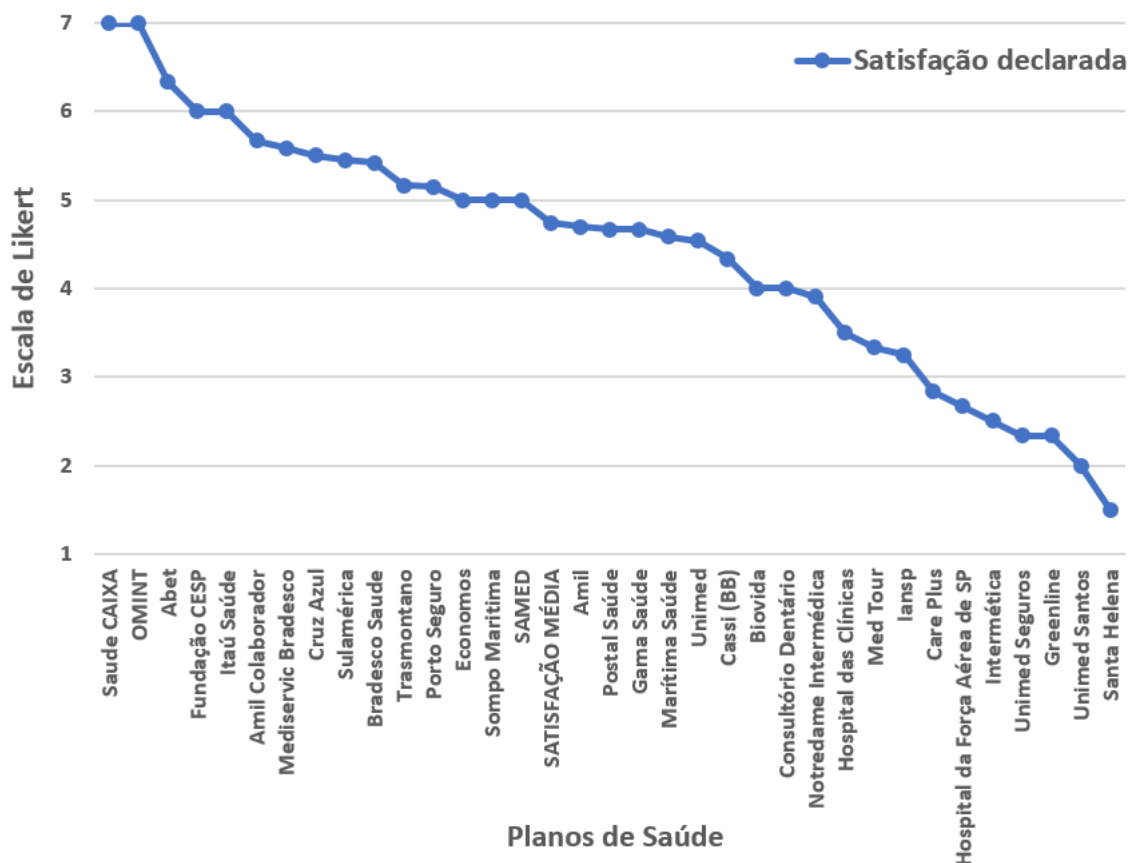


Figura 10 - Gráfico de satisfação.

Fonte: criado pelo autor.

Utilizou-se a rotação Varimax para se obter a solução dos testes. O teste Kaiser Mayer Olkin (KMO) para a escala da satisfação foi de 0,891, indicando ser uma amostra adequada para a análise fatorial exploratória. Segundo Hair *et al.* (2010), esse é o teste ideal para a validação da adequação de distribuição da amostra para a análise fatorial exploratória, sendo a ferramenta mais usada na literatura, e validado quando $> 0,70$. Seguindo com as análises da escala da satisfação, foi feita a limpeza fatorial, eliminando-se o item Satisf10 na primeira rodada por baixa comunalidade (0,469); o item Satisf3 foi eliminado na segunda rodada também por falta de comunalidade (0,396). Na terceira e quarta rodadas, os itens Satisf6 (0,431) e Satisf7 (0,474), respectivamente, também foram eliminados por falta de comunalidade. Na quinta rodada, apesar de todos os itens apresentarem comunalidade alta, foram apresentados em dimensões diferentes, sendo eliminados os itens Satisf5 e Satisf9 por cargas cruzadas, e, finalmente, na sexta rodada, os itens Satisf1, Satisf2, Satisf4, Satisf8, Satisf11 e Satisf12 foram utilizados para formar o constructo da satisfação. Assim todos os itens indicaram comunalidade acima do indicado na literatura ($> 0,50$) e formaram apenas uma dimensão, representando

71,97% da escala, que melhor explica a satisfação. Na Tabela 4, as comunalidades do constructo da satisfação validada podem ser observadas.

Tabela 4 - Comunalidades do constructo da satisfação.

Fator	Inicial	Extração
SATISF1	1	0,788
SATISF2	1	0,723
SATISF4	1	0,753
SATISF8	1	0,727
SATISF11	1	0,682
SATISF12	1	0,645

Fonte: dados da pesquisa, extraídos do sistema SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

As cargas fatoriais da dimensão que formam a satisfação são demonstradas na Tabela 5.

Tabela 5 – Cargas fatoriais do constructo da satisfação.

Fator	Carga fatorial
SATISF1	0,888
SATISF2	0,850
SATISF4	0,868
SATISF8	0,852
SATISF11	0,826
SATISF12	0,803

Fonte: dados da pesquisa, extraídos do sistema SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

A descrição das médias para cada fator do constructo satisfação trouxe informações importantes para o estudo. A afirmativa: “Eu estou satisfeito com o plano de saúde” apresentou maior média (Satisf4 = 4,895) e a afirmativa: “Este foi um dos melhores planos de saúde no qual eu já utilizei” apresentou a menor média do constructo satisfação (Satisf1 = 4,497).

Na Tabela 6, podem ser observados as médias e desvios padrão para o constructo da satisfação dos usuários de planos de saúde.

Tabela 6 - Média e desvio padrão do constructo da satisfação.

Fator	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
SATISF1	143	1	7	4,497	1,939
SATISF2	143	1	7	4,517	1,815
SATISF4	143	1	7	4,895	1,755
SATISF8	141	1	7	4,787	1,776
SATISF11	143	1	7	4,846	1,549

SATISF12 | 142 | 1 | 7 | 4,887 | 1,743

Fonte: dados da pesquisa, extraídos do sistema SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

Por meio do teste t de Student, constatou-se que a amostra observada não possui diferença significativa para o constructo da satisfação declarada pelos usuários entre os planos de saúde corporativos e particulares ($t = -0,364$; significância = 0,170). O mesmo teste t foi executado para os tipos de usuários (titular ou dependente) no constructo da satisfação declarada, não sendo encontrada diferença significativa entre os tipos de usuários ($t = -1,292$; significância = 0,645).

4.2.2 Reatância - resultados

O teste KMO para a escala da reatância foi de 0,70, indicando ser uma amostra adequada para a análise fatorial exploratória. Por meio de nova análise fatorial exploratória, na qual foram eliminados os itens Reat1, Reat2, Reat3, Reat4, Reat6, Reat7, Reat8, Reat9, Reat10, Reat11, Reat14, Reat15, Reat16, Reat17, Reat18, Reat19, Reat20, Reat21, Reat22, Reat23, Reat24, Reat25, Reat26, Reat27 e Reat28 da escala de reatância, quer seja por baixa comunalidade quer seja por elevadas cargas fatoriais cruzadas entre mais de uma dimensão, foi construído o constructo formado pelos itens Reat5, Reat12 e Reat13, representando 72,67% da variância total, que é o que melhor explica a reatância. Na Tabela 7, as comunalidades do constructo da reatância validado podem ser observadas.

Tabela 7 – Comunalidades do constructo da reatância.

Fator	Inicial	Extração
REAT5	1	0,539
REAT12	1	0,814
REAT13	1	0,828

Fonte: dados da pesquisa, extraídos do sistema SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

As cargas fatoriais da dimensão que formam a reatância são demonstradas na Tabela 8

Tabela 8 - Cargas fatoriais do constructo da reatância.

Fator	Carga fatorial
REAT5	0,734
REAT12	0,902
REAT13	0,910

Fonte: dados da pesquisa, extraídos do sistema SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

A descrição das médias para cada fator do constructo reatância trouxe informações importantes para o estudo. A afirmativa “Eu estou muito aberto às soluções dos meus problemas quando vindo dos outros” apresentou a maior média (Reat5 = 3,824) e a afirmativa “Eu costumo aceitar o conselho dos outros” apresentou a menor média do constructo reatância (Reat13 = 3,319). Como observação adicional, os três fatores que compõem o constructo da reatância foram apresentados no questionário de pesquisa em escala invertida. Na Tabela 9, podem ser observados as médias e desvio padrão para o constructo da reatância observada dos usuários de planos de saúde.

Tabela 9 - Média e desvio padrão do constructo da reatância.

Fator	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
REAT5	142	1	7	3,824	1,513
REAT12	141	1	7	3,440	1,485
REAT13	144	1	7	3,319	1,437

Fonte: dados da pesquisa, extraídos do sistema SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

4.3 Validade Convergente e Validade Discriminante do modelo

Após a adequação das escalas na fase exploratória do estudo descritivo, o estudo partiu para as análises confirmatórias dos testes das hipóteses construídas na seção 2.3 desta dissertação. Nessa fase, foi utilizado o sistema SmartPLS que usa o método de mínimos quadrados parciais com o objetivo de obter as validações e resultados da modelagem de equações estruturais.

A variável latente (constructo) é formada pelo conjunto das variáveis manifestas (itens da escala). A variável convergente é o quanto as variáveis manifestas são capazes de medir a variável latente, em outras palavras, o quanto a escala converge para a identificação do constructo, ou o quanto as variáveis se correlacionam positivamente com seus respectivos constructos. Para essa validação, o limite crítico indicado por Chin (1998) é alcançado quando cada variável manifesta apresenta carga superior a 0.50 na constituição da variável latente.

A análise inicial da validade convergente mostrou que todas as variáveis latentes apresentaram cargas superiores ao limite crítico estabelecido pela literatura e, assim, passou-se à análise da validade discriminante.

Usando o critério dos psicometristas Fornell e Laercker (1981), reafirmado por Chin (1998) e Henseler *et al.* (2009), quando a variância média extraída (AVE, *Average Variance Extracted*) para cada constructo (variável latente) é maior que >0,50, admite-se que o modelo

converge a um resultado satisfatório, indicando a validade discriminante do modelo. Observa-se, na Tabela 10, que a raiz quadrada da AVE dos constructos é maior que a correlação do construto analisado com os demais.

A avaliação discriminante da modelagem de equações estruturais indica que os constructos (variáveis latentes) são independentes uns dos outros, ou seja, são diferentes entre si e medem objetos diferentes. Segundo Chin (1998), Hair *et al.* (2010) e Ringle (2014), a melhor maneira de medir a validade discriminante é pelo critério criado por Fornel e Larcker (1981), que afirmam que a raiz quadrada da AVE do constructo “A” deve ser maior que a correlação entre o constructo “A” e “B”. Neste estudo, os constructos reatância e satisfação mediriam diferentes conteúdos. Na Tabela 10, apresenta-se que as raízes quadradas das AVEs dos constructos são maiores que as correlações entre os mesmos, sendo validadas para a análise discriminante do modelo estrutural.

Tabela 10 - Validade discriminante do modelo.

	AVE	Raiz da AVE	Frequência uso	Influência Contratação	Reatância	Satisfação Plano	Tipo Plano Corporativo X Particular	Procedimentos Negados
Frequência uso	1	1	1					
Influência Contratação	1	1	0,149	1				
Reatância	0,716	0,846	-0,174	-0,324	0,846			
Satisfação Plano	0,732	0,856	0,438	0,227	-0,286	0,856		
Tipo Plano Corporativo X Particular	1	1	0,140	0,126	0,064	0,003	1	
Procedimentos Negados	1	1	-0,009	0,182	-0,194	-0,122	0,068	1

Fonte: criada pelo autor.

Nota: A diagonal destacada em cinza representa a raiz quadrada da AVE do construto.

4.3.1 Indicadores gerais de ajuste do modelo

Para avaliar se a amostra não possui nenhum viés e se os resultados obtidos são confiáveis, foram utilizados os indicadores Alfa de Cronbach e Confiabilidade Composta. Conforme orientado por Hair *et al.* (2014) e Chin e Newsted (1999), os valores acima de 0,70 (>0,70) são considerados satisfatórios para estes indicadores. Observa-se, na Tabela 11, que o

Alfa de Cronbach e Confiabilidade Composta são maiores que 0,70 para cada um dos constructos, garantindo a validade da amostra.

A primeira análise do modelo estrutural consiste na avaliação dos coeficientes de determinação de Pearson ou R^2 , que é a porção da variância dos fatores explicada pelo modelo estrutural. Segundo Cohen (1988), para estudos na área de ciências sociais aplicadas, o $R^2=2\%$ é classificado como efeito pequeno, $R^2=13\%$ como efeito médio e $R^2=26\%$ como efeito grande. A Tabela 11 demonstra o R^2 dos constructos reatância e satisfação, nos quais os percentuais foram classificados, neste estudo, como efeito médio para a reatância (10,5%) e efeito grande para a satisfação (28,14%). Assim como na análise descritiva inicial, a comunalidade também foi validada na fase exploratória do estudo, com os índices $>0,70$.

Todos os indicadores ficaram nos parâmetros necessários para uma boa validação da modelagem de equações estruturais e podem ser observados na Tabela 11:

Tabela 11 - Modelagem de Equações Estruturais.

	AVE	Confiabilidade composta	R^2	Alfa de Cronbach	Comunalidade	Redundância
Frequência uso	1	1		1	1	
Influência Contratação	1	1		1	1	
Reatância	0,716	0,883	0,105	0,798	0,716	0,072
Satisfação Plano	0,732	0,942	0,281	0,927	0,732	0,137
Tipo Plano Corporativo X Particular	1	1		1	1	
Procedimentos Negados	1	1		1	1	

Fonte: criada pelo autor.

Nota: Segundo Chin e Newsted (1999), os valores críticos – AVE e Comunalidade $> 0,50$; Confiabilidade Composta e Alfa de Cronbach $> 0,70$ e redundância $< 0,70$.

4.4 Modelagem de equações estruturais

O modelo estrutural foi testado por meio da estimação dos mínimos quadrados parciais (*partial least square* – PLS), com o uso do *software* estatístico SmartPLS 2.0, que indicou as cargas e caminhos. A Figura 11 demonstra todos os relacionamentos.

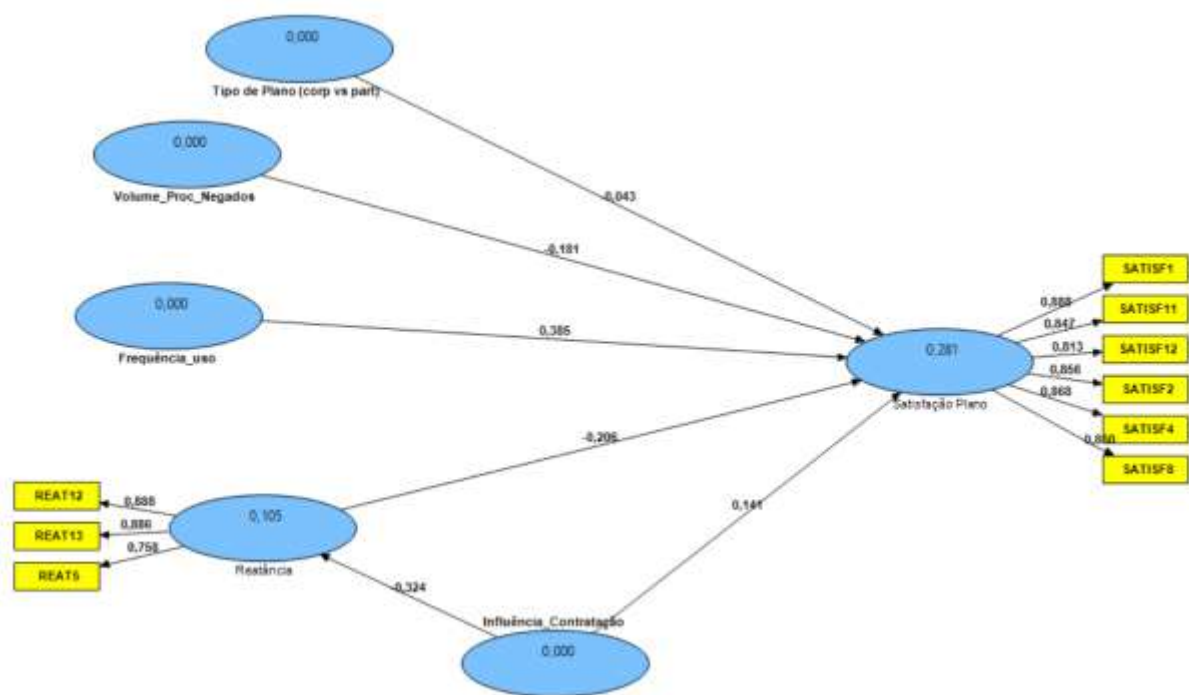


Figura 11 - Modelo estrutural ajustado.

Fonte: criado pelo autor por meio do sistema SmartPLS.

Foi realizado o procedimento de reamostragem *bootstrap*, no qual os coeficientes dos caminhos da amostra original foram comparados com as médias de 200 sub-amostras, contendo 101 observações cada, sendo usado para detectar a presença de grupos dentro dos dados que foram controlados. Conforme apresentado no estudo de Ringle *et al.* (2014), os valores do teste t indicam correlações significantes; em outras palavras, rejeitando o H_0 (hipótese diferente de zero) ou não significantes quando não há relação apresentada, sendo que os valores do teste t são significantes quando estão acima de 1,96. O estudo ainda afirma que os valores do teste t também podem ser encontrados no relatório gerado pelo cálculo *bootstrapping*, que permite também a interpretação dos coeficientes de cada caminho (carga Γ). Como apresentado na Tabela 12, o modelo estrutural apresentou relações significantes e não significantes nos caminhos estruturais, podendo ter relações positivas ou negativas.

Tabela 12 – Teste de hipóteses.

Hipóteses	Relacionamento esperado (+)	Carga original	Carga <i>bootstrap</i> 200 repetições	Erro padrão	Teste t	p-value
H1	Frequência uso -> Satisfação Plano	$\Gamma = 0,385$	0,395	0,064	6,044	$p < 0,01$
H2	Influência Contratação -> Resistência	$\Gamma = -0,324$	-0,324	0,091	3,559	$p < 0,01$

H3	Influência Contratação -> Satisfação Plano	$\Gamma = 0,141$	0,139	0,078	1,820	$p < 0,10$
H4	Reatância -> Satisfação Plano	$\Gamma = -0,205$	-0,206	0,074	2,795	$p < 0,01$
H5	Tipo de Plano (corporativo x particular) -> Satisfação Plano	$\Gamma = -0,043$	-0,068	0,048	0,899	$p = n.s.$
H6	Procedimentos Negados -> Satisfação Plano	$\Gamma = -0,181$	-0,170	0,079	2,303	$p < 0,5$

Fonte: criada pelo autor.

Nota: Limites críticos para o teste t: $2.53 = p < 1\%$; $1.96 = p < 5\%$; $1.65 = p < 10\%$.

Como apresentado na Tabela 12, a análise das cargas *bootstrap* demonstram as significâncias dos caminhos das hipóteses. O modelo estrutural demonstrou que há relações positivas, negativas, significantes e não significantes no modelo estudado. Entre a frequência de uso e a satisfação percebida pelos usuários de planos de saúde, a relação é positiva e significativa ($\Gamma = 0,385$; $t = 6,044$ $p < 0,01$). Quanto à influência dos usuários na contratação do plano de saúde e a reatância observada a relação é negativa e significativa ($\Gamma = -0,324$; $t = 3,559$ $p < 0,01$). Sobre a influência dos usuários na contratação do plano de saúde e a satisfação percebida pelos usuários de planos de saúde a relação é positiva e significativa ($\Gamma = 0,141$; $t = 1,820$ $p < 0,10$). Quanto à reatância observada e a satisfação percebida pelos usuários de planos de saúde a relação é negativa e significativa ($\Gamma = -0,205$; $t = 2,795$ $p < 0,01$). Sobre o tipo de plano de saúde (corporativo versus particular) e a satisfação percebida pelos usuários de planos de saúde a relação é não significativa, ou seja, não há relação entre os itens ($\Gamma = -0,043$; $t = 0,899$ $p < n.s.$) e, finalmente, quanto aos procedimentos negados pelos planos de saúde e a satisfação percebida pelos usuários de planos de saúde a relação é negativa e significativa ($\Gamma = -0,181$; $t = 2,303$ $p < 0,5$).

Assim, confirmou-se a Hipótese 1, que previa a relação positiva entre a frequência de uso e a satisfação declarada pelo usuário, ou seja, quanto maior a frequência de uso, maior a satisfação declarada pelo usuário. Esse resultado demonstra que entre os planos de saúde que têm altas taxas de utilização, há maiores chances de se ter um cliente satisfeito. Neste caso, não necessariamente o usuário precisa recorrer ao pronto atendimento ou à emergência para ter altas taxas de utilização, e sim frequentar programas de combate e prevenção de doenças, assim como de vida saudável, propostos pelo próprio plano de saúde.

Quanto à Hipótese 2, demonstrou-se existir relação negativa entre a influência na contratação e o nível de reatância observada pelos usuários, ou seja, quanto menor a influência na contratação, maior a reatância observada, o que confirmou os pressupostos teóricos da reatância psicológica de Brehm (1966 *apud* Dowd *et al.*, 1991, p. 541), pois o indivíduo, quando

se encontra em uma situação de obrigação, reage negativamente à essa situação, elevando o nível de reatância. Encontrando a contribuição para a prática, segundo os resultados desta pesquisa, os gestores dos planos de saúde devem aproximar os usuários das suas empresas, mesmo que tenham sido contratados por outros indivíduos ou até mesmo impostos pela organização profissional ou de classe da qual o usuário faz parte. Assim, o objetivo é gerar uma relação colaborativa entre o usuário e o plano de saúde, o que é também apoiado na teoria de Brehm (1966 *apud* Dowd *et al.*, 1991, p. 541).

A Hipótese 3 demonstrou relação positiva e significativa entre a influência na contratação e a satisfação percebida pelo usuário, comprovando ser verdadeira a hipótese construída com base no estudo de Knowles e Linn (2004) sobre reatância psicológica, que afirma se tratar da resistência às influências ou suas tentativas de influências. O resultado também vai ao encontro do estudo sobre satisfação e o poder de decisão dos consumidores de Fitzsimons (2000).

A Hipótese 4, inicialmente construída com base em estudo de Fitzsimons (2000), que se apoiou na teoria de reatância psicológica de Brehm (1966 *apud* Fitzsimons, 2000, p. 4), em estudo sobre a satisfação e reação dos consumidores americanos quando da ausência de estoques para consumo, comprova o relacionamento negativo e significativo entre a reatância observada pelo usuário e a sua satisfação percebida.

A Hipótese 5, construída com base empírica, não foi comprovada na pesquisa, ou seja, não se demonstrou relação entre o tipo de plano (corporativo ou particular) e a satisfação percebida pelo usuário, sendo não significativa. Avançando na contribuição para a prática, existem grandes evidências de que os gestores dos planos de saúde não devem separar em *clusters* diferentes os usuários dos planos de saúde corporativos ou privados, quanto ao ponto de vista da satisfação declarada por esses indivíduos.

As teorias da reatância e satisfação estudadas neste trabalho foram comprovadas pela Hipótese 6, que demonstrou relação negativa e significativa, sendo que quanto maior o índice de procedimentos negados, menor a satisfação percebida pelos usuários. A Hipótese 6 chama a atenção para a contribuição para a prática, pois há indícios que os gestores e profissionais do setor devem aprimorar os processos que levam à negação de procedimentos para os usuários, na tentativa de tornar essa delicada relação cada vez mais transparente e colaborativa para ambos, o que vai ao encontro do estudo de Scheffer (2013), que expõe os problemas que a judicialização traz tanto para os usuários quando para os planos de saúde, e ainda do grande impacto financeiro gerado por essa questão.

5 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Resgatando a questão inicial proposta para o estudo, conforme contextualizado no tema proposto, relevância e objeto, foi estabelecida a seguinte pergunta de pesquisa: **qual a relação entre reatância e a satisfação dos consumidores dos serviços de planos de saúde?**

Os objetivos iniciais da proposição deste estudo também são resgatados, sendo que o objetivo principal é **identificar os efeitos da reatância dos consumidores com relação a sua satisfação.**

Além do objetivo principal, foram elencados os objetivos secundários para a pesquisa:

- a) Entende-se que existe diferença na avaliação de usuários de planos de saúde corporativos versus particulares;
- b) Há relação entre a frequência de uso e satisfação declarada do usuário;
- c) Acredita-se que existem relações entre a influência na contratação, reatância observada e satisfação declarada pelo usuário;
- d) Identificar a de relação entre a quantidade de procedimentos negados e a satisfação do usuário.

Como contribuição para os gestores, há indícios de que estes não devem se preocupar com o tipo de plano de saúde (corporativo x particular), pois não há diferença significativa na satisfação dos usuários entre estes dois tipos de plano. O importante é ter um alto nível de qualidade no atendimento, relação próxima, relativamente sutil e colaborativa entre os usuários e o plano de saúde, aproximando ambos, criando programas de combate e prevenção de doenças, assim como estímulos para uma vida mais saudável e equilibrada de seus usuários e familiares. Dessa forma, os planos podem aumentar a frequência de uso de maneira benéfica para si e para o próprio usuário, terem sempre os indicadores de satisfação dos usuários em níveis satisfatórios, e o controle dos procedimentos e processos negados para os usuários, mantendo estes níveis baixos e, quando houver a necessidade de inibir o uso por motivos contratuais, demonstrar de forma transparente as razões pelas quais foi preciso haver a negação, embasados nos critérios estabelecidos pela ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) e OMS (Organização Mundial da Saúde). Esses novos comportamentos demonstram a preocupação que os planos de saúde têm com os seus usuários e a sua saúde.

As contribuições acadêmicas deste trabalho foram relevantes, pois este é um estudo inédito que relaciona a reatância e a satisfação dos usuários no objeto de planos de saúde.

Reconhecendo as limitações deste estudo, devem ser considerados a amostra não probabilística, o corte transversal único da *survey*, a adaptação de escalas já validadas, porém nunca pré-testadas, para este contexto junto à especialistas. Com isso, não é possível generalizar os resultados desta pesquisa para outras realidades, o estudo possui alta validade interna.

Sugerindo recomendações para estudos futuros, outros pesquisadores podem buscar grupos de amostras exclusivas para cada plano de saúde, comparando os tipos de planos de saúde (corporativo e particular), aplicar uma amostra probabilística para o tema reatância e satisfação dos usuários de planos de saúde e pré-testar as escalas de reatância e satisfação para o objeto de planos de saúde e construir estudos com cortes longitudinais.

REFERÊNCIAS

- Agência Nacional de Saúde Suplementar. A ANS: quem somos. Recuperado em 01 de abril, 2016, de <http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos>.
- Anderson, E. W. (1998). Customer satisfaction and word of mouth. *Journal of service research*, 1 (1), 5-17.
- Arnou, B. A., Manber, R., Blasey, C., Klein, D. N., Blalock, J. A., Markowitz, J. C., Rothbaum, B. O., Rush, A. J., Thase, M. E., Riso, L. P., Vivian, D., McCullough, J. P., Jr. & Keller, M. B., (2003). Therapeutic reactance as a predictor of outcome in the treatment of chronic depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71 (6), 1025.
- Brehm, S. S., & Brehm, J.W. (1981). *Psychological reactance: A theory of freedom and control*. New York: Academic Press.
- Chin, W. W. (1998). The partial least squares approach to structural equation modeling. *Modern methods for business research*, 295 (2), 295-336.
- Chin, W. W., & Newsted, P. R. (1999). *Structural Equation Modelling Analysis with Small Samples Using Partial Least Squares*. In: R. H. Hoyle (Ed.), *Statistical strategies for small sample research* (307–341). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Clee, M. A., & Wicklund, R. A. (1980). Consumer behavior and psychological reactance. *Journal of Consumer Research*, 389-405.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2nd ed. Hillsdale, MI, USA: Lawrence Erlbaum.
- Dowd, E. T., Milne, C. R., & Wise, S. L. (1991). The Therapeutic Reactance Scale: A measure of psychological reactance. *Journal of Counseling and Development*, 69 (6), 541-545.
- Filho, O. P. (2004). *A Percepção de Valor do Consumidor Frente ao Recall de Veículos no Brasil: Um Estudo Exploratório em São Paulo*. Dissertação de Mestrado, Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas: São Paulo, SP, Brasil.
- Fitzsimons, G. J. (2000). Consumer response to stockouts. *Journal of consumer research*, 27 (2), 249-266.
- Fornell, C., & Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of marketing research*, 39-50.
- Furse, D. H., Burcham, M. R., Rose, R. L., & Oliver, R. W. (1994). Leveraging the value of customer satisfaction information. *Marketing Health Services*, 14 (3), 16.
- Gerschman, S., Veiga, L., Guimarães, C., Ugá, M. A. D., Portela, M. C., Vasconcellos, M. M., Barbosa, P. R. & Lima, S. M. L. (2007). Estudo de satisfação dos beneficiários de

- planos de saúde de hospitais filantrópicos. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (2), 487-500.
- Godoy, A. S., Antonello, C. S., Bido, D. S., & Silva, D. D. (2009). O desenvolvimento das competências de alunos formandos do curso de Administração: um estudo de modelagem de equações estruturais. *Revista de Administração da USP*, 44 (3), 265-278.
- Gouveia, G. C., de Souza, W. V., Luna, C. F., Szwarcwald, C. L., & de Souza Júnior, P. R. B. (2011). Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no estado de Pernambuco, Brasil, 2005. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (3), 1849-1861.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis*. Upper Saddle River, NJ, USA: Pearson College Division.
- Hair, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C., & Sarstedt, M. (2014). *A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM)*. Los Angeles, CA, USA: Sage Publications.
- Henseler, J., Ringle, C. M., & Sinkovics, R. R. (2009). The use of partial least squares path modeling in international marketing. *Advances in international marketing*, 20 (1), 277-319.
- Klem, L. Path Analysis. In: Grimm, L. G., & Yarnold, P. R. (1995). *Reading and understanding multivariate statistics*. Washington, DC, USA: American Psychological Association.
- Knowles, E. S., & Linn, J. A. (Eds.). (2004). *Resistance and persuasion*. Psychology Press. Mahwah, NJ, USA: Lawrence Erlbaum Associates.
- Lei n 9.656, de 03 de junho de 1998 (1998). Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF. Recuperado em 01 de abril, 2016 de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm.
- Machado, N. P., & Nogueira, L. T. (2008). Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 12 (5), 401-8.
- Malhotra, N. K. (2010). *Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada*. Porto Alegre: Bookman.
- Marchetti, R., & Prado, P. H. (2001). Um tour pelas medidas de satisfação do consumidor. *Revista de administração de empresas*, 41 (4), 56-67.
- Marcondes, L. P., Lopes, E. L., da Silva, D. & Gabriel, M. L. D. S. (2014). O Efeito das Estratégias Persuasivas (Alpha e Ômega) nas mensagens publicitárias na Intenção de Consumo de Álcool pelos Jovens. *Revista de Administração da UNIMEP*, 12 (1), 129-158.
- Maruyama, G. M. (1998). *Basics of structural equation modeling*. Londres, UK: Sage Publications.
- Mazis, M. B., Settle, R. B., & Leslie, D. C. (1973). Elimination of phosphate detergents and psychological reactance. *Journal of Marketing Research*, 390-395.

- Milan, G. S., & Trez, G. (2005). Pesquisa de satisfação: um modelo para planos de saúde. *RAE eletrônica*, 4 (2).
- Nelson, E. C., Rust, R. T., Zahorik, A., & Rose, R. L. (1992). Do patient perceptions of quality relate to hospital financial performance? *Marketing Health Services*, 12 (4), 6.
- Oliver, R. L. (2014). *Satisfaction: A behavioral perspective on the consumer*. New York: Routledge.
- Palma, J. J. L. da (Coord.). (2006). *Painel de Indicadores do SUS*. Brasília: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa / Ministério da Saúde.
- Piva, L. C., Fumagalli, L. A. W., Baptista, P. D. P., & da Silva, W. V. (2007). Relação entre satisfação, retenção e rentabilidade de clientes no setor de planos de saúde. *Revista de Ciências da Administração*, 9 (19), 54-80.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior research methods*, 40 (3), 879-891.
- Porter, M., & Kramer, M. R. (2006). Estrategia y sociedad. *Harvard business review*, 84 (12), 42-56.
- Rafael, D. N., & Lopes, E. L. (2015). Validação de uma ferramenta estatística para mensurar a influência da responsabilidade social corporativa na lealdade e satisfação dos consumidores de operadoras de saúde da cidade de São Paulo. In *IV Simpósio Internacional de Gestão de Projetos, Inovação e Sustentabilidade*. São Paulo: Universidade Nove de Julho.
- Ringle, C. M., Silva, D. D., & Bido, D. (2014). Structural Equation Modeling with the Smartpls. *Remark: Revista Brasileira de Marketing*, 13(2).
- Rodrigues, A. (1968). Efeitos de Reatância Psicológica e Redução de Dissonância sob Diferentes Condições de Liberdade e Escolha. In *XX Reunião da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência*. São Paulo: Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada.
- Rust, R. T., Lemon, K. N., & Zeithaml, V. A. (2004). Return on marketing: Using customer equity to focus marketing strategy. *Journal of marketing*, 68 (1), 109-127.
- Salvatori, R. T., & Ventura, C. A. A. (2012). A agência nacional de saúde suplementar - ANS: onze anos de regulação dos planos de saúde. *Organizações & Sociedade*, 19 (62), 471-487.
- Santos, R. C. (2008). Um estudo sobre o valor e a reatância nas reações dos consumidores brasileiros frente ao recall de produtos (Relatório de Pesquisa), São Paulo, SP, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas.
- Scheffer, M. (2013). Coberturas assistenciais negadas pelos planos e seguros de saúde em ações julgadas pelo Tribunal de Justiça do estado de São Paulo. *Revista de Direito Sanitário*, 14 (1), 122-131.

Tibúrcio, D. R. (2013, outubro/dezembro). A regra do objeto exclusivo na saúde suplementar. *Revista da Advocacia Geral da União*, 12 (38), 94-112.

As citações contidas no texto e na listagem de referências foram automatizadas por meio do software Zotero.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO DE PESQUISA APLICADO

Inicialmente eu gostaria de agradecer por sua disponibilidade em participar desta pesquisa que tem como objetivo identificar sua opinião sobre seu plano de saúde atual.

Serão necessários aproximadamente 10 minutos para concluir o questionário. Porém, demande o tempo que achar necessário para expressar a sua opinião, lembrando que neste caso não existem respostas corretas ou incorretas e que todas as respostas serão analisadas somente para fins de pesquisa e tratadas no mais absoluto sigilo. Desta forma, é esperado que você seja o mais sincero (a) possível.

Novamente, agradeço por sua disponibilidade.

Diego Rafael – Mestrando Profissional em Administração da Universidade Nove de Julho.

Preencha as questões alternativas com um (X) e as questões graduais assinalando com X um dos quadros entre 1 e 7, onde 1 significa que você discorda totalmente e 7 que você concorda totalmente, levando em conta que a sua posição também pode ser intermediária entre os pontos.

Questões Pessoais

1. Você possui algum tipo de plano de saúde?

() SIM () NÃO

2. Caso possua plano de saúde, quantos você possui?

() 1 () 2 () 3 OU MAIS

3. Caso possua plano de saúde, em qual situação você se enquadra **(a partir de agora, se refira sempre ao plano de saúde que mais utiliza)?**

() TITULAR () DEPENDENTE

4. Caso possua plano de saúde, em qual situação ele se enquadra?

- ☐ Plano de saúde corporativo (oferecido e subsidiado pelas empresas para os colaboradores e seus familiares);
☐ Plano de saúde particular (escolhido livremente e pago com recursos próprios).

5. Caso possua plano de saúde, qual é o nome da operadora de saúde (empresa)?

Resposta: _____

6. Caso possua plano de saúde, qual é o nível de cobertura (Por exemplo: Nacional, Internacional, Ouro, Prata, Bronze, Máster, Plus, Standard)?

Resposta: _____

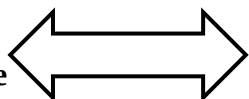
7. Quantos exames, procedimentos, próteses ou materiais cirúrgicos você já teve negado pelo plano de saúde no último ano?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 OU MAIS

8. Você possui alguma doença crônica ou faz algum tratamento contínuo?

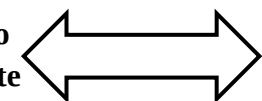
☐ Não ☐ Sim Qual (is): _____

Afirmativas Pessoais

Discordo totalmente  Concordo totalmente

Afirmativas	1	2	3	4	5	6	7
Eu utilizo muito o meu plano de saúde.							
Eu influenciei fortemente na contratação do meu plano de saúde.							
Este foi um dos melhores planos de saúde no qual eu já utilizei.							
O plano de saúde é exatamente o que eu preciso.							
O plano de saúde não funciona tão bem quanto deveria.							
Eu estou satisfeito com o plano de saúde.							
Às vezes eu não sei se devo continuar utilizando o plano de saúde.							
Minha escolha em usar o plano de saúde foi acertada.							
Se eu pudesse escolher novamente, eu escolheria utilizar outro plano de saúde.							
Eu realmente estou gostando do plano de saúde.							
Eu me sinto culpado por ter decidido utilizar o plano de saúde.							
Eu não estou feliz por estar utilizando o plano de saúde.							
Ser cliente do plano de saúde tem sido uma experiência agradável.							

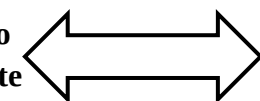
Discordo
totalmente



Concordo
totalmente

Afirmativas	1	2	3	4	5	6	7
Eu estou certo de que fiz a escolha correta quando me tornei cliente do plano de saúde.							
Eu não me incomodo em mudar meus planejamentos porque alguém no grupo quer fazer outra coisa.							
Eu não me importo quando outras pessoas me dizem o que fazer.							
Se alguém me pede um favor, eu penso duas vezes sobre o que esta pessoa realmente quer.							
Eu não sou muito tolerante com as tentativas dos outros em me convencer.							
Eu estou muito aberto às soluções dos meus problemas quando vindo dos outros.							
Eu não me importo em fazer alguma coisa para alguém, mesmo quando eu não sei por que estou fazendo isso.							
Se eu receber um prato frio em um restaurante, eu faço questão de reclamar sobre isso.							
Eu tenho um forte desejo de manter a minha liberdade pessoal.							
Em discussões, eu sou facilmente persuadido pelos outros.							
Às vezes, eu tenho receio de discordar dos outros.							
Eu gosto de debates com outras pessoas.							
Eu frequentemente aceito as sugestões dos outros.							
Eu costumo aceitar o conselho dos outros.							
Eu acredito que seja melhor defender o que eu acredito do que ficar em silêncio.							

Discordo
totalmente



Concordo
totalmente

Afirmativas	1	2	3	4	5	6	7
Eu gosto de me passar por "advogado do diabo" sempre que posso.							
Nada me estimula tanto quanto um bom argumento!							
Eu tenho muita opinião.							
É importante eu estar em uma posição de poder perante os outros.							
Eu gosto de confrontar as pessoas que pensam que tem razão.							
Eu me considero mais competitivo do que cooperativo.							
Eu sou muito teimoso e firme nos meus pensamentos.							
Eu não gosto quando autoridades procuram me dizer o que fazer.							
Eu me vejo muitas vezes questionando autoridades.							
Eu gosto de ver mais alguém fazer alguma coisa que nenhum de nós deveria fazer.							
Seria melhor ter mais liberdade para fazer o que eu quero no trabalho.							
Se me obrigarem a fazer algo, muitas vezes eu faço o oposto.							
De fato, me incomoda quando os policiais impõem às pessoas o que fazer.							
É muito importante que eu me dê bem com as pessoas com quem trabalho.							

Questões Demográficas

1. Sexo: ☐ M ☐ F
2. Idade: _____
3. Escolaridade: ☐ Ensino fundamental completo ☐ Ensino médio completo ☐ Ensino superior completo ☐ Pós-graduação completa
4. Possui renda proveniente de trabalho? Se sim, de trabalho formal ou informal?
 ☐ Sim ☐ Não
 ☐ Formal ☐ Informal

Caso o respondente deseja receber o resultado desta pesquisa no futuro, deixe o seu e-mail de contato.

E-mail: _____

Segue o e-mail de contato para quaisquer dúvidas ou sugestões. Contato: diego_dnr@hotmail.com

Mais uma vez, agradeço pela atenção e tempo dispensados.