PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO

LUCIANA CLÁUDIA PIVA

RELAÇÃO ENTRE A ADOÇÃO DE PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS E A PERCEPÇÃO DE VALOR PARA CLIENTES DE PLANO DE SAÚDE

CURITIBA – PARANÁ
2008

LUCIANA CLÁUDIA PIVA

RELAÇÃO ENTRE A ADOCÃO DE PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS E A PERCEPÇÃO DE VALOR PARA CLIENTES DE PLANO DE SAÚDE

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Administração da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, área de concentração em Administração Estratégica, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Administração, sob a orientação do Prof. Dr. Paulo de Paula Baptista.

CURITIBA – PARANÁ

2008

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central

P693r
2008

Piva, Luciana Cláudia
Relação entre a adoção de práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças e a percepção de valor para clientes de plano de saúde / Luciana Cláudia Piva / orientador, Paulo de Paula Baptista. -- 2008.
124 f. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2008
Bibliografia: f. 101-113

1. Promoção da saúde. 2. Seguro-saúde - Administração. 3. Doenças - Prevenção. 4. Seguro-saúde - Clientes - Lealdade. 5. Seguro-saúde - Serviços - Qualidade. I. Baptista, Paulo de Paula. II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Administração. III. Título.

CDD 20. ed. – 613

LUCIANA CLÁUDIA PIVA

RELAÇÃO ENTRE A ADOCÃO DE PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇAS E A PERCEPÇÃO DE VALOR PARA CLIENTES DE PLANO DE SAÚDE

BANCA EXAMINADORA:

_____

Prof. Dr. Paulo de Paula Baptista – Orientador
(Presidente da Banca Examinadora - PUCPR)

_____

Prof. Dr. Paulo Henrique Müller Prado
(2º Examinador - UFPR)

_____

Prof. Dr. Wesley Vieira da Silva
(3º Examinador - PUCPR)

CURITIBA – PARANÁ

2008

DEDICATÓRIA

Para **Mariana**, minha filha, minha inspiração nesta vida.

Para **Sílvia**, minha mãe, meu exemplo de ser humano.

Para **Claudino e Ciça**, meu pai e minha irmã, amores que transcendem esta existência.

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Paulo de Paula Baptista pelo extenso trabalho de orientação deste estudo e pelo aprendizado que me proporcionou.

Ao Prof. Dr. Wesley Vieira da Silva pelo aprendizado em métodos quantitativos e pelo auxílio em algumas estatísticas desta pesquisa.

Ao Prof. Dr. Paulo Prado pelas sugestões na banca de qualificação.

A Hamilton Leal Jr. pelo apoio e abertura da sua empresa a este trabalho.

A Luzilma Martins pelas preciosas contribuições em PSPD.

A Marins Ferreira e Givanildo Costa pela ajuda na coleta dos dados da empresa.

As equipes de Gerenciamento de Riscos, Programa Você com Saúde nas Empresas, Gerenciamento de Casos, Comunicação e Marketing de Relacionamento da Paraná Clínicas, pelo apoio em diversas etapas da pesquisa.

A equipe de Pessoas e Processos de Gestão da Paraná Clínicas, pelo apoio.

A empresa Tony Pesquisa pelo trabalho de campo.

Aos amigos Felipe Belão Iubel, Luis André Wernecke Fumagalli, Anderson Ravanello e Neimar Filipon pelo convívio durante o curso todo.

A Marisol Barato pelo suporte que a sua amizade me dá em todos os momentos.

A Wilson Vedolin Filho, pela proteção.

A Silvia Piva, Daniel Piva, Kleide Longhi e Laira Longhi Piva pelo incentivo, apoio e amor que sempre me deram e me dão.

A Mariana Piva Ferreira pelo seu amor, mas principalmente pela compreensão nas minhas ausências.

Ao Senhor, meu Deus, todo poderoso.

RESUMO

As práticas de Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças (PSPD) vêm sendo aplicadas como alternativa para os desafios de sustentabilidade econômica e de geração de valor ao cliente das organizações da saúde. Seus resultados tendem a uma diminuição de custos para o sistema e o aumento do valor em saúde para o cliente. Assim, neste trabalho, busca-se avaliar a relação entre a adoção de práticas de PSPD pelo usuário final de uma operadora de planos de saúde corporativos na cidade de Curitiba-Pr e o valor percebido por este cliente no seu relacionamento com esta operadora. A operadora escolhida tem desenvolvido programas de PSPD há cinco anos. Assim, foi utilizada uma amostra de usuários fortemente exposta a ações de PSPD no período de janeiro/2006 a dezembro/2007. Foram identificados níveis de adoção das práticas de PSPD correlacionado-as aos resultados em percepção de valor, qualidade, satisfação, lealdade e rentabilidade. Os achados demonstram que o valor percebido pelo cliente é maior no grupo de clientes praticantes de PSPD do que no de não praticantes. Além disso, confirmou-se que o valor percebido e a dimensão de tangibilidade da qualidade percebida interferem na satisfação do cliente. Valor percebido e satisfação impactam ainda na lealdade dos clientes. Adicionalmente verificou-se que os clientes que vinham sendo acompanhados sistematicamente pela empresa mostraram maiores níveis de valor percebido, satisfação e lealdade. Os resultados encontrados podem auxiliar organizações da saúde a otimizarem seus investimentos no relacionamento com o cliente.

PALAVRAS-CHAVE: saúde, qualidade de serviços, valor percebido, lealdade.

ABSTRACT

Health promotion and disease prevention practices (HPDP) have been applied as one kind of alternative for the economic sustainability challenges that health organizations go through nowadays. The results of these practices tend to be decreasing costs for the health system and increasing value of health for the costumer. Focused on those health system issues, this study developed an assessment about the relation between the adoption of HPDP practices by the costumer and his/her value perception of your relationship with de health plan organization. This research has used a health plan organization located in Curitiba-Pr that has been developing HPDP programs over the last 5 years. A sample of consumers that were heavily exposed to HPDP activities during January/2006 and December/2007 was extracted. Levels of HPDP adoption were identified for different groups of users. One group was classified as “adopting” and the other one as “not adopting”. These groups were then correlated to the results in value perception, quality, satisfaction, loyalty and profitability. The findings showed that the adopting group had a higher assessment of value perception than the non adopting group. Moreover, the study confirmed that both value perception and the aspect of tangibility of perceived quality had an impact on costumer satisfaction. The constructs of perceived value and satisfaction even impacted on costumer loyalty. Additionally this study verified that consumers accompanied systematically by the health plan obtained higher levels of value perception, satisfaction and loyalty. The results of this research may help health organizations to optimize their costumer relationship investments.

KEY WORDS: health, service quality, value perception**,** loyalty

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Representação do Sistema de Saúde Privado..... 02
Figura 2: Dimensões da Saúde Ótima..... 31
Figura 3: *Continuum* da Saúde..... 32

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Custos monetários e não-monetários na adoção de práticas de PSPD..... 36
Quadro 2 – Benefícios na adoção de práticas de PSPD..... 37
Quadro 3 – Variáveis de PSPD..... 45
Quadro 4 – Escala do Construto VPC..... 46
Quadro 5 – Escala do Construto QP..... 47
Quadro 6 – Valores Numéricos da Escala Intervalar de 10 Pontos..... 48
Quadro 7 – Escala do Construto Satisfação..... 49
Quadro 8 – Escala do Construto Lealdade..... 50

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Sexo..... 60
Tabela 2: Faixa Etária..... 61
Tabela 3: Tipo Plano..... 61
Tabela 4: Tempo no Plano..... 62
Tabela 5: Participação na Mensalidade do Plano..... 63
Tabela 6: Usuários Acompanhados pela Operadora..... 63
Tabela 7: Perfil de Adoção de Práticas de PSPD..... 65
Tabela 8: Praticantes..... 66
Tabela 9: Valor Percebido – Análise Estatística Descritiva..... 66
Tabela 10: Valor Percebido – Análise Estatística Descritiva por faixa de participação na mensalidade..... 67
Tabela 11: Análise Fatorial – Valor Percebido..... 68
Tabela 12: Qualidade Percebida – Tangibilidade..... 69
Tabela 13: Qualidade Percebida – Confiabilidade..... 69
Tabela 14: Qualidade Percebida – Empatia..... 70
Tabela 15: Qualidade Percebida – Segurança..... 70
Tabela 16: Qualidade Percebida – Específica da Saúde..... 71
Tabela 17: Qualidade Percebida – Presteza..... 72
Tabela 18: Análise fatorial – Qualidade Percebida – Tangibilidade..... 73
Tabela 19: Análise fatorial – Qualidade Percebida – Confiabilidade..... 73
Tabela 20: Análise fatorial – Qualidade Percebida – Empatia..... 74
Tabela 21: Análise fatorial – Qualidade Percebida – Segurança..... 75
Tabela 22: Análise fatorial – Qualidade Percebida – Presteza..... 75
Tabela 23: Análise fatorial – Qualidade Percebida – Especifica da Saúde..... 76
Tabela 24: Satisfação – Análise Estatística Descritiva..... 77
Tabela 25: Satisfação – Análise Fatorial..... 78
Tabela 26: Lealdade – Análise Estatística Descritiva..... 80
Tabela 27: Lealdade – Análise Fatorial..... 81
Tabela 28: Rentabilidade – Análise Estatística Descritiva..... 82
Tabela 29: Faixas de Receita..... 83

Tabela 30: Tipos de Custo..... 83
Tabela 31: Custos Assistenciais..... 84
Tabela 32: Sinistralidade..... 84
Tabela 33: Médias dos Grupos - Qualidade Percebida..... 85
Tabela 34: Médias dos Grupos – Valor Percebido, Satisfação e Lealdade..... 86
Tabela 35: Médias dos Grupos – Receita, Custos e Sinistralidade..... 87
Tabela 36: Sinistralidade – Adotantes e Não Adotantes..... 87
Tabela 37: Custos – Adotantes e Não Adotantes..... 88
Tabela 38: Resultados do Teste de Mann-Whitney..... 89
Tabela 39: Resultados Regressão Linear – Valor Percebido em Satisfação..... 90
Tabela 40: Resultados Regressão Linear – Valor Percebido em Lealdade..... 91
Tabela 41: Resultados Regressão Linear – Valor Percebido em Sinistralidade..... 91
Tabela 42: Resultados do Teste de Mann-Whitney - Acompanhamento.....93

LISTA DE SIGLAS

ANS: Agência Nacional da Saúde Suplementar

CE: *Customer Equity*

CLV: *Customer Lifetime Value*

CLD: C*ustomer Lifetime Duration*

CPC: Custo Percebido pelo Cliente

KMO: Kaiser-Meyer-Olkin

OMS: Organização Mundial da Saúde

PD: Prevenção de Doenças

PIB: Produto Interno Bruto

PCR: P*revious-period Customer Revenue*

PCV: *Past Customer Value*

PS: Promoção da Saúde

PSPD: Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças

SADT: Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia

VS: Valor em Saúde

VPC: Valor Percebido pelo Cliente

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS
LISTA DE QUADROS
LISTA DE TABELAS
LISTA DE SIGLAS
1 INTRODUÇÃO 1
1.1 APRESENTAÇÃO DO TEMA E FORMULAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA 1
1.2 OBJETIVO GERAL DA PESQUISA 8
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 8
1.4 JUSTIFICATIVAS TEÓRICAS 8
1.5 JUSTIFICATIVAS PRÁTICAS 10
1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO 11
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-EMPÍRICA 13
2.1 ESTRATÉGIA E ORIENTAÇÃO AO MERCADO 13
2.2 QUALIDADE DE SERVIÇOS 17
2.3 SATISFAÇÃO DO CLIENTE DE SERVIÇOS 19
2.4 VALOR PERCEBIDO E VALOR EM SAÚDE 21
2.5 LEALDADE E RETENÇÃO DO CLIENTE 23
2.6 RENTABILIDADE DO CLIENTE 26
2.7 SISTEMAS DE SAÚDE 29
2.7.1 Modelos Tradicionais 29
2.7.2 Modelos Baseados em Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças (PSPD) 31
2.8 DESENVOLVIMENTO DE NOVAS ESTRATÉGIAS DE MARKETING NA SAÚDE 34
3 METODOLOGIA DA PESQUISA 39
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA 39
3.2 PERGUNTAS DE PESQUISA 40
3.3 ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 42
3.3.1 Operacionalização do Construto Adoção de Práticas de PSPD 43
3.3.2 Operacionalização do Construto Valor Percebido pelo Cliente 45

3.3.3 Operacionalização do Construto Qualidade Percebida 46
3.3.4 Operacionalização do Construto Satisfação 48
3.3.5 Operacionalização do Construto Lealdade 49
3.3.6 Operacionalização do Construto Rentabilidade 50
3.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA 52
3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS 53
3.6 TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS 54
3.7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO 57
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS 58
4.1 DADOS QUALITATIVOS 58
4.2 PERFIL DOS RESPONDENTES 60
4.2.1 Perfil Demográfico 60
4.2.2 Características do Plano 61
4.3 ANÁLISE INDIVIDUAL DOS CONSTRUTOS 64
4.3.1 Adoção de Práticas de PSPD 64
4.3.2 Valor Percebido 66
4.3.3 Qualidade Percebida 68
4.3.4 Satisfação 76
4.3.5 Lealdade 79
4.3.6 Rentabilidade 81
4.4 AVALIAÇÃO DOS GRUPOS – ADOTANTES E NÃO ADOTANTES DE PSPD. 85
4.5 AVALIAÇÃO DOS GRUPOS – ACOMPANHADOS E NÃO ACOMPANHADOS PELA OPERADORA 92
CONCLUSÕES 95
REFERÊNCIAS 101
LISTA DE APÊNDICES 114

1 INTRODUÇÃO

Neste capítulo são apresentados o tema proposto para a presente pesquisa, a formulação do problema de pesquisa, o objetivo geral e os objetivos específicos a serem alcançados, bem como a descrição das justificativas teóricas e práticas.

1.1 APRESENTAÇÃO DO TEMA E FORMULAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

É senso comum que a área da saúde tem papel fundamental na sociedade uma vez que provê desde o cuidado com a doença até a promoção do bem-estar e da qualidade de vida das pessoas. Para suprir esta necessidade social formou-se um contexto econômico complexo, um sistema de saúde que interliga vários setores da indústria e dos serviços. No Brasil, o total de gastos com saúde representa 8,8% do PIB (Produto Interno Bruto) enquanto que nos Estados Unidos este índice chega a 15,4% (WORLD BANK, 2007).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2006), um sistema de saúde é a soma de todas as organizações, instituições e fundos que têm o propósito primário de melhorar a saúde. São necessários equipes, recursos, informações, fornecedores, transporte e comunicações, além de diretrizes de gestão integradas. É importante que ofereça serviços de resposta rápida e financeiramente justos ao mesmo tempo em que preste tratamento competente e digno às pessoas.

Assim, compõem este sistema: os prestadores de serviço, como hospitais, clínicas, laboratórios e centros de diagnóstico; os profissionais da saúde, como médicos, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas; a indústria farmacêutica e de equipamentos da saúde; as operadoras de planos de saúde; as farmácias e distribuidoras de medicamentos; as agências governamentais reguladoras; e outras atividades periféricas como academias de ginástica e terapias alternativas (FIGURA 1). Essa cadeia de valor forma uma trama de relacionamentos que conduzem ao usuário final o acesso à melhoria da sua saúde.

Observando-se ainda os modelos de sistema da saúde no mundo, extraem-se basicamente dois tipos: o primeiro, mais concentrado na atuação do Estado (como o

Europeu) e o segundo, onde há mais espaço para a iniciativa privada (como o Norte-Americano e o Brasileiro). Examinando-se a história do sistema de saúde brasileiro percebe-se que a falta de estrutura do Estado para suprir toda a necessidade de saúde do país, acabou por gerar uma grande lacuna, que foi e ainda é preenchida pela iniciativa privada. Vê-se que a área da saúde suplementar consolidou-se mais especificamente a partir da década de 1960. Nesta época foram criadas empresas de medicina de grupo, para suprir a necessidade de assistência médica trazida pelas multinacionais que se instalavam no território nacional, com ênfase no estado de São Paulo. Nos anos seguintes o modelo foi se estendendo e se fortalecendo. Hoje este setor privado da saúde presta atendimento a aproximadamente 40 milhões de brasileiros (ANS, 2006).

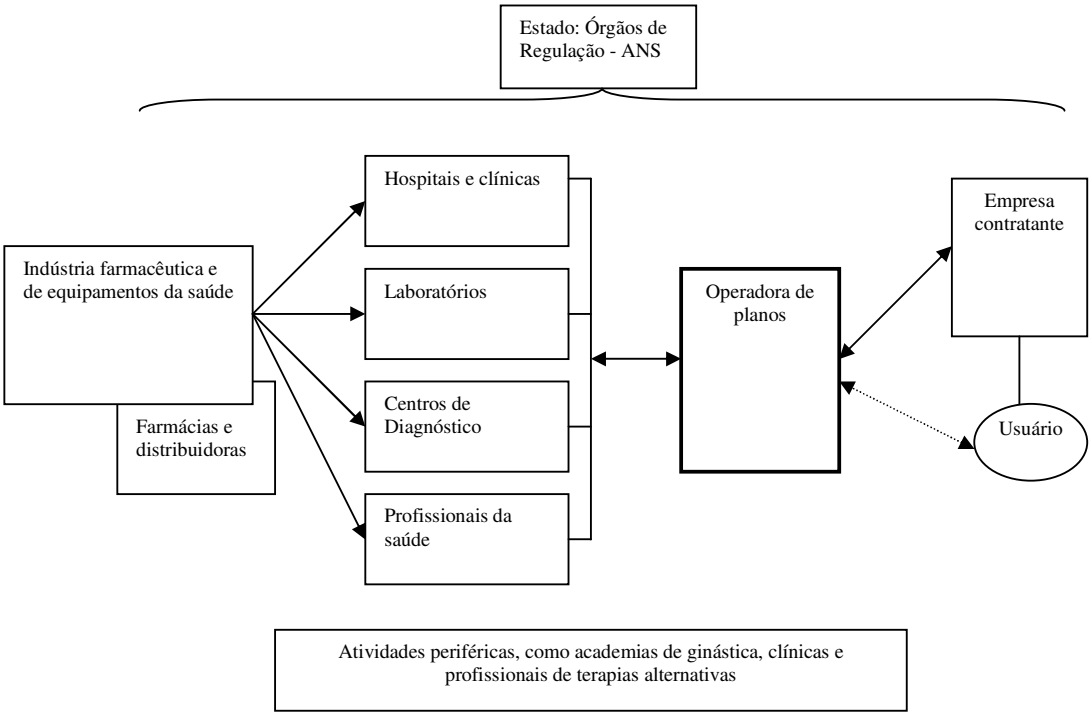

Figura 1: Representação do Sistema de Saúde Privado

Empresas operadoras de planos de saúde funcionam como seguradoras de assistência médica, que a partir de uma cobertura contratual possibilitam acesso dos seus segurados aos serviços de saúde. É cada vez maior a importância destas organizações para a manutenção econômica de todo o sistema. São elas as grandes patrocinadoras do fluxo de serviços, desde a inclusão de pessoas usuárias

até o pagamento dos prestadores de serviço, o que confere a elas um papel de destaque, como se visualiza na Figura 1.

Neste contexto, cabe ainda ressaltar a importância de outro participante do sistema, uma categoria especial de cliente: as empresas contratantes. Geralmente e, cada vez com maior freqüência, é uma organização que busca prover o benefício da saúde aos seus funcionários e integrantes. Assim, torna-se compradora de um plano de saúde para um grupo de pessoas. Estas duas categorias de clientes, corporações e usuários, têm necessidades diferentes a serem supridas pelo sistema. De forma bastante superficial, pode-se admitir que a empresa visa oferecer um benefício de assistência a saúde ao seu funcionário ou integrante. Por sua vez, o usuário quer suas necessidades de assistência à saúde atendidas.

Esse é o contexto de expectativas do mercado que deve ser interpretado pela operadora para a construção de suas estratégias de marketing e de serviços. A orientação ao mercado é um fundamento do marketing que tem aumentado sua importância dentro da gestão estratégica (GEGHARDT et al., 2006). Focar a empresa às necessidades de mercado é uma forma de gerar vantagem competitiva e, para isso, deve passar pela compreensão do comportamento do consumidor (DAY; WENSLEY, 1988). Assim, orientando a empresa ao mercado esta pode oferecer um serviço ou produto de maior valor agregado. Isto significa proporcionar ao consumidor maior benefício em relação ao custo, o que envolve sua percepção do que é recebido em relação ao que é dado, com possíveis avaliações sobre qualidade e utilidade do produto ou serviço (ANDREANSEN; LINDESTAD, 1998; ZEITHAML et al., 1988).

Um aspecto importante a ser considerado na área da saúde é o relacionamento que se estabelece entre operadora de planos e usuário. Esta organização busca a longevidade dos contratos, onde, supostamente tem uma maior rentabilidade do cliente, considerando-se todo o tempo de duração do relacionamento. E, para garantir a durabilidade dessa relação é imperativo que ofereça valor a ele (PORTER; TEISBERG, 2006). Desse ponto de vista, relacional e não só transacional, o valor percebido pelo cliente envolve benefícios e custos na manutenção do relacionamento com o prestador de serviço (SIRDESHMUKH; SINGH; SABOL, 2002).

Apesar do sistema brasileiro privado de saúde ter mais de 40 anos, este mercado só foi regulamentado a partir de 1998, com a publicação da Lei 9656. Esta

legislação definiu critérios de atuação no mercado e formas de fiscalização dessa atividade, considerada básica e de caráter indispensável à população. Em 2000 foi criada a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), um órgão regulador do Estado, com o objetivo de direcionar a prestação de serviço, garantir a qualidade e a aplicação da legislação, promovendo melhorias no sistema, com conseqüente aumento dos níveis de saúde da população atendida.

Desde então a ANS vem intervindo fortemente no mercado. Definiu requisitos de produtos e critérios de funcionamento econômico-financeiro para as operadoras. Estabeleceu mecanismos de comunicação com a população atendida e critérios de qualificação das empresas prestadoras de serviço. Hoje está buscando induzir estas empresas a estabelecerem novas propostas de prestação de serviços de saúde, mais centradas no beneficiário, mais qualificadas e com maior sintonia com as políticas governamentais.

Independentemente do contexto brasileiro e dos modelos adotados em cada país, o cenário mundial para o sistema de saúde possui algumas características comuns. A área tem apresentado evidências de crise que se estende por todo o sistema. Nas últimas décadas ocorreram profundas mudanças no contexto social da saúde, com grande impacto econômico. Destacam-se alguns fatores como o envelhecimento da população, os avanços tecnológicos e da medicina e mudanças no estilo de vida das pessoas. Estes aspectos têm causado alterações nos riscos e nas doenças da população, nos tratamentos e nas intervenções médicas, sobrecarregando todo o sistema com o conseqüente aumento de custos.

Porter (2006), que em suas pesquisas voltou-se ao modelo Norte-americano, destaca que não se pode considerar nenhum sistema de saúde no mundo verdadeiramente um sucesso. Em suas pesquisas o sistema da saúde está hoje consolidado em um jogo de “perde-perde” para todos os participantes, onde o ganho de um é necessariamente a perda para outro. Porter é um dos autores que tem se dedicado ao estudo desta crise.

Em 1994, buscou compreender o que causava a competição inadequada no sistema de saúde. Mais tarde, em outros estudos, Porter e Teisberg (2006) concluíram que as forças competitivas no setor eram fortes, mas que os incentivos dos participantes estavam distorcidos, direcionando o sistema para resultados indesejáveis em termos de aumento de custos. Ainda em 2003, suas pesquisas buscavam confrontar as idéias e crenças que circulavam na saúde, por exemplo: de

que pacientes sempre iriam querer mais cuidado médico; que a melhoria da qualidade significava custos mais altos; que a tecnologia aumentaria necessariamente os custos; que a qualidade não poderia ser medida de uma maneira significativa e ampla; que a cobertura de saúde universal era a única resposta ou que dar maiores poderes aos consumidores seria única solução. Em 2004 (PORTER; TEISBERG, 2004), construíram um esquema para entender porque a competição estava falhando em saúde e a partir deste estudo, buscaram desenvolver alternativas para o sistema, publicadas 2 anos mais tarde (PORTER; TEISBERG, 2006).

Para Porter (2006), o sistema de saúde deve ser pensado de maneira totalmente nova. Deve ser estruturado do ponto de vista do valor oferecido ao cliente. A única saída para o sistema é aumentar o valor gerado para o paciente, que é entendido como um maior resultado em saúde em relação ao custo do serviço. É este o desafio do sistema, alinhar todos os participantes na busca de clientes mais saudáveis por um custo menor.

A ANS, em sintonia com estas proposições, tem mostrado esforços para redirecionar o modo de pensar o sistema da saúde brasileiro. Por meio de publicações e regulamentações, tem demonstrado a intenção de mudar o modelo mental dos participantes do sistema (ANS, 2006). De um modelo assistencialista baseado na demanda espontânea para um modelo de prevenção de doenças e promoção efetiva da saúde.

Em linhas gerais o direcionamento traçado é para que todo o sistema nacional seja migrado para um modelo de sistema aberto, auto-regulado, que objetiva a melhoria de níveis de saúde em 5 linhas de cuidado: (1) saúde da criança e adolescente; (2) saúde do adulto e do idoso (doenças cardiovasculares e neoplasias); (3) saúde da mulher (adolescentes, planejamento familiar, obstetrícia, climatério); (4) saúde mental (transtornos mentais graves, usuários de álcool e outras drogas, tabagismo) e; (5) saúde bucal (ANS, 2006). Destaca-se aqui a importância das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças que permeiam todas estas linhas de atenção.

Para a ANS (2006, p.7),

> "Nesta nova perspectiva regulatória, pretende-se uma mudança no papel dos atores da saúde suplementar, na qual as operadoras tornem-se gestoras de saúde; os prestadores de serviços, produtores de cuidado; os beneficiários, usuários com consciência sanitária [...]".

Para isso, o setor deve objetivar a geração de saúde por meio da implantação de modelos de atenção baseados na produção do cuidado, respondendo à necessidade da integralidade da atenção à saúde. O setor privado deve se tornar um ambiente de produção de ações em promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos pacientes, com estabelecimento de vínculo entre profissional de saúde e beneficiários e, principalmente, responsabilização das operadoras pela gestão da saúde de seus beneficiários.

Este contexto demonstra a importância da retenção dos usuários no sistema, que por sua vez, depende da manutenção de contratos entre as empresas empregadoras e as operadoras de planos de saúde. A retenção é um dos aspectos da lealdade do cliente, definida como um comprometimento profundo de recomprar um produto ou um serviço preferido (OLIVER, 1999), que permite, no caso da saúde, a longevidade dos contratos.

Para que se consigam níveis altos de lealdade que garantam a durabilidade no relacionamento entre os participantes é imprescindível que haja satisfação do cliente em relação aos serviços usufruídos. A relação entre satisfação e longevidade do relacionamento não pode ser negada (BOLTON, 1998). A satisfação é um estado temporal onde uma experiência repetida de utilização reflete como o serviço atende seus propósitos (OLIVER, 1999). Assim, torna-se relevante a compreensão dos fatores que levam um cliente a começar a fazer negócios com uma empresa e a continuar a fazê-lo por muito tempo no futuro.

Em ambientes cada vez mais competitivos e dinâmicos, as empresas são obrigadas a levar fortemente em consideração um terceiro elemento que está intimamente ligado à satisfação-lealdade: a rentabilidade. Afinal, não há sentido em satisfazer ou mesmo reter clientes que não gerem resultados, especialmente em relações de longo prazo.

Em um contexto geral, a rentabilidade pode ser entendida como o rendimento financeiro do cliente em um dado período prévio de tempo (VENKATESAN; KUMAR, 2004). Para uma operadora de planos de saúde, o rendimento financeiro do cliente em um determinado período está inteiramente relacionado ao seu custo assistencial médico em relação a sua receita naquele período. Os gastos assistenciais são aqueles diretamente relacionados à realização de consultas, exames e terapias e procedimentos hospitalares. A receita é a soma dos prêmios mensais pagos pelo usuário, estabelecidas em contrato. Essa relação entre custo assistencial e receita é

tratada por sinistralidade. Outras despesas, como as administrativas, são excetuadas desta relação, já que para elas há um controle mais efetivo do que sobre os sinistros da saúde. Estes têm riscos mais incisivos e afetam diretamente a rentabilidade. Deste modo, na área da saúde, os resultados financeiros são inversamente proporcionais à sinistralidade, ou seja, à utilização dos serviços.

Assim, o novo modelo que caminha o sistema deve necessariamente envolver o uso racionalizado dos recursos, possibilitando redução do número de sinistros (PORTER, 2006; ENTHOVEN; TOLLEN, 2004). Os resultados devem acontecer simultaneamente: ao mesmo tempo em que se aumenta o resultado em saúde para os pacientes, diminui-se também o uso inadequado do sistema e reduzem-se custos.

Em resumo, percebe-se uma seqüência lógica de eventos iniciando-se na geração de valor ao cliente. Esta baseada em um novo modelo de serviços, alicerçado na promoção da saúde e prevenção de doenças, que garantiriam maiores níveis de saúde em relação aos valores monetários gastos. Com aumento do valor oferecido ao cliente conseguir-se-ia aumento da satisfação e da lealdade, diminuição de gastos, e, finalmente, o aumento da rentabilidade para todas as organizações integrantes do sistema de saúde. Todo este conjunto está relacionado à forma com que o consumidor do serviço percebe o valor oferecido a ele. Assim, entender sua percepção frente a essas mudanças no sistema torna-se crucial para a definição de estratégias das organizações da saúde.

Considerando os aspectos abordados nesta seção, apresenta-se o seguinte problema de pesquisa: Qual a relação entre a adoção de práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças pelo usuário final de uma operadora de planos de saúde corporativos na cidade de Curitiba e o valor percebido por este cliente no seu relacionamento com esta operadora?

1.2 OBJETIVO GERAL DA PESQUISA

Verificar a relação entre a adoção de práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças pelo usuário final de uma operadora de planos de saúde corporativos na cidade de Curitiba e o valor percebido por este cliente no seu relacionamento com esta operadora.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos são os seguintes:

- Classificar os clientes usuários finais em categorias de adotantes e não adotantes de práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças (PSPD);
- Comparar o VPC nas categorias de adotantes e não adotantes de PSPD;
- Verificar os impactos do VPC na satisfação dos clientes usuários finais;
- Verificar os impactos do VPC na lealdade dos clientes usuários finais;
- Verificar os impactos do VPC na rentabilidade dos clientes usuários finais;
- Verificar os impactos da adoção de PSPD na rentabilidade dos clientes usuários finais.

1.4 JUSTIFICATIVAS TEÓRICAS

Do ponto de vista teórico buscou-se contribuir com a geração de conhecimento sobre a percepção de valor do cliente, estudando-se a realidade destes conceitos no negócio de planos de saúde. Para diferenciar do valor em saúde (VS), esse foi referenciado por “valor percebido pelo cliente” (VPC). Para alguns autores (BOLTON; DREW, 1991; ANDREANSEN; LINDESTAD, 1998; ZEITHMAL et al., 1988; PORTER, 2006; PORTER; TEISBERG, 2006; KOTLER; HAYES; BLOOM, 2002; SCHIFFMAN; KANUK, 2000) o valor percebido está relacionado ao custo ou sacrifício para adquirir o produto ou serviço. Em serviços de saúde é necessário o

envolvimento do próprio cliente na geração de valor. Ou seja, para que sejam alcançados resultados em saúde para o cliente, este precisa estar disposto a efetivamente participar do processo, com alterações de estilos de vida. O foco da promoção da saúde está diretamente relacionado a mudanças de hábitos do cliente. Este pode ser visto como um "custo" de aquisição e poderia ter impacto no valor percebido. Para que haja percepção de valor do serviço, os ganhos resultantes devem ser superiores a todo o custo envolvido.

Mas, não é claro como os ganhos obtidos do serviço de planos de saúde em relação aos seus custos são percebidos pelo cliente. São amplos os estudos que relacionam este conceito à satisfação e à qualidade percebida dos serviços (ZEITHAML, 1988; OLIVER et al., 1994; ANDERSON; SULLIVAN, 1993; CRONIN; TAYLOR, 1992; ZINS, 2001). A percepção de valor pode variar de acordo com a natureza dos serviços (BABIN et al., 1994). Assim, esta pesquisa visa ampliar os entendimentos gerados nesses estudos, abordando-os no contexto de planos de saúde. São avaliadas diferentes perspectivas de clientes, baseadas na adoção a novas práticas de promoção de saúde e prevenção de doenças.

Para que seja gerado valor em termos de resultados de saúde para o cliente (VS), é necessário que este seja submetido a um processo de longo prazo, conseguido pela sua permanência no plano de saúde. Somente com este valor gerado podem-se ter resultados econômicos sustentáveis para o sistema de saúde. Assim, estende-se a pesquisa na compreensão sobre os impactos do VPC na lealdade e na rentabilidade de clientes, relacionamentos estes já verificados em outros estudos (BUTTLE; BURTON, 2002; ZEITHAML, 1988; NIJSSEN et al., 2003; RUST et al., 2001; RUST et al., 2004; OLIVER, 1999). Especificamente em planos de saúde, a relação entre retenção e rentabilidade foi verificada por Piva et al (2007).

Vários estudos sobre qualidade e satisfação foram encontrados na área da saúde, abordando hospitais, clínicas, serviços de odontologia, serviços de enfermagem (REINDENBACK; SANDIFER-SMALLWOOD, 1990; HEADLEY; MILLER, 1993; MCALEXANDER; KALDENBERG; KOENIG, 1994; GONZALES-VALENTIN; PADIN-LOPEZ; RAMON-GARRIDO, 2005; CHOW et al., 2005; WANG; CHANG; CHEN, 2007; FAMSARAN-FOWDAR, 2005; KILBOURNE et al., 2004; ARROYO, 2007). Porém, não foram encontrados estudos que referenciassem diretamente esses conceitos, somados aos de valor percebido, lealdade e

rentabilidade, ao negócio de planos de saúde. Assim, este estudo contribui para a geração de evidências sobre estes temas nessa atividade econômica.

1.5 JUSTIFICATIVAS PRÁTICAS

O sistema de saúde tem demonstrado evidências de colapso no mundo (PORTER; TEISBERG, 2006; ENTHOVEN; TOLLEN, 2004) embora seja um setor de extrema importância social. É imprescindível que se encontrem alternativas para viabilizar o funcionamento deste sistema econômico. E isto é de interesse tanto dos Estados, como das organizações da saúde quanto dos consumidores. Os governos têm a preocupação com o coletivo, lidando com questões como o envelhecimento da população e aumento de doenças relacionadas a maus hábitos de vida, além da gestão epidemiológica e social de forma complexa e ampla. Consumidores buscam por cuidados da assistência médica e anseiam por melhoria na sua qualidade de vida. As organizações da saúde buscam a viabilidade do negócio, hoje dependentes de relações do tipo “perde-perde”, onde o ganho de uma é necessariamente a perda de outra (PORTER; TEISBERG, 2006).

No Brasil, em especial, este cenário tem mais um fator crítico. O sistema da saúde vem passando por mudanças intensas promovidas a partir da regulamentação do setor privado, iniciada em 1998 com a publicação da Lei 9656/98. Esta legislação foi um marco para as operadoras de planos de saúde que passaram a ter seus negócios regulados pelo Estado. Em 2000 foi criada a ANS, órgão vinculado ao Governo que tem o objetivo de fiscalizar e de definir diretrizes para o sistema privado. As operadoras de planos de saúde têm o desafio de garantir sua sobrevivência num mercado em crise ao mesmo tempo em que implementam as novas diretrizes impostas pela ANS. De 2.000 à 2.006, 38% das operadoras de planos de saúde foram à insolvência no mercado brasileiro (ANS, 2007).

As diretrizes de mudança do modelo assistencial, patrocinadas pela ANS, têm embasamento nas práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças, que vem sendo adotadas pelo mercado nos últimos anos. São práticas recentes, porém com estudos teórico-empíricos comprovando sua eficiência dentro da área médica, ou seja, em resultados clínicos e de saúde (ENTHOVEN; TOLLEN, 2004). Todavia,

não existem ainda estudos que apresentem resultados sobre o comportamento do consumidor diante deste novo contexto.

Assim, esta pesquisa contribui para os estudos do comportamento do consumidor de planos de saúde por meio da compreensão da sua percepção de valor sobre o serviço comprado e usufruído. Em particular foi estudada a percepção do cliente sobre estas novas práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças. Este é um fator chave para a definição das estratégias de mercado da operadora no aumento do valor oferecido aos seus clientes. Assim, pode ser efetiva na consolidação de estratégias que maximizem a relação entre melhoria de resultados em saúde e diminuição de custos.

Ainda nesse tema, este estudo permitiu a integração da literatura médica a respeito do comportamento de adoção de práticas de PSPD pelos usuários, às características de relacionamento com a organização fornecedora de serviços médicos. Permitiu também a elaboração de uma taxonomia de clientes com base na exposição a práticas de PSPD, avaliando-a em um estudo empírico sobre o assunto, com enfoque prático para a gestão de organizações da saúde.

Outra importante contribuição refere-se à análise das proposições de Porter e Teisberg (2006) para o contexto brasileiro. Os autores afirmam que a alternativa para a viabilidade dos sistemas de saúde está na orientação de todos os participantes para a geração de valor para o cliente. Utilizam-se para tanto, dados do sistema Americano de saúde. Neste trabalho utilizaram-se dados do sistema brasileiro de saúde, em sintonia com as mesmas teorias de Porter e Teisberg (2006). É importante observar que, para Porter e Teisberg (2006), aumentar o valor para o cliente significa aumentar a relação entre “resultados em saúde para o paciente” e “gastos em dólar”. Este significado é tratado como “valor em saúde” (VS) neste trabalho.

1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO

Neste capítulo são apresentados o tema proposto para a pesquisa, a definição do problema de pesquisa, os objetivos a serem alcançados, bem como a descrição das justificativas teóricas e práticas. No próximo capítulo será discutida a fundamentação teórica-empírica, que aborda os conceitos nos quais a pesquisa está

embasada. Realiza-se uma revisão da literatura sobre os temas: estratégia e orientação ao mercado; qualidade percebida; satisfação; lealdade; rentabilidade; sistemas de saúde e; desenvolvimento de novas estratégias de marketing na saúde.

No terceiro capítulo são apresentados os aspectos metodológicos utilizados na realização desta pesquisa que incluem: delineamento da pesquisa; perguntas de pesquisa; elaboração do instrumento de coleta de dados; população e amostra; procedimentos de coleta de dados e; técnicas de análise de dados.

O quarto capítulo refere-se à apresentação e análise dos dados. É realizada uma apresentação do perfil dos respondentes, incluindo aspectos demográficos e características do plano, seguida de uma análise individual dos construtos e de uma avaliação das categorias de clientes praticantes e não praticantes de PSPD, que busca responder às perguntas de pesquisa estabelecidas. Adicionalmente são feitas algumas análises comparando-se o grupo sistematicamente acompanhado pela operadora em ações de PSPD com o não acompanhado. Nas conclusões são expostos de forma condensada os achados mais relevantes.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-EMPÍRICA

2.1 ESTRATÉGIA E ORIENTAÇÃO AO MERCADO

As abordagens conceituais de estratégia encontradas na literatura assumem posições diferentes. Vários estudos têm sido desenvolvidos ao longo do tempo agregando novos aspectos ao conceito. Aparecem autores com proposições diferenciadas, mas ao mesmo tempo, complementares e convergentes em alguns pontos, reforçando, por exemplo, a orientação da empresa para as necessidades do mercado.

Andrews (1996) define a estratégia como o modelo de decisão da empresa, onde estão determinados os objetivos e metas, as normas e planos para alcance dos objetivos buscados. Para Mintzberg et al. (2001) é definida como o padrão ou plano que integra as principais metas, as políticas e a seqüência de ações de uma organização em um todo coerente. Chandler (1962) assume que estratégia é a determinação dos objetivos básicos de longo prazo de uma empresa e a adoção das ações adequadas e utilização de recursos para atingir esses objetivos. Para Porter (1999), definir uma estratégia é posicionar a empresa no mercado de acordo com uma vantagem competitiva sobre seus concorrentes. Esses autores a tratam dentro de uma abordagem de conteúdo.

Em contraponto ao modelo apresentado por eles, outros autores a descrevem como processo, trabalhando em um conceito mais dinâmico do contexto organizacional. Para Chakravarthy e Doz (1992), a visão da estratégia por processo apresenta uma maior interação multidisciplinar, além de oferecer igual importância às relações internas.

Quinn (1989) vê a estratégia como um processo incremental e lógico enfatizando que ela não pode ser reunida em um único documento, por exemplo, já que vai sendo construída de maneira incremental ao longo do tempo. Prahalad e Hamel (1995) também fazem uma abordagem que enfatiza o foco interno da formação da estratégia, apresentando a idéia da competência essencial da qual entendem ser o aprendizado contínuo da organização, a capacidade de integrar

diferentes tecnologias, o grau de comunicação, envolvimento e comprometimento verificados entre os seus integrantes.

Por outro lado, essas duas abordagens, conteúdo e por processo, baseiam-se na inseparabilidade entre a organização e o meio envolvente. Este, ao mesmo tempo em que impõe condições a sua atividade, oferece a ela oportunidades a serem aproveitadas. É essa relação entre a organização e o meio externo que dá sentido ao conceito de estratégia. Assim, de forma geral, dentro do campo da estratégia empresarial, existe a noção de que resultados superiores de uma firma são obtidos e mantidos por meio da sustentação de uma vantagem sobre seus concorrentes. Uma vantagem competitiva é baseada em recursos e habilidades superiores. A organização precisa sair da competição apenas no nível de eficácia, onde os processos são facilmente copiáveis, sendo imperativo que ela construa uma proposição de valor, com vantagens sustentadas ao longo do tempo (PORTER, 1999). Esta posição de superioridade, baseada no provimento de valor superior ou de menores custos relativos ao cliente, resulta em *market share* e lucratividade (DAY; WENSLEY, 1988). Assim, para a criação da sua vantagem competitiva a organização pode buscar diferenciar-se, orientando-se às informações do mercado, atribuições relativas ao marketing.

Desta forma, no processo de construção da estratégia ocorre uma importante interseção entre a formulação da estratégia corporativa e de negócio com a estratégia de marketing, que se dá por meio de um *overlapping* entre elas. Assim, a função de marketing além de definir conteúdo, processo e implementação da estratégia de marketing, tem papel fundamental na construção da própria estratégia da empresa (VARADARAJAN; JAYACHANDRAN, 1999).

Para Kotler et al. (1996), o marketing visa à obtenção das metas da organização por meio da determinação das necessidades e desejos de mercados-alvo e da entrega da satisfação desejada com eficácia e eficiência maiores que dos concorrentes. Assim, a função do marketing é direcionar a organização às demandas do mercado, criando permanentemente vantagens competitivas. Esta idéia principal do marketing deu origem a uma corrente de pesquisa que estuda a diferenciação da organização por meio da orientação ao mercado.

A orientação da organização ao mercado é traduzida como uma cultura organizacional que gera os comportamentos necessários para a criação de valor superior ao cliente de forma eficaz e eficiente, garantindo um desempenho superior

contínuo para a organização (NARVER; SLATER, 1990). Está baseada em quatro componentes: orientação ao cliente, orientação ao concorrente, coordenação multifuncional e foco no longo prazo (HOOLEY et al., 2005).

Para Kirca et al (2005), de uma forma sintetizada, a orientação ao mercado pode ser vista pela compreensão dos seus fatores antecedentes e suas conseqüências. São aspectos que antecedem: fatores do alto gerenciamento, como a ênfase dada à alta gerência; fatores interdepartamentais, como a conectividade e o conflito interdepartamental; e os sistemas organizacionais, nos fatores de centralização, formalização, sistemas de recompensa baseados no mercado e treinamentos baseados no mercado. As conseqüências da orientação ao mercado na organização podem ser observadas (1) no seu desempenho, (2) nos resultados para o cliente, (3) nos resultados em inovação e (4) nos resultados para os próprios empregados. Este conjunto de conseqüências é que garante o diferencial competitivo para a organização orientada ao mercado (KIRCA et al, 2005).

Uma organização deve acompanhar sua posição competitiva em relação ao mercado (DAY; WENSLEY, 1988). Neste processo pode centrar-se na perspectiva do concorrente ou do cliente. No primeiro caso utiliza-se de comparação direta com concorrentes selecionados, por meio da identificação de competências distintivas, que possam assegurar vantagens competitivas. No segundo, a organização parte do princípio de que a comparação entre concorrentes é feita melhor pelos clientes do que pelos seus profissionais. A ênfase é mudada do foco em custos e atividades da cadeia de valor (da visão centrada no concorrente) para a segmentação de diferenças e de vantagens de diferenciação. O ideal é um balanceamento entre os dois, garantindo a abrangência da avaliação da posição competitiva e sua manutenção ao longo do tempo (DAY; WENSLEY, 1988).

Estes processos fazem parte da competência de conhecimento de mercado, que é uma fonte de geração de vantagens, em especial, no lançamento de novos produtos (MENON; VARADARAJAN, 1992). Conhecimento de mercado é definido como informações estruturadas e organizadas sobre o mercado. É decorrente de um processo sistemático que implica na geração de dados significativos. Já a competência de conhecimento de mercado é um processo que gera e integra conhecimento de mercado. Esta competência abrange: processos de conhecimento do cliente; interface entre Marketing e Pesquisa e Desenvolvimento; processos de conhecimento de concorrentes. Está relacionada a fatores externos (demanda do

cliente; intensidade de competição; mudança tecnológica) e internos (importância percebida do conhecimento de mercado) (LI; CALANTONE, 1998).

A geração de vantagem competitiva sustentável cria pressões contínuas na organização. Assim, outro aspecto que assume importância estratégica, é o processo de aprendizagem que deve permear a cultura voltada ao mercado. Para isso são necessárias 3 características: liderança, coordenação multifuncional e uso contínuo da coleta e disseminação de dados focados no cliente para a transformação dos processos (KENNEDY; GOOLSBY; ARNAOULD, 2003; SLATER; NARVER, 1995).

Kirca et al. (2005) apresentam em seus estudos o impacto da orientação ao mercado nas conseqüências para o cliente em qualidade, satisfação e lealdade e que estes efeitos garantem um maior desempenho para a organização. Focar a empresa às necessidades de mercado passa pela compreensão do comportamento do consumidor (DAY; WENSLEY, 1988), para assim devolver-lhe os seus resultados esperados.

A mudança da economia e da gestão de empresas da Orientação à Produção para a Orientação ao Mercado tem como base a acessibilidade, a validade e a praticidade de informações sobre a motivação e o comportamento do consumidor (ENGEL et al, 1995). Estudos sobre o comportamento do consumidor apresentam que este é afetado por vários aspectos (ENGEL et a.l, 1995; BABIN et al., 1994; BAUMAINSTER, 2002; HOLT, 1995; SCHOUTEN; MCALEXANDER, 1995; ADKINS; OZANNE, 2005; PALAN; WILKES, 1997; CHAPLIN; JOHN, 2005; COTTE; WOOD, 2004; BELK, 1988; TIAN; BELK, 2005; DUHACHEK, 2005; TSIROS; MITTAL; ROSS JR, 2004).

Porém, de maneira geral nesses estudos são observados dois componentes no processo decisório de compra: emoção e racionalização. O aspecto racional está mais relacionado ao consumo utilitário e o emocional, ao hedônico. Na perspectiva de consumo utilitário, o comportamento de compra do consumidor busca satisfazer necessidades funcionais, físicas ou econômicas (BABIN et al.,1994). Assim, racionalizando a compra, o consumidor tende a pesar ganhos em relação a custos. Além disso, tende a ser influenciado pela avaliação pós-consumo, que pode ou não despertar seu desejo em continuar comprando. Este processo está intimamente relacionado aos conceitos de qualidade percebida, valor percebido, satisfação e lealdade, que também são interconectados entre si.

2.2 QUALIDADE DE SERVIÇOS

Hoje, passados os movimentos pela qualidade total dos anos 80, é senso comum nos negócios que a qualidade dos produtos e dos serviços oferecidos por uma empresa é indispensável para que ela alcance sucesso no mercado. Pode-se dizer que as empresas já se convenceram dos benefícios estratégicos da qualidade (PHILLIPS; CHANG; BUZZELL, 1983). Com a importância do setor de serviços para a economia, constituída nas últimas décadas, o conceito de qualidade de serviços passou a ter maior relevância. Assim, as formas de conceituá-la e medi-la tornaram-se vitais para tal setor (CRONIN; TAYLOR, 1992).

Para Parasuraman et al (1988), a qualidade em serviços é determinada por meio de 5 dimensões relacionadas entre si: tangibilidade, confiabilidade, presteza, segurança e empatia. A tangibilidade engloba as características mais palpáveis do serviço, como a utilização de equipamentos modernos, a aparência das instalações físicas, a aparência dos funcionários e o apelo visual dos materiais associados ao serviço.

A confiabilidade reflete os aspectos de credibilidade dos serviços, abrangendo: a realização do serviço no tempo prometido; a prestatividade e a solidariedade na resolução de problemas; a confiabilidade da organização; o cumprimento de prazos estabelecidos e; a manutenção de registros do cliente atualizados.

A presteza, por sua vez, aborda a prontidão dos empregados em comunicar exatamente quando os serviços são realizados, em atender imediatamente ao cliente, em estar sempre dispostos a ajudar e a responder as solicitações. Já a dimensão de segurança descreve a capacidade dos empregados de demonstrar confiança, conhecimento e cortesia ao cliente e o sentimento de segurança do cliente em relação à organização. Finalmente, a empatia aborda a capacidade da empresa em compreender as necessidades do cliente. Esta relacionada à atenção individual e personalizada, a horários convenientes de serviços, ao conhecimento de necessidades específicas e ao real interesse com o cliente.

Estes autores (PARASURAMAN et al.,1988) defendem ainda uma forma de medi-la com base na avaliação das expectativas do cliente em relação a um referencial ideal para depois, compará-la à percepção do serviço real recebido. Apresentam o método SERVQUAL que se propõe a este fim. O SERVQUAL

compreende uma escala de 22 itens que abrangem todos os aspectos da qualidade de serviços relatados no parágrafo anterior. Carman (1990) concorda com o método desses autores, reforçando que qualidade em serviços é definida em relação às expectativas do cliente e as suas reais percepções do serviço recebido.

Porém, esta não é a única forma considerada na literatura para a avaliação da qualidade de serviços. Cronin e Taylor (1992) apresentam um segundo modelo, o SERVPERF. Este é baseado somente na percepção de desempenho dos serviços. Para esses autores, as empresas fornecedoras de serviço têm a necessidade de saber qual é o seu objetivo principal, se ter clientes que estão satisfeitos com o seu desempenho ou fornecer serviços com um nível máximo de qualidade percebida. Neste modelo a qualidade é conceituada mais como uma atitude do cliente com relação às dimensões da qualidade, e que não deve ser medida por meio das diferenças entre expectativa e desempenho, e sim como uma percepção direta de desempenho.

Adicionalmente, Carman (1990) embora reforce que a estabilidade das dimensões do SERVQUAL são “admiráveis”, salienta que estas não são completamente genéricas. Assim, sugere que algumas dimensões sejam expandidas incluindo-se novos itens se necessário para explanar um serviço diferenciado. Além disso, indica que as escalas criadas devem ser refinadas por meio de análise fatorial e testes de confiabilidade antes do seu uso específico.

Voltando-se ao conceito de qualidade percebida Zeithaml (1988) a define como “o julgamento do cliente sobre a excelência ou superioridade global de um produto”. Para esta autora a qualidade percebida é um conceito diferente da qualidade real do produto. Sugere ainda que seja um nível de abstração mais alto do que um atributo específico do produto. Abrange uma avaliação global do cliente que em alguns casos assemelha-se a atitude e que é um julgamento usualmente feito pelo cliente dentro de um conjunto de aspectos. Assim, a qualidade percebida é afetada por dimensões abstratas além da reputação da organização e do preço monetário percebido. Por fim, apresenta que a percepção da qualidade pelo cliente muda ao longo do tempo devido a novas informações, aumento da competição no setor e mudanças nas suas expectativas.

Zeithaml (1988) também apresenta o impacto da qualidade percebida sobre o valor percebido pelo cliente, indicando que são conceitos intimamente relacionados. Além disso, para Cronin e Taylor (1992), a qualidade dos serviços tem impacto direto

na satisfação e nas intenções de compra dos consumidores. Para eles, qualidade de serviço é um antecedente da satisfação do cliente a qual exerce uma forte influência nas intenções de compra. Eles apontam que os esforços estratégicos das empresas deveriam ser direcionados a satisfação global dos clientes e não a ações isoladas sobre a qualidade de serviços.

2.3 SATISFAÇÃO DO CLIENTE DE SERVIÇOS

Satisfação e qualidade são conceitos intimamente relacionados, ambos provenientes do paradigma da desconformidade de expectativas (MARCHETTI; PRADO, 2001). A satisfação é um conceito que pode ser especificado como uma função de qualidade percebida e as desconfirmações em relação às expectativas (ANDERSON; SULLIVAN, 1993). Para Rust et al. (1999), a satisfação das necessidades dos clientes está diretamente condicionada à qualidade do produto ou serviço prestado. A satisfação pode ser definida como “avaliação pós-consumo de que a alternativa escolhida ao menos alcança ou supera as expectativas” (ENGEL et al., 1995). Para Oliver (1980), é a comparação das expectativas do pré-consumo contra os resultados reais. E, ainda, é um estado temporal onde uma experiência repetida de utilização reflete como o serviço atende seus propósitos (OLIVER, 1999).

Abordando o aspecto da repetição de consumo, Oliver (1999) sugere uma diferença entre a satisfação pontual e a cumulativa. A satisfação pontual é aquela referente a uma transação específica e tem seu antecedente na qualidade percebida e no valor percebido daquela transação. A satisfação cumulativa ou global é conseqüência de sucessivas experiências de consumo (MARCHETTI; PRADO, 2001; GARBARINO; JONHSON, 1999). Assim, qualidade percebida é um antecedente da satisfação. Esta relação de causalidade entre os dois construtos (qualidade percebida e satisfação) é amplamente discutida na literatura (CRONIN; TAYLOR, 1992; OLIVER, 1999; FORNELL, 1994; BOLTON; DREW, 1991). Para esses autores a qualidade percebida de um dado produto ou serviço, ao longo do tempo desenvolveria a satisfação.

Por outro lado, alguns autores também apresentam que a qualidade percebida é gerada pela satisfação (CARMAN, 1990; PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988). Nesta proposição os autores, de uma forma geral, sugerem que a

qualidade percebida é formada por meio dos vários incidentes de satisfação ocorridos ao longo do tempo, mas mesmo sugerindo estas relações, apresentam dúvidas sobre elas (MARCHETTI; PRADO, 2001).

Oliver et al. (1994) em sua pesquisa com dados da área da saúde apresentam que a satisfação refere-se à mensuração de uma ou mais de uma variedade de opiniões de pacientes que incluem: avaliações da qualidade dos serviços, a percepção do paciente sobre os próprios resultados clínicos e a satisfação geral com a organização de saúde. Para esses autores, a qualidade percebida em serviços de saúde está relacionada a experiências de entrega do serviço ao longo do tempo que estejam de acordo com suas necessidades. Os resultados clínicos impactariam na satisfação na medida em que se fossem gerados resultados consistentes e favoráveis a saúde do cliente, comprovados por meio dos registros médicos. Outro aspecto que impactaria na avaliação geral da satisfação seria o desempenho financeiro, ou seja, a possibilidade de obtenção de serviços com baixos custos e com alto valor agregado.

Sob outro ponto de vista, Fornell (1992) sugere que as estratégias de participação no mercado e satisfação dos clientes são utilizadas pelas organizações de acordo com as condições de mercado. Anderson et al. (1994) correlacionam satisfação do cliente com participação no mercado e retorno em lucratividade para a empresa. Para Anderson et al. (1997), além de aumentar a retenção, a satisfação garante melhores renegociações futuras, reduz os custos destas transações e diminui a elasticidade de preços. Assim, satisfação é um fundamento básico para garantir o retorno da estratégia para a organização.

Além disso, existem estudos que apresentam relações diretas entre aumento da satisfação e melhoria nos índices de retenção (GUSTAFSSON et al., 2005; ANDREANSEN; LINDESTAD, 1998, NIJSSEN et al., 2003; ZINS, 2001). Então, o retorno em rentabilidade poderia ser dado a partir da continuidade de negócios com um mesmo cliente. Especificamente na área da saúde estes aspectos também foram abordados (MACSTRAVIC, 2004; NEWMAN; MAYLOR, 2002; CHOONG, 2000; GEMME, 1997; BENDAL; POWERS, 1995; PIVA et al., 2007). Quanto maior for a permanência do cliente em um relacionamento com uma organização da saúde, maior tende a ser o nível de rentabilidade desse cliente para esta organização. Esta relação se dá especialmente em planos de saúde, onde o cliente mantém-se vinculado a instituição gerando receitas mensais. Observa-se que a rentabilidade

pode ser acrescida pela tendência de aumento das contraprestações ao longo do tempo, possibilitada pela melhoria da percepção dos benefícios recebidos. Além disso, em relacionamentos mais extensos, existe a tendência de se controlarem os riscos da operação. Ou seja, a saúde dos indivíduos tende a ser mais bem controlada, mantendo-se em níveis adequados, gerando menores custos para as organizações em relação às receitas obtidas.

2.4 VALOR PERCEBIDO E VALOR EM SAÚDE

A noção de valor para o cliente é abordada como questão estratégica dentro do marketing de relacionamento (KOTLER, 1998), para o desenvolvimento de conceito de novos produtos e na segmentação de mercado (SCHIFFMAN; KANUK, 2000). Na área da saúde a abordagem de valor percebido pelo cliente passa a figurar na literatura mais recente com maior importância na formulação das estratégias da empresa (PORTER; TEISBERG, 2006).

De acordo com Zeithaml et al. (1988) o valor percebido é a avaliação global do cliente sobre a utilidade do produto baseado na percepção do que é recebido em relação ao que é dado. A literatura sugere que a percepção de valor do cliente tem uma natureza multifacetada e que pode variar de acordo com o contexto dos serviços (BABIN et al., 1994). Valor percebido é um conceito que envolve também o paradigma da desconformidade de expectativas.

Para Bolton e Drew (1991), valor percebido é conceituado em função de 6 variáveis: qualidade percebida, sacrifício, características do cliente, desempenho, expectativas e desconfirmações. Quanto maiores forem os níveis de qualidade percebida, maior é o valor percebido pelo cliente, mas isto recebe interferências de características específicas do cliente. Então, para eles os provedores de serviços devem se dedicar a satisfazer os gostos e as expectativas específicas dos clientes do seu segmento. Prosseguem indicando que a qualidade também é diretamente afetada pelos níveis de desempenho percebido, formado pela confirmação ou não das expectativas ao longo do tempo. Os autores reforçam ainda a idéia de que os sacrifícios percebidos têm impacto direto na percepção de valor, mas, apresentam-se contrários a uma noção simplista desta relação, definida apenas pelo resultado entre ganhos globais e sacrifícios. Em seus estudos o valor percebido apresenta

uma característica complexa, sendo resultado de uma equação de múltiplas variáveis.

Na definição de outros estudos, oferecer valor ao cliente significa proporcionar-lhe maior benefício em relação ao custo do produto ou serviço, envolvendo sua percepção do que é recebido em relação ao que é dado, com possíveis avaliações sobre qualidade e utilidade do produto ou serviço (ANDREANSEN; LINDESTAD, 1998; ZEITHMAL et al., 1988). Para Porter e Teisberg (2006), ao referirem-se aos serviços da saúde, significa proporcionar-lhe maiores níveis de saúde com menores valores monetários gastos para tanto. Estes autores definem esta relação como valor em saúde (VS).

Este conceito apresenta a idéia de que o benefício a ser oferecido por uma organização de saúde ao seu cliente deve ser a melhoria da sua saúde e não apenas a realização dos serviços conforme suas necessidades. Por outro lado, este resultado deve ainda ser atingido com o menor gasto monetário possível. Assim, a característica específica desse segmento para compor o valor percebido como sugerem Bolton e Drew (1991), abrange necessariamente a avaliação do cliente sobre os ganhos obtidos na sua saúde. A noção de VS deve ser parte integrante do VPC das organizações da saúde.

Além de a organização buscar agregar maiores benefícios ao cliente, uma das maneiras de aumentar o valor percebido por ele é por meio da redução dos custos incorridos durante a aquisição. Segundo Kotler, Hayes e Bloom (2002) podem ocorrer: custos sensoriais, que podem ser considerados como os incômodos colaterais causados pela prestação do serviço; custo de tempo ou conveniência, que consistem no tempo e na circunstância em que o serviço é prestado; incômodo, que refletem os custos atrelados a aquisição do serviço; custos de oportunidade, que ocorrem quando um cliente escolhe uma empresa prestadora de serviços abrindo mão de outras que poderiam atendê-lo melhor; custo psicológico, gerado quando há risco percebido associado a uma decisão, o que causa ansiedade e insegurança durante o processo de decisão; custos sociais, que representam os custos do vínculo da imagem da empresa com sua imagem pessoal; custos físicos, que ocorrem quando o serviço prestado pode pôr em risco a vida ou a integridade física do cliente.

Outro conceito para o custo envolvido é o de sacrifício (BOLTON; DREW, 1991), descrito como um vetor de todos os custos monetários e não monetários

associados à utilização do serviço. Assim, tudo o que o cliente entende como dispêndio para utilizar-se de um serviço é entendido como um sacrifício. De maneira similar, Zeithmal (1988) utiliza-se do conceito de preço percebido, diferenciando-o do preço real do produto. Frequentemente, segundo ela, o cliente não grava o preço real, mas sim o preço percebido, que é composto também pelos preços não monetários e pelos sacrifícios envolvidos.

Os esforços de uma organização para a criação de valor devem ser direcionados para corresponder às necessidades específicas de cada cliente ao mesmo tempo em que busquem maximizar a probabilidade de futuras compras e maiores gastos e minimizar a probabilidade de que o cliente mude para o concorrente (RUST; ZEITHAML; LEMON, 2001). Assim, pode-se observar na literatura uma abordagem relacional além da transacional, onde são significativos dois aspectos: (1) o valor que o cliente representa para a organização durante o seu ciclo de vida (*Customer Lifeme Value*, apresentado na seção 2.3.5 deste trabalho) e (2) a necessidade desta em oferecer valor ao cliente ao longo do tempo. Logo, o valor percebido pelo cliente pode ser afetado pelo relacionamento. Sirdeshmukh, Singh e Sabol (2002, p. 21), seguindo o conceito de Zeithaml (1988) definem valor percebido como “a percepção dos benefícios menos os custos da manutenção de um relacionamento em andamento com um provedor de serviço”.

Uma organização só alcança a lealdade de seus clientes e os retêm quando oferece um valor que somente ela oferece e nenhum outro concorrente mais o faz. Para isso, deve criar também uma barreira de saída para o cliente, baseado neste valor (BUTTLE; BURTON, 2002). A área da saúde como apresentado, está em plena alteração de cenários e suas organizações precisam diagnosticar como seus clientes percebem o valor oferecido pelos serviços e assim, reavaliar suas estratégias de mercado.

2.5 LEALDADE E RETENÇÃO DO CLIENTE

Existem discussões na literatura sobre a composição do conceito de lealdade, que é basicamente apresentado por meio de duas dimensões: a atitudinal e a comportamental (DAY, 1969; DICK, 1994; BENNETT; RUNDLE-THIELE, 2002). A dimensão atitudinal demonstra a intenção do cliente em continuar comprando de

uma marca específica, enquanto que a comportamental evidencia efetivamente a sua compra. Porém, as duas dimensões mostram-se complementares já que somente a repetição de compra não demonstraria claramente que o consumidor tenha esta real intenção e, da mesma forma, apenas a intenção de compra não a garanta efetivamente. A atitude em relação à marca pode ser afetada pela indisponibilidade do produto, por exemplo, gerando um comportamento de compra de uma marca similar. Assim também, comportamentos repetidos de consumo podem não refletir atitudes positivas em relação à marca. Ilustrando esta diferença, Day (1969) apresenta que "Para gerar lealdade é preciso mais que compras consistentes da mesma marca, é preciso atitude, por exemplo." Este autor questiona e apresenta diferenças entre a compra intencional e a ocasional.

Lealdade do cliente é vista como a "força do relacionamento entre uma atitude individual relativa (única) e um padrão de repetição desta atitude" (DICK, 1994). Para Oliver (1999) lealdade pode ser definida como um comprometimento profundo de recomprar um produto ou serviço preferido. Segundo Bennett e Rundle-Thiele (2002), a lealdade a uma marca ou empresa é um fenômeno complexo, da qual não existe consenso na literatura sobre a forma de mensuração mais adequada. Segundo esses autores, a lealdade tem sido frequentemente avaliada e mensurada por meio das seguintes definições operacionais: repetição de compra, preferência, comprometimento, retenção e fidelidade.

Já que padrões de consumo não podem inferir em lealdade, esta deve ser medida por ambos os critérios: atitudinal e comportamental (DAY, 1969). Uma concepção da lealdade comportamental pode ser entendida como a retenção do cliente (OLIVER, 1999). A retenção apresenta o comportamento efetivo do cliente em recompra ou permanência no relacionamento com uma organização.

A partir de uma vasta revisão da literatura Baptista (2005, p. 79) define lealdade como "o conjunto de respostas comportamentais não aleatórias e favoráveis que resultam de um processo psicológico, tais como indicação boca a boca, preferência e intenção de recompra [...]". O autor avalia várias formas de mensuração da lealdade e constrói uma escala com treze indicadores, classificados em três dimensões: recompra, preferência e indicação. Desta forma, abrange aspectos atitudinais da lealdade dos clientes.

Por outro lado, para que se consiga durabilidade no relacionamento entre um cliente e uma organização é imprescindível que haja satisfação em relação aos

serviços usufruídos. Para Bolton (1998), esta relação entre satisfação e longevidade do relacionamento não pode ser negada. No caso da saúde a retenção do cliente permite a longevidade dos contratos de prestação de serviços, imprescindível para o alcance do VS e do retorno econômico ao sistema (PORTER; TEISBERG, 2006).

Para Oliver (1999) satisfação é um elemento inicial de uma seqüência transitória que culmina na formação da lealdade, como um conceito separado. Para ele satisfação é um passo necessário para a formação de lealdade, contudo, torna-se menos significante quando lealdade é configurada por meio de outros mecanismos. Este autor conceitua os estágios da lealdade dividindo-a em 4 fases: fase cognitiva, fase afetiva, fase conativa e ação. Segundo ele, cada fase apresenta características diferentes de relacionamento bem como vulnerabilidades. Assim, satisfação exclusivamente não parece ser a único fator relevante na retenção do cliente.

Devido à instabilidade das relações dos clientes ao longo do tempo, é importante entender claramente a dinâmica da percepção da qualidade, como esta se forma e se desenvolve, bem como de que modo a sua percepção influencia na retenção do cliente ao longo do tempo (RUST et al., 1999). Um achado relevante de Oliver (1999) apresenta que a lealdade é afetada negativamente pelas idiossincrasias do consumidor e pela mudança de incentivos.

Clientes leais, entretanto, podem não significar clientes rentáveis. Investimentos efetuados para ampliar a satisfação e retenção de clientes podem não levar necessariamente a um efeito positivo na rentabilidade proporcionada por esses clientes (KAMAKURA; ROSA, 2002). Assim, as organizações devem direcionar esforços para entender quando e como a lealdade e a satisfação geram rentabilidade. Além disso, devem buscar formas de avaliar a rentabilidade do cliente considerando extensões do relacionamento e aspectos sistêmicos, não apenas transações isoladas. Desta forma, podem obter avaliações mais representativas da rentabilidade de um determinado cliente.

2.6 RENTABILIDADE DO CLIENTE

Um problema estratégico do Marketing hoje está relacionado à geração de medidas que comprovem o retorno dos seus investimentos (RUST; LEMON; ZEITHAML, 2004). Investimentos em relacionamento com o cliente, em qualidade de serviços, satisfação do cliente e melhoria na percepção de valor podem ou não resultar em rentabilidade. Conforme apresentado por Porter e Teisberg (2006), a produção de valor ao cliente deverá trazer retornos financeiros aos participantes do sistema da saúde, pelo menos no longo prazo.

Alguns estudos apresentam as seguintes métricas: *Customer Equity* (CE) e *Customer Lifetime Value* (CLV) (RUST; LEMON; ZEITHAML, 2004; GUPTA; ZEITHAML, 2006; GRUCA; REGO, 2005; VENKATESAN; KUMAR, 2004). Estas medidas correlacionam resultados do cliente ao retorno financeiro para a organização. CLV é o valor financeiro relativo a todo o tempo de vida do cliente no relacionamento com a organização. Parte-se do princípio que a rentabilidade do cliente deve ser avaliada em um contexto temporal amplo do seu relacionamento com organização, englobando toda sua duração. Alguns estudos o recomendam como métrica ideal para selecionar clientes e desenhar programas de Marketing (VENKATESAN; KUMAR, 2004). De uma maneira mais estendida ainda, o CE representa a soma de todos os CLVs de clientes atuais e potenciais da empresa. Assim, representa a rentabilidade de todos os ciclos de vida dos clientes, considerando todo o potencial de retenção e de atração de novos clientes.

Segundo Rust et al. (2004) o marketing também mudou seu foco das ações de curto prazo para as relações de longo prazo, o que salienta a importância da medição dos retornos de investimento no logo prazo. Estes autores propuseram um método para avaliação de retornos de investimento em marketing, demonstrando-o ainda em estudos empíricos. Para eles, os investimentos de marketing impactam diretamente na melhoria da percepção do cliente sobre a organização, aumentando atração e retenção de clientes. Estes dois aspectos impactam no CLV e CE dos clientes, que em comparação com os custos dos investimentos de marketing, comprovam o retorno do investimento em marketing realizado.

Assim, de forma resumida, os retornos financeiros sobre as ações de marketing podem ser vinculados a indicadores de melhorias relacionados aos custos dos investimentos. As melhorias oferecidas pelos investimentos de marketing estão

relacionadas a progressos na percepção do cliente, refletidos em atração e retenção e ambos conduzem ao aumento no CLV e CE (RUST; LEMON; ZEITHAML, 2004).

Em relação à avaliação dos impactos das métricas relacionadas à satisfação, lealdade, aquisição e retenção com o real desempenho financeiro da firma Gupta e Zeithaml (2006) propõem 9 generalizações para as teorias existentes. São elas: (1) Melhorias na satisfação do cliente têm um significativo e positivo impacto no desempenho financeiro da firma; (2) O relacionamento entre satisfação e rentabilidade é assimétrico e não-linear; (3) A força do relacionamento "satisfação-lucratividade" varia a partir das indústrias (setores econômicos) tanto quanto a partir das firmas de uma determinada indústria (setor econômico); (4) Há um forte relacionamento positivo entre satisfação do cliente e retenção do cliente. No entanto, o relacionamento entre outras métricas inobserváveis e observáveis não está bem estabelecida; (5) Enquanto satisfação do cliente e qualidade do serviço estão fortemente correlacionadas com intenções comportamentais, intenções comportamentais predizem imperfeitamente comportamentos reais; (6) O relacionamento entre métricas inobserváveis e observáveis é tipicamente não-linear; (7) Decisões de marketing baseadas em métricas de clientes observáveis como CLV melhoram o desempenho financeiro da firma; (8) Retenção de clientes é um dos direcionadores-chave do CLV e da rentabilidade da firma e; (9) Métricas de clientes, especialmente CLV e CE, provêem uma boa base para avaliar o valor de mercado de uma firma. Além disso, Gruca e Rego (2005) também apresentam em seus achados que a satisfação do cliente tem impacto significativo na construção de valor para o acionista da organização devido a sua influência na geração de crescimento e de estabilidade do fluxo de caixa.

Para Venkatesan e Kumar (2004), apesar da existência de métricas mais abrangentes de retorno de clientes, apresentados nos parágrafos anteriores, são também considerados na literatura indicadores mais simples. São indicadores como: PCR (*Previous-period Customer Revenue*), que apresenta o rendimento do cliente em um dado período prévio; PCV (*Past Customer Value*), que demonstra o valor passado do cliente e; CLD (*Customer Lifetime Duration*), que estima a duração do ciclo de vida do cliente. Este último é também um indicador utilizado para avaliação da lealdade. O PCR é encontrado por meio da subtração de todos os custos e despesas das receitas obtidas pelo cliente em um dado período de tempo. Apesar menos eficaz na compreensão do valor global do cliente, é uma métrica que

continua sendo amplamente utilizada por organizações na avaliação da rentabilidade dos seus clientes (VENKATESAN; KUMAR, 2004).

Outro aspecto relevante na geração de rentabilidade de clientes é o risco envolvido na operação. O risco em planos de saúde está diretamente relacionado ao aumento da sinistralidade da carteira, que ocorre em função da utilização exagerada do serviço em relação aos valores de contribuição. A sinistralidade de um contrato de planos de saúde (seja com uma organização ou com um usuário final) é medida por meio da relação entre custos assistenciais diretos e receita recebida. Os custos assistenciais são definidos pela somatória de todos os gastos com consultas, internamentos e serviços auxiliares de diagnóstico e terapia (SADT) (ANS, 2006). Receita é prêmio mensal pago pelo cliente ao plano de saúde. Quando há níveis baixos de saúde, os custos assistenciais diretos tendem a ser elevados, colocando em desequilíbrio o índice de sinistralidade. Em especial, e bastante relacionado ao comportamento do consumidor, está o risco moral. Este risco, na área de planos de saúde, pode ser definido como a "sobreutilização dos serviços de saúde na presença de seguro" (ANDRADE et al., 2004). Isto significa que indivíduos que possuem algum tipo de plano de saúde tendem a sobreutilizar seus serviços, já que o custo marginal de utilização é zero ou próximo de zero. Este aspecto deve ser considerado para a compreensão da rentabilidade de clientes na saúde (ARAÚJO, 2004).

A medição da rentabilidade de uma carteira de clientes de planos de saúde é comumente tratada por meio da sinistralidade dessa carteira. A sinistralidade representa a relação direta entre o custo básico da operadora de saúde e sua receita. São excetuadas desta relação outras despesas, como as administrativas. Sobre as despesas administrativas há um controle mais efetivo do que sobre os sinistros da saúde. Estes têm riscos mais incisivos e são diretamente relacionados à rentabilidade.

2.7 SISTEMAS DE SAÚDE

2.7.1 Modelos Tradicionais

Modelos tradicionais de saúde são embasados na demanda espontânea de atendimento. Ou seja, os usuários buscam por atendimento de acordo com suas necessidades de assistência. Nestes moldes a abordagem de assistência é simplesmente curativa, objetivando o cuidado a doenças já instaladas. O usuário tem suas necessidades atendidas somente deste ponto de vista. Pouca atenção é dada ao enfoque preventivo de doenças e muito menos à perspectiva de manutenção e melhoria do seu nível de saúde. O cenário econômico é formado por *players* independentes, que visam a venda de seus serviços de forma isolada dos demais. Assim, acaba por ser criado um contexto de oferta de serviços muito maior do que a demanda real de necessidades de atenção à saúde da população atendida. Esta disputa sobre o cliente, aliada a outros aspectos como o avanço da medicina, o aumento dos custos da área, o envelhecimento da população e alterações no estilo de vida das pessoas, estão provocando a insustentabilidade neste modelo econômico (PORTER; TEISBERG, 2006; PORTER, 2006; ENTHOVEM; TOLLEN, 2004; IBM, 2006).

Segundo a ANS (2006), o modelo atual da saúde brasileira é caracterizado por um conjunto de recursos tecnológicos alocados em ações desarticuladas, pouco cuidadoras, centradas na assistência médico-hospitalar especializada e que incorpora de forma acrítica as novas tecnologias. Esta agência expõe de uma forma sistêmica a responsabilidade sobre o problema nacional da saúde privada.

Em outros estudos (IBM, 2006), os principais problemas do sistema de saúde no mundo todo são apresentados em 3 grandes aspectos, os dois primeiros reforçando os pontos já discutidos nos parágrafos anteriores: (1) contínuo aumento de custos; (2) baixa qualidade de assistência; (3) dificuldade de acesso. Este último aspecto apresenta outro problema, o de que são poucas as pessoas que acabam tendo acesso aos serviços da saúde. O alto custo é um limitador, bem como a baixa estrutura pública gratuita ou subsidiada que os Estados conseguem prover.

Nesse cenário, o papel da operadora de planos de saúde tem sido o de prover o acesso do usuário a ampla gama de serviços oferecidos pelo mercado.

Porém, como já mencionado, seu enfoque tem sido assistencial, puramente curativo ou pelo menos, pouco preventivo e minimamente focado na promoção da saúde.

O que se propõe no novo modelo, é que estas organizações passem a ter um papel de gestoras da saúde de seus usuários, atuando fortemente na mudança do sistema, da demanda espontânea para atenção e cuidado integrados da saúde do consumidor. Assim, há uma migração do modelo da atenção curativa para outro, baseado na produção do cuidado, respondendo à necessidade da integralidade da atenção a saúde (ANS, 2006).

Este novo modelo já tem sido aplicado com resultados positivos em algumas organizações norte-americanas, especialmente às baseadas em estruturas próprias de atendimento, os "*Pre-Paid Groups*" (ENTHOVEM; TOLLEN, 2004), similares às medicinas de grupo no Brasil. Segundo Enthovem e Tollen (2004), são exemplos destas organizações: Group Health Cooperative (Seattle, Washington); HealthPartners (Minneapolis – Saint Paul, Minnesota); Henry Ford Health System (Detroit, Michigan); Intermountain Health Care System (Salt Lake City, Utah); Kaiser Permanente (Oakland, California); Mayo Clinic (Rochester, Minnesota).

No Brasil, esta tem sido a linha de pensamento subjacente às ações da ANS, em seu papel regulador do sistema de saúde privado no país, a qual tem tido no modelo da Kaiser Permanente uma das suas principais referências. A estratégia de adoção de modelos de atenção baseados em PSPD também está em linha com as correntes de pensamento internacionais. Este é o caminho para o aumento do VS para o cliente e do equilíbrio econômico do sistema (PORTER; TEISBERG, 2006; PORTER, 2006; ENTHOVEM; TOLLEN, 2004; IBM, 2006).

Por outro lado, o atual modelo, apesar de alcançar baixos resultados em saúde para o paciente, não exige deste usuário seu comprometimento com o sistema. O cliente do sistema permanece alheio ao cenário econômico e com pouquíssima ou nenhuma responsabilidade sobre a própria saúde. Além disso, a grande maioria das corporações compradoras de planos de saúde visa oferecer este benefício aos seus empregados, sem se preocupar efetivamente com o resultado em saúde oferecido a eles, ao contrário, visa diminuir seus custos com este auxílio no curto prazo e livrar-se de incômodos causados pela necessidade de assistência médico-hospitalar.

2.7.2 Modelos Baseados em Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças (PSPD)

Em contraposição aos modelos tradicionais de assistência, as novas alternativas visam desenvolver um sistema de saúde focado na abordagem preventiva, no cuidado com doenças crônicas e na integralidade de assistência ao usuário. Estas são as bases da formação dos modelos baseados em PSPD.

Para a compreensão do significado e da importância destas mudanças é essencial que se compreenda o próprio conceito de "saúde". Para a OMS (2007), saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença. Assim, podem ser consideradas 5 dimensões para uma saúde ótima: física, emocional, social, intelectual e espiritual, conforme se vê na Figura 2.

O aspecto físico é apenas uma das dimensões da saúde ótima, e vai muito além do cuidado a doenças, abrangendo: o auto-cuidado médico, nutrição, a atividade física e o controle de abuso de substâncias nocivas. A dimensão emocional, por sua vez, abrange o cuidado com crises emocionais e o gerenciamento do estresse. O aspecto social dá ênfase à participação do indivíduo em seu contexto de comunidade, família e amigos. A dimensão intelectual incorpora questões de nível educacional, desenvolvimento pessoal e de carreira profissional. A última dimensão, a espiritual, considera aspectos como amor, esperança, caridade e propósito de vida.

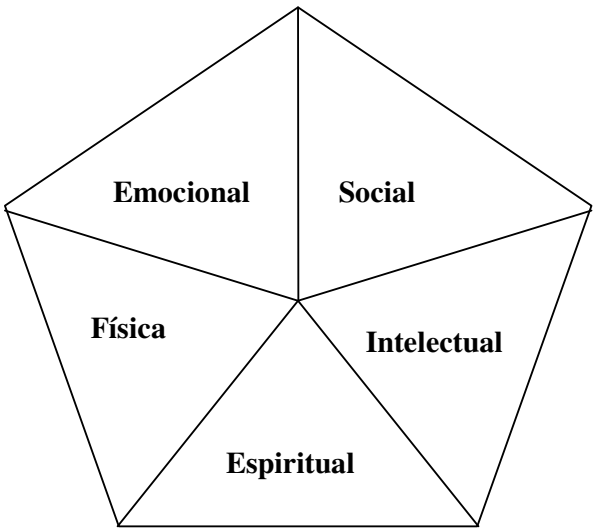

Figura 2: Dimensões da Saúde Ótima

Fonte: Adaptado de O'DONNELL (2000)

Complementado a visão das 5 dimensões, O'Donnel (2000) mostra a saúde como um *continuum*, apresentado na Figura 3. Assim, a saúde é definida como um *continuum* entre um estado de doença, que causa a morte prematura e um estado de saúde ótima para o indivíduo. A medicina tradicional tem focado sua atenção ao lado esquerdo do *continuum*, ou seja, a pessoas doentes ou com sinais e sintomas de doenças. Ao chegar-se ao "ponto neutro", não há preocupações com o estado de saúde da pessoa. Já a promoção da saúde busca levar também a este indivíduo, estados de saúde melhores, atuando na prevenção de doenças e na construção de comportamentos saudáveis que garantam as 5 dimensões já apresentadas na Figura 2.

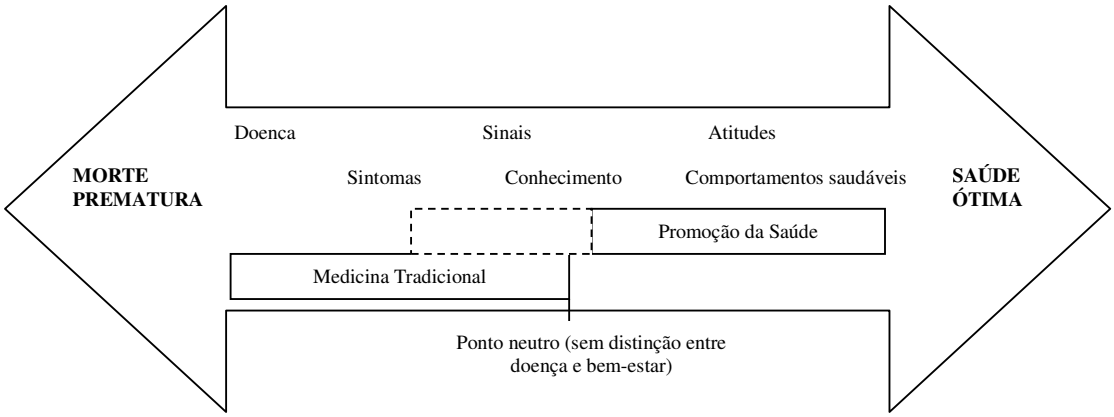

Figura 3: *Continuum* da Saúde

Fonte: O'DONNEL (2000, p. 3)

Define-se então a Promoção da Saúde (PS) como ações que enfatizam a modificação das condições de vida e de trabalho demandando uma abordagem intersetorial; apontando para a transformação dos processos individuais de tomada de decisão para que sejam predominantemente favoráveis à qualidade de vida e à saúde (ANS, 2006). Uma parte integrante da promoção é a Prevenção de Doenças (PD), definida como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. Para tanto, baseiam-se no conhecimento epidemiológico de doenças e de outros agravos específicos (ANS, 2006).

Para que se atinjam esses resultados em saúde, ou seja, se consiga criar um sistema que ofereça integralidade de assistência ao usuário, oferecendo maior VS para o paciente e garantindo a viabilidade econômica para as organizações

integrantes, supõe-se que serão necessárias mudanças em vários aspectos. A principal delas, sem dúvida, está relacionada à adoção de alternativas que estimulem a competição baseada no valor promovendo o uso mais eficiente dos recursos em crescente aumento de custos (PORTER; TEISBERG, 2006). Esta primeira mudança deve conduzir os participantes do sistema de saúde a saírem da competição baseada na busca de resultados de curto prazo, atingidos dentro de uma visão fragmentada dos serviços oferecidos ao cliente. Nesta visão, a competição está baseada nos serviços isolados que o cliente paga, tornando-se completamente desalinhada com o valor oferecido a ele (PORTER; TEISBERG, 2006). Além disso, com o crescente aumento dos custos da medicina, o cliente tende a gastar cada vez mais para receber os serviços de saúde. Assim, caberá às organizações do sistema de saúde buscarem otimizar estes gastos.

Dentro desta nova abordagem, espera-se dos prestadores de serviço que busquem ampliar seu foco da assistência pontual para uma abrangência maior de administração de doenças crônicas, prevenção de doenças e promoção de maiores níveis de saúde integral. Deles também é esperada uma maior participação na entrega de serviços que melhorem ou que forneçam resultados equivalentes por custos menores.

Para as operadoras de planos de saúde sugere-se que passem a exercer um papel de provedoras de serviço de valor agregado, tanto para seus usuários quanto para os prestadores de serviços vinculados a elas. As empresas contratantes de planos, por sua vez, deveriam passar de simples negociadoras de benefícios, para um papel de agente de transformação, demonstrando preocupação com o nível de saúde de sua população, fomentando ambientes que estimulem a auto-gestão da saúde, incentivando novos hábitos e estilos de vida saudáveis. E ainda, dos consumidores, também é esperado que tenham maior responsabilidade pela sua própria saúde, por meio do seu engajamento com os programas de prevenção e de tratamento, além da preocupação com seu bem-estar físico e psíquico, participando plenamente do novo sistema de atendimento. O novo modelo passaria a exigir: maiores níveis de responsabilidade, decisões conscientes, trabalho árduo e colaborativo de todos os atores.

Assim, resume-se em 3 aspectos de mudança para o sistema: (1) Foco na geração de valor para todos os participantes; (2) desenvolvimento de melhores

consumidores da saúde (usuários e corporações) e; (3) criação de melhores opções para promover e prestar serviços de saúde.

2.8 DESENVOLVIMENTO DE NOVAS ESTRATÉGIAS DE MARKETING NA SAÚDE

Para adequarem-se às demandas do mercado apontadas na seção anterior, as organizações da saúde devem desenvolver novas estratégias mercadológicas. Será fundamental a compreensão do impacto da adoção do novo modelo de assistência no comportamento do consumidor. Às operadoras de planos de saúde, das quais é esperado um papel de gestoras da saúde de seus usuários, promovendo serviços de valor agregado, tanto para estes quanto também para os prestadores de serviços vinculados a elas, apresenta-se um cenário de grandes implicações para suas estratégias de marketing.

A orientação para o mercado expõe a necessidade de domínio sobre a gestão de informações do cliente. Neste caso, onde é apontada uma mudança necessária ao comportamento do consumidor de planos (usuários e corporações) ressalta-se a importância do entendimento sobre as diferenças entre a percepção de valor nos dois modelos de assistência (tradicional e baseado em PSPD) para a correta definição de estratégias e táticas da operadora. Ações de educação do usuário parecem ser imprescindíveis, bem como ações para o envolvimento do contratante no aumento dos níveis de saúde da sua população. Ambas as linhas de pensamento estão focadas na mudança de comportamentos, a qual poderá ser entendida como "custo" do novo serviço. Ao mesmo tempo em que a qualidade percebida pelos clientes tende a aumentar, já que estes receberão maiores níveis de VS. As operadoras de planos de saúde deve buscar entender como estas diferenças afetam o VPC, para ambos, usuário final e corporações contratantes.

Segundo Araújo (2004), os clientes envolvidos nas ações do novo modelo de assistência teriam benefícios e custos e destaca diferenças para as perspectivas do cliente usuário e do cliente corporação. Conforme o trabalho deste autor, de forma geral, os benefícios para o usuário final estão ligados a melhoria na saúde e redução de gastos com saúde, enquanto que, para organização cliente de planos de saúde, estarão relacionados à melhoria na produtividade e na qualidade de trabalho. Por

sua vez, os custos para o usuário estarão relacionados ao receio de maior controle social da empresa e para a organização, aos custos diretos e indiretos na implantação de programas de saúde.

Avaliando-se as proposições sobre custo percebido pelo cliente (KOTLER, HAYES, BLOOM, 2002; BOLTON, DREW, 1991) pode-se dividi-lo em duas categorias complementares: monetários e não-monetários. A adoção de práticas de PSPD pela operadora de planos de saúde tende a gerar, no curto e no médio prazos, aumento na percepção de custo do cliente.

Assim, como exposto no Quadro 1, o usuário final tende a perceber maior custo monetário já que terá incorporação de novos hábitos e atividades, incorrendo em gastos financeiros efetivos. Além disso, mudanças comportamentais requerem tempo, esforço e responsabilidade e podem incidir em percepção de custo não-monetário, dentro das perspectivas de Kotler, Hayes e Bloom (2002) (custos: sensoriais; de tempo ou conveniência; incômodos; de oportunidade; psicológicos; sociais; físicos). Esses podem ser atribuídos a alterações no estilo de vida, como práticas de exercícios físicos, hábitos alimentares e de consumo de substâncias nocivas (álcool, tabaco etc), gerenciamento do estresse e outras dentro das 5 dimensões da saúde (FIGURA 2) e do *continuum* da saúde (FIGURA 3). Por outro lado, salienta-se que no longo prazo, pelo contrário do exposto aqui, espera-se diminuição dos custos percebidos, já que para manter pessoas em níveis ótimos de saúde, são necessários menores gastos.

	Custos monetários	**Custos não-monetários**
Cliente – usuário final	Gastos com incorporação de novos hábitos e novo estilo de vida. • Alimentação saudável • Atividades físicas • Atividades médicas de tratamento e acompanhamento	Maior responsabilidade sobre sua própria saúde. • Maior rigor nos tratamentos de doenças. • Mudanças no estilo de vida. • Tempo dedicado a atividades físicas e médicas de tratamento e acompanhamento. • Esforço e dedicação às atividades físicas e médicas de tratamento e acompanhamento.
Cliente – organização compradora	• Investimentos em programas de saúde.	Maior responsabilidade na gestão da saúde dos empregados. • Tempo da organização gasto na implantação de ações da saúde. • Esforço e dedicação às atividades da saúde. • Incorporação de novos processos internos.

Quadro 1 – Custos monetários e não-monetários na adoção de práticas de PSPD

Da mesma forma, espera-se aumento na qualidade percebida pelos clientes, já que tanto usuários finais quanto corporações recebem maiores níveis de VS, que no modelo anterior. No Quadro 2 apresentam-se os possíveis benefícios oferecidos aos clientes, que para o usuário final estão relacionados à melhoria do seu nível de saúde em direção ao nível ótimo (Figura 4). Para a corporação, relacionam-se a diminuição dos níveis de absenteísmo e de riscos ambientais para os trabalhadores (ARAÚJO, 2004). Além disso, melhoria da saúde e da segurança dos empregados, aumento da produtividade e da satisfação. No longo prazo, os benefícios esperados incluem a diminuição de custos globais com saúde, tanto para o usuário quanto para as corporações. O usuário mais saudável gasta menos para manter sua saúde e a organização, mantém um quadro funcional mais saudável, diminuindo, conseqüentemente, a sinistralidade da sua população e os custos com o pagamento de planos de saúde.

	Benefícios
Cliente – usuário final	• Melhoria no nível de saúde (conforme Figura 3 e Figura 4).
Cliente – organização compradora	• Diminuição do absenteísmo. • Aumento da produtividade. • Aumento da satisfação dos empregados. • Melhoria no ambiente organizacional. • Melhoria na saúde e segurança dos empregados. • Diminuição de riscos ambientais para os trabalhadores.

Quadro 2 – Benefícios na adoção de práticas de PSPD

A qualidade percebida da adoção de práticas de PSPD deve incidir na satisfação do cliente, que, mais satisfeito em suas necessidades reais de atenção a saúde, tende a permanecer no plano de saúde, gerando maior rentabilidade para a operadora. Por outro lado, há necessidade de se direcionar as estratégias de marketing para o retorno financeiro da organização, otimizando-se investimentos. Assim, cabe às operadoras avaliarem quais estratégias poderiam ser mais rentáveis considerando satisfação, retenção e aumento de VPC.

Buscar maior rentabilidade no longo prazo deve envolver estratégias de marketing na redução de riscos do cliente atendido, diminuindo-se a utilização desequilibrada dos serviços. Para Araújo (2004) as estratégias baseadas na PSPD podem ainda auxiliar operadoras de planos de saúde a diminuírem o risco moral inerente ao seu contexto econômico (ARAÚJO, 2004; ANDRADE et al., 2004), diminuindo a sinistralidade de suas carteiras. Práticas de PSPD podem ser somadas a co-participação do usuário na utilização de serviços e ainda, a adicionais de preço por risco calculado, para diminuição do risco moral da população atendida (ARAÚJO, 2004).

Estratégias de marketing das operadoras devem ser estreitamente relacionadas à adoção de práticas de PSPD. E devem contemplar necessariamente os dois públicos: corporações e usuários finais. Introduzir nas empresas um novo conceito de benefício de saúde bem como influenciar mudanças no estilo de vida das pessoas não parece ser uma tarefa fácil. Será fundamental compreender o comportamento do consumidor da saúde. Por exemplo, o que faz com que um indivíduo adote práticas que visam seu bem-estar e a melhoria da sua qualidade de vida e como se dá este processo. Além disso, entender como o cliente percebe os resultados dessa mudança.

A implementação de práticas de PSPD certamente trará ganhos para todos os participantes do sistema de saúde. Mas, sem dúvida, o maior ganhador deve ser o cliente, que terá recompensas em seus níveis de saúde, vivendo mais e melhor. Esta pode ser a motivação para todos os envolvidos.

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

Neste capítulo são apresentados os procedimentos metodológicos adotados para a execução da presente pesquisa, alinhados com o problema de pesquisa, objetivo geral e objetivos específicos. A primeira seção aborda o delineamento da pesquisa, que expõe o escopo, o tipo de estudo realizado e as perguntas de pesquisa definidas. Na seqüência explicam-se todas as etapas da elaboração do instrumento de coleta, incluindo-se a operacionalização dos construtos e suas escalas. Nas três seções seguintes apresentam-se a população e a amostra do estudo; os procedimentos de coleta de dados e; as técnicas de análise de dados utilizadas. A última seção discute as limitações da pesquisa.

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

O escopo desta pesquisa é a avaliação da relação entre a adoção de práticas de PSPD pelo cliente de uma operadora de planos de saúde e a sua percepção de valor no relacionamento com esta operadora. Analisam-se categorias de clientes em relação ao seu grau de adoção a estas práticas e os resultados alcançados em qualidade percebida, valor percebido, satisfação, lealdade e rentabilidade. Assim, tem-se o caráter descritivo, já que neste tipo de estudo visa-se estabelecer as relações entre variáveis identificando características de determinada população ou fenômeno (GIL, 1999).

Para isso, utiliza-se de uma abordagem predominantemente quantitativa (LAKATOS; MARCONI, 2000), que busca a precisão dos resultados, evitando possíveis distorções de análise e interpretação (RICHARDSON, 1999). A pesquisa é do tipo *survey* por meio de um estudo *cross section*, já que a coleta de dados ocorre em um único momento (MALHOTRA, 2001).

Porém, o estudo é precedido ainda de uma fase qualitativa de caráter exploratório para melhorar o planejamento da fase descritiva. Conforme Cooper e Schindler (2003), o estudo exploratório possibilita desenvolver os conceitos de forma mais clara, estabelecendo prioridades e melhorando as definições operacionais das variáveis, que podem não estar totalmente conhecidas ou definidas. Desta forma, a pesquisa é composta por duas etapas: a primeira, qualitativa, realizada por meio de

entrevistas individuais com especialistas na área da saúde; a segunda, quantitativa, para levantamento de dados, utilizando-se de questionários estruturados para realização de entrevistas pessoais com os clientes da operadora.

3.2 PERGUNTAS DE PESQUISA

O problema de pesquisa proposto no capítulo 1, exigiu que fossem levantados dados referentes à adoção de práticas de PSPD pelos clientes a partir de ações implementadas pela operadora escolhida. Além disso, dados sobre a qualidade percebida, valor percebido, satisfação, lealdade e rentabilidade desses clientes. A partir da revisão da literatura sobre esses construtos somada à análise do novo modelo assistencial baseado em práticas de PSPD, estabeleceram-se cinco perguntas para responder ao objetivo geral e objetivos específicos da pesquisa. As perguntas e seus embasamentos são apresentados a seguir.

Considerando-se a adoção de práticas de PSPD, imagina-se que a percepção de sacrifícios pelo cliente tenda a aumentar. Estes sacrifícios estão relacionados ao esforço e ao tempo dedicados à incorporação de um novo estilo de vida. Possivelmente tenham ainda o envolvimento de custos monetários, por exemplo, na adequação da alimentação e na adoção de atividades físicas regulares. O aumento de custos afeta negativamente o VPC (RUST; ZEITHAML; LEMON, 2001; ZEITHAML et al., 1988; BOLTON; DREW, 1991). Por outro lado, ao serem considerados os benefícios oferecidos ao cliente por meio da adoção das práticas de PSPD, imagina-se que o VPC aumente. Para o usuário final, este fenômeno estaria relacionado ao aumento dos seus níveis de saúde. Assim, verifica-se a seguinte pergunta de pesquisa:

> Pergunta 1: Qual a diferença no VPC entre adotantes e não adotantes de PSPD?

Ampliar o valor percebido pelo cliente significa dizer que a relação entre o que este recebe e oferece é aumentada (ANDREANSEN; LINDESTAD, 1998; ZEITHMAL et al., 1988). Conforme alguns estudos (ZEITHAML, 1988; CRONIN; TAYLOR, 1992)

quanto maiores forem os níveis de VPC maiores serão os níveis de satisfação do cliente. Porém, a literatura sugere que a percepção de valor do cliente tem uma natureza multifacetada e que pode variar de acordo com o contexto dos serviços (BABIN et al., 1994). Desta forma, busca-se responder à segunda pergunta de pesquisa:

Pergunta 2: Qual o impacto do VPC na satisfação do cliente de planos de saúde?

Por outro lado, espera-se que o valor percebido tenha impacto na lealdade dos clientes (RUST; ZEITHAML; LEMON, 2001; SIRDESHMUKH; SINGH; SABOL, 2002; BUTTLE; BURTON, 2002). Além disso, os níveis de satisfação do cliente também tendem a impactar positivamente na lealdade (ZEITHAML, 1988; CRONIN; TAYLOR, 1992; GUSTAFSSON et al., 2005; ANDREANSEN; LINDESTAD, 1998, NIJSSEN et al., 2003; ZINS, 2001). Assim, procura-se responder à terceira pergunta de pesquisa:

Pergunta 3: Qual o impacto do VPC na lealdade do cliente de planos de saúde?

Uma nova pergunta é formulada para entender o impacto do valor percebido na rentabilidade dos clientes, já que esta relação é apontada por vários estudos (RUST; LEMON; ZEITHAML, 2004; GUPTA; ZEITHAML, 2006; GRUCA; REGO, 2005; VENKATESAN; KUMAR, 2004; MACSTRAVIC, 2004; NEWMAN; MAYLOR, 2002; CHOONG, 2000; GEMME, 1997; BENDAL; POWERS, 1995). A melhoria na percepção do cliente sobre os serviços tende a se refletir em atração e retenção e ambos conduzem ao aumento no CLV e no CE (RUST; LEMON; ZEITHAML, 2004). O impacto da retenção de clientes na rentabilidade, especificamente em planos de saúde, foi demonstrado nos estudos de Piva et al. (2007). Portanto, traçou-se a quarta pergunta de pesquisa:

Pergunta 4: Qual o impacto do VPC na rentabilidade do cliente de planos de saúde?

Em outra perspectiva também se espera que a partir da adoção de práticas de PSPD o usuário final aumente seu nível de responsabilidade com a gestão da saúde (ANS, 2006; O'DONNEL, 2000; PORTER; TEISBERG, 2006; PORTER, 2006; ENTHOVEM; TOLLEN, 2004; IBM, 2006). Pode-se esperar a diminuição do risco moral (ARAÚJO, 2004) somado a melhoria das condições de saúde, diminuindo-se assim a utilização dos serviços e por conseqüência, aumentado a rentabilidade da operadora. Desta forma, elaborou-se uma última pergunta de pesquisa para a avaliação desse impacto:

> Pergunta 5: Qual o impacto da adoção de práticas de PSPD na rentabilidade do cliente de planos de saúde?

Estas cinco perguntas apresentadas direcionam as análises dos dados levantados por meio da pesquisa de campo e das consultas a base de dados da operadora. Os procedimentos para levantamento dos dados são abordados nas seções seguintes.

3.3 ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta teve o objetivo de levantar dados de clientes de uma operadora de planos de saúde sobre: adoção de práticas de PSPD; qualidade percebida; valor percebido; satisfação e lealdade. Os dados sobre rentabilidade foram extraídos da base de dados da operadora. Para elaboração desse instrumento, foi utilizada uma fase qualitativa de caráter exploratório, visando-se buscar mais informações sobre a adoção de práticas de PSPD, sobre a percepção de valor e de qualidade por clientes de planos de saúde. Procurou-se identificar de forma mais clara as dimensões desses construtos para elaborarem-se os itens de escala que seriam utilizados.

Foram entrevistados 5 especialistas em PSPD, necessariamente com formação em Medicina e experiência no tema. Foram realizadas entrevistas com roteiros semi-estruturados, as quais foram transcritas e analisadas. A partir delas elaborou-se um modelo para avaliação do grau adoção de práticas de PSPD. Além

disso, buscou-se adaptar as escalas de mensuração dos demais construtos. As entrevistas ocorreram no período de 03/10/2007 a 21/01/2008.

Após a construção, o questionário passou por uma validação completa dos especialistas, seguida por três pré-testes. A aplicação do pré-teste teve o objetivo de avaliar a compreensão dos termos utilizados, mensurar o tempo de aplicação e realizar possíveis ajustes no instrumento (MALHOTRA, 2001). A validação do questionário final foi feita pelos especialistas no período de 22/01/2008 a 29/01/2008. A aplicação dos pré-testes ocorreu nos dias 30/01/2008 e 31/01/2008. A partir dessas aplicações foram feitos pequenos ajustes no texto e o questionário foi considerado validado e pronto para ser utilizado. O questionário foi composto de perguntas fechadas que facilitam a codificação dos dados para o pesquisador (RICHARDSON, 1999).

3.3.1 Operacionalização do Construto Adoção de Práticas de PSPD

Foi utilizada neste estudo a definição da ANS (2006), que especifica as práticas de PSPD como sendo as ações integradas de PS e PD, onde: PS são ações que buscam a transformação dos processos individuais de tomada de decisão para que sejam predominantemente favoráveis à qualidade de vida e à saúde e; PD são intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações; baseiam-se no conhecimento epidemiológico de doenças e de outros agravos específicos. O conceito da ANS cabe tanto para direcionar as ações das operadoras na melhoria dos níveis de saúde da sua população atendida, quanto para direcionar a adoção dessas práticas pelo próprio individuo. A prevenção está mais relacionada às ações focadas em um determinado fator de risco ou doença, enquanto que a promoção visa o aumento dos níveis de saúde de uma forma integral.

O grau de adoção destas práticas é definido na literatura médica em relação ao tempo de prática. Ou seja, quanto tempo cada indivíduo pratica processos individuais de tomada de decisão predominantemente favoráveis a sua qualidade de vida (RYAN; SMITH, 2006; O'DONNEL, 2000) ou ainda, se não praticam, qual sua predisposição para a mudança. A literatura sugere que os indivíduos sejam classificados em 5 categorias: (1) não praticam e não pretendem começar; (2) não

praticam, mas pretendem começar nos próximos 6 meses; (3) não praticam, mas pretendem começar no próximo mês; (4) praticam há menos de 6 meses; (5) praticam há mais de 6 meses. O nível 1 é considerado o nível de “pré-contemplação à mudança”, onde o indivíduo ainda não está preparado para agir. O nível 2 referente à “contemplação” indica que a pessoa já está pensando tomar ações. O nível 3 o de “preparação à mudança”. O nível 4 indica “ação” e 5 de “manutenção da saúde”. Essas definições foram aceitas e recomendadas pelos 5 especialistas consultados.

Assim, para operacionalização do construto foi necessária a criação de variáveis que abrangessem aspectos do comportamento que afetam significativamente a qualidade de saúde das pessoas, formando um conjunto de critérios que pudessem demonstrar seu perfil em relação à adoção de práticas. Dentro do conceito de saúde apresentado no item 2.4.2 deste estudo, as práticas abrangeriam aspectos complexos da vida das pessoas, como vida social, intelectual, emocional, espiritual e física. Porém, para viabilizar a pesquisa foi necessário limitar o conceito a um determinado conjunto de itens mais significativos.

Segundo os especialistas em PSPD, o conjunto adequado abrange os seguintes aspectos: fumo; atividades físicas regulares; alimentação saudável e; sono. Esses têm interferência direta nos demais aspectos, sendo básicos para a manutenção de níveis mais altos de saúde integral. A definição de cada um desses aspectos foi pautada na literatura médica disponível (ANS, 2006; AAFP, 1996; BARRETO et al., 2005; O’DONNEL, 2000) e validada com os especialistas. Foram então utilizadas 4 variáveis categóricas ordinais, conforme descrito no Quadro 3 – Variáveis de PSPD.

1. *Em relação ao* ***hábito de fumar,*** *você:* ***(resposta única)***
( ) Nunca fumou.
( ) Parou de fumar **há mais de 6 meses.**
( ) Parou de fumar **há menos de 6 meses.**
( ) Ainda fuma, **mas tem intenção** de parar no próximo mês.
( ) Ainda fuma, **mas tem intenção** de parar nos próximos 6 meses.
( ) Ainda fuma e **não tem intenção** de parar.

2. *Considerando-se a prática de* ***atividades físicas regulares*** *(pelo menos 3 vezes por semana, pelo menos 30minutos cada), você:* ***(resposta única)***
( ) Realiza atividades físicas regulares **há mais de 6 meses.**
( ) Realiza atividades físicas regulares **há menos de 6 meses.**
( ) **Não realiza** atividades físicas regulares, mas tem intenção de começar no próximo mês.
( ) **Não realiza** atividades físicas regulares, mas tem intenção de começar nos próximos 6 meses.
( ) **Não realiza** atividades físicas regulares e não tem intenção de começar.

3. *Considerando-se o hábito de* ***alimentação saudável*** *(ingerir diariamente frutas, legumes e verduras; pouco sal e; pouca gordura), você:* ***(resposta única)***
( ) Pratica alimentação saudável **há mais de 6 meses.**
( ) Pratica alimentação saudável **há menos de 6 meses.**
( ) **Não** pratica alimentação saudável, mas tem intenção de começar no próximo mês.
( ) **Não** pratica alimentação saudável, mas tem intenção de começar nos próximos 6 meses.
( ) **Não** pratica alimentação saudável, e não tem intenção de mudar.

4. *Considerando-se o hábito de* ***dormir pelo menos 7 horas por dia na maioria das semanas****, você:* ***(resposta única)***
( ) Tem o hábito **há mais de 6 meses.**
( ) Tem o hábito **há menos de 6 meses.**
( ) **Não** tem o hábito, mas tem intenção de mudar no próximo mês.
( ) **Não** tem o hábito, mas tem intenção de mudar nos próximos 6 meses.
( ) **Não** tem o hábito e não tem intenção de mudar.

Quadro 3 – Variáveis de PSPD

3.3.2 Operacionalização do Construto Valor Percebido pelo Cliente

O vínculo entre o cliente de planos de saúde e a operadora tem caráter relacional e não apenas transacional. Assim, adotou-se a definição de Sirdeshmukh, Singh e Sabol (2002, p. 21), que apresenta o valor percebido como "a percepção dos benefícios menos os custos na manutenção de um relacionamento em andamento com um provedor de serviço".

Para operacionalizar o VPC foi utilizada a escala intervalar de 10 pontos proposta por Sirdeshmukh, Singh e Sabol (2002). Esta escala utiliza-se da avaliação dos benefícios da relação de troca em relação ao preço (variando de "péssimo negócio" a "ótimo negócio"); ao tempo gasto (variando de "pouco razoável" a "muito razoável"); ao esforço envolvido (variando de "nada vantajoso" a "muito vantajoso") e a avaliação global de valor (variando de "de pouco valor" a "de muito valor"). A escala é apresentada no Quadro 4 – Escalas do Construto VPC.

Variando de 1 para "Péssimo Negócio" e 10 para "Ótimo Negócio", dê sua nota para a seguinte afirmação:

V1- Considerando-se os preços que você paga no plano de saúde e os benefícios que costuma receber dele, você acredita que manter-se vinculado a este plano é:	**1** Péssimo negócio	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10** Ótimo negócio

Variando de 1 para "Nada Razoável" e 10 para "Muito Razoável", dê sua nota para a seguinte afirmação:

V2- Considerando-se o tempo que você gasta ao utilizar os serviços do plano de saúde e os benefícios que costuma receber dele, você acredita que o tempo gasto é:	**1** Nada razoável	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10** Muito razoável

Variando de 1 para "Nada Vantajoso" e 10 para "Muito Vantajoso", dê sua nota para a seguinte afirmação:

V3- Considerando-se todos os esforços (por exemplo: deslocamento, burocracia na liberação de guias etc) necessários para utilizar os serviços do plano de saúde e os benefícios que costuma receber dele, você acredita que o esforço gasto é:	**1** Nada vantajoso	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10** Muito vantajoso

Variando de 1 para "De pouco valor" e 10 para "De muito valor", dê sua nota para a seguinte afirmação:

V4- Como você classificaria sua experiência global com o plano de saúde:	**1** De pouco valor	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10** De muito valor

Quadro 4 – Escala do Construto VPC

3.3.3 Operacionalização do Construto Qualidade Percebida

Este estudo utilizou-se do conceito de Zeithaml (1988). Para a autora, a qualidade percebida é o julgamento do cliente sobre a excelência ou superioridade global do serviço. Para operacionalizar o construto utilizou-se uma adaptação do modelo SERVQUAL (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988) considerando-se ainda as proposições de Cronin e Taylor (1992) para simplificação do seu uso. Este modelo apresenta a qualidade percebida como sendo baseada nas seguintes dimensões: tangibilidade, confiabilidade, presteza, segurança e empatia.

Alguns estudos foram encontrados na área da saúde (REINDENBACK; SANDIFER-SMALLWOOD, 1990; HEADLEY; MILLER, 1993; MCALEXANDER; KALDENBERG; KOENIG, 1994; GONZALES-VALENTIN et al., 2005; CHOW et al., 2005; WANG; CHANG ; CHEN, 2007; FAMSARAN-FOWDAR, 2005; KILBOURNE et al., 2004; ARROYO, 2007) os quais se utilizavam de escalas adaptadas do modelo original de Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988). A partir desses artigos e das entrevistas com os especialistas, foram elaborados os itens de mensuração deste construto. Gerou-se uma escala com 45 variáveis dentro de 6 categorias, conforme apresenta o Quadro 5 – Escalas do Construto QP e o Quadro 6 - Escalas do Construto QP – Continuação.

Dimensão	Item da escala
Tangibili-dade	1. A Paraná Clínicas apresenta aparelhos modernos para exames.
	2. A Paraná Clínicas tem instalações físicas visualmente agradáveis.
	3. A Paraná Clínicas possui médicos adequadamente vestidos e com boa aparência.
	4. A Paraná Clínicas possui funcionários adequadamente vestidos e com boa aparência.
	5. A Paraná Clínicas possui salas de espera, salas de consulta, corredores e banheiros limpos.
Confiabili-dade	6. Na Paraná Clínicas sou atendido na data e hora prometidas.
	7. A Paraná Clínicas é confiável.
	8. A Paraná Clínicas cumpre prazos de entrega de exames e resultados médicos.
	9. A Paraná Clínicas mantém meus registros médicos históricos (prontuários) de forma precisa e organizada.
	10. Os médicos da Paraná Clínicas realizam um diagnóstico cuidadoso dos meus problemas de saúde.
	11. Confio nos médicos da Paraná Clínicas para a condução dos meus problemas de saúde.
	12. Os médicos da Paraná Clínicas prescrevem medicamentos eficientes, seguros e acessíveis.
Presteza	13. Na Paraná Clínicas, sou atendido dentro do tempo prometido.
	14. Na Paraná Clínicas, sou recebido imediatamente e sou mantido informado de quando serei atendido na consulta, exame ou outro procedimento.
	15. A Paraná Clínicas possui funcionários sempre dispostos a me ajudar.
	16. Na Paraná Clínicas, os funcionários respondem prontamente às minhas solicitações.
	17. A Paraná Clínicas possui horários convenientes de funcionamento.
	18. Na Paraná Clínicas, posso marcar consultas e exames em horários convenientes para mim.
Segurança	19. Como paciente, tenho confiança nos médicos da Paraná Clínicas.
	20. Como paciente, tenho confiança nos funcionários da Paraná Clínicas.
	21. Na Paraná Clínicas, minhas informações são tratadas com confidencialidade.
	22. Na Paraná Clínicas estou seguro do tratamento que recebo.
	23. Sou tratado com gentileza pelos médicos da Paraná Clínicas.
	24. Sou tratado com gentileza pelos funcionários da Paraná Clínicas.
	25. Na Paraná Clínicas os funcionários recebem apoio gerencial e material para executar as suas tarefas.
	26. Os médicos da Paraná Clínicas me inspiram confiança e segurança.
	27. Os funcionários da Paraná Clínicas me inspiram confiança e segurança.
	28. Os médicos da Paraná Clínicas oferecem explanação cuidadosa das minhas condições de saúde e do tratamento.
Empatia	29. Sinto que os médicos da Paraná Clínicas têm tempo suficiente durante as consultas.
	30. Os médicos da Paraná Clínicas têm paciência.
	31. Os médicos da Paraná Clínicas me oferecem atenção personalizada.
	32. Os funcionários da Paraná Clínicas me oferecem atenção personalizada.
	33. Na Paraná Clínicas, sinto que os médicos compreendem minhas solicitações.
	34. Na Paraná Clínicas, sinto que os funcionários compreendem minhas solicitações.
	35. Os médicos da Paraná Clínicas demonstram interesse com meu bem-estar.
	36. Os médicos da Paraná Clínicas demonstram prontidão para responder minhas perguntas e preocupações.
	37. Os funcionários da Paraná Clínicas demonstram prontidão para responder minhas perguntas e preocupações.
	38. Tenho facilidade em me sentir à vontade com os médicos da Paraná Clínicas.
	39. Na Paraná Clínicas compreendo a importância de seguir adequadamente o meu tratamento.
	40. Na Paraná Clínicas sou envolvido nas decisões sobre os meus cuidados médicos.
Especifico	41. Na Paraná Clínicas tenho resultados médicos positivos em meus tratamentos.
	42. Sinto-me bem emocionalmente e psicologicamente.
	43. Quando necessário, sou adequadamente encaminhado pelos médicos da Paraná Clínicas a médicos especialistas, hospitais, farmácias e laboratórios.
	44. Os médicos da Paraná Clínicas dão ênfase a minha educação e informação sobre minhas condições de saúde.
	45. Os funcionários da Paraná Clínicas dão ênfase a minha educação e informação sobre minhas condições de saúde.

Quadro 5 – Escala do Construto QP

Foi utilizada uma escala intervalar de 10 pontos, variando de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”. Os valores da escala foram atrelados aos conceitos para facilitar a interpretação do respondente, conforme mostra o Quadro 6 – Valores Numéricos da Escala Intervalar de 10 Pontos.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Discordo totalmente		Discordo parcialmente		Nem concordo nem discordo		Concordo parcialmente		concordo totalmente	

Quadro 6 – Valores Numéricos da Escala Intervalar de 10 Pontos

3.3.4 Operacionalização do Construto Satisfação

Satisfação é entendida neste estudo como a comparação das expectativas do pré-consumo contra os resultados reais atingidos pelo serviço (OLIVER, 1980), denotando um estado temporal onde uma experiência repetida de utilização reflete como o serviço atende seus propósitos (OLIVER, 1999).

Para operacionalizar esse construto foi utilizada a escala apresentada por Oliver (1997), adaptada para 10 pontos (variando de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”). Os valores dessa escala numérica são dispostos no Quadro 6. A escala de Oliver envolve os seguintes indicadores: *performance* e qualidade global; atendimento as necessidades; expectativas não atendidas; satisfação; dissonância cognitiva; atribuição de sucesso; arrependimento; afeto positivo; atribuição de insucesso; afeto negativo; avaliação da compra; atribuição de sucesso (MARCHETTI; PRADO, 2001). O Quadro 7 – Escalas do Construto Satisfação apresenta os indicadores da escala de Oliver e seus itens adaptados para a realidade de planos de saúde.

Indicador	Item da escala
Performance e qualidade global	1. Este foi um dos melhores PLANOS DE SAÚDE com o qual já trabalhei.
Atendimento as necessidades	2. O PLANO DA PARANÁ CLINICAS é exatamente o que eu preciso.
Expectativas não atendidas	3. O PLANO DA PARANÁ CLINICAS não funciona tão bem quanto deveria.
Satisfação	4. Estou satisfeito com O PLANO DA PARANÁ CLINICAS.
Dissonância cognitiva	5. As vezes eu não sei se devo continuar trabalhando com o PLANO DA PARANÁ CLINICAS.
Atribuição de sucesso	6. Minha escolha em usar o PLANO DA PARANÁ CLINICAS foi acertada.
Arrependimento	7. Se eu pudesse fazer de novo, eu escolheria trabalhar com outra empresa.
Afeto positivo	8. Eu realmente estou gostando do PLANO DA PARANÁ CLINICAS.
Atribuição de insucesso	9. Eu me sinto culpado por ter decidido trabalhar com o PLANO DA PARANÁ CLINICAS.
Afeto negativo	10. Eu não estou feliz por estar trabalhando com o PLANO DA PARANÁ CLINICAS.
Avaliação da compra	11. Ser cliente do PLANO DA PARANÁ CLINICAS tem sido uma experiência agradável.
Atribuição de sucesso	12. Eu estou certo de que fiz a escolha certa quando me tornei cliente do PLANO DA PARANÁ CLINICAS

Quadro 7 – Escala do Construto Satisfação

3.3.5 Operacionalização do Construto Lealdade

Neste estudo, considera-se a definição apresentada por Baptista (2005, p. 79), segundo o qual lealdade é “o conjunto de respostas comportamentais não aleatórios e favoráveis que resultam de um processo psicológico, tais como indicação boca a boca, preferência e intenção de recompra, expressas por um cliente [...]”.

Para operacionalização do construto adaptou-se o modelo desenvolvido pelo autor, originalmente criado para comércio varejista eletrônico, para a realidade de planos de saúde. A escala apresenta variáveis referentes a três dimensões: recompra, preferência, indicação. Após a validação da escala com os especialistas, resultou-se no modelo apresentado no Quadro 8. Utilizou-se uma escala intervalar de 10 pontos, baseada na proposta por Sirdeshmukh, Singh e Sabol (2002), variando de “muito pouco provável” a “muito provável”.

Dimensão	Item da escala
Recompra	1. Acredito que em uma próxima escolha de plano de saúde escolherei a PARANÁ CLÍNICAS.
	2. Sempre que eu puder escolher um plano de saúde, escolherei a PARANÁ CLÍNICAS.
	3. Tenho intenção em permanecer no plano de saúde da PARANÁ CLÍNICAS.
Preferência	4. Considero a PARANÁ CLÍNICAS o melhor plano de saúde.
	5. A PARANÁ CLÍNICAS é o meu plano de saúde preferido.
	6. Para mim, a PARANÁ CLÍNICAS é igual aos demais planos de saúde.
	7. Quando eu escolho um plano de saúde, a PARANÁ CLÍNICAS é a minha primeira escolha.
Indicação	8. Recomendo a PARANÁ CLÍNICAS para as pessoas que procuram indicações.
	9. Falo coisas positivas sobre a PARANÁ CLÍNICAS para outras pessoas.
	10. Encorajo meus amigos a fazer o plano de saúde da PARANÁ CLÍNICAS.
	11. Eu defenderia a PARANÁ CLÍNICAS se alguém fizesse um comentário negativo sobre ele.
	12. Fico em dúvida quando penso em recomendar a PARANÁ CLÍNICAS para um conhecido.

Quadro 8 – Escala do Construto Lealdade

3.3.6 Operacionalização do Construto Rentabilidade

Este estudo baseia-se na definição de rentabilidade de Venkatesan e Kumar (2004). Para estes autores a rentabilidade é o rendimento financeiro do cliente em um dado período prévio de tempo (PCR). Para uma operadora de planos de saúde, o rendimento financeiro do cliente em um determinado período está inteiramente relacionado ao seu custo assistencial médico em relação a sua receita naquele período. Os gastos assistenciais são aqueles diretamente relacionados à realização de consultas, exames (SADTs) e procedimentos hospitalares. A receita é a soma dos prêmios mensais pagos pelo usuário, estabelecidas em contrato.

Assim, a operacionalização deste construto foi feita abordando-se os custos assistenciais, as receitas do cliente e a relação entre ambos em um determinado período de tempo. Foi utilizado o período de 12 meses, compreendido entre janeiro/2007 e dezembro/2007. Foi realizado um levantamento na base de dados do cliente, que disponibilizou, da relação dos respondentes, a data de entrada no plano, a idade, o tipo de plano, os gastos assistenciais e as receitas do ano de 2007. Os dados foram extraídos por meio de procedimentos de busca em base de dados, elaborados especificamente para esta pesquisa. Todo o processo foi conduzido pela Superintendência de Tecnologia da Informação da operadora que disponibilizou os recursos necessários.

Custos

Foram selecionados todos os custos referentes às consultas médicas realizadas pelos clientes naquele período tanto na rede de serviços credenciados da operadora quanto na sua própria estrutura de atendimento. Foi utilizada uma variável denominada “Custo com Consultas”.

Da mesma forma foram levantados os Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT) realizados pelo cliente. Estes serviços de exames e terapias são solicitados pelos profissionais médicos a partir das consultas, para auxiliar no diagnóstico e no tratamento do cliente. São serviços de exames de imagens (como ecografia, raio-x, mamografia, ressonância magnética etc), laboratoriais de análises clínicas, testes gráficos entre outros e terapias como fisioterapia, psicoterapia, quimioterapira, radioterapia entre outras. Utilizou-se a variável “Custo com SADT”.

Foram ainda levantados os custos gerados pelo cliente em procedimentos hospitalares cirúrgicos e clínicos realizados no período. Para isso, utilizou-se a variável “Custo Hospitalar”.

Receita

A empresa cliente paga uma fatura mensal para a operadora referente às parcelas individuais de cada associado pertencente ao seu contrato. Assim, para cada respondente foi necessário levantar o valor total das mensalidades do plano de saúde do período de janeiro/2007 a dezembro/2007, pagas pelo cliente empresa ao qual estava vinculado. Foi utilizada a variável “Receita”.

Sinistralidade

A sinistralidade de um contrato é um conceito amplamente utilizado na área de seguros e particularmente, em planos de saúde. Ele representa o cálculo do total de custos assistenciais em relação às receitas totais de cada cliente. Significa o montante gasto diretamente na operação dos serviços. Além dele a operadora apresenta suas despesas administrativas, comerciais e tributárias. Portanto, para representar lucratividade, este índice necessariamente deve ser inferior a 1, já que

uma parcela deve representar essas despesas e uma terceira, o lucro da operação. Utilizou-se a variável “Sinistralidade”.

3.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Para serem apresentadas a população e a amostra deste estudo, faz-se necessário compreender o contexto de práticas de PSPD utilizadas pela operadora escolhida. Assim, são abordados aqui alguns aspectos relevantes da realidade da empresa. Na data deste estudo a operadora contava com aproximadamente 95.000 usuários, que faziam parte de aproximadamente 700 empresas clientes. Para realizar uma avaliação preventiva das condições de saúde dos seus segurados, a operadora mantinha um trabalho de triagem nas empresas clientes. Este programa era chamado de “Ação Saudável na Empresa”, por meio do qual eram encaminhados profissionais médicos e de enfermagem para avaliar as condições básicas de saúde e de hábitos de vida dos usuários.

O objetivo deste programa era identificar pessoas com algum fator de risco cardiovascular ou alguma predisposição a essas doenças. Além disso, realizar preventivamente a conscientização de todos os segurados quanto à importância de se manter hábitos de vida saudáveis e acompanhar sistematicamente riscos de saúde conhecidos. Esta foi considerada uma prática de PSPD adotada pela operadora. Outras práticas de PSPD relacionadas a ela também foram observadas, como: a realização de consultas preventivas e o programa “Gerenciamento de Casos”. A primeira tinha o objetivo de aprofundar a avaliação de riscos de pessoas triadas a partir da Ação Saudável na Empresa. A segunda visava acompanhar sistematicamente as pessoas com riscos já identificados.

No ano de 2006 a operadora realizou esse programa em 50 empresas clientes, correspondendo a 6.542 usuários atingidos pela ação. Entres esses, 840 foram triados para serem acompanhados de forma mais freqüente pelos profissionais da operadora. Esta parcela apresentava riscos cardiovasculares. A ênfase nestes riscos dada pelas ações de PSPD da operadora deve-se ao fato de que eles representam a maior preocupação no controle da sinistralidade e ao mesmo tempo, para o aumento dos níveis de saúde da população atendida. As doenças cardiovasculares são, desde a década de 60, as líderes de causas de óbito

no país, sendo atualmente a causa básica de morte de dois terços do total de óbitos com causas conhecidas (BARRETO et al., 2005).

Na data desta pesquisa dos 840 indivíduos, 521 estavam ativos. Eram indivíduos de ambos os sexos em idade produtiva (18 a 65 anos), usuários do plano de saúde corporativo. Esses compuseram a população deste estudo. Assim, a população da presente pesquisa compõe-se de todos os clientes (usuários finais) da Paraná Clínicas – Planos de Saúde SA., que participaram do programa chamado "Ação Saudável na Empresa" realizado de janeiro a dezembro de 2006, que foram encaminhados para consultas de avaliação da saúde ou para o programa de Gerenciamento de Casos da operadora e que permaneciam ativos em 31/01/2008.

Algumas razões justificam esses critérios. Primeiro, se fossem considerados todos os 95.000 clientes da organização, a chance de se conseguir um grupo que tivesse aderência a práticas de PSPD seria muito pequena, o que poderia inviabilizar a pesquisa. Foi necessário limitar a um grupo considerado fortemente exposto às práticas de PSPD da operadora. Assim, escolheu-se aquele que já havia passado por pelo menos duas práticas (Ação Saudável e consultas preventivas e/ou gerenciamento de casos). Segundo, para serem relacionados aos dados de rentabilidade dentro de um determinado período foi necessário limitar a pesquisa aos clientes ativos no plano na data de corte. Este critério também garante uma facilidade maior de acesso a esses usuários e uma possível maior adesão à pesquisa.

Assim, sortearam-se aleatoriamente 405 usuários que foram contatados até que se chegasse a uma amostra de 200 pessoas pesquisadas. Portanto, a amostra resultante teve caráter não-probabilístico, pois apesar da geração aleatória da lista de contatos, vários segurados não se demonstraram dispostos a responder a pesquisa.

3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Na fase qualitativa exploratória foram realizadas entrevistas, por meio de questionários semi-estruturados, com 5 especialistas da área da saúde. O objetivo foi identificar as práticas de PSPD, características dos níveis de adoção e os atributos da qualidade percebida pelo usuário de planos de saúde. Estes

profissionais foram escolhidos por critérios de formação em saúde e envolvimento e experiência com programas de PSPD. As entrevistas foram gravadas e transcritas.

Para validação do questionário, antes da efetiva utilização na amostra selecionada, este foi submetido aos especialistas em PSPD. O objetivo foi verificar a validade de construtos, ou seja, avaliar se as escalas utilizadas relacionavam-se efetivamente aos construtos a serem mensurados. O instrumento de pesquisa também foi submetido a um pré-teste com 3 usuários do plano para que fossem incorporadas possíveis melhorias em função da clareza de conceitos e perguntas e do tempo de entrevista. Estes procedimentos já foram descritos na seção 3.4 deste estudo.

Na fase quantitativa foram realizadas entrevistas pessoais, utilizando-se do instrumento de coleta elaborado (Apêndice 2 – Questionário para Coleta de Dados). Para a realização das entrevistas de campo foi contratada uma empresa especializada em serviços de pesquisa. Essa empresa dispunha de uma equipe de pesquisadores treinados na técnica de entrevista e orientados em relação a presente pesquisa.

Os respondentes foram contatados por telefone para agendamento das entrevistas. As entrevistas foram realizadas na residência dos participantes ou nas dependências ou imediações da empresa onde trabalhavam. O tempo médio de duração foi de aproximadamente 30 minutos. A pesquisa foi realizada no período de 06/02/2008 a 07/03/2008. Os dados foram tabulados por meio do software estatístico *Sphynx*.

Para o desenvolvimento da pesquisa foram também utilizados dados secundários, obtidos por meio de levantamento de dados fornecidos pela organização. Foram dados relativos aos gastos com assistência médica e à receita dos clientes (usuários finais) no período de janeiro/2007 a dezembro/2007.

3.6 TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS

Na primeira fase da pesquisa foram utilizadas técnicas qualitativas para o levantamento de informações sobre a adoção de práticas de PSPD. Na pesquisa qualitativa o pesquisador tenta compreender os fenômenos que estão sendo estudados a partir do ponto de vista dos participantes; considerando todas as

perspectivas importantes, busca esclarecer o dinamismo interno das situações, frequentemente invisível para os observadores externos (GODOY, 1995). Parte-se de uma investigação ampla que vai se tornando mais direta e mais específica no transcorrer do processo investigativo.

Foram realizadas entrevistas centradas no problema com especialistas da saúde por meio de roteiros semi-estruturados (Apêndice 1 – Roteiro de Entrevista). Como afirma Godoy (1995) deve-se assegurar a precisão com que o investigador captou o ponto de vista dos participantes, testando-o junto aos próprios informantes. Assim, foram realizadas 5 entrevistas e os resultados das primeiras foram expostos e confrontados com as subseqüentes. As entrevistas foram gravadas e transcritas. Os resultados interpretados permitiram a construção do conjunto de variáveis que definiram os níveis de adoção de práticas de PSPD.

Na fase quantitativa foram utilizadas estatísticas univariadas e multivariadas, que buscam identificar a diferença de média entre grupos e a relação entre construtos (MINGOTI, 2005), além da estatística descritiva para apresentar os dados encontrados. Os procedimentos são descritos a seguir.

Por meio da estatística descritiva foi apresentado um perfil dos respondentes, relacionado a características demográficas e a características do plano de saúde. Em seguida, realizou-se uma análise individual dos construtos. Alguns resultados encontrados na pesquisa referentes a cada construto foram apresentados por meio da análise de médias e desvios padrão das variáveis.

Posteriormente, ao analisar cada construto separadamente, foi realizada a avaliação das escalas utilizadas. Para isso, utilizou-se análise fatorial exploratória seguida pela verificação da confiabilidade. Usou-se para isto a da análise do *Alpha de Cronbach*, o KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) e o teste de *Bartlett*.

A análise fatorial exploratória é uma técnica para redução de dados utilizada na extração de componentes principais a partir da matriz de correlação entre as variáveis. É um procedimento da estatística multivariada que tem a finalidade básica de agrupar variáveis altamente correlacionadas. Essa técnica apresenta dois resultados principais: o primeiro refere-se ao percentual de variância explicada por toda a solução fatorial e por cada fator; e o segundo, às cargas fatoriais de cada variável no respectivo fator, que representam a correlação daquela variável com o fator (HAIR Jr. et al., 2005).

A confiabilidade das escalas e dos componentes extraídos foi verificada por meio da análise do *Alpha de Cronbach*. Este indicador pode ser definido como um coeficiente de confiança (ou consistência) do construto a ser medido (MALHOTRA, 2001). Ele descreve o quão bem um conjunto de variáveis mede um construto único. Quando os dados se referem a construtos diferentes, espera-se que o *Alpha de Cronbach* seja baixo (menor que 0,5). Ao contrário, se estiverem mensurando um mesmo construto espera-se que seu valor seja elevado (próximo a um).

Finalmente, para responder as perguntas de pesquisa foram utilizadas as seguintes técnicas: análise não paramétrica de Mann-Whitney e análise de regressão linear. A análise de Mann-Whitney visa identificar a diferença entre médias de dados de duas amostras independentes. Segundo Bisquerra, Sarriera e Martinez (2004, p. 176.) esta técnica, considerada não paramétrica "É uma das principais provas para comparar grupos com dados independentes. Exige que as variáveis sejam medidas pelo menos em uma escala ordinal".

Essa técnica é utilizada para comparar os grupos de clientes definidos com base na adoção de práticas de PSPD, verificando-se possíveis diferenças nos escores das variáveis dos construtos: valor percebido, qualidade percebida, satisfação, lealdade e rentabilidade.

Para verificar os impactos do valor percebido sobre a satisfação, a lealdade e a rentabilidade para os diferentes grupos de clientes foi aplicada a técnica de regressão linear. Esta técnica tem como objetivo desenvolver um modelo estatístico que possa ser utilizado para prever o impacto de uma ou mais variáveis independentes em uma variável dependente. A análise de regressão linear simples correlaciona apenas uma variável explanatória a uma variável dependente e a regressão múltipla avalia um modelo de várias variáveis explanatórias correlacionadas a uma dependente (LEVINE, 2005). Para as análises foram utilizados os softwares: SPSS e XLSTAT.

3.7 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Alguns fatores limitaram o desenvolvimento deste estudo. Entre eles são destacados aqui os mais relevantes:

- A necessidade de se encontrar indivíduos adotantes de práticas de PSPD fez com que se buscasse um grupo mais restrito de clientes da operadora. O estudo focou-se em um grupo de usuários que já apresentavam algum risco cardiovascular ou predisposição aos riscos. A população estudada tem essa característica, porém, estima-se que em torno de 15% do total de clientes da operadora estejam nas mesmas condições. Segundo o Ministério da Saúde (2008) a prevalência de um risco cardiovascular como a hipertensão é de 14% a 18% da na população brasileira.
- Dentro do processo de amostragem, foi utilizado um procedimento aleatório sistemático para escolha dos casos. Porém, alguns indivíduos recusaram-se a participar da pesquisa. Foram contatadas 405 pessoas para serem extraídos 200 questionários validados. Assim, a amostra perdeu seu caráter probabilístico.
- Mesmo em um grupo fortemente exposto a práticas de PSPD, obteve-se um número pequeno de adotantes. Foram obtidos apenas 40 respondentes adotantes em uma base de dados de 200 casos.
- O cliente empresa, contratante dos serviços de plano, apesar de ter forte influência no processo de decisão de compra, não foi objeto de estudo desta pesquisa, que se limitou aos seus clientes usuários finais.
- A adoção de práticas de PSPD tende a oferecer resultados significativos na rentabilidade dos clientes apenas no longo prazo. Este tempo é necessário para que se alterem os níveis de saúde dos indivíduos de maneira a se traduzir em resultados expressivos de redução de sinistros. Este estudo não pode dispor desse tempo o que pode ter interferido nos resultados encontrados.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo são apresentados os dados obtidos na fase qualitativa exploratória e os coletados a partir das entrevistas de campo e dos levantamentos realizados diretamente na base resultados relevantes. Dos dados quantitativos apresenta-se o perfil dos respondentes seguido por uma análise individual dos construtos. Esta análise é contemplada pela estatística descritiva e pelas avaliações das escalas utilizadas.

4.1 DADOS QUALITATIVOS

Por meio da fase qualitativa obtiveram-se dados relevantes para o entendimento do comportamento dos usuários de planos de saúde, sobre o sistema de saúde e sobre as práticas de PSPD. Esses resultados serviram de base para a construção do instrumento de coleta de dados utilizado nas entrevistas de campo. Dentre os dados obtidos nessa fase qualitativa destacam-se:

- Integração entre PS e PD: as práticas de promoção de saúde e de prevenção de doenças devem ser entendidas de maneira inter-relacionada. A PS depende e demanda ações de PD. Apenas ações de PD não garantem o estado de saúde plena e integral. Práticas de PS dependem necessariamente do comprometimento do usuário com a mudança de padrões de comportamento em relação a sua saúde e qualidade de vida.
- Saúde deve ser vista não apenas como estado de ausência de doenças, mas como uma sensação de bem-estar completa. Esta é uma definição da OMS que norteia o desenvolvimento de práticas de PSPD. São envolvidos necessariamente os aspectos: físico, emocional, intelectual, social e espiritual.
- Existe uniformidade de opinião sobre a adoção de um novo modelo assistencial da saúde, baseado em práticas de PSPD como única alternativa viável tanto para promover saúde os usuários quanto para os resultados econômicos do sistema de saúde.

- Todos os participantes do sistema devem trabalhar em conjunto para que sejam garantidos resultados em melhoria da saúde das pessoas. Destaca-se no Brasil a atuação das empresas privadas contratantes de planos de saúde. Melhores resultados são alcançados quando estes agentes direcionam esforços para comprometer seus empregados (usuários de planos de saúde) com a adoção de padrões de comportamento que possibilitem melhora dos níveis de saúde.
- Apesar do estado pleno de saúde ser complexo, apresenta-se um conjunto pequeno de quatro comportamentos saudáveis que pode resultar em melhoria significativa da saúde. Assim práticas como: ausência de fumo, ausência de sedentarismo, alimentação saudável e sono de qualidade são considerados como básicos e de forte influência sobre a saúde de forma integral.
- A identificação de riscos nas populações atendidas forma a base dos programas de PSPD adotados pelas operadoras de saúde. Entre os riscos mais críticos encontram-se os cardiovasculares. Estes representam as maiores ameaças para o estado de saúde plena e para o aumento de custos na saúde. As maiores causas destes riscos são hábitos de vida inadequados, ou seja, podem ser evitadas a partir de adoção de comportamentos favoráveis a saúde.
- Por meio das práticas de PSPD buscam-se resultados de melhora e controle nas doenças já manifestadas, de cura de doenças e de aumento e manutenção de níveis elevados de saúde.
- A alteração de padrões de comportamento das pessoas é um desafio para as organizações da saúde. Existe baixa adesão das pessoas nas ações sugeridas pela equipe médica e (ou) propostas pelas operadoras de planos de saúde. A grande maioria das pessoas encontra-se em estágios de pré-contemplação e contemplação das mudanças, ou seja, ou não tem conhecimento da necessidade de alteração de comportamentos, ou conhece a necessidade, porém, não está disposta a alterá-los. Esse contexto demanda muito esforço do sistema de saúde para que se consigam resultados concretos de melhoria dos níveis de saúde das populações atendidas.

4.2 PERFIL DOS RESPONDENTES

O grupo de respondentes é formado por 200 indivíduos, usuários do plano de saúde da operadora, de ambos os sexos, em faixa etária produtiva (18 a 65 anos). São empregados vinculados a 21 empresas, todas de Curitiba e Região Metropolitana. As empresas clientes (contratantes do plano) variam na forma de oferecer o benefício aos seus funcionários. Assim, os respondentes participam monetariamente das mensalidades do plano de forma diferente em cada empresa, variando de 0% a 100%. O tipo do benefício escolhido também varia de acordo com padrão de acomodação hospitalar e rede credenciada de serviços de saúde. A operadora dispõe dos seguintes padrões de plano: Standard Plus (básico); Standard Ouro (intermediário) e; Executivo Plus (ampliado). O tempo de plano dos clientes também foi mensurado, bem como se estes são acompanhados sistematicamente pela operadora. Todos esses dados são apresentados nas tabelas a seguir, divididos em duas seções: perfil demográfico e características do plano.

4.2.1 Perfil Demográfico

Observa-se na amostra selecionada o predomínio de entrevistados do sexo masculino (87,5%). Este perfil é compatível com as características da população, composta predominantemente por homens (88,5%), pois são funcionários de empresas, na sua grande maioria, do setor industrial onde há uma proporção de homens superior ao de mulheres, tal como evidencia a Tabela 1.

Tabela 1: Sexo

Sexo	Freqüência	Percentual
Masculino	175	87,5
Feminino	25	12,5
Total	200	100

Em relação à idade percebe-se que esta tem sua maior concentração na faixa de 41 a 50 anos, onde, com maior incidência, apresentam-se os sintomas de riscos cardiovasculares (ANS, 2006). Esta faixa etária é seguida de perto pela faixa dos 31 a 40, pelo mesmo motivo. Acima de 61 anos a parcela é pequena, já que nesta

idade há poucas pessoas economicamente ativas. Isto também reflete o perfil pesquisado, onde a idade média da população é de 40,8 anos e o percentual de pessoas acima de 61 anos é de 2,6%. A idade média da amostra situa-se em 40,5 anos e o desvio padrão foi de 10 anos, tal como pode ser visto na Tabela 2.

Tabela 2: Faixa Etária

Faixa etária	Freqüência	Percentual
De 20 a 30	38	19,0%
De 31 a 40	58	29,0%
De 41 a 50	70	35,0%
De 51 a 60	29	14,5%
Acima de 61	5	2,5%
Total	200	100,0%
Média	**40,5**	
Desvio padrão	**10,0**	

4.2.2 Características do Plano

A operadora oferece três tipos de planos de saúde diferenciados entre si pelo padrão de conforto e pela rede de serviços credenciados. Buscou-se identificar na amostra qual o percentual de usuários em cada categoria de clientes. Esse aspecto pode ter relevância na avaliação dos serviços, já que o nível de exigência e de expectativas pode ser mais alto em produtos de maior cobertura de serviços oferecidos.

Tabela 3: Tipo de Plano

Tipo de plano	Freqüência	Percentual
Standard Plus	159	79,5%
Standard Ouro	12	6,0%
Executivo Plus	29	14,5%
Total	200	100,0%

Constatou-se por meio da Tabela 3, que a grande maioria (79,5%) encontra-se no plano básico da operadora, o Standard Plus. Outros 6% no plano intermediário, o Standard Ouro. E, finalmente, 14,5% no plano Executivo, considerado o plano mais abrangente em padrão de conforto e rede de profissionais. Novamente percebe-se a semelhança com o perfil da população estudada, com 81% no plano Standard, 5,5% no Standard Ouro e 13,5% no Executivo.

Outro aspecto relevante é o tempo em que o usuário se encontra vinculado ao plano de saúde. Dependendo do tempo de relacionamento com a operadora, o cliente pode ter percepções diferentes sobre valor percebido, qualidade, satisfação e lealdade. Além disso, o comportamento da rentabilidade também pode ser afetado (PIVA et al, 2007). A Tabela 4 apresenta a freqüência encontrada, média e desvio padrão.

Observa-se que 71,5% dos respondentes aderiram ao plano há mais de 36 meses, seguido por 17,5% na faixa de 31 a 36 meses, o que representa 89% dos usuários. Justifica-se esta alta concentração nessas duas faixas pelo período em que a operadora realiza os trabalhos de triagem nas empresas clientes, por meio do qual foi identificada a população deste estudo. O programa Ação Saudável, que avalia as condições de saúde dos usuários, é empregado pela operadora principalmente na entrada da empresa cliente no plano de saúde ou nos meses subseqüentes. Assim, empresas que aderiram ao plano durante o ano de 2005 constituíram grande parte da população estudada.

Em proporções bem menores identificam-se 2,5% da amostra com menos de 18 meses de plano, 7,5% entre 19 e 24 meses e 1% apenas entre 25 a 30 meses. O tempo médio de plano ficou em 34 meses, ou seja, 2,8 anos.

Tabela 4: Tempo no Plano

Tempo de plano	Freqüência	Percentual
Menos de 18 meses	5	2,5%
De 19 a 24 meses	15	7,5%
De 25 a 30 meses	2	1,0%
De 31 a 36 meses	35	17,5%
Mais de 36 meses	143	71,5%
Total	200	100,0%
Média	**34,0**	
Desvio padrão	**5,9**	

Cada empresa contratante do plano de saúde estabelece um critério para participação dos funcionários na mensalidade. Assim, buscou-se identificar o comportamento da amostra neste item. A Tabela 5 demonstra que a maioria dos clientes pesquisados (36,5%) diz-se não conhecer a informação sobre o percentual pago. Possivelmente sua participação seja pequena ou ainda, que desconheça o valor total da mensalidade e não saiba estabelecer um percentual. Em seguida, com 24,5% constatou-se que a empresa é a patrocinadora de 100% do benefício. O

grupo que contribui na faixa que vai de 1% a 24% representa 17% da amostra. Entre 25% e 49%, o percentual é de 4%. Dez por cento situa-se na faixa entre 50% e 74%, e 8% declaram que pagam integralmente o plano de saúde.

Assim, os resultados indicam um elevado desconhecimento da mensalidade, pois aproximadamente 1/3 dos respondentes não soube declarar o percentual pago. Além disso, que cerca de 1/4 dos respondentes não pagam nada pelo benefício e apenas 8% paga mais de 75% do plano.

Tabela 5: Participação na Mensalidade do Plano

Percentual de Participação na mensalidade	Freqüência	Percentual
100% (é pago integralmente pelo titular)	16	8,0%
Entre 75% e 99%	0	0,0%
Entre 50% e 74%	20	10,0%
Entre 25% e 49%	8	4,0%
Entre 1% e 24%	34	17,0%
0% (é pago integralmente pela empresa onde titular trabalha)	49	24,5%
Não sabe	73	36,5%
Total	200	100,0%

A operadora mantém programas para acompanhamento de usuários com fatores de risco identificados. Estes programas são constituídos de consultas preventivas, visitas em domicílio e de monitoramento telefônico. No levantamento de campo pesquisou-se esse aspecto. Conforme demonstra a Tabela 6, dos respondentes, 70% declararam-se acompanhados frequentemente por profissionais da operadora, seja pessoalmente e (ou) por contatos telefônicos. Já 30% deles declaram que não têm sido acompanhados pela operadora.

Tabela 6: Usuários Acompanhados pela Operadora

Usuários acompanhados pela operadora	Freqüência	Percentual
Sim	140	70,00%
Não	60	30,00%
Total	200	100,00%

4.3 ANÁLISE INDIVIDUAL DOS CONSTRUTOS

São apresentadas a seguir as análises de cada construto da pesquisa. Esta análise contempla elementos da estatística descritiva, como freqüência, média e desvio padrão e as avaliações das escalas utilizadas, quanto à confiabilidade. Foram usadas as técnicas de análise fatorial exploratória e o modelo de *Alpha de Cronbach* (HAIR et al., 1998).

4.3.1 Adoção de Práticas de PSPD

A adoção de práticas de PSPD é operacionalizada de acordo com 4 variáveis categóricas ordinais: (1) ausência de fumo; (2) prática de atividades físicas regulares; (3) prática de alimentação saudável e; (4) Hábito de dormir bem. As três últimas variavam de 1 a 5 enquanto que a primeira, sobre tabagismo, variava de 1 a 6. Os valores 1 e 2 desta escala representavam respectivamente “nunca fumou” e “parou de fumar há mais de 6 meses”. Estes valores foram somados e relacionados ao valor 1 das demais. Assim, manteve-se a relação ordinal entre todas as 4 variáveis. Os resultados são apresentados na Tabela 7.

O tabagismo, além de ser considerado uma dependência química e, portanto, uma doença, configura-se como um fator de risco para mais de 50 outras doenças, destacando-se as cardiovasculares, as neoplasias e as doenças respiratórias obstrutivas crônicas (ANS, 2006). Ele apresenta o maior percentual de adotantes, já que 83% dos respondentes disseram-se nunca fumantes ou não fumantes há mais de 6 meses.

A alimentação inadequada por sua vez, está associada ao desenvolvimento de obesidade, diabetes do tipo 2, doença cardiovascular, câncer, doenças da cavidade bucal e osteoporose (ANS, 2006). Na amostra estudada, verificou-se que a adoção de uma alimentação saudável é o fator de risco com o segundo melhor resultado, com 73% dos entrevistados considerando-se adotantes da prática há mais de 6 meses.

O hábito de dormir bem, considerado um fator essencial para a qualidade de vida, também obteve um alto índice de adoção com 71,5% de adotantes. Para

Boscolo et al. (2007), bons hábitos de sono contribuem para a melhoria física e intelectual do organismo. Além disso, o sono é "*apontado como uma importante variável, em que a alteração no tempo de dormir tem sido maciçamente associada a um descontrole da ingestão alimentar e à obesidade*" (CRISPIN et al., 2007, p. 1041).

Já a prática de atividades físicas regulares obteve um baixo percentual de adoção. Verificaram-se apenas 37,5% dos respondentes adotantes há mais de 6 meses. Por outro lado, este índice apresenta-se alto se comparado ao padrão brasileiro entre os indivíduos adultos, que fica em 13% para a prática de 30 minutos pelo menos uma vez por semana (BARRETO et al., 2005). Assim, este último fator parece ser o que sofre a maior resistência a mudança, mesmo entre uma parcela de pessoas fortemente exposta a informação sobre a necessidade de alteração de comportamento.

Tabela 7: Perfil de Adoção de Práticas de PSPD

Perfil de adoção de práticas de PSPD	Ausência de fumo	Prática de alimentação saudável	Hábito de dormir bem	Prática de atividades físicas regulares
Adoção (mais de 6 meses)	83,0%	73,0%	71,5%	37,5%
Adoção recente (menos de 6 meses)	3,0%	4,0%	0,5%	10,0%
Intenção de adoção	8,5%	10,5%	4,5%	29,5%
Não intenção de adoção	5,5%	12,5%	23,5%	23,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Base	200	200	200	200

Para estabelecer uma rotulação dos clientes adotantes e não adotantes de práticas de PSPD, escolheu-se o critério de "manutenção" de hábitos saudáveis, explicado no item 3.3.1 deste trabalho. Foram considerados como "praticantes" os clientes que adotam todas as práticas (ausência de fumo, prática da alimentação saudável, prática de atividades físicas regulares e hábito de dormir bem) há mais de 6 meses. Destes, foram encontrados 40 casos na amostra, ou seja, 20%. Na categoria de "não praticantes" foram considerados todos os demais. Esta classificação é apresentada na Tabela 8.

Concluiu-se que, mesmo dentro desta população fortemente exposta às ações de PSPD da operadora, um percentual muito reduzido adotou as práticas no seu conjunto mais expressivo. Aumentar o número de adotantes da prática de

atividades físicas regulares pode ser decisivo para o sucesso da operadora no desafio de conseguir percentuais maiores de adoção de PSPD.

Tabela 8: Praticantes

Classificação	Freqüência	Percentual
Praticante de PSPD há mais de 6 meses	40	20,0%
Não praticantes	160	80,0%
Total	200	100,0%

4.3.2 Valor Percebido

Valor percebido foi operacionalizado por meio de 4 variáveis. Estas representam os aspectos de preço (P5), tempo (P6), esforço (P7) e experiência global (P8). Para descrever os resultados são apresentados a média e o desvio padrão. Todos os dados são expostos na Tabela 9.

Tabela 9: Valor Percebido – Análise Estatística Descritiva

Item da escala	Média	Desvio padrão
P5-Considerando-se os preços que você paga no plano de saúde e os benefícios que costuma receber dele, você acredita que manter-se vinculado a este plano é:	8,7	1,3
P6- Considerando-se o tempo que você gasta ao utilizar os serviços do plano de saúde e os benefícios que costuma receber dele, você acredita que o tempo gasto é:	7,9	1,8
P7-Considerando-se todos os esforços (por exemplo: deslocamento, burocracia na liberação de guias etc) necessários para utilizar os serviços do plano de saúde e os benefícios que costuma receber dele, você acredita que o esforço gasto é:	8,0	1,7
P8-Como você classificaria sua experiência global com o plano de saúde:	8,5	1,4

Observa-se que para todos os itens da escala a percepção de valor foi elevada, com médias muito próximas ou superiores a 8,0. Assim, o preço recebeu a média mais alta (8,7), seguida pela experiência global, com média de 8,5. As variáveis de avaliação não monetárias, que representam, respectivamente, tempo e esforço, receberam as menores médias. Para avaliar uma possível relação entre a participação do entrevistado no pagamento do plano e o valor percebido por ele elaborou-se a Tabela 10.

Percebeu-se que nos casos onde o plano é pago integralmente pelo titular, seu VPC aumenta em todas as variáveis. Em relação a esforço, onde a média geral estava em 8,0, neste grupo subiu para 9,31. Para o aspecto de preço, subiu de 8,7

para 9,1. Experiência global ficou 0,4 décimos acima e tempo obteve aumento de 0,6 décimos. Observou-se que mesmo havendo maior gasto pessoal isto não acarretou a redução do valor percebido, como poderia ser esperado. Ao contrário, o valor percebido aumentou, indicando que a percepção de ganhos deva ser superior para esses respondentes.

Tabela 10: Valor Percebido – Análise Estatística Descritiva por Faixa de Participação na Mensalidade

Percentual de Participação na mensalidade	Freqüência	P5 Preço	P6 Tempo	P7 Esforço	P8 Experiência global
100% (é pago integralmente pelo titular)	16	9,1	8,5	9,3	8,9
Entre 75% e 99%	0	-	-	-	-
entre 50% e 74%	20	8,0	7,2	7,7	7,9
entre 25% e 44%	8	8,4	7,0	7,3	8,0
entre 1% e 24%	34	8,9	7,8	8,1	8,8
0% (é pago integralmente pela empresa onde titular trabalha)	49	8,7	7,8	7,6	8,4
Não sabe	73	8,9	8,3	8,2	8,6
Total	200				

Avaliação das escalas

Por meio da análise fatorial exploratória, foi extraído apenas um fator. Ou seja, esta escala tem caráter unidimensional. Os carregamentos das variáveis foram elevados, todos acima de 0,75, o que indica uma forte aderência de cada variável. ao componente extraído (HAIR Jr. et al, 1998). O valor do *Alpha de Cronbach* também é bastante significativo: 0,80, permitindo sinalizar a confiabilidade da escala. Consideram-se ainda os valores de KMO, 0,79 e do teste de *Bartlett*, com $p < 0,000$. Esses resultados são apresentados na Tabela 11.

Tabela 11: Análise Fatorial – Valor Percebido

Itens da escala	Componente 1 Carregamentos
P5-Considerando-se os preços que você paga no plano de saúde e os benefícios que costuma receber dele, você acredita que manter-se vinculado a este plano é:	0,78
P6- Considerando-se o tempo que você gasta ao utilizar os serviços do plano de saúde e os benefícios que costuma receber dele, você acredita que o tempo gasto é:	0,83
P7-Considerando-se todos os esforços (por exemplo: deslocamento, burocracia na liberação de guias etc) necessários para utilizar os serviços do plano de saúde e os benefícios que costuma receber dele, você acredita que o esforço gasto é:	0,75
P8-Como você classificaria sua experiência global com o plano de saúde:	0,81
Alpha de Cronbach	**0,80**
KMO	**0,79**
Bartlett	**p<0,000**

4.3.3 Qualidade Percebida

O construto Qualidade Percebida foi operacionalizado por meio de 5 dimensões: presteza; tangibilidade; empatia; segurança; confiabilidade e; atributos específicos da saúde. São ao todo 45 variáveis. Apresentam-se as avaliações de cada uma dessas dimensões, iniciando-se pela tangibilidade apresentada na Tabela 12.

Dentre todas as dimensões de qualidade percebida, aquela referente aos atributos tangíveis apresentou as melhores avaliações. Dos cinco indicadores que compõem esta dimensão quatro apresentaram médias próximas a 9,0. Mesmo o item aparelhos modernos, que obteve a menor média, apresentou desempenho positivo com valor de 8,5. O item de maior pontuação média (9,1) foi relacionado à limpeza das salas de espera e de consulta, dos corredores e dos banheiros.

Tabela 12: Qualidade Percebida – Tangibilidade

Itens da escala da dimensão Tangibilidade	Média	Desvio padrão
P9-T1- A Paraná Clínicas apresenta aparelhos modernos para exames.	8,5	1,5
P15-T2- A Paraná Clínicas tem instalações físicas visualmente agradáveis.*	8,9	1,4
P21-T3- A Paraná Clínicas possui médicos adequadamente vestidos e com boa aparência.	9,0	1,4
P27-T4- A Paraná Clínicas possui funcionários adequadamente vestidos e com boa aparência.	9,1	1,4
P33-T5- A Paraná Clínicas possui salas de espera, salas de consulta, corredores e banheiros limpos.	9,1	1,4

Obs.: * 1 dado faltante, neste caso N = 199.

A dimensão de confiabilidade foi operacionalizada por meio de 7 itens, descritos na Tabela 13. Dos sete itens, seis foram bastante homogêneos, variando de 8,3 a 9,0. Este último, com a maior média, refere-se ao cumprimento de prazos de entrega de exames e resultados médicos. Apenas a confiabilidade de atendimento na data e horários prometidos, obteve uma avaliação inferior (7,6).

Tabela 13: Qualidade Percebida – Confiabilidade

Itens da escala da dimensão Confiabilidade	Média	Desvio padrão
P10-C1- Na Paraná Clínicas sou atendido na data e hora prometidas.	7,6	2,0
P16-C2- A Paraná Clínicas é confiável.	8,7	1,4
P22-C3- A Paraná Clínicas cumpre prazos de entrega de exames e resultados médicos.*	9,0	1,5
P28-C4- A Paraná Clínicas mantém meus registros médicos históricos (prontuários) de forma precisa e organizada.	8,5	1,6
P34-C5- Os médicos da Paraná Clínicas realizam um diagnóstico cuidadoso dos meus problemas de saúde.	8,3	1,6
P39-C6- Confio nos médicos da Paraná Clínicas para a condução dos meus problemas de saúde.	8,4	1,5
P43-C7- Os médicos da Paraná Clínicas prescrevem medicamentos eficientes, seguros e acessíveis.	8,3	1,5

Obs.: * 1 dado faltante, neste caso N = 199.

Na dimensão empatia, os itens obtiveram notas médias elevadas, variando de 7,8 a 8,5. O item melhor avaliado foi o sobre os médicos demonstrarem interesse com o bem-estar do cliente. O item que recebeu a pior avaliação dos clientes foi referente a suficiência de tempo que os médicos têm para a consulta (com 7,8). A paciência dos médicos e a atenção personalizada que eles oferecem foram as segundas piores médias (8,0) da dimensão. Esses resultados são apresentados na Tabela 14.

Tabela 14: Qualidade Percebida – Empatia

Itens da escala da dimensão Empatia	Média	Desvio padrão
P13-E1- Sinto que os médicos da Paraná Clínicas têm tempo suficiente durante as consultas.	7,8	1,8
P19-E2- Os médicos da Paraná Clínicas têm paciência.	8,0	1,6
P25-E3- Os médicos da Paraná Clínicas me oferecem atenção personalizada.	8,0	2,0
P31-E4- Os funcionários da Paraná Clínicas me oferecem atenção personalizada.	8,1	1,7
P37-E5- Na Paraná Clínicas, sinto que os médicos compreendem minhas solicitações.	8,3	1,4
P42-E6- Na Paraná Clínicas, sinto que os funcionários compreendem minhas solicitações.	8,4	1,5
P45-E7- Os médicos da Paraná Clínicas demonstram interesse com meu bem-estar.	8,5	1,3
P47-E8- Os médicos da Paraná Clínicas demonstram prontidão para responder minhas perguntas e preocupações.	8,4	1,4
P49-E9- Os funcionários da Paraná Clínicas demonstram prontidão para responder minhas perguntas e preocupações.	8,4	1,4
P51-E10- Tenho facilidade em me sentir à vontade com os médicos da Paraná Clínicas.	8,4	1,5
P11-E11- Na Paraná Clínicas compreendo a importância de seguir adequadamente o meu tratamento.	8,4	1,6
P53-E12- Na Paraná Clínicas sou envolvido nas decisões sobre os meus cuidados médicos. *	8,1	1,7

Obs.: * 1 dado faltante, neste caso N = 199.

Na Tabela 15 avalia-se a dimensão de segurança. Novamente observaram-se médias muito homogêneas variando em no máximo 0,3 décimos e elevadas, todas acima de 8,2. O item com pior avaliação atribuída pelos clientes foi sobre o apoio gerencial e material recebido pelos funcionários da operadora. O item de melhor avaliação (8,5) foi relacionado à confiança e segurança que os médicos inspiram.

Tabela 15: Qualidade Percebida – Segurança

Itens da escala da dimensão Segurança	Média	Desvio padrão
P12-S1- Como paciente, tenho confiança nos médicos da Paraná Clínicas.	8,3	1,7
P18-S2- Como paciente, tenho confiança nos funcionários da Paraná Clínicas.	8,4	1,6
P24-S3- Na Paraná Clínicas, minhas informações são tratadas com confidencialidade.	8,3	1,8
P30-S4- Na Paraná Clínicas estou seguro do tratamento que recebo.	8,4	1,5
P36-S5- Sou tratado com gentileza pelos médicos da Paraná Clínicas.	8,4	1,5
P37-E5- Na Paraná Clínicas, sinto que os médicos compreendem minhas solicitações.	8,3	1,4
P41-S6- Sou tratado com gentileza pelos funcionários da Paraná Clínicas.	8,4	1,7
P44-S7- Na Paraná Clínicas os funcionários recebem apoio gerencial e material para executar as suas tarefas.	8,2	1,6
P46-S8- Os médicos da Paraná Clínicas me inspiram confiança e segurança.	8,5	1,4
P48-S9- Os funcionários da Paraná Clínicas me inspiram confiança e segurança.	8,4	1,5

Em relação aos atributos específicos da saúde, todos os itens da escala também ficaram com avaliação média acima de 8,2 variando até 8,6. Esses resultados são expostos na Tabela 16. O item melhor avaliado é o relacionado a sentir-se bem emocionalmente e psicologicamente. Este indicador foi fortemente recomendado pelos especialistas na construção da escala, já que representa o objetivo final que o serviço de saúde pode e deve oferecer ao cliente. O pior item foi em relação à ênfase dada pelos funcionários da operadora à educação e informação sobre as condições de saúde do cliente.

Tabela 16: Qualidade Percebida – Específica da Saúde

Itens da escala da dimensão Específica da Saúde	Média	Desvio padrão
P14-ES1- Na Paraná Clínicas tenho resultados médicos positivos em meus tratamentos.	8,4	1,5
P20-ES2- Sinto-me bem emocionalmente e psicologicamente.	8,6	1,4
P26-ES3- Quando necessário, sou adequadamente encaminhado pelos médicos da Paraná Clínicas a médicos especialistas, hospitais, farmácias e laboratórios. *	8,5	1,6
P32-ES4- Os médicos da Paraná Clínicas dão ênfase a minha educação e informação sobre minhas condições de saúde.	8,3	1,4
P38-ES5- Os funcionários da Paraná Clínicas dão ênfase a minha educação e informação sobre minhas condições de saúde.	8,2	1,3

Obs.: *1 dados faltante, neste caso N = 199.

A dimensão de presteza dos serviços obteve as médias mais baixas de todo o construto Qualidade Percebida, com 50% dos itens abaixo de 8,0. Este fato indica que os piores resultados da operadora em qualidade dos serviços, na percepção do cliente, estão relacionados à prontidão e à agilidade. O item pior avaliado dentro desta dimensão foi quanto à possibilidade de marcação de consultas e exames em horários convenientes. O segundo refere-se ao fato de ser atendido dentro do tempo prometido. Por outro lado, o item melhor avaliado foi o que diz respeito à presteza com que os funcionários da operadora prestam informações. Os resultados da dimensão presteza são apresentados na Tabela 17.

Tabela 17: Qualidade Percebida – Presteza

Itens da escala da dimensão Presteza	Média	Desvio padrão
P52-P1- Na Paraná Clínicas, sou atendido dentro do tempo prometido.	7,7	1,9
P17-P2- Na Paraná Clínicas, sou recebido imediatamente e sou mantido informado de quando serei atendido na consulta, exame ou outro procedimento.	7,9	1,8
P23-P3- A Paraná Clínicas possui funcionários sempre dispostos a me ajudar.	8,6	1,5
P29-P4- Na Paraná Clínicas, os funcionários respondem prontamente às minhas solicitações.	8,3	1,6
P35-P5- A Paraná Clínicas possui horários convenientes de funcionamento.	8,0	2,0
P40-P6- Na Paraná Clínicas, posso marcar consultas e exames em horários convenientes para mim.	7,6	2,1

De uma forma geral, abrangendo os 45 itens do construto, todos obtiveram médias elevadas. Assim, percebe-se que os clientes da amostra expressam ter uma percepção elevada quanto à qualidade dos serviços oferecidos pela operadora. As médias mais elevadas referem-se aos itens T5, T4 e T3 que obtiveram médias acima de 9,00. Essas notas referem-se a: limpeza das salas de espera e de consulta, dos corredores e dos banheiros(T5), aparência dos funcionários (T4) e dos médicos (T5).

Por outro lado, analisando-se as menores médias, pode-se concluir que os maiores problemas em qualidade estão relacionados a aspectos de atendimento. As médias que não alcançaram 8,0 foram relativas aos itens C1, P1, P2, P6, E1. Esses itens estão relacionados a: (C1) atendimento na data e hora prometidas, da dimensão de confiabilidade; (P1) ser atendido dentro do tempo prometido, (P2) ser recebido imediatamente e ser informado de quando será atendido, (P6) poder marcar consultas e exames em horários convenientes, todas três da dimensão presteza, que obteve a pior avaliação de todas e; (E1) tempo suficiente durante as consultas, da dimensão empatia.

Avaliação das Escalas

Após a avaliação descritiva dos dados, realiza-se a análise fatorial exploratória de cada uma das dimensões, bem como é aplicada a técnica de *Alpha de Cronbach* para avaliar a confiabilidade das escalas e dos fatoriais extraídos. Os resultados da primeira delas, Tangibilidade, são apresentados na Tabela 18.

A análise fatorial extraiu apenas um fator, com carregamentos fortes. O menor carregamento é o de T1, com 0,70. Esse fator representa 70,6% da variação total

das respostas de toda a dimensão. O valor do *Alpha de Cronbach* ficou em 9,05, o KMO em 0,79 e *Bartlett* com p<0,000, valores que avaliam positivamente a confiabilidade da escala.

Tabela 18: Análise fatorial – Qualidade Percebida - Tangibilidade

Itens da escala	Componente 1 Carregamentos
T4- A Paraná Clínicas possui funcionários adequadamente vestidos e com boa aparência.	0,89
T2- A Paraná Clínicas tem instalações físicas visualmente agradáveis.*	0,89
T5- A Paraná Clínicas possui salas de espera, salas de consulta, corredores e banheiros limpos.	0,87
T3- A Paraná Clínicas possui médicos adequadamente vestidos e com boa aparência.	0,83
T1- A Paraná Clínicas apresenta aparelhos modernos para exames.	0,70
Alpha de Cronbach	**9,05**
KMO	**0,79**
Bartlett	**p<0,000**

Da dimensão confiabilidade também foi extraído um fator. Neste, a variável C1 obteve um baixo carregamento, inferior a 0,65 e foi retirado. Foi aplicado o método novamente do qual se extraiu um fator que representa 60,5% das variações da dimensão. Ao ser retirado o item C1 o valor de *Alpha de Cronbach* para a escala subiu de 0,87 para 0,89. O KMO ficou em 0,88 e *Bartlett* com p<0,000. Esses resultados são apresentados na Tabela 19.

Tabela 19: Análise fatorial – Qualidade Percebida – Confiabilidade

Itens da escala	Componente 1 Carregamentos
P16-C2- A Paraná Clínicas é confiável.	0,89
P39-C6- Confio nos médicos da Paraná Clínicas para a condução dos meus problemas de saúde.	0,88
P34-C5- Os médicos da Paraná Clínicas realizam um diagnóstico cuidadoso dos meus problemas de saúde.	0,86
P22-C3- A Paraná Clínicas cumpre prazos de entrega de exames e resultados médicos.	0,80
P43-C7- Os médicos da Paraná Clínicas prescrevem medicamentos eficientes, seguros e acessíveis.	0,73
P28-C4- A Paraná Clínicas mantém meus registros médicos históricos (prontuários) de forma precisa e organizada.	0,66
Alpha de Cronbach	**0,89**
KMO	**0,88**
Bartlett	**p<0,000**

Na Tabela 20 apresentam-se os dados da dimensão empatia. Nesta dimensão, por meio da análise fatorial exploratória foram extraídos 2 componentes, cada um representando, respectivamente, 58,2% e 8,6% da variação das respostas de toda a escala. Foram retirados os carregamentos inferiores a 0,65, considerados fracos. Assim, retiraram-se E1, E2, E3 e E8 e foi aplicada novamente a análise fatorial. Encontrou-se então apenas um componente, responsável por 65,2% da variação da dimensão. Os valores de *Alpha de Cronbach* encontrados foram: 0,93 para os 12 itens e 0,92 para a escala unidimensional resultante. O KMO ficou em 0,91 e *Bartlett* com p<0,000.

Tabela 20: Análise fatorial – Qualidade Percebida – Empatia

Itens da escala	**Componente 1 Carregamentos**
P47-E8- Os médicos da Paraná Clínicas demonstram prontidão para responder minhas perguntas e preocupações.	0,88
P51-E10- Tenho facilidade em me sentir à vontade com os médicos da Paraná Clínicas.	0,86
P49-E9- Os funcionários da Paraná Clínicas demonstram prontidão para responder minhas perguntas e preocupações.	0,85
P45-E7- Os médicos da Paraná Clínicas demonstram interesse com meu bem-estar.	0,83
P37-E5- Na Paraná Clínicas, sinto que os médicos compreendem minhas solicitações.	0,80
P42-E6- Na Paraná Clínicas, sinto que os funcionários compreendem minhas solicitações.	0,77
P53-E12- Na Paraná Clínicas sou envolvido nas decisões sobre os meus cuidados médicos.	0,74
P31-E4- Os funcionários da Paraná Clínicas me oferecem atenção personalizada.	0,72
Alpha de Cronbach	**0,92**
KMO	**0,91**
Bartlett	**p<0,000**

Para a dimensão de segurança foi extraído apenas 1 componente responsável pela explicação de 58,1% das variações nas respostas obtidas. Como dois itens apresentam carregamentos inferiores a 0,65 (S7 com carregamento de 0,63 e S3, com 0,55), estes foram retirados para ser realizada uma nova análise fatorial exploratória. Observa-se que o componente resultante obteve a capacidade de explicar 65,1% da variação das respostas desta dimensão. O valor de *Alpha de Cronbach* encontrado é de 0,92, um pouco melhor do que quando fazem parte as variáveis S3 e S7 onde se observava um valor do Alpha de 0,91. O KMO resultante

foi de 0,90 e o teste de *Bartlett* apresentou p<0,000. Esses resultados são expostos na Tabela 21.

Tabela 21: Análise fatorial – Qualidade percebida – Segurança

Itens da escala	Componente 1 Carregamentos
P46-S8- Os médicos da Paraná Clínicas me inspiram confiança e segurança.	0,84
P48-S9- Os funcionários da Paraná Clínicas me inspiram confiança e segurança.	0,83
P30-S4- Na Paraná Clínicas estou seguro do tratamento que recebo.	0,82
P50-S10- Os médicos da Paraná Clínicas oferecem explanação cuidadosa das minhas condições de saúde e do tratamento.	0,81
P18-S2- Como paciente, tenho confiança nos funcionários da Paraná Clínicas.	0,81
P41-S6- Sou tratado com gentileza pelos funcionários da Paraná Clínicas.	0,78
P36-S5- Sou tratado com gentileza pelos médicos da Paraná Clínicas.	0,78
P12-S1- Como paciente, tenho confiança nos médicos da Paraná Clínicas.	0,76
Alpha de Cronbach	**0,92**
KMO	**0,90**
Bartlett	**p<0,000**

Em relação à presteza, também considerada unidimensional, observam-se os resultados na Tabela 22. Obteve-se um componente capaz de explicar 57,4% da variação das respostas da dimensão. O valores de *Alpha de Cronbach*, em 0,85, do KMO, em 0,82 e Bartlett, p<0,000, confirmam a confiabilidade da escala.

Tabela 22: Análise fatorial – Qualidade percebida – Presteza

Itens da escala	Componente 1 Carregamentos
P29-P4- Na Paraná Clínicas, os funcionários respondem prontamente às minhas solicitações.	0,79
P35-P5- A Paraná Clínicas possui horários convenientes de funcionamento.	0,78
P17-P2- Na Paraná Clínicas, sou recebido imediatamente e sou mantido informado de quando serei atendido na consulta, exame ou outro procedimento.	0,76
P40-P6- Na Paraná Clínicas, posso marcar consultas e exames em horários convenientes para mim.	0,74
P52-P1- Na Paraná Clínicas, sou atendido dentro do tempo prometido.	0,74
P23-P3- A Paraná Clínicas possui funcionários sempre dispostos a me ajudar.	0,74
Alpha de Cronbach	**0,85**
KMO	**0,82**
Bartlett	**p<0,000**

Finalmente, apresenta-se a avaliação da dimensão específica da saúde, na Tabela 23. Desta dimensão, que mede conceitos relativos à prestação de serviços de planos de saúde de forma específica, foi extraído um componente apenas. Este componente explica 62,7% da variação das respostas. O valor de *Alpha de Cronbach* encontrado é de 0,85, confirmando a confiabilidade da escala. O KMO ficou em 0,86 e *Bartlett* com p<0,000.

Tabela 23: Análise fatorial – Qualidade percebida – Especifica da Saúde

Itens da escala	**Componente 1 Carregamentos**
P38-ES5- Os funcionários da Paraná Clínicas dão ênfase a minha educação e informação sobre minhas condições de saúde.	0,83
P14-ES1- Na Paraná Clínicas tenho resultados médicos positivos em meus tratamentos.	0,82
P32-ES4- Os médicos da Paraná Clínicas dão ênfase a minha educação e informação sobre minhas condições de saúde.	0,80
P26-ES3- Quando necessário, sou adequadamente encaminhado pelos médicos da Paraná Clínicas a médicos especialistas, hospitais, farmácias e laboratórios.	0,77
P20-ES2- Sinto-me bem emocionalmente e psicologicamente.	0,73
Alpha de Cronbach	**0,85**
KMO	**0,86**
Bartlett	**p<0,000**

4.3.4 Satisfação

A satisfação do cliente foi operacionalizada por meio de 12 variáveis conforme modelo de Oliver (1997). Uma leitura utilizando-se da estatística descritiva é exposta na Tabela 24. Apresentam-se dados referentes à média e ao desvio padrão de cada uma das variáveis. Nesta escala, os itens S3, S5, S7, S9 e S10, respectivamente, foram utilizados de forma invertida.

No geral, as médias obtidas nos itens da escala do construto satisfação foram elevadas, variando de 7,7 a 8,8. Uma exceção para a variável S3 que recebeu uma avaliação média bastante inferior (5,7), possivelmente pela dificuldade de interpretação da pergunta com escala invertida. Este item afirmava que o plano de saúde não funcionava tão bem quanto deveria. As duas médias mais elevadas estão relacionadas à avaliação de compra e à perspectiva de atribuição de insucesso. A primeira apresentava que ser cliente da operadora estava sendo uma experiência agradável e, a segunda, que se utilizou de escala invertida, refere-se ao sentimento

de culpa por ter decidido trabalhar com a operadora. Em segundo lugar, ainda com médias elevadas (8,7), encontram-se mais duas variáveis: a que se refere ao cliente realmente estar gostando do plano, afeto positivo e; a que afirma que o cliente não está feliz por estar trabalhando com a operadora, afeto negativo. Esta última também se utilizou de escala invertida. Os resultados podem ser conferidos na Tabela 24.

Tabela 24: Satisfação – Análise Estatística Descritiva

Itens da escala	Média	Desvio padrão
P54-S1- Este foi um dos melhores PLANOS DE SAÚDE com o qual já trabalhei.	8,4	1,8
P55-S2- O PLANO DA PARANÁ CLINICAS é exatamente o que eu preciso.	8,5	1,7
P56-S3- O PLANO DA PARANÁ CLINICAS não funciona tão bem quanto deveria.*	5,7	2,7
P57-S4- Estou satisfeito com O PLANO DA PARANÁ CLINICAS.	8,6	1,7
P58-S5- Às vezes eu não sei se devo continuar trabalhando com o PLANO DA PARANÁ CLINICAS. *	8,0	2,4
P59-S6- Minha escolha em usar o PLANO DA PARANÁ CLINICAS foi acertada.	8,4	1,7
P60-S7- Se eu pudesse fazer de novo, eu escolheria trabalhar com outra empresa. *	7,7	2,7
P61-S8- Eu realmente estou gostando do PLANO DA PARANÁ CLINICAS.	8,7	1,8
P62-S9- Eu me sinto culpado por ter decidido trabalhar com o PLANO DA PARANÁ CLINICAS. *	8,8	2,0
P63-S10- Eu não estou feliz por estar trabalhando com o PLANO DA PARANÁ CLINICAS. *	8,7	2,1
P64-S11- Ser cliente do PLANO DA PARANÁ CLINICAS tem sido uma experiência agradável.	8,8	1,54
P65-S12- Eu estou certo de que fiz a escolha certa quando me tornei cliente do PLANO DA PARANÁ CLINICAS.	8,6	1,55

Obs.: * escalas invertidas.

Avaliação das escalas

Foi executada a técnica de análise fatorial exploratória buscando reduzir os dados por meio da correlação entre as variáveis. Neste procedimento, após a primeira avaliação, verificou-se que a variável S3 obteve um baixo carregamento. Este fato possivelmente pode ter acontecido devido a utilização de escala invertida. Este item foi extraído e, então, a técnica foi aplicada novamente. Os resultados são demonstrados na Tabela 25. Observou-se que foram extraídos dois componentes. O primeiro explica 57,53% das variações do construto enquanto que o segundo, 11,47%. Foi excluído o item S3, que apresentou carregamento inferior a 0,60. Este procedimento também fez o valor de *Alpha* de toda a escala subir de 0,91 para 0,92.

Este valor garante a sua confiabilidade. O KMO resultante foi de 0,79 e *Bartlett* com p<0,000.

Analisando-se cada componente individualmente observa-se que o primeiro está diretamente relacionado a atributos positivos, enquanto que o segundo, a atributos negativos. Assim, o componente 1 foi denominado de "Atribuições Positivas", com valor de *Alpha* de 0,923 e o componente 2 "Atribuições Negativas", com *Alpha* de 0,83. As atribuições positivas por ordem de carregamento foram: (S6) atribuição de sucesso, (S2) atendimento as necessidades, (S12) atribuição de sucesso, (S1) performance e qualidade global, (S4) satisfação, (S8) afeto positivo, (S11) avaliação da compra. As negativas: (S9) atribuição de insucesso, (S10) afeto negativo, (S7) arrependimento, (S5) dissonância cognitiva.

Tabela 25: Satisfação – Análise Fatorial

Itens da escala	**Componente 1 Carregamentos**	**Componente 2 Carregamentos**
P59-S6- Minha escolha em usar o PLANO DA PARANÁ CLINICAS foi acertada.	0,82	
P55-S2- O PLANO DA PARANÁ CLINICAS é exatamente o que eu preciso.	0,82	
P65-S12- Eu estou certo de que fiz a escolha certa quando me tornei cliente do PLANO DA PARANÁ CLINICAS.	0,79	
P54-S1- Este foi um dos melhores PLANOS DE SAÚDE com o qual já trabalhei.	0,79	
P57-S4- Estou satisfeito com O PLANO DA PARANÁ CLINICAS.	0,79	
P61-S8- Eu realmente estou gostando do PLANO DA PARANÁ CLINICAS.	0,77	
P64-S11- Ser cliente do PLANO DA PARANÁ CLINICAS tem sido uma experiência agradável.	0,66	
P62-S9- Eu me sinto culpado por ter decidido trabalhar com o PLANO DA PARANÁ CLINICAS.		0,81
P63-S10- Eu não estou feliz por estar trabalhando com o PLANO DA PARANÁ CLINICAS.		0,80
P60-S7- Se eu pudesse fazer de novo, eu escolheria trabalhar com outra empresa.		0,74
P58-S5- As vezes eu não sei se devo continuar trabalhando com o PLANO DA PARANÁ CLINICAS.		0,73
Alpha de Cronbach	**0,93**	**0,83**
Alpha de Cronbach – 11 itens	**0,92**	
KMO	**0,79**	
Bartlett	**p<0,000**	

A separação em dois componentes independentes e coesos demonstrados nesta pesquisa traz a tona um questionamento já levantado em outros estudos

(OLIVER, 1989; BEBER, 1999; BEULKE, 1998; BLEUEL, 1990). Pergunta-se se esse construto não deveria ser tratado como 2 conceitos diferentes e independentes, como satisfação e insatisfação, por exemplo. Assim, possivelmente poderiam ser avaliados outros relacionamentos de causa e efeito vinculados a atribuições negativas do cliente em relação aos serviços recebidos.

4.3.5 Lealdade

Este construto foi operacionalizado por meio de 3 dimensões de acordo com o modelo de Baptista (2005): recompra, preferência e indicação. Uma avaliação geral dos resultados é apresentada na Tabela 26, abordando média e desvio padrão de cada item da escala. Observa-se que o item L6 que afirma que o plano da operadora é igual aos demais, recebeu média bastante inferior as demais (6,1). Esta variável foi operacionalizada por meio de escala invertida, o que pode ter sido um dos motivos da baixa avaliação. Assim, excetuando-se L6 todas as demais apresentaram resultados elevados, variando de 7,8 a 9,0. A de melhor avaliação é a referente à intenção em permanecer no plano de saúde. Com 8,7 o segundo lugar apresenta o cliente falar coisas positivas sobre a operadora. Por outro lado, a de menor avaliação entre as homogêneas foi a que afirmava que a operadora é a primeira escolha do cliente.

Tabela 26: Lealdade – Análise Estatística Descritiva

Itens da escala	Média	Desvio padrão
P66-L1- Em uma próxima escolha de plano de saúde onde pudesse optar por qualquer empresa, acredito que escolheria a PARANÁ CLÍNICAS.	8,4	1,7
P67-L2- Sempre que eu puder escolher um plano de saúde, escolherei a PARANÁ CLÍNICAS.	8,1	1,8
P68-L3- Tenho intenção em permanecer no plano de saúde da PARANÁ CLÍNICAS.	9,0	1,6
P69-L4- Considero a PARANÁ CLÍNICAS o melhor plano de saúde.	8,0	1,8
P70-L5- A PARANÁ CLÍNICAS é o meu plano de saúde preferido.	8,0	1,8
P71-L6- Para mim, a PARANÁ CLÍNICAS é igual aos demais planos de saúde. *	6,1	2,2
P72-L7- Quando eu escolho um plano de saúde, a PARANÁ CLÍNICAS é a minha primeira escolha.	7,8	1,9
P73-L8- Recomendo a PARANÁ CLÍNICAS para as pessoas que procuram indicações.	8,5	1,8
P74-L9- Falo coisas positivas sobre a PARANÁ CLÍNICAS para outras pessoas.	8,7	1,5
P75-L10- Encorajo meus amigos a fazer o plano de saúde da PARANÁ CLÍNICAS.	8,3	1,9
P76-L11- Eu defenderia a PARANÁ CLÍNICAS se alguém fizesse um comentário negativo sobre ele.	8,2	1,8
P77-L12- Fico em dúvida quando penso em recomendar a PARANÁ CLÍNICAS para um conhecido. *	8,5	2,3

Obs.: * escalas invertidas

Avaliação das escalas

Após a primeira avaliação da análise fatorial exploratória verificou-se que a variável S12 obteve baixo carregamento. Esta variável foi retirada para que a técnica fosse aplicada novamente, buscando-se reduzir os dados a componentes de altíssima correlação. Verificou-se a extração de 2 componentes, porém, o segundo continha apenas a variável L6. Excluiu-se também esta variável e foi realizada uma nova análise fatorial. Resultou-se em apenas 1 componente, responsável por 79,15% da variação das respostas. Ambas as variáveis extraídas foram utilizadas com escala invertida o que pode ter interferido na interpretação dos respondentes com possíveis distorções no resultado. O *Alpha de Cronbach* encontrado subiu de 0,94, para todos os 12 itens, para 0,97 para o componente final. O KMO foi de 0,94 e *Bartlett,* de $p<0,000$. Os resultados são demonstrados na Tabela 27.

Tabela 27: Lealdade – Análise Fatorial

Itens da escala	Componente 1 Carregamentos
P73-L8- Recomendo a PARANÁ CLÍNICAS para as pessoas que procuram indicações.	0,93
P66-L1- Em uma próxima escolha de plano de saúde onde pudesse optar por qualquer empresa, acredito que escolheria a PARANÁ CLÍNICAS.	0,93
P74-L9- Falo coisas positivas sobre a PARANÁ CLÍNICAS para outras pessoas.	0,93
P70-L5- A PARANÁ CLÍNICAS é o meu plano de saúde preferido.	0,92
P75-L10- Encorajo meus amigos a fazer o plano de saúde da PARANÁ CLÍNICAS.	0,91
P69-L4- Considero a PARANÁ CLÍNICAS o melhor plano de saúde.	0,90
P67-L2- Sempre que eu puder escolher um plano de saúde, escolherei a PARANÁ CLÍNICAS.	0,90
P72-L7- Quando eu escolho um plano de saúde, a PARANÁ CLÍNICAS é a minha primeira escolha.	0,88
P76-L11- Eu defenderia a PARANÁ CLÍNICAS se alguém fizesse um comentário negativo sobre ele.	0,80
P68-L3- Tenho intenção em permanecer no plano de saúde da PARANÁ CLÍNICAS.	0,78
Alpha de Cronbach	**0,97**
KMO	**0,94**
Bartlett	**p<0,000**

Diferentemente do demonstrado por Baptista (2005), neste estudo, o construto lealdade demonstrou-se unidimensional. O fato do cliente desta pesquisa não ter o poder de escolha sobre o plano de saúde, já que isto compete à empresa onde trabalha, pode ter interferido. Assim, sua avaliação a respeito de recompra, e preferência no plano pode ter sido afetada. Além disso, nos estudos daquele autor, o produto em análise referia-se a algo corriqueiro, como compras em sites de internet, diferentemente do serviço de plano de saúde, que não tem um apelo de conversações diárias entre consumidores, afetando deste modo, a dimensão de indicação.

4.3.6 Rentabilidade

Para avaliar-se a rentabilidade dos clientes, buscou-se um período subseqüente à exposição dos clientes às práticas de PSPD implementadas pela operadora. Esse período deve ser significativo para a análise. Assim, foi escolhido como base um período de 12 meses entre janeiro/2007 e dezembro/2007. Foram

levantados os seguintes dados de cada usuário para este período: receita; custo com consultas; custo com SADT (serviços auxiliares de diagnóstico e terapia); custo hospitalar; custo assistencial total e; sinistralidade. Esses dados são apresentados na Tabela 28.

A receita média do cliente no ano de 2007 ficou em R$ 832,00. Já o custo assistencial total em R$ 786,00. Assim, a sinistralidade média ficou em 0,86, o que é considerada alta uma vez que sobrariam apenas 14% da receita para outras despesas e para um possível lucro. Nota-se que o desvio padrão dos custos e da sinistralidade são altos, indicando uma alta variação destes itens (Tabela 28).

Tabela 28: Rentabilidade – Análise Estatística Descritiva

	Média	Desvio padrão
Receita – 2007	832,3	265,1
Custo com Consultas - 2007	219,0	234,6
Custo com SADT - 2007	296,1	1.755,6
Custo Hospitalar - 2007	270,7	1.224,8
Custo Assistencial Total - 2007	786,0	2.490,2
Sinistralidade - 2007	0,86	2,3

Para analisar a receita dos usuários foram criadas faixas, expostas na tabela 29. Percebe-se que 40% dos usuários têm receita entre R$ 701,00 a R$ 800,00 ao ano e são responsáveis por 36,5% das receitas totais da amostra. Avaliando-se o índice acumulado, nota-se que 65% apresentam receita menor do que R$ 800,00 por ano e representam 55,5% das receitas totais. Comparando-se este resultado com o custo médio encontrado (Tabela 28), que foi de R$ 786,00 fica evidente que há um desequilíbrio nas contas deste grupo de segurados, indicado pelo alto nível de sinistralidade (86%). Apenas 24% têm receita superior a R$ 900,00 no ano, que representaria um nível de rentabilidade para a operadora, mediante os custos médios apresentados.

Tabela 29: Faixas de Receita

Faixa de receita	Usuários			Receita		
	n	%	% acumulado	n	%	% acumulado
Abaixo de 600	4	2,0%	2,0%	1.729	1,0%	1,0%
De 601 a 700	46	23,0%	25,0%	29.792	17,9%	18,9%
De 701 a 800	80	40,0%	65,0%	60.825	36,5%	55,5%
De 801 a 900	22	11,0%	76,0%	18.738	11,3%	66,7%
De 901 a 1.000	22	11,0%	87,0%	21.610	13,0%	79,7%
Acima de 1.000	26	13,0%	100,0%	33.769	20,3%	100,0%
Total	200	100,0%		166.463	100,0%	

Abordando-se a composição do custo assistencial verifica-se que os gastos mais representativos foram os relativos à SADT, que atingiram o percentual de 37,7%, ou seja, quase 40% de todos os custos com assistência. Os custos hospitalares significaram um pouco menos, com 34,4%. Já as consultas representaram 27,9% do total. Esses resultados são apresentados na Tabela 30.

Tabela 30: Tipos de Custo

Tipo de Custo	Valor	%	% acumulado
Consultas	43.810	27,9%	27,9%
SADT	59.218	37,7%	65,6%
Hospitalar	54.140	34,4%	100,0%
Total	57.168	100,0%	

Foram estabelecidas faixas de gastos para análise dos custos assistenciais. Os resultados são expostos na Tabela 31. A faixa mais representativa foi a dos usuários que gastou entre R$ 1,00 e R$ 100,00 por ano, com 18,5%. Nota-se que 8,5% não utilizaram os serviços no ano de 2007. Deste modo, 27% gastaram abaixo de R$ 100,00, representando apenas 1% dos custos totais da amostra. Avaliando-se os que gastaram menos de R$ 300,00 obteve-se 53,5% dos conveniados, que foram responsáveis por somente 7,3% dos custos. Progredindo-se essa análise pode-se concluir ainda que abaixo da faixa de custo de R$ 500,00 ficaram 70% dos usuários e que representaram 15,5% dos custos.

Por outro lado, apenas 2 usuários, ou seja, 1% da amostra representou 27,8% dos custos. Nota-se ainda que 26 usuários (13% deles) foram responsáveis por 69% dos custos. Explorando-se os dados um pouco mais, observou-se que apenas um usuário desta amostra, foi responsável pelo equivalente a 8,40% do custo assistencial total. Os três maiores gastadores juntos gastaram 31,76% do valor total.

Todos eles declararam-se não praticantes de PSPD. Ou seja, a lucratividade de todo o grupo foi comprometida por esta pequena parcela de usuários.

Tabela 31: Custos Assistenciais

Faixa de Gastos	Usuários			Custo		
	n	%	% acumulado	n	%	% acumulado
Zero	17	8,5%	8,5%	-	0,0%	0,0%
De 1 a 100	37	18,5%	27,0%	1.626	1,0%	1,0%
De 101 a 200	34	17,0%	44,0%	5.191	3,3%	4,3%
De 201 a 300	19	9,5%	53,5%	4.583	2,9%	7,3%
De 301 a 400	17	8,5%	62,0%	5.965	3,8%	11,0%
De 401 a 500	16	8,0%	70,0%	7.039	4,5%	15,5%
De 501 a 1.000	34	17,0%	87,0%	24.097	15,3%	30,9%
De 1.001 a 2.000	10	5,0%	92,0%	13.288	8,5%	39,3%
De 2.001 a 3.000	5	2,5%	94,5%	12.397	7,9%	47,2%
De 3.001 a 10.000	9	4,5%	99,0%	39.318	25,0%	72,2%
Acima de 10.000	2	1,0%	100,0%	43.663	27,8%	100,0%
Total	200	100,0%		157.168	100,0%	

Buscou-se então avaliar a sinistralidade por meio da sua freqüência. Foram estabelecidas faixas para estudo, descritas na Tabela 32. Na faixa inferior a 0,50 encontram-se 110 usuários, ou seja, 63,5%. Estes indicam uma alta rentabilidade para a operadora. Por outro lado, 33 usuários (15,5%) obtiveram sinistralidade acima de 1,00, indicando necessariamente prejuízo na operação.

Tabela 32: Sinistralidade

Sinistralidade	Usuários		
	n	%	% acumulado
0	17	8,5%	8,5%
0,01 a 0,50	110	55,0%	63,5%
0,51 a 1,00	40	20,0%	83,5%
1,01 a 2,00	17	8,5%	92,0%
2,01 a 3,00	3	1,5%	93,5%
3,01 a 4,00	3	1,5%	95,0%
4,01 a 5,00	4	2,0%	97,0%
Acima de 5,00	6	3,0%	100,0%
Total	200	100,0%	

4.4 AVALIAÇÃO DOS GRUPOS – ADOTANTES E NÃO ADOTANTES DE PSPD

A partir das análises fatoriais apresentadas na seção anterior, foram estabelecidas as variáveis que permaneceriam no conjunto de dados a ser estudado. Assim, foram retiradas: C1, E1, E2, E3, E11, S3, S7 do construto Qualidade Percebida; S3, do construto Satisfação; L6 e L12, do construto Lealdade.

Em seguida foram extraídas as médias das variáveis de cada um dos seguintes construtos: Valor Percebido, Satisfação e Lealdade. Obteve-se apenas uma variável para representar cada um deles. Da mesma forma procedeu-se para todas as dimensões do construto Qualidade Percebida, obtendo-se uma variável para representar cada dimensão: Tangibilidade, Confiabilidade, Segurança, Empatia, Presteza e Específicas da Saúde. Foram acrescidas as variáveis: Receita; Custo com Consulta; Custo com SADT; Custo Hospitalar; Custo Assistencial Total e; Sinistralidade, obtidas da base de dados da operadora.

Como apresentou a seção 4.2.1, os clientes foram classificados em “adotantes” e “não-adotantes” em relação à adoção de práticas de PSPD. Assim, foram então calculadas as médias de cada construto da pesquisa para cada categoria de cliente. Na Tabela 33 apresentam-se os resultados das médias da Qualidade Percebida. Percebe-se que em todas as dimensões o grupo de adotantes recebeu média inferior ao do grupo de não-adotantes. A maior diferença foi encontrada na variável tangibilidade com 0,6 décimos. Esses resultados parecem demonstrar que o grupo de adotantes avalia qualidade da operadora de forma inferior ao outro grupo. Isto se deve ao fato de terem expectativas mais altas em relação ao serviço.

Tabela 33: Médias dos Grupos - Qualidade Percebida

Variável	Adotantes (Base 40)		Não Adotantes (Base 160)	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
Tangibilidade	8,4	1,5	9,0	1,1
Segurança	8,1	1,4	8,5	1,2
Confiabilidade	8,2	1,4	8,6	1,2
Presteza	7,8	1,5	8,0	1,3
Empatia	8,0	1,4	8,4	1,1
Específicas da Saúde	8,1	1,4	8,5	1,0

Por outro lado, para valor percebido, satisfação e lealdade o grupo de adotantes obteve médias mais altas, porém com diferenças muito pequenas. A maior

diferença foi constatada em valor percebido que alcançou 0,3 décimos a mais para o grupo de praticantes. Os resultados são apresentados na Tabela 34.

Tabela 34: Médias dos Grupos – Valor Percebido, Satisfação e Lealdade

Variável	Adotantes (Base 40)		Não Adotantes (Base 160)	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
Valor	8,5	1,3	8,2	1,2
Satisfação	8,5	1,6	8,4	1,4
Lealdade	8,4	1,8	8,3	1,5

Na Tabela 35 apresentam-se os resultados de receita, custos e sinistralidade. A maior diferença foi encontrada no custo com SADT, em que o grupo de adotantes gastou em média R$ 151,00 a menos que o grupo de não-adotantes. Este resultado se contrapõe ao de consultas, onde de forma inversa, os praticantes obtiveram uma média superior em R$ 79,00. A diferença no custo hospitalar também parece favorável aos adotantes, que gastaram em média R$ 35,00 a menos que os não-adotantes.

Esses resultados reforçam a suposição de que os praticantes oferecem menos custos à operadora de saúde. Os custos desse grupo foram maiores apenas em consultas, o que é esperado, já que se imagina que os praticantes de PSPD invistam mais em consultas preventivas e de acompanhamento evitando assim, gastos mais substanciais com SADT e procedimentos hospitalares.

A média do custo assistencial total ficou R$ 106,00 menor para os praticantes. Do ponto de vista da operadora, todos esses resultados são favoráveis e esperados a partir dos investimentos em PSPD. Por outro lado, percebe-se que a receita média do grupo de praticantes ficou R$ 38,00 mais baixa que a do outro grupo, o que pode ter interferido na sinistralidade. Esta teve uma pequena variação para cima (de 0,03) no grupo de adotantes, mas de uma maneira geral pode-se dizer que se apresentou muito similar nos dois grupos. No grupo de não-adotantes percebe-se também que o desvio padrão ficou bem mais alto do que no grupo de praticantes, indicando uma variação mais elevada.

Tabela 35: Médias dos Grupos – Receita, Custos e Sinistralidade

Variável	Adotantes (Base 40)		Não Adotantes (Base 160)	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
Receita	802	198	840	279
Custo com Consulta	282	348	203	195
Custo com SADT	175	311	326	1.957
Custo Hospitalar	243	752	278	1.319
Custo Assistencial Total	701	1.058	807	2.736
Sinistralidade	0,89	1,4	0,86	2,4

Busca-se avaliar com mais detalhe a sinistralidade dos dois grupos. Verificou-se que os grupos mantiveram-se similares, como mostra a Tabela 36. Nota-se que os não-adotantes têm uma proporção maior de gasto zero (9,4%). Este não é considerado um bom resultado, já que é esperado que os usuários gastem pelo menos com consultas durante o ano, garantindo o controle de fatores de risco e a prevenção de possíveis doenças. Sem prevenção e controle a tendência é que a sinistralidade se eleve a níveis bem mais altos no futuro.

Tabela 36: Sinistralidade – Adotantes e Não Adotantes

Sinistralidade	Adotantes			Não Adotantes		
	n	%	% acumulado	n	%	% acumulado
0	2	5,0%	5,0%	15	9,4%	9,4%
0,01 a 0,50	22	55,0%	60,0%	88	55,0%	64,4%
0,51 a 1,00	8	20,0%	80,0%	32	20,0%	84,4%
1,01 a 2,00	3	7,5%	87,5%	14	8,8%	93,1%
2,01 a 3,00	1	2,5%	90,0%	2	1,3%	94,4%
3,01 a 4,00	1	2,5%	92,5%	1	0,6%	95,0%
4,01 a 5,00	2	5,0%	97,5%	3	1,9%	96,9%
Acima de 5,00	1	2,5%	100,0%	5	3,1%	100,0%
Total	40	100,0%		160	100,0%	

No contexto da sinistralidade geral dos grupos, ambos demonstram-se similares. Por outro lado, observando-se apenas os custos (Tabela 37) percebe-se que os maiores gastos, aqueles acima de R$10.000, foram feitos pelo grupo de não adotantes. Isto pode indicar que os usuários não adotantes de PSPD realmente apresentam gastos mais elevados para o plano de saúde. Outro dado que parece reforçar esta afirmação é o de gastos acima de R$3.000, que representaram 55,4% dos custos assistenciais dos não adotantes e 40,9% nos adotantes. Assim, os adotantes apresentam uma proporção maior de usuários nas faixas inferiores de gastos.

Tabela 37: Custos – Adotantes e Não Adotantes

Faixa de Gastos	Adotantes			Não Adotantes		
	Valor	%	% acumulado	Valor	%	% acumulado
Zero	-	0,0%	0,0%	-	0,0%	0,0%
De 1 a 100	389	1,4%	1,4%	1.237	1,0%	1,0%
De 101 a 200	943	3,4%	4,8%	4.248	3,3%	4,2%
De 201 a 300	771	2,8%	7,5%	3.811	3,0%	33,2%
De 301 a 400	1.776	6,3%	13,8%	4.190	3,2%	10,4%
De 401 a 500	1.783	6,4%	20,2%	5.256	4,1%	14,5%
De 501 a 1.000	4.535	16,2%	36,4%	19.562	15,1%	29,7%
De 1.001 a 2.000	1.549	5,5%	41,9%	11.739	9,1%	38,7%
De 2.001 a 3.000	4.824	17,2%	59,1%	7.573	5,9%	44,6%
De 3.001 a 10.000	11.449	40,9%	100,0%	27.869	21,6%	66,2%
Acima de 10.000	-	0,0%	100,0%	43.663	33,8%	100,0%
Total	28.019	100,0%		129.148	100,0%	

Para avaliar se as diferenças encontradas eram significativas, era preciso submeter os dados a um teste estatístico de médias. Porém, por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov constatou-se que, para todas as variáveis, os dados não apresentavam a condição de normalidade. Assim, foi necessária a utilização de um teste não paramétrico.

Foi então, aplicado o teste de Mann-Whitney, que tem o mesmo princípio dos testes “t” de diferenças entre médias, mas é utilizado para duas amostras independentes de dados não paramétricos. Este teste gera um valor de *mean rank* obtido por meio do *ranking* médio dos valores de cada grupo comparado. Assim, valores de *mean rank* mais elevados indicam que o grupo obteve uma quantidade maior de valores mais elevados em relação ao outro grupo. Baseia-se no entendimento de que a hipótese nula é a de que não existe diferença entre os valores de cada grupo estudado. Se o valor de “p” for menor que “alfa”, rejeita-se a hipótese nula, caso contrário, deve-se aceitá-la, admitindo-se que não existe diferença estatística entre as médias encontradas nos dois grupos (BISQUERRA; SARRIERA; MARTINEZ, 2004). Foi aplicado o teste para os seguintes construtos: valor percebido, qualidade percebida (todas as dimensões), satisfação, lealdade e sinistralidade. Os resultados significativos são apresentados na Tabela 38.

Tabela 38: Resultados do Teste de Mann-Whitney

	Adotantes (n=40) *Mean Rank*	Não Adotantes (n=160) *Mean Rank*
Valor Percebido	114,0*	97,1*
Qualidade Percebida -Tangibilidade	83,7**	104,7**
Qualidade Percebida - Segurança	89,6 n.s.	103,2 n.s.
Qualidade Percebida - Específicas	91,2 n.s.	102,8 n.s.
Qualidade Percebida - Confiabilidade	90,2 n.s.	103,1 n.s.
Qualidade Percebida - Presteza	93,4 n.s.	102,3 n.s.
Qualidade Percebida - Empatia	88,9 n.s.	103,4 n.s.
Satisfação	109,0 n.s.	98,4 n.s.
Lealdade	109,0 n.s.	98,4 n.s.
Receita	90,3 n.s.	103,1 n.s.
Custo com Consulta	111,5 n.s.	97,8 n.s.
Custo com SADT	102,6 n.s.	100,0 n.s.
Custo Hospitalar	105,7 n.s.	99,2 n.s.
Custo Assistencial Total	107,2 n.s.	98,8 n.s.
Sinistralidade	108,5 n.s.	98,5 n.s.

* p<0,10 **p<0,05 n.s. não significativo

Assim, foram consideradas significativas as diferenças nos valores de “Valor Percebido” e “Tangibilidade”. Todas as demais não foram consideradas estatisticamente significativas. Portanto, manteve-se a hipótese nula de que não existiam diferenças estatisticamente significativas nos valores encontrados. Nesses dois construtos, os resultados têm os seguintes significados: (1) Valor percebido teve um *mean rank* mais alto no grupo de praticantes (114,0) do que no de não praticantes (97,1); (2) ao contrário, a dimensão de Tangibilidade do construto Qualidade Percebida teve um *mean rank* mais alto no grupo de não praticantes (104,7) em relação ao grupo de praticantes (83,7). O *mean rank* é a média encontrada no *ranking* de valores de cada grupo.

Portanto, conseguiu-se confirmar neste estudo que a adoção de práticas de PSPD tem impacto positivo na percepção de valor do cliente. Assim, os clientes que adotam práticas tendem a ter uma maior percepção de valor do que os clientes que não adotam. Esse resultado responde a primeira pergunta de pesquisa.

Já, quanto à dimensão de Tangibilidade dentro da Qualidade Percebida, testada adicionalmente, já que pode interferir no valor percebido, percebeu-se que a adoção de práticas de PSPD exerce relação negativa na percepção do cliente. Os resultados informaram que os clientes do grupo de praticantes têm uma percepção menor da qualidade, na dimensão de tangibilidade, dos serviços da operadora do que os não praticantes. Possivelmente os praticantes de PSPD tornem-se mais

críticos na avaliação da qualidade dos serviços, em especial na tangibilidade. Assim, desejam instalações mais limpas e confortáveis, equipamentos mais adequados bem como melhores vestimentas e aparências dos profissionais que os atendem. Possivelmente, investindo-se na melhoria da tangibilidade dos serviços, poderia ser aumentado ainda mais o valor percebido pelo cliente praticante de PSPD.

Depois, para responder a pergunta 2, buscando verificar o impacto do valor percebido na satisfação, executou-se uma análise de regressão linear da seguinte forma: satisfação foi considerada a variável dependente e, como independentes assumiram-se valor percebido, tangibilidade e uma variável do tipo *dummy* indicando a adoção ou não de práticas. Acrescentou-se a tangibilidade já que esta demonstrou na análise anterior ter diferenças significativas nos dois grupos. Os resultados são apresentados na Tabela 39.

Tabela 39: Resultados Regressão Linear – Valor Percebido em Satisfação

Variável	Beta	Erro padrão	t	Pr > |t|
Intercepto	-0,149	0,635	-0,24	0,814
Valor percebido	0,698	0,059	11,821	< 0,0001
Tangibilidade	0,332	0,062	5,371	< 0,0001
Dummy	-0,068	0,173	-0,394	0,695

O valor de R^2 ajustado foi igual a 0,559, indicando que o modelo explica em 56% as variações das respostas do construto satisfação. O valor de F foi 85,325, considerado significativo. Conforme demonstra a Tabela 39, valor percebido e tangibilidade têm impacto significativo na satisfação. Já os grupos que representavam a adoção ou não de práticas não obtiveram significância. Interpretando-se os valores de beta observou-se que cada ponto de valor percebido impacta em 0,698 em satisfação, aproximadamente o dobro da tangibilidade, que impacta em 0,332. Respondendo-se a segunda pergunta, confirmou-se o impacto do valor percebido e adicionalmente, da tangibilidade, na satisfação dos clientes. Porém, o fato da adoção ou não de práticas de PSPD, pesquisadas pela variável *dummy*, não demonstrou ter impacto na satisfação do cliente.

Para verificar a terceira pergunta, executou-se uma nova regressão linear envolvendo valor percebido e lealdade. Inseriu-se também o construto satisfação, para avaliar adicionalmente seu impacto na lealdade dos clientes. A variável *dummy* foi mantida. Os resultados são apresentados na Tabela 33.

Tabela 40: Resultados Regressão Linear – Valor Percebido em Lealdade

Variável	Beta	Erro padrão	t	Pr > |t|
Intercepto	-0,458	0,572	-0,800	0,425
Valor Percebido	0,425	0,070	6,098	< 0,0001
Tangibilidade	-0,035	0,060	-0,593	0,554
Dummy	0,084	0,156	0,539	0,591
Satisfação	0,639	0,064	9,914	< 0,0001

O valor de R^2 ajustado ficou em 0,707, indicando que o modelo tem um alto poder de explicação das variações das respostas do construto lealdade. O valor de F foi também elevado: 117,904. Obteve-se significância para Valor Percebido e Satisfação, com valores de beta respectivos em 0,425 e 0,639. Em resposta a terceira pergunta de pesquisa, chegou-se a conclusão de que há impacto positivo do Valor Percebido e da Satisfação na Lealdade dos clientes. Por outro lado, da mesma forma que foi observada na regressão anterior, não foram verificados impactos da adoção de práticas de PSPD na lealdade dos clientes.

Novamente, para testar a quarta e a última pergunta, executou-se uma nova regressão linear envolvendo valor percebido, satisfação, lealdade a variável *dummy* referente à adoção ou não de práticas e sinistralidade. Esta última como variável dependente do modelo. Os resultados são apresentados na Tabela 41.

Tabela 41: Resultados Regressão Linear – Valor Percebido em Sinistralidade

Variável	Beta	Erro padrão	t	Pr > |t|
Intercepto	1,562	1,531	1,020	0,309
Valor Percebido	0,048	0,203	0,238	0,812
Tangibilidade	0,104	0,160	0,650	0,517
Dummy	-0,087	0,417	-0,208	0,835
Satisfação	-0,493	0,211	-2,337	0,020
Lealdade	0,278	0,191	1,453	0,148

Os dados apresentaram-se não significativos para valor percebido, tangibilidade, lealdade e para a variável *dummy*. Porém, para satisfação o valor t mostrou-se significativo a 95%. O valor de beta encontrado foi de -0,493. O valor negativo indica que a satisfação impacta inversamente na sinistralidade. Por outro lado, O R^2 ajustado ficou em torno de 0,003 e F-Fisher obteve o valor de 1,136, considerados baixos. Estes valores indicam que a expressão obtida por essa regressão tem baixo poder de explicação das variações em sinistralidade. Ou seja, as variáveis independentes inseridas no modelo representam muito pouco do universo de explicações possíveis para as variações na variável dependente. Assim,

maiores níveis de satisfação alcançariam menores níveis de sinistralidade. Respondendo a quarta pergunta de pesquisa, não houve como identificar impactos do valor percebido na rentabilidade dos clientes, porém observou-se que maiores níveis de satisfação impactam em menores níveis de sinistralidade. Para a última pergunta de pesquisa, que buscava avaliar o impacto da adoção de práticas na rentabilidade, também não foram encontrados resultados significativos, já que a variável *dummy* mostrou-se não significante.

4.5 AVALIAÇÃO DOS GRUPOS – ACOMPANHADOS E NÃO ACOMPANHADOS PELA OPERADORA

A empresa realiza programas de PSPD nos quais investe em ações de acompanhamento dos clientes. Estas são atividades de contatos telefônicos sistemáticos, visitas domiciliares e consultas preventivas. Estes dados já foram apresentados na seção 4.1.2 Características do Plano. Assim, depois das avaliações sobre os grupos de adotantes e não adotantes de práticas de PSPD, buscou-se analisar adicionalmente possíveis diferenças entre os grupos de clientes acompanhados e não acompanhados pela operadora, confirmando-se prováveis retornos de investimentos nessas ações.

Para isso, realizou-se um novo teste de hipóteses de Mann-Whitney o qual encontrou resultados significativos para valor percebido, satisfação, lealdade, custos com consultas e custos hospitalares. Os resultados de cada um destes construtos são demonstrados na Tabela 42.

Tabela 42: Resultados do Teste de Mann-Whitney - Acompanhamento

	Acompanhados (n=140) *Mean Rank*	Não Acompanhados (n=60) *Mean Rank*
Valor Percebido	107,5**	84,3**
Qualidade Percebida -Tangibilidade	100,4 n.s.	100,8 n.s.
Qualidade Percebida - Segurança	103,0 n.s.	94,7 n.s.
Qualidade Percebida - Específicas	101,3 n.s.	98,5 n.s.
Qualidade Percebida - Confiabilidade	103,2 n.s.	94,2 n.s.
Qualidade Percebida - Presteza	104,1 n.s.	92,1 n.s.
Qualidade Percebida - Empatia	104,4 n.s.	91,3 n.s.
Satisfação	107,6**	84,0**
Lealdade	110,0**	78,4**
Receita	102,8 n.s.	95,2 n.s.
Custo com Consulta	105,1*	89,7*
Custo com SADT	101,0 n.s.	99,3 n.s.
Custo Hospitalar	98,2*	105,8*
Custo Assistencial Total	102,8 n.s.	95,0 n.s.
Sinistralidade	103,0 n.s.	94,8 n.s.

* p<0,05 **p<0,01 n.s. não significativo

Das 200 pessoas pesquisadas, 140 pessoas disseram-se acompanhadas pela operadora, ou seja, 70% da amostra. Na comparação entre os grupos, valor percebido, satisfação e lealdade obtiveram valores de *mean rank* maiores entre os acompanhados pela operadora, significativos a 99%. Eles receberam, respectivamente, os seguintes valores*:* 107,5, 107,6 e 110,0. Estes resultados permitem concluir que os investimentos da operadora nas ações de acompanhamento geraram resultados significativos na percepção dos clientes abrangidos por elas. Aumentando-se o valor percebido, a satisfação e a lealdade é também esperado o aumento da rentabilidade desses clientes no longo prazo.

Em relação à rentabilidade no período estudado apresentada por esses grupos, o teste de Mann-Whitney novamente apresentou resultados favoráveis à implantação de práticas de acompanhamento em PSPD. Embora o custo com consultas tenha obtido um *mean rank* maior no grupo de acompanhados, o custo hospitalar por sua vez, obteve resultado inverso. Estes resultados indicam que os clientes acompanhados gastam mais com consultas e menos em procedimentos hospitalares. Esta inversão de custos é um dos objetivos da operadora na implantação das práticas de PSPD, já que estas visam aumento de procedimentos preventivos, como consultas, com conseqüente redução da necessidade de gastos hospitalares.

Os resultados das análises desta seção reforçam os resultados encontrados na seção anterior sobre os grupos de adotantes e não adotantes de PSPD. Na análise anterior, comprovou-se a existência de diferenças nas percepções do grupo de clientes adotantes de práticas de PSPD. Nesta, verificou-se que os acompanhados pelas ações de PSPD da operadora (adotantes ou não) também apresentam melhorias das percepções sobre a empresa. Foi ainda comprovado um retorno em diminuição de custos hospitalares do grupo acompanhado.

Assim, percebeu-se que o fato dos usuários estarem sendo acompanhados pela operadora teve maior impacto que o aspecto de adoção ou não de práticas de PSPD nas variáveis associadas à qualidade do relacionamento, ou seja, valor, satisfação e lealdade. Em um momento onde ainda não se podem colher resultados significativos em PSPD, devido ao curto tempo de aplicação, pode-se por outro lado verificar resultados efetivos na melhoria da qualidade de relacionamento do cliente com a operadora. Assim, no longo prazo, independentemente do atingimento de resultados em adoção de práticas de PSPD, espera-se que a operadora alcance maiores níveis de rentabilidade dos clientes, apenas com a implantação de práticas de acompanhamento da saúde dos clientes.

Em outras palavras, as ações de monitoramento telefônico, visitas domiciliares e incentivos a consultas preventivas desenvolvidas pela operadora, apresentaram índices de retorno significativos no aumento da percepção de valor pelo cliente, bem como da sua satisfação e sua lealdade com a empresa. Como já apresentado anteriormente estes aspectos influenciam diretamente o CLV e o CE dos clientes, indicadores mais amplos da rentabilidade da carteira (RUST; LEMON; ZEITHAML, 2004).

CONCLUSÕES

Neste trabalho foram abordados os problemas do sistema de saúde, que enfrenta grandes desafios de sustentabilidade econômica ao mesmo tempo em que busca aumentar o valor oferecido ao seu cliente. Como alternativa a esses desafios enfrentados pelas organizações da saúde, este trabalho apresentou a implantação de práticas de PSPD. Estas práticas têm como foco o cuidado integralizado da pessoa oferecendo como conseqüência a manutenção e a melhoria da sua saúde. Os resultados do investimento nesta alternativa tenderiam a ser a diminuição de custos para o sistema e o aumento do valor em saúde para o cliente.

Assim, visou-se nesta pesquisa, avaliar a percepção de valor do usuário de serviços de planos de saúde diante dessa possível solução. Além disso, buscou-se estender a pesquisa à verificação dos impactos em satisfação, lealdade e rentabilidade dos clientes. Escolheu-se uma operadora de planos de saúde de Curitiba-Pr, a Paraná Clínicas – Planos de Saúde SA, que tem desenvolvido programas de PSPD há alguns anos. Foi utilizada uma amostra de usuários desta operadora fortemente exposta a programas de PSPD entre 2006 e 2007.

Na amostra pesquisada observou-se o predomínio de entrevistados do sexo masculino (87,5%), com idade na faixa de 41 a 50 anos. A grande maioria (79,5%) encontra-se no plano básico da operadora. Cerca de 70% dos respondentes aderiram ao plano há pouco mais de 36 meses, um baixo tempo médio de relacionamento com a operadora.

Em relação aos programas de acompanhamento de risco, verificou-se que 70% da amostra declararam-se acompanhados freqüentemente por profissionais da operadora, seja pessoalmente e/ou por contatos telefônicos. Este aspecto do perfil dos usuários também se demonstrou relevante nas análises da qualidade de relacionamento com a operadora, descritos adiante.

Foram definidos como “adotantes” os clientes que haviam adotado práticas há mais de 6 meses. Os clientes que haviam adotado há menos tempo ou que não haviam adotado foram considerados como “não adotantes”. Os adotantes constituíram 20% da amostra, enquanto que os não adotantes 80%. Assim, percebeu-se que mesmo em uma parcela de pessoas fortemente expostas a ações de PSPD da operadora a adoção a elas mostrou-se baixa.

Foi determinado um conjunto de quatro variáveis para mapear os principais comportamentos relacionados à PSPD dos indivíduos: tabagismo, atividades físicas regulares, alimentação saudável e sono. Verificou-se que o primeiro item, ausência de fumo, foi o comportamento de maior adesão dos respondentes. Verificou-se, por outro lado, que o item de atividades físicas regulares foi o que mais pesou negativamente na adoção de práticas de PSPD. Ou seja, no conjunto de fatores de comportamento saudável, foi o que menor adesão teve dos respondentes.

Esse resultado demonstrou um menor retorno das ações de PSPD da operadora naquele item, podendo indicar maior resistência dos usuários na mudança deste aspecto do seu comportamento com conseqüente necessidade de revisão das práticas da operadora para alcance dos resultados desejados. Por outro lado, os resultados desta pesquisa nesse item foram comparados aos índices nacionais e observou-se que na amostra, a proporção de adotantes de atividades físicas regulares (37,5%) foi maior que o dobro da média brasileira que é de 13% para a prática de 30 minutos pelo menos uma vez por semana (BARRETO et al., 2005), um critério menos rigoroso do utilizado nesta pesquisa. Logo, pode-se entender que o comportamento relacionado à prática de atividades físicas regulares necessitará de maiores investimentos das organizações da saúde. Ao mesmo tempo, apresenta-se um contexto de oportunidades ao sistema, uma vez que essas práticas são indispensáveis para o alcance de resultados em PSPD.

Na análise do construto “valor percebido”, observou-se para todos os itens da escala, médias elevadas. As variáveis de avaliação não monetárias, que representam respectivamente tempo e esforço, receberam as menores médias. Desta forma, pode-se entender que os aspectos de custos monetários já se encontram em uma boa relação com os benefícios no ponto de vista dos clientes. No entanto, investimentos nos aspectos tempo e esforço para utilização dos serviços da operadora poderiam ainda trazer melhorias nesta relação custo/benefício. Assim, a redução do tempo que o cliente gasta ao utilizar os serviços do plano de saúde, bem como dos seus esforços em deslocamento e burocracias na liberação de guias entre outros resultaria em melhores níveis de VPC.

Percebeu-se ainda que nos casos onde o plano é pago integralmente pelo titular, seu VPC aumenta em todas as variáveis. Observou-se que mesmo havendo maior gasto pessoal isto não acarretou a redução do valor percebido, como poderia ser esperado. Ao contrário, o valor percebido aumentou, indicando que a percepção

de ganhos deva ser superior para esses respondentes. Ou seja, para os usuários que pagam pelos serviços do plano, a relação custo/beneficio foi ainda maior, indicando que para eles, os custos monetários pagos a mais são compensados pelos benefícios recebidos.

Na avaliação da qualidade dos serviços, da satisfação e da lealdade notou-se de uma maneira geral, que os clientes da amostra expressaram ter uma percepção elevada. Destacou-se, no entanto, que em relação a qualidade, as médias mais baixas foram relacionadas a aspectos de atendimento, referindo-se as dimensões de presteza e empatia dos funcionários e médicos, que podem ser focos de investimentos futuros da operadora.

Em satisfação observou-se ainda, por meio de análise fatorial exploratória, que a escala possuía duas dimensões. A primeira diretamente relacionada a atributos positivos, enquanto que a segunda, a atributos negativos. Esta separação reforça um questionamento já levantado em outros estudos (OLIVER, 1989; BEBER, 1999; BEULKE, 1998; BLEUEL, 1990): a da diferenciação entre satisfação e insatisfação como dois construtos diferentes.

A análise da rentabilidade dos clientes focou-se na sinistralidade, afetada basicamente pelo custo assistencial direto. Concluiu-se que 70% dos usuários representaram apenas 15,5% dos custos totais da amostra. No entanto, apenas 2 usuários, ou seja, 1% da amostra representou 27,8% dos custos. Notou-se ainda que 13% deles foram responsáveis por 69% dos custos. Os três maiores gastadores juntos gastaram 31,76% do valor total. Todos eles declararam-se não praticantes de PSPD. Ou seja, a lucratividade de todo o grupo foi comprometida por esta pequena parcela de usuários do grupo não adotante. Mesmo dentro do baixo tempo de adesão ao plano de saúde, verificou-se que o grupo de adotantes apresentou um maior controle sobre altos custos assistenciais.

Na faixa de sinistralidade inferior a 0,50, que indica uma alta rentabilidade, encontraram-se 63,5% dos usuários. Por outro lado, 15,5% deles obtiveram sinistralidade acima de 1,00, indicando necessariamente prejuízo na operação. Esses números comprovam os desafios atuais das operadoras de planos de saúde em relação à rentabilidade: controlar a sinistralidade da carteira de clientes que é afetada por uma parcela muito pequena de usuários que gastam muito.

Outros objetivos específicos buscavam avaliar a percepção de valor de cada categoria de cliente identificado (adotante e não-adotante) e compará-las de modo a

observar se haviam diferenças relevantes entre os dois grupos. Além disso, verificar impactos da percepção de valor na satisfação, lealdade e rentabilidade dos clientes. Assim, foram realizadas outras análises estatísticas. Para comparação dos grupos foi utilizada a técnica não paramétrica de Mann-Whitney. Para avaliar impactos entre as variáveis foram utilizadas análises de regressões lineares.

Em relação à percepção de valor, os achados desta pesquisa indicaram que o grupo de adotantes tem avaliação superior aos não adotantes, reforçando a suposição de que clientes comprometidos com sua saúde tenderiam a ter aumentada sua percepção de valor do plano de saúde. Esse resultado fornece indícios de que investimentos em PSPD podem resultar em maiores índices de valor percebido pelos clientes.

Foram analisadas também 5 dimensões do construto qualidade percebida, que estariam relacionadas ao valor percebido. Constatou-se que a dimensão de Tangibilidade mostrou-se diferenciada entre os dois grupos. Porém, ao contrário de valor percebido, esta apresentou valor menor no grupo de adotantes. Possivelmente os praticantes de PSPD tornem-se mais críticos na avaliação da qualidade dos serviços, em especial na tangibilidade. Um ponto que pode apresentar relação com este aumento das exigências é que esses usuários passam a freqüentar mais as instalações da operadora, observando mais, aumentando suas expectativas em relação a comodidade por exemplo. Assim, desejam instalações mais limpas e confortáveis, equipamentos mais adequados bem como melhores vestimentas e aparências dos profissionais que os atendem. Pode-se concluir que, investindo-se na melhoria da tangibilidade dos serviços, poderia ser aumentado ainda mais o valor percebido pelo cliente praticante de PSPD.

Confirmou-se também o impacto do valor percebido e da tangibilidade, na satisfação dos clientes. Desta forma, os investimentos na melhoria dos níveis de valor percebido e de tangibilidade representam aumento nos índices de satisfação dos clientes. Porém, o fato da adoção ou não de práticas de PSPD, não demonstrou ter impacto na satisfação do cliente. Um aspecto que pode ter interferido é a questão do tempo de relacionamento dos clientes pesquisados com a operadora, que ainda mostrou-se recente para que se pudessem verificar resultados mais concretos em relação à adoção de práticas.

Valor percebido e satisfação mostraram-se ainda impactantes na lealdade dos clientes. Assim, aumentando-se os investimentos em valor percebido e satisfação

dos clientes conseguem-se resultados mais altos de lealdade dos clientes. Por outro lado, da mesma forma que foi observada na regressão anterior, não foram verificados impactos da adoção de práticas de PSPD na lealdade dos clientes.

Quanto à rentabilidade dos clientes foi corroborada a relação de dependência com satisfação. Ou seja, aumentado-se a satisfação do cliente obtém-se menores índices de sinistralidade e, conseqüentemente, aumentam-se os níveis de rentabilidade. Para as demais variáveis inseridas na equação não verificaram-se valores significativos. Ressalta-se ainda que o modelo criado explicou de forma muito fraca as variações da rentabilidade, indicando que esta é afetada por um universo muito maior de fatores não discutidos nesta pesquisa.

Os resultados das análises sobre as ações de acompanhamento da operadora demonstraram de forma significativa o retorno dos investimentos na melhoria da percepção do cliente. O grupo de clientes acompanhados sistematicamente pela operadora demonstrou valores mais elevados de valor percebido, satisfação e lealdade. Em rentabilidade foi demonstrado ainda a inversão de gastos no grupo de acompanhados: maiores em consultas e menores em procedimentos hospitalares, um dos objetivos das práticas de PSPD.

De uma forma geral os resultados mais significativos desta pesquisa foram: (1) a confirmação de que o cliente adotante tem maiores níveis de valor percebido do que o não adotante; (2) que os adotantes avaliam de forma mais crítica o aspecto de tangibilidade da qualidade dos serviços da operadora; (3) que o valor percebido e a tangibilidade impactam positivamente na satisfação; (4) que o valor percebido e a satisfação impactam positivamente na lealdade; (5) que satisfação impacta positivamente na sinistralidade; (6) que o acompanhamento dos clientes apresenta impactos positivos no valor percebido, na satisfação e na lealdade dos clientes.

Assim, os investimentos em práticas de PSPD demonstraram retornos positivos para a operadora. Além disso, confirmaram-se importantes relações de dependência entre os construtos. Desta forma, pode-se afirmar que os investimentos das organizações da saúde na mudança do modelo de serviços que oferecem, migrando de um padrão puramente assistencial para um novo, baseado em práticas de PSPD tem retornos positivos na percepção de valor para o cliente. E, ainda, mostrou-se que este se torna um importante fator para o aumento da satisfação, da lealdade e da rentabilidade dos clientes assistidos pela operadora. Assim, acredita-se que o modelo que vem sendo proposto na literatura médica e na de gestão e que

vem sendo enfatizada pelo governo brasileiro, trará resultados significativos tanto economicamente para o sistema de saúde, quanto para a melhoria dos níveis de valor em saúde oferecidos ao cliente.

A adoção de práticas de PSPD tende a oferecer resultados econômicos para a operadora e para as demais organizações do sistema da saúde no longo prazo. Portanto, pesquisas futuras poderão ser desenvolvidas na avaliação de rentabilidade dos clientes, tomando por base um maior tempo de análise.

Outra diretriz para futuros trabalhos é realizar avaliações sobre o cliente corporativo. Este tem necessidades diferentes dos usuários finais, que foram o foco desta pesquisa. Além disso, demonstram-se hoje fundamentais para o acesso dos usuários ao sistema de saúde. Assim, novos resultados poderão ser somados a estes contribuindo para a melhoria das definições estratégicas das organizações da saúde.

REFERÊNCIAS

AAFP – AMERICAN ACADEMY OF FAMILY PHYSICIANS. **Summary of Recommendations for Clinical Preventive Services**. Revision 6.1, April 2006.

ADKINS, N. R. OZANNE, J. L. The Low Literate Consumer. **Journal of Consumer Research**; pg. 93. Jun-2005.

ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar – março/2007**. Disponível em <http:// www.ans.gov.br>. Acesso em: 18/04/2007.

_____. **Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2006.

ANDERSON, E. W.; FORNELL, C.; LEHMANN, D. R. Customer satisfaction, market share and profitability. **Journal of Marketing**, v. 58, p. 53-66, July, 1994.

ANDERSON, E. W.; FORNELL, C.; RUST, R. T. Customer satisfaction, productivity , and profitability: differences between goods and services. **Marketing Science**, v. 16, p. 129-145, 1997

ANDERSON, E. W.; SULLIVAN, M. W. The Antecedents and Consequences of Customer Satisfaction for Firms. **Marketing Science**. Vol. 12 Issue 2, p125, 19p, Spring, 1993.

ANDRADE, M. V.; MAIA, A.C.; OLIVEIRA A.M.H.C. O Risco Moral no Sistema de Saúde Suplementar Brasileiro, **XXXII ANPEC**, 2004.

ANDREANSEN, W. T.; LINDESTAD, B. Customer loyalty and complex services: the impact of corporate image on quality, customer satisfaction and loyalty for costumers with varying degrees of service expertise. **International Journal of Service Industry Management**, v.9, Iss. 1, p7-23, 1998.

ANDREWS, K. R. The concept of the corporate Strategy. **Historical Evolution of Strategic Management**. Darmouth, 1996.

ARAÚJO, M. L. C. Tese de Dissertação: Gerência de Assistência à Saúde no Setor de Saúde Suplementar: Uma Experiência. Mestrado Profissionalizante em Saúde Pública. **Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP – Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ.** Rio de Janeiro, Junho de 2004.

ARROYO, C. S. Tese de Doutorado: Qualidade de Serviços de Assistência a Saúde: Tempo de Atendimento da Consulta Médica. **Universidade de São Paulo.** São Paulo, 2007.

BABIN, Barry; DARDEN, William; GRIFFIN, Mitch. Work and/or fun: measuring hedonic and utilitarian shopping value. **Journal of Consumer Research**, 20, March, 1994, p.644-656.

BAPTISTA, P. P. Tese de Doutorado: Lealdade do Consumidor e os Seus Antecedentes: Um Estudo Aplicado ao Setor Varejista na Internet. **Universidade de São Paulo**. São Paulo, 2005.

BARRETO, S. M. et al. Análise da Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde, da Organização Mundial da Saúde. **Epidemiologia e Serviços da Saúde**. Volume 14 – no 1. Pg 41 – 68. Jan/mar- 2005.

Beber, S. J. L. Estado Atual dos Estudos sobre Satisfação do Consumidor. **23º. Enanpad**. Foz do Iguaçu/PR, 1999.

BELK, R. W. Possessions and The Extended Self. **Journal of Consumer Research**; pg. 139. Sep-1988.

BENDAL, D.; POWERS, T. L. Cultivating loyal patients. **Journal of Health Care Marketing**, v. 15, p. 50, 1995.

BENNETT, Rebekah; RUNDLE-THIELE, Sharyn. A comparison of attitudinal loyalty measurement approaches. **Journal of Brand Management**, v. 9, n. 3, p.193-209, jan. 2002.

BEULKE, M. G. Pesquisa de Satisfação de Clientes: um estudo no setor de TV por assinatura no mercado de Porto Alegre. Rio de Janeiro. **22º. ENANPAD**, 1998.

BISQUERRA, R. SARRIERA, J. C., MARTINEZ, F. **Introdução a Estatística** – Enfoque Informático com o Pacote Estatístico SPSS. Porto Alegre: Artmed Editora, 2004.

BLEUEL, Bill. Customer Dissatisfaction and the Zone of Uncertainty. **The Journal of Services Marketing**. v. 4, n. 1, winter/1990.

BOLTON, R. N. A dynamic model of de duration of the customer´s relationship with a countinuous service provider: the role of satisfaction. **Marketing Science**, v. 17, n. 1, p. 45-65, 1998.

BOLTON, R. N.; DREW, J. H. A Multistage Model of Customers' Assessments of Service Quality and Value. **Journal of Consumer Research**, v. 17, n. 4, Mar. 1991, p. 375-384.

BOSCOLO R. A., SACCO I. C., ANTUNES H. K,. MELLO M.T., TUFIK S. Avaliação do padrão de sono, atividade física e funções cognitivas em adolescentes escolares. **Revista Portuguesa Ciencias Desporto**. 2007;7(1):18-25

BUTTLE, F; BURTON, J. Does service failure influence customer loyalty? **Journal of Consumer Behaviour**. Vol. 1, Iss. 3; p. 217 (11 pages), London: Feb 2002.

CARMAN, J. Consumer Perceptions of Service Quality: An Assessment of the SERVQUAL Dimensions. **Journal of Retailing**, v.66, p.33-55, 1990

CHAKRAVARTHY, Balaji S; DOZ, Yves. Strategy Process Research: Focusing on Corporate Self-Renewal. **Strategic Management Journal**, 1992.

CHANDLER, Alfred D. Strategy and Structure: Chapters in The history of the american industrial enterprise. Cambridge, Massachussets, **MIT Press**, 1962.

CHAPLIN, L. N. JOHN, D. R. The Development of Self-Brand Connections in Children and Adolescents. **Journal of Consumer Research**. Pg. 119. Jun-2005.

CHOONG, P. Relationship marketing of health care plans: retaining corporate customers in a competitive enviroment. **Health Marketing Quarterly**, v. 17, p. 37, 2000.

CHOW, S., CHEN T. WOODARD, B. YEN, M. Using SERVQUAL to Evaluate Quality Disconfirmation of Nursing Service in Taiwan. **Journal of Nursing Research**, Vol. 13, No. 2, 2005.

COOPER, D. R.; SCHINDLER, P. S. **Métodos de pesquisa em administração.** 7 ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

COTTE, J. ; WOOD, S. Families and Innovative Consumer Behavior: A Triadic Analysis of Sibling and Parental Influence. **Journal of Consumer Research**. Pg. 78. Jun-2004

CRISPIN C. A., ZALCMAN I., DÁTTILO M., PADILHA H. G., TUFIK S. , MELLO M.T. Relação entre Sono e Obesidade: uma Revisão da Literatura. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia.** 2007; 51(7):1041-1049.

CRONIN, J.J.; TAYLOR, S.A. Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension, **Journal of Marketing**, Vol.56, Julho, P. 55-68, 1992.

DAY, G. S. A two dimensional concept of brand loyalty. **Journal of Advertising Research,** v. 9. n. 3. p. 29-35, sep. 1969.

DAY, G. S.; WENSLEY, R. “Assessing Advantage: A Framework for Diagnosing Competitive Superiority”. **Journal of Marketing**, Vol. 52, Abril, P. 1-20, 1988.

DICK, Alan S. BASU, Kunal. Customer Loyalty: Toward an Integrated Conceptual Framework. **Journal of The Academy of Marketing Science**. V. 22 p. 99-113, Spring, 1994.

DUHACHEK, A. Coping: A Multidimensional, Hierarchical Framework of Responses to Stressful Consumption Episodes. **Journal of Consumer Research**; pg. 41. Jun-2005.

ENGEL, F. J; BLACKWELL, D. R.; MINIARD P. W. **Consumer Behavior** – The Dryden Press, Orlando/FL, 1995.

FAMSARAN-FOWDAR, R. R. Identifying Health Care Quality Attributes**. JHHSA**. Spring, 2005.

FORNELL C. et al. The American Customer Satisfaction Index: nature, purpose, and findings. **Journal of Marketing**, v. 60, p. 7-18, 1994.

FORNELL, Claes. A National customer satisfaction barometer: The Swedish Experience. **Journal of Marketing**, Vol.56, Issue 1, p6 – 21 Janeiro, 1992.

GARBARINO, E.; JOHNSON M. S. The different roles of satisfaction, trust, and commitment in customer relationships. **Journal of Marketing**. pg70.1999.

GEMME, E.M. Retaining customers in a managed care market. **Marketing Health Services**, v. 17, p. 19, 1997

GEGHARDT, G.; CARPENTER, G.; SHERRY, J. J. Creating a Marketing Orientation: A Longitudinal, Multifirm, Grounded Analysis of Cultural Transformation. **Journal of Marketing**, V. 70, Outubro, P. 37-55, 2006

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5ª. Ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GODOY, A. S. Introdução a Pesquisa Qualitativa e suas Possibilidades. Revista de Administração de Empresas. São Paulo. V.35. P.57 – 63. Mar/Abr – 1995.

GONZALES-VALENTIN, A. PADIN-LOPEZ, S. RAMON-GARRIDO, E. Patient Satisfaction With Nursing Care in a Regional University Hospital in Southern Spain. **Journal of Nursing Care Quality**, January-March, 2005.

GRUCA, T. S, E REGO, L.L. Customer Satisfaction, Cash Flow and Shareholder Value. **Journal of Marketing**, V. 69, Julho, P. 115- 130, 2005.

GUPTA, S., ZEITHAML, V. Customer Metrics and their Impacts on Financial Performance, **Marketing Science**, V. 25, Novembro-Dezembro, P.718-739, 2006.

GUSTAFSSON, A.; JOHNSON, M.D.; ROOS, I. The effects of customer satisfaction, relationship commitment dimensions, and triggers on customer retention. **Journal of Marketing**, v. 69, p. 210, 2005.

HAIR JR, J. et al. **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HAIR JR, J.; ANDERSON, R.E., TATHAM, R.L., BLACK, W. C. **Multivariate Data Analysis**. Prentice Hall, New Jersey, 1998.

HEADLEY, D. E., MILLER, S. J. Measuring Service Quality and its Relationship to Future Consumer Behavior. **Journal of Health Care Marketing**. Winter 1993- Vol. 13. No. 4

HOLT, Douglas B. How Consumers consume: A Typology of Consumption Practices. **Journal of Consumer Research**. Pg 1. Jun 1995.

HOOLEY, G.J.; SAUNDERS, J.A.; PIERCY, N.F. **Estratégia de Marketing e Posicionamento Competitivo**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2005

IBM Institute for Business Value. Healthcare 2015: Win-win or lose-lose? New York: **IBM Corporation**, 2006.

KAMAKURA, W. A.; ROSA, F. de. Canais de atendimento eletrônico e satisfação, retenção e rentabilidade de clientes em bancos: um estudo em nível de indivíduo. In: **Encontro Nacional da Anpad**, 26. 2002, Rio de Janeiro: ANPAD, 2002.

KENNEDY, K. N.; GOOLSBY, J. R.; ARNAOULD, E. J. Implementing a Customer Orientation: Extension of Theory and Application. **Journal of Marketing**, Vol. 67, Outubro, P. 67-81, 2003.

KILBOURNE, W.E. DUFFY, J.A., DUFFY, M., GIARCHI, G. The Applicability of SERVQUAL in Cross National Measurements of Health-care Quality. **Journal of Services Marketing**, Vol. 18, no. 7, 2004.

KIRCA, A. H.; JAYACHANDRAN, S.; BEARDEN, W. O. "Market-Orientation: A Meta-analytic Review and Assessment of its Antecedents and Impact on Performance". **Journal of Marketing**, Vol. 69, Abril, P. 24-41, 2005.

KOTLER; P. HAYES, T.; BLOOM, P. N. **Marketing de serviços profissionais: estratégias inovadoras para impulsionar sua atividade, sua imagem e seus lucros**. 2. Ed. Barueri (SP): 2002.

KOTLER, P. C.; ARMSTRONG, G.; SAUNDERS, J.A. WONG, V. **Principles of Marketing: European Edition**, Hemel Hempstead: Prentice Hall, 1996.

KOTLER PHILIP. **Administração de marketing: análise, planejamento, implementação e controle.** 2. ed., São Paulo: Atlas, 1992.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia Científica**, 3ª. Ed. São Paulo: Atlas, 2000.

LI, T.; CALANTONE, R. The Impact of Marketing Knowledge Competence on New Product Advantage: Conceptualization and Empirical Examination. **Journal of Marketing**, Vol. 62. Outubro, P. 13-29, 1998.

MACSTRAVIC, S. Trumping patient experience in health care strategy. **Health Care Strategic Management**, v. 22, p. 11, 2004.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de Marketing: uma orientação aplicada**. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MARCHETTI, R.; PRADO, P. H. M. Um *tour* pelas medidas de satisfação do consumidor. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 56-67, out./dez. 2001.

MCALEXANDER, J. H.; KALDENBERG, D. O.; KOENIG, H. F. Examination of dental practices sheds more light on the relationships bettween service quality, saisfaction, and a purchase intention in a health care setting. **Journal of Health Care Marketing** Fall 1994 – Vol. 14, No. 3

MENON, A. e VARADARAJAN, R P. A Model of Marketing Knowledge Use Within Firms, **Journal of Marketing**, Vol.56, Outubro, P. 53-71, 1992.

MINGOTI, S. A. **Análise de dados através de métodos de estatística multivariada: uma abordagem aplicada.** Belo Horizonte: UFMG, 2005.

MINISTERIO DA SAUDE. **Campanha Previne Hipertensão.** Disponível em <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 17/04/2008.

MINTZBERG, Henry et al. **O processo da estratégia: conceitos, contextos e casos selecionados**. Porto Alegre: Bookman, 2006. 496 p.

MINTZBERG, Henry; AHLSTRAND, Bruce; LAMPEL, Joseph. **Safári de Estratégia**. Porto Alegre. Bookman. 2001.

MINTZBERG, Henry; WATERS, James A. Tracking strategy in entrepreneurial firm. McGill University. **Academy of Management Journal**, 1986.

NARVER, J. C.; SLATER, S.F. Market Orientation and the Learning Organization, **Journal of Marketing**, Vol.59 – P.63 -74, Julho, 1995.

_____. The Effect of a market orientation on business profitability, **Journal of Marketing**, p.20 -35, 1990.

NEWMAN, K.; MAYLOR, U. Empirical evidence for "the nurse satisfaction, quality of care and patient satisfaction chain". **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 15, p. 80, 2002.

NIJSSEN, E.; SINGH, J.; SIRDESHMUKH, D.; HOLZMUELLER, H. Investigating industry context effects in consumer-firm relationships: Preliminary results from a dispositional approach. **Academy of Marketing Science Journal**. Vol. 31. Pg. 43. Greenvale: Winter, 2003.

O'DONNELL, M. P. How To Design Workplace Health Promotion Programs. **American Journal of Health Promotion**, 2000.

OLIVER, R. L. A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decision. **Journal of Marketing Research**. Nov-1980, (460 – 469).

_____. **Satisfaction: a behavioral approach**. Boston. McGraw-Hill, 1997.

_____. Whence Costumer Loyalty?. **Journal of Marketing**, Vol 63 (Special Issue), P. 33-44, 1999.

_____. Processing of the satisfaction response in consumption: a suggest framework and research propositions. **Journal of Consumer Satisfaction/Dissatisfaction and Complaining Behavior**, v. 2, p. 1-16. 1989.

OLIVER, R.; ROSE, R. L.; BURCHAM, M. R.; FURSE, D. H. Leveraging the value of customer satisfaction information. **Journal of Health Care Marketing**, v. 14, p. 16, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Disponível em <http://www.who.int/topics/health_systems/en/>. Acesso em: 16/07/2007.

PALAN, K.M. WILKES, R. E. Adolescent-parent interaction in family decision making. **Journal of Consumer Research**. Pg. 159. Sep-1997.

PARASURAMAN, A., ZEITHAML,V., BERRY, L. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. **Journal of Retailing**, v. 64, n. 2, p. 12-40, 1988.

PHILLIPS, L. W., CHANG, D.R., BUZZELL, R. D. Product Quality, Cost Position and Business Performance: A Test of Some Key Hypotheses. **Journal of Marketing**, 47 (Spring), 26-43, 1983.

PIVA, L. C.; FUMAGALLI, L.A.W.; BAPTISTA, P. P.; SILVA, W. V. Relação entre Satisfação, Retenção e Rentabilidade de clientes no setor de Planos de Saúde. **Revista de Ciências da Administração**. Vol.9, no. 19. Florianópolis. Setembro/dezembro, 2007.

PORTER, M. E., TEISBERG, E. O. Redefining Competition in Health Care. **Harvard Business Review**, June-2004.

_____. Redefining Health Care – Creating Value-Based Competition on Results. **Harvard Business School Press**. Boston, Massachusetts. 2006.

PORTER, M. E. **Competição: Estratégias Competitivas Essenciais**. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

_____. Health and Management. **HSM.** n. 1, p. 6, set-out- 2006.

PRAHALAD, C.K.; HAMEL, G. **Competindo pelo Futuro**. Rio de Janeiro. Campus, 1995.

QUINN, James Brian. Strategic Change: Logical Incrementalism. **Sloan Management Review**, Summer – 1989.

REINDENBACK, E; SANDIFER-SMALLWOOD, B. Exploring Perceptions of Hospital Operations by a Modified SERVQUAL. **Journal of Health Care Marketing**. Vol 10, No.4 (December 1990), pp. 47-55.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3ª. Ed. São Paulo: Editora Atlas, 1999.

RUST, R. T. et al. Return on marketing: using customer equity to focus marketing strategy. **Journal of Marketing**, vol. 68, p. 109-127, 2004.

_____. What you don't know about customer-perceived quality: the role of customer expectation distributions. **Marketing Science**, v. 18, p. 77-92, 1999.

RUST, R. T.; LEMON, K. N.; ZEITHAML, V. A. **O valor do cliente: o modelo que está reformulando a estratégia corporativa.** Porto Alegre: Bookman, 2001.

_____. Return on Marketing: Using Customer Equity to Focus Marketing Strategy". **Journal of Marketing**, Vol. 68, Number 1, Janeiro, P.109-127, 2004.

RUST, R.; AMBLER, T.; CARPENTER, G. S.; KUMAR, V. E SRIVASTAVA, R. "Measuring Marketing Productivity: Current Knowledge and Future Directions". **Journal of Marketing**, Vol. 68, Outubro, P. 76-89, 2004.

RYAN, A., SMITH, C. Change for Life/Cambia tu Vida: A Helth Promotion Program Based on the Stages of Change Model for African Descendent and Latino Adults in New Hamphshire. **Preventing Chronic Disease – Public Health Research, Practice, and Policy**. Volume 3. No. 3 Jul/2006.

SCHOUTEN, J. W. MCALEXANDER, J. H. Subcultures of Consumption: An Ethnography of the New Bikers. **Journal of Consumer Research**. Vol. 22. Pg. 43. Jun-1995

SCHIFFMAN, Leon G; KANUK, Leslie Lazar**. Comportamento do consumidor**. 6. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2000.

SIRDESHMUKH, D.; SINGH, J; SABOL, B. Consumer trust, value and loyalty in relational exchanges. Journal of Marketing; pg.15. Jan. 2002.

TIAN, K., BELK, R. W. Extended Self and Possessions in the Workplace. **Journal of Consumer Research**; pg. 297. Sep-2005.

TSIROS, M. MITTAL, V. ROSS JR, W. T. The Role of Attributions in Customer Satisfaction: A Reexamination. **Journal of Consumer Research**; pg. 476. Sep-2004.

VARADARAJAN, P. R. E JAYACHANDRAN, S. Marketing Strategy: An Assessment of the State of the Field and Outlook. **Journal of the Academy of Marketing Science**, V. 27, Spring, P. 120-143, 1999.

VENKATESAN, R. E KUMAR, V. A Customer Lifetime Value Framework for Customer Selection and Resource Allocation Strategy. **Journal of Marketing**, V. 68, outubro, P. 106-125, 2004.

WANG, W. CHANG H. LIU, A. CHEN, Y. Research Into Care Quality Criteria for Long-Term Care Instituitions. **Journal of Nursing Research**, Vol. 15, No.4, 2007.

WORLD BANK – Disponível em <http://www.worldbank.org>. Acesso em 04/07/2007.

_____. Raising the Quality of Public Spending and Resource Management – **World Bank Report** No. 36601-BR - February 15, 2007

ZEITHAML, V. A. Consumer Perceptions of Price, Quality, and Value: A Means-End Model and Synthesis of Evidence. **Journal of Marketing**, v. 52, n. 3, Jul. 1988, p2-22.

ZEITHAML, V.A. et al. Communication and control processes in the delivery of service quality, **Journal of Marketing**, April, 1988.

ZINS, Andreas H. Relative attitudes and commitment in customer loyalty models: Some experiences in the commercial airline industry. **International Journal of Service Industry Management**, v.12, n.3, p.269-294, mar., 2001.

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice 1 – Roteiro para Entrevista com Especialistas da Saúde
Apêndice 2 – Questionário para Coleta dos Dados

Apêndice 1- Roteiro de Entrevista com Especialistas da Saúde

Data:	
Nome:	
Formação:	
Experiência em PSPD:	

1 – O que podemos considerar como práticas de PSPD?

2 - Que práticas de PSPD a Paraná Clínicas promove? Desde quando?

3 - Como vê a adoção de práticas de PSPD? Como identificar níveis de adoção? Como é o processo de adoção?

4 - Qual “VALOR” as práticas de PSPD oferecem ao usuário?

5 – Quais benefícios são oferecidos ao usuário que adota práticas de PSPD?

6 - Quais custos existem na adoção de práticas monetários e não-monetários?

7 - Quais os custos com o plano de saúde?

8 – Outras informações

Apêndice 2 – Questionário para Coleta de dados

Seqüência da pesquisa:		**Data da entrevista:**	
Nome:		**Código:**	
Telefone para contato:		**Empresa:**	

Esta pesquisa faz parte de um trabalho de mestrado e tem o objetivo de avaliar a adoção de práticas de promoção de saúde e prevenção de doenças em usuários de planos de saúde. Nesta pesquisa busca-se obter também uma avaliação do plano do ponto de vista do usuário. Para isso, foi escolhido o plano de saúde da Paraná Clínicas, ao qual você é associado. Suas respostas a esta pesquisa são anônimas. A análise e resultados de pesquisa serão divulgados somente considerando o conjunto de respostas dos respondentes. Nenhum entrevistado será identificado individualmente em relatórios ou publicações. Agradecemos sua colaboração com a realização deste trabalho.

Escolha dentre as alternativas apresentadas abaixo, aquela que melhor descreve o seu comportamento em relação a práticas e hábitos de promoção da saúde e prevenção de doenças.

5. *Em relação ao* ***hábito de fumar,*** *você:* ***(resposta única)***
( ) Nunca fumou.
( ) Parou de fumar **há mais de 6 meses.**
( ) Parou de fumar **há menos de 6 meses.**
( ) Ainda fuma, **mas tem intenção** de parar no próximo mês.
( ) Ainda fuma, **mas tem intenção** de parar nos próximos 6 meses.
( ) Ainda fuma e **não tem intenção** de parar.

6. *Considerando-se a prática de* ***atividades físicas regulares*** *(pelo menos 3 vezes por semana, pelo menos 30minutos cada), você:* ***(resposta única)***
( ) Realiza atividades físicas regulares **há mais de 6 meses.**
( ) Realiza atividades físicas regulares **há menos de 6 meses.**
( ) **Não realiza** atividades físicas regulares, mas tem intenção de começar no próximo mês.
( ) **Não realiza** atividades físicas regulares, mas tem intenção de começar nos próximos 6 meses.
( ) **Não realiza** atividades físicas regulares e não tem intenção de começar.

7. *Considerando-se o hábito de* ***alimentação saudável*** *(ingerir diariamente frutas, legumes e verduras; pouco sal e; pouca gordura), você:* ***(resposta única)***
( ) Pratica alimentação saudável **há mais de 6 meses.**
( ) Pratica alimentação saudável **há menos de 6 meses.**
( ) **Não** pratica alimentação saudável, mas tem intenção de começar no próximo mês.
( ) **Não** pratica alimentação saudável, mas tem intenção de começar nos próximos 6 meses.
( ) **Não** pratica alimentação saudável, e não tem intenção de mudar.

8. *Considerando-se o hábito de* ***dormir pelo menos 7 horas por dia na maioria das semanas****, você:* ***(resposta única)***
( ) Tem o hábito **há mais de 6 meses.**
( ) Tem o hábito **há menos de 6 meses.**
( ) **Não** tem o hábito, mas tem intenção de mudar no próximo mês.
( ) **Não** tem o hábito, mas tem intenção de mudar nos próximos 6 meses.
( ) **Não** tem o hábito e não tem intenção de mudar.

Nas próximas questões atribua uma nota de 1 a 10. Acompanhe no CARTÃO 1

Questão	**Nota**
9. V1- Considerando-se os preços que você paga no plano de saúde e os benefícios que costuma receber dele, você acredita que manter-se vinculado a este plano é:	
10. V2- Considerando-se o tempo que você gasta ao utilizar os serviços do plano de saúde e os benefícios que costuma receber dele, você acredita que o tempo gasto é:	
11. V3- Considerando-se todos os esforços (por exemplo: deslocamento, burocracia na liberação de guias etc) necessários para utilizar os serviços do plano de saúde e os benefícios que costuma receber dele, você acredita que o esforço gasto é:	
12. V4- Como você classificaria sua experiência global com o plano de saúde:	

Considerando-se toda a estrutura de atendimento da Paraná Cínicas, como seus Hospitais, Centros Médicos, Laboratórios e rede credenciada, atribua uma pontuação entre 1 a 10 (variando de "Discordo Totalmente" a "Concordo Totalmente") para cada uma das seguintes afirmativas: Acompanhe no CARTÃO 2

Item da escala	Nota
13. T1- A Paraná Clínicas apresenta aparelhos modernos para exames.	
14. C1- Na Paraná Clínicas sou atendido na data e hora prometidas.	
15. E11- Na Paraná Clínicas compreendo a importância de seguir adequadamente o meu tratamento.	
16. S1- Como paciente, tenho confiança nos médicos da Paraná Clínicas.	
17. E1- Sinto que os médicos da Paraná Clínicas têm tempo suficiente durante as consultas.	
18. ES1- Na Paraná Clínicas tenho resultados médicos positivos em meus tratamentos.	
19. T2- A Paraná Clínicas tem instalações físicas visualmente agradáveis.	
20. C2- A Paraná Clínicas é confiável.	
21. P2- Na Paraná Clínicas, sou recebido imediatamente e sou mantido informado de quando serei atendido na consulta, exame ou outro procedimento.	
22. S2- Como paciente, tenho confiança nos funcionários da Paraná Clínicas.	
23. E2- Os médicos da Paraná Clínicas têm paciência.	
24. ES2- Em relação a minha saúde, sinto-me bem emocionalmente e psicologicamente.	
25. T3- A Paraná Clínicas possui médicos adequadamente vestidos e com boa aparência.	
26. C3- A Paraná Clínicas cumpre prazos de entrega de exames e resultados médicos.	
27. P3- A Paraná Clínicas possui funcionários sempre dispostos a me ajudar.	
28. S3- Na Paraná Clínicas, minhas informações são tratadas com confidencialidade.	
29. E3- Os médicos da Paraná Clínicas me oferecem atenção personalizada.	
30. ES3- Quando necessário, sou adequadamente encaminhado pelos médicos da Paraná Clínicas a médicos especialistas, hospitais, farmácias e laboratórios.	
31. T4- A Paraná Clínicas possui funcionários adequadamente vestidos e com boa aparência.	
32. C4- A Paraná Clínicas mantém meus registros médicos históricos (prontuários) de forma precisa e organizada.	
33. P4- Na Paraná Clínicas, os funcionários respondem prontamente às minhas solicitações.	
34. S4- Na Paraná Clínicas estou seguro do tratamento que recebo.	
35. E4- Os funcionários da Paraná Clínicas me oferecem atenção personalizada.	
36. ES4- Os médicos da Paraná Clínicas dão ênfase a minha educação e informação sobre minhas condições de saúde.	
37. T5- A Paraná Clínicas possui salas de espera, salas de consulta, corredores e banheiros limpos.	
38. C5- Os médicos da Paraná Clínicas realizam um diagnóstico cuidadoso dos meus problemas de saúde.	
39. P5- A Paraná Clínicas possui horários convenientes de funcionamento.	
40. S5- Sou tratado com gentileza pelos médicos da Paraná Clínicas.	
41. E5- Na Paraná Clínicas, sinto que os médicos compreendem minhas solicitações.	
42. ES5- Os funcionários da Paraná Clínicas dão ênfase a minha educação e informação sobre minhas condições de saúde.	
43. C6- Confio nos médicos da Paraná Clínicas para a condução dos meus problemas de saúde.	
44. P6- Na Paraná Clínicas, posso marcar consultas e exames em horários convenientes para mim.	
45. S6- Sou tratado com gentileza pelos funcionários da Paraná Clínicas.	
46. E6- Na Paraná Clínicas, sinto que os funcionários compreendem minhas solicitações.	
47. C7- Os médicos da Paraná Clínicas prescrevem medicamentos eficientes, seguros e acessíveis.	
48. S7- Na Paraná Clínicas os funcionários recebem apoio gerencial e material para executar as suas tarefas.	
49. E7- Os médicos da Paraná Clínicas demonstram interesse com meu bem-estar.	
50. S8- Os médicos da Paraná Clínicas me inspiram confiança e segurança.	
51. E8- Os médicos da Paraná Clínicas demonstram prontidão para responder minhas perguntas e preocupações.	
52. S9- Os funcionários da Paraná Clínicas me inspiram confiança e segurança.	
53. E9- Os funcionários da Paraná Clínicas demonstram prontidão para responder minhas perguntas e preocupações.	
54. S10- Os médicos da Paraná Clínicas oferecem explanação cuidadosa das minhas condições de saúde e do tratamento.	
55. E10- Tenho facilidade em me sentir à vontade com os médicos da Paraná Clínicas.	
56. P1- Na Paraná Clínicas, sou atendido dentro do tempo prometido.	
57. E12- Na Paraná Clínicas sou envolvido nas decisões sobre os meus cuidados médicos.	

Novamente, atribua uma pontuação entre 1 e 10 (variando de "Discordo Totalmente" a "Concordo Totalmente") para cada uma das seguintes afirmativas: Acompanhe no CARTÃO 3

Item da escala	Nota
58. S1- Este foi um dos melhores PLANOS DE SAÚDE com o qual já trabalhei.	
59. S2- O PLANO DA PARANÁ CLINICAS é exatamente o que eu preciso.	
60. S3- O PLANO DA PARANÁ CLINICAS não funciona tão bem quanto deveria.	
61. S4- Estou satisfeito com O PLANO DA PARANÁ CLINICAS.	
62. S5- As vezes eu não sei se devo continuar trabalhando com o PLANO DA PARANÁ CLINICAS.	
63. S6- Minha escolha em usar o PLANO DA PARANÁ CLINICAS foi acertada.	
64. S7- Se eu pudesse fazer de novo, eu escolheria trabalhar com outra empresa.	
65. S8- Eu realmente estou gostando do PLANO DA PARANÁ CLINICAS.	
66. S9- Eu me sinto culpado por ter decidido trabalhar com o PLANO DA PARANÁ CLINICAS.	
67. S10- Eu não estou feliz por estar trabalhando com o PLANO DA PARANÁ CLINICAS.	
68. S11- Ser cliente do PLANO DA PARANÁ CLINICAS tem sido uma experiência agradável.	
69. S12- Eu estou certo de que fiz a escolha certa quando me tornei cliente do PLANO DA PARANÁ CLINICAS.	

Agora, *atribua uma pontuação entre 1 e 10 (variando de "Muito pouco provável" a "Muito provável") para cada uma das seguintes afirmativas: Acompanhe no* CARTAO 4

Item da escala	NOTA
70. L1- Em uma próxima escolha de plano de saúde onde pudesse optar por qualquer empresa, acredito que escolheria a PARANÁ CLÍNICAS.	
71. L2- Sempre que eu puder escolher um plano de saúde, escolherei a PARANÁ CLÍNICAS.	
72. L3- Tenho intenção em permanecer no plano de saúde da PARANÁ CLÍNICAS.	
73. L4- Considero a PARANÁ CLÍNICAS o melhor plano de saúde.	
74. L5- A PARANÁ CLÍNICAS é o meu plano de saúde preferido.	
75. L6- Para mim, a PARANÁ CLÍNICAS é igual aos demais planos de saúde.	
76. L7- Quando eu escolho um plano de saúde, a PARANÁ CLÍNICAS é a minha primeira escolha.	
77. L8- Recomendo a PARANÁ CLÍNICAS para as pessoas que procuram indicações.	
78. L9- Falo coisas positivas sobre a PARANÁ CLÍNICAS para outras pessoas.	
79. L10- Encorajo meus amigos a fazer o plano de saúde da PARANÁ CLÍNICAS.	
80. L11- Eu defenderia a PARANÁ CLÍNICAS se alguém fizesse um comentário negativo sobre ele.	
81. L12- Fico em dúvida quando penso em recomendar a PARANÁ CLÍNICAS para um conhecido.	

82. Qual o **percentual da mensalidade** do seu plano de saúde é pago pelo titular?

( ) 100% (é pago integralmente pelo titular)
( ) entre 75% e 99%
( ) entre 50% a 74%
( ) entre 25% a 49%
( ) entre 1% a 24%
( ) 0% (é pago integralmente pela empresa onde o titular trabalha)
( ) Não sabe

83. Você tem sido acompanhado/monitorado pela Parana Clinicas (tem feito consultas de medicina preventiva e/ou tem recebido contatos telefônicos para verificar seu estado de saúde)? **( ) Sim ( ) Não**

84. Você tem algum comentário? (descrever no verso)

CARTÃO 1

Variando de 1 para "Péssimo Negócio" e 10 para "Ótimo Negócio", dê sua nota para a seguinte afirmação:

V1- Considerando-se os preços que você paga no plano de saúde e os benefícios que costuma receber dele, você acredita que manter-se vinculado a este plano é:	**1** Péssimo negócio	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10** Ótimo negócio

Variando de 1 para "Nada Razoável" e 10 para "Muito Razoável", dê sua nota para a seguinte afirmação:

V2- Considerando-se o tempo que você gasta ao utilizar os serviços do plano de saúde e os benefícios que costuma receber dele, você acredita que o tempo gasto é:	**1** Nada razoável	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10** Muito razoável

Variando de 1 para "Nada Vantajoso" e 10 para "Muito Vantajoso", dê sua nota para a seguinte afirmação:

V3- Considerando-se todos os esforços (por exemplo: deslocamento, burocracia na liberação de guias etc) necessários para utilizar os serviços do plano de saúde e os benefícios que costuma receber dele, você acredita que o esforço gasto é:	**1** Nada vantajoso	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10** Muito vantajoso

Variando de 1 para "De pouco valor" e 10 para "De muito valor", dê sua nota para a seguinte afirmação:

V4- Como você classificaria sua experiência global com o plano de saúde:	**1** De pouco valor	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10** De muito valor

CARTÃO 2

Item da escala	Discordo totalmente		Discordo		Não Concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente	
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
T1- A Paraná Clínicas apresenta aparelhos modernos para exames.										
C1- Na Paraná Clínicas sou atendido na data e hora prometidas.										
E11- Na Paraná Clínicas compreendo a importância de seguir adequadamente o meu tratamento.										
S1- Como paciente, tenho confiança nos médicos da Paraná Clínicas.										
E1- Sinto que os médicos da Paraná Clínicas têm tempo suficiente durante as consultas.										
ES1- Na Paraná Clínicas tenho resultados médicos positivos em meus tratamentos.										
T2- A Paraná Clínicas tem instalações físicas visualmente agradáveis.										
C2- A Paraná Clínicas é confiável.										
P2- Na Paraná Clínicas, sou recebido imediatamente e sou mantido informado de quando serei atendido na consulta, exame ou outro procedimento.										
S2- Como paciente, tenho confiança nos funcionários da Paraná Clínicas.										
E2- Os médicos da Paraná Clínicas têm paciência.										
ES2- Sinto-me bem emocionalmente e psicologicamente.										
T3- A Paraná Clínicas possui médicos adequadamente vestidos e com boa aparência.										
C3- A Paraná Clínicas cumpre prazos de entrega de exames e resultados médicos.										
P3- A Paraná Clínicas possui funcionários sempre dispostos a me ajudar.										
S3- Na Paraná Clínicas, minhas informações são tratadas com confidencialidade.										
E3- Os médicos da Paraná Clínicas me oferecem atenção personalizada.										
ES3- Quando necessário, sou adequadamente encaminhado pelos médicos da Paraná Clínicas a médicos especialistas, hospitais, farmácias e laboratórios.										
T4- A Paraná Clínicas possui funcionários adequadamente vestidos e com boa aparência.										
C4- A Paraná Clínicas mantém meus registros médicos históricos (prontuários) de forma precisa e organizada.										
P4- Na Paraná Clínicas, os funcionários respondem prontamente às minhas solicitações.										
S4- Na Paraná Clínicas estou seguro do tratamento que recebo.										
E4- Os funcionários da Paraná Clínicas me oferecem atenção personalizada.										
ES4- Os médicos da Paraná Clínicas dão ênfase a minha educação e informação sobre minhas condições de saúde.										
T5- A Paraná Clínicas possui salas de espera, salas de consulta, corredores e banheiros limpos.										
C5- Os médicos da Paraná Clínicas realizam um diagnóstico cuidadoso dos meus problemas de saúde.										
P5- A Paraná Clínicas possui horários convenientes de funcionamento.										
S5- Sou tratado com gentileza pelos médicos da Paraná Clínicas.										
E5- Na Paraná Clínicas, sinto que os médicos compreendem minhas solicitações.										
ES5- Os funcionários da Paraná Clínicas dão ênfase a minha educação e informação sobre minhas condições de saúde.										
C6- Confio nos médicos da Paraná Clínicas para a condução dos meus problemas de saúde.										
P6- Na Paraná Clínicas, posso marcar consultas e										

exames em horários convenientes para mim.										
S6- Sou tratado com gentileza pelos funcionários da Paraná Clínicas.										
E6- Na Paraná Clínicas, sinto que os funcionários compreendem minhas solicitações.										
C7- Os médicos da Paraná Clínicas prescrevem medicamentos eficientes, seguros e acessíveis.										
S7- Na Paraná Clínicas os funcionários recebem apoio gerencial e material para executar as suas tarefas.										
E7- Os médicos da Paraná Clínicas demonstram interesse com meu bem-estar.										
S8- Os médicos da Paraná Clínicas me inspiram confiança e segurança.										
E8- Os médicos da Paraná Clínicas demonstram prontidão para responder minhas perguntas e preocupações.										
S9- Os funcionários da Paraná Clínicas me inspiram confiança e segurança.										
E9- Os funcionários da Paraná Clínicas demonstram prontidão para responder minhas perguntas e preocupações.										
S10- Os médicos da Paraná Clínicas oferecem explanação cuidadosa das minhas condições de saúde e do tratamento.										
E10- Tenho facilidade em me sentir à vontade com os médicos da Paraná Clínicas.										
P1- Na Paraná Clínicas, sou atendido dentro do tempo prometido.										
E12- Na Paraná Clínicas sou envolvido nas decisões sobre os meus cuidados médicos.										

CARTÃO 3

Item da escala	Discordo totalmente		Discordo		Não Concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
S1- Este foi um dos melhores PLANOS DE SAÚDE com o qual já trabalhei.										
S2- O PLANO DA PARANÁ CLINICAS é exatamente o que eu preciso.										
S3- O PLANO DA PARANÁ CLINICAS não funciona tão bem quanto deveria.										
S4- Estou satisfeito com O PLANO DA PARANÁ CLINICAS.										
S5- As vezes eu não sei se devo continuar trabalhando com o PLANO DA PARANÁ CLINICAS.										
S6- Minha escolha em usar o PLANO DA PARANÁ CLINICAS foi acertada.										
S7- Se eu pudesse fazer de novo, eu escolheria trabalhar com outra empresa.										
S8- Eu realmente estou gostando do PLANO DA PARANÁ CLINICAS.										
S9- Eu me sinto culpado por ter decidido trabalhar com o PLANO DA PARANÁ CLINICAS.										
S10- Eu não estou feliz por estar trabalhando com o PLANO DA PARANÁ CLINICAS.										
S11- Ser cliente do PLANO DA PARANÁ CLINICAS tem sido uma experiência agradável.										
S12- Eu estou certo de que fiz a escolha certa quando me tornei cliente do PLANO DA PARANÁ CLINICAS										

CARTAO 4

Item da escala	Discordo totalmente		Discordo		Não Concordo nem discordo		Concordo parcialmente		Concordo totalmente	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
L1- Em uma próxima escolha de plano de saúde onde pudesse optar por qualquer empresa, acredito que escolheria a PARANÁ CLÍNICAS.										
L2- Sempre que eu puder escolher um plano de saúde, escolherei a PARANÁ CLÍNICAS.										
L3- Tenho intenção em permanecer no plano de saúde da PARANÁ CLÍNICAS.										
L4- Considero a PARANÁ CLÍNICAS o melhor plano de saúde.										
L5- A PARANÁ CLÍNICAS é o meu plano de saúde preferido.										
L6- Para mim, a PARANÁ CLÍNICAS é igual aos demais planos de saúde.										
L7- Quando eu escolho um plano de saúde, a PARANÁ CLÍNICAS é a minha primeira escolha.										
L8- Recomendo a PARANÁ CLÍNICAS para as pessoas que procuram indicações.										
L9- Falo coisas positivas sobre a PARANÁ CLÍNICAS para outras pessoas.										
L10- Encorajo meus amigos a fazer o plano de saúde da PARANÁ CLÍNICAS.										
L11- Eu defenderia a PARANÁ CLÍNICAS se alguém fizesse um comentário negativo sobre ele.										
L12- Fico em dúvida quando penso em recomendar a PARANÁ CLÍNICAS para um conhecido.										