

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO  
NÍVEL MESTRADO

CHRISTINE DE VASCONCELLOS HÖRBE

**COMPORTAMENTO DO CONSUMIDOR APÓS FALHAS EM SERVIÇOS:  
UMA PESQUISA COM USUÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE**

São Leopoldo  
2012

Christine de Vasconcellos Hörbe

**COMPORTAMENTO DO CONSUMIDOR APÓS FALHAS EM SERVIÇOS:  
UMA PESQUISA COM USUÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração, pelo Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS.

Orientador: Prof. Dr. Celso Augusto de Matos

São Leopoldo

2012

Christine de Vasconcellos Hörbe

COMPORTAMENTO DO CONSUMIDOR APÓS FALHAS EM SERVIÇOS:  
UMA PESQUISA COM USUÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração, pelo Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS.

Aprovado em 31 de Agosto de 2012.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Luís César Souto de Moura- Escola Superior de Propaganda e Marketing - ESPM

---

Prof. Dr. Guilherme Trez - UNISINOS

---

Prof. Dr. Ivan Lapuente Garrido - UNISINOS

---

Prof. Dr. Celso Augusto de Matos (Orientador)

Visto e permitida à impressão.

São Leopoldo,

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Yeda Swirski de Souza  
Coordenadora PPG Administração

*A mente que se abre a uma nova ideia  
jamais voltará ao seu tamanho original.*

Albert Einstein

## *Agradecimentos*

O Mestrado foi uma das etapas de maior resiliência da minha história de vida. Durante esses anos entendi que a convivência no meio acadêmico vai além do conhecimento científico, é viajar internamente, o autoconhecimento.

No Réveillon de 2009, escalei o monte Aconcágua, (localizado na cordilheira dos Andes, em Mendoza na Argentina) que é a montanha mais alta das Américas com 6.962 metros de altitude. Lá, superei desafios físicos, como o cansaço, o ar rarefeito, as bolhas nos pés, e descobri que a superação está contida no pensamento. Quando voltei estava pronta para iniciar um dos meus sonhos, ser Mestre.

Com satisfação é que registro alguns momentos e pessoas que marcaram a minha jornada durante os anos de Mestrado. Começo os agradecimentos com o Rafael, que sou extremamente grata pelo seu amor, companheirismo e apoio incondicional. Aos meus pais Marilene e Arno, e aos meus irmãos Christian e Clara pelo exemplo de dedicação e luta que tem me acompanhado. A Greyce, por seu olhar risonho e sua fala mansa que me dizia: “fostes tu quem escolheu estar no mestrado, vá em frente!”. Seus conselhos, seu amor que sempre farão muita falta, agradeço demais o tempo que convivemos. Obrigada Piriqutinha! (*In memoriam*). E para a surpresa mais agradável do mundo que veio junto ao final da dissertação, a concepção da minha primeira filha, Luísa.

Agradeço também a família Michael, em especial ao Manoel, a Denise, a Cristina e a Laura que são minha família do coração e que sempre me deram seu carinho e apoio em todas as horas. E ao grande amigo Gerson, por seus sábios conselhos.

Ao meu orientador, professor Dr. Celso Augusto de Matos, por sua tranquilidade “mineira” que trouxe a iluminação necessária às análises estatísticas, sempre com muita sabedoria. Agradeço também por acreditar em minhas escolhas acadêmicas.

Ao professor Dr. Guilherme Trez, com quem trabalhei durante um semestre no estágio de docência, agradeço a confiança, dedicação e a amizade. Trabalhar com ele foi e continua sendo um enorme aprendizado acadêmico e profissional.

Ao professor Dr. Ivan Lapuente Garrido, agradeço pela oportunidade da minha permanência no mestrado, por sua simpatia que é um traço marcante, e principalmente pelo exemplo de persistência, ao aliar a área comercial à acadêmica.

A professora Dra. Amarolinda Zanella Saccol (Marô) por ajudar-me a crescer pessoal e academicamente, ao me conduzir a entender a importância de valorizar cada momento do mestrado. Assim como a secretária do PPGA e minha amiga Ana Zilles agradeço

ao por todo carinho, seus conselhos e a tranquilidade. Ao meu primeiro orientador no Mestrado, professor Dr. Guilherme Liberali Neto agradeço pela gentileza das respostas imediatas por e-mail, mesmo da cidade de Boston-USA, por motivar-me a estudar cada vez mais e por ser um exemplo de sabedoria.

Ao amigo, colega de trabalho e Mestre Rodrigo Springer, pela indicação ao mestrado, por acreditar no meu projeto e me ajudar a superar as dificuldades no dia a dia dos estudos.

Aos meus colegas de mestrado, especialmente ao Samuel Ongaratto, Alexandre Pereira, Aléxia Hentges, Paula Maines, Sérgio Flor, Ilcir Führ, Paulo Donassolo, Valquíria Conte, Cláudio Carrara, Cyntia Calixto, José Cassio Simfronio, Ákila Klauck, Simoni Rohden e Silvio Vasconcellos, agradeço a parceria durante as aulas, nos artigos e no NEME - grupo de Estudos e Pesquisa em Marketing e Estratégia.

Aos integrantes da banca de projeto e dissertação, Prof. Dr. Celso Augusto de Matos, Prof. Dr. Guilherme Trez, Prof. Dr. Ivan Garrido e Prof. Dr. Luís César Souto de Moura, agradeço pelo voto de confiança às contribuições ao longo deste projeto.

## RESUMO

Esta dissertação apresenta uma investigação sobre comportamentos pós-insatisfação de clientes dos serviços de saúde e fatores que interferem nesse comportamento. Dados do principal órgão regulador, a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), tem demonstrado um aumento no índice de reclamações dos consumidores de planos de saúde. Embora vários estudos em marketing investiguem o comportamento de insatisfação de clientes em serviços, há uma escassez de pesquisas no que diz respeito ao comportamento após as falhas no serviço, no contexto de serviços em saúde. Assim, o objetivo geral desta pesquisa foi identificar as principais causas de insatisfação nos clientes de planos de saúde e investigar a influência desses fatores no comportamento futuro do cliente em termos de continuar no plano, mudar de plano e recomendar ou não o plano para outras pessoas. A fim de alcançar tais objetivos, foi realizada uma pesquisa do tipo “*survey*” corte transversal, com amostra de 225 consumidores de planos de saúde individuais e empresariais. O estudo é delimitado à região sul do Brasil, no Rio Grande do Sul, com foco na capital Porto Alegre e Região Metropolitana, por motivos de acessibilidade, mas poderá ser estendido para outras capitais em projetos futuros. Como principais conclusões, a satisfação com a resolução do problema influencia na satisfação acumulada, na permanência do usuário ser cliente do serviço, e em não realizar reclamação para empresa. Já o boca a boca negativo é influenciado pelos usuários com 41 anos idade ou mais, e ainda que a intenção de reclamar de maneira formal tem maiores chances com as mulheres.

**Palavras-chave:** Serviços de Saúde. Insatisfação. Reclamação. Comportamento do Cliente. Plano de Saúde. Falhas em Serviços.

## ABSTRACT

This dissertation presents an investigation into conduct post-customer dissatisfaction health services and factors that affect this behavior. Data from the main regulatory agency, the ANS (National Agency of Supplemental Health), has shown an increase in the rate of consumer complaints of health plans. Although several studies in marketing investigate the behavior of customer dissatisfaction in services, there is a paucity of research regarding the behavior after service failure in the context of health services. The objective of this research was to identify the main causes of dissatisfaction in client health plans and investigate the influence of these factors on future customer behavior in terms of continuing the plan, change plans and recommend whether or not the plan for others. To achieve these goals, we conducted a survey research cross-sectional sample of 225 consumers with health plans and individual business. The study is delimited to the south region of Brazil, Rio Grande do Sul, with a focus on capital Porto Alegre and its metropolitan area, for accessibility reasons, but can be extended to other capitals in future projects. As main conclusions, satisfaction with the resolution of the problem influences the accumulated satisfaction, user be staying in customer service, and does not claim to hold firm. Already the "word of mouth" is influenced by negative users aged 41 years or older, and even pretend to complain formally have bigger chances with women.

**Keywords:** Health Services. Dissatisfaction. Complaints. Customer Behavior. Health Plan. Service Failure.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Tipos de serviços .....	21
Figura 2 - As ações relativas às queixas dos clientes após uma falha no serviço .....	25
Figura 3 - Respostas pós-insatisfação.....	27
Figura 4 - Taxonomia proposta para as respostas pós-insatisfação.....	28
Figura 5 - As causas por trás da troca do serviço .....	32
Figura 6 - Marketing Transacional e Marketing Relacional.....	40
Figura 7 - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - IBGE 2008.....	44
Figura 8 - Respostas comportamentais encontradas envolvendo falha em serviço: comportamento do consumidor de planos de saúde. ....	45

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -Percentual de pessoas, na população residente, com cobertura de plano de saúde, segundo as Grandes Regiões-2008. ....	42
Gráfico 2 - Distribuição da amostra pelo tipo de plano de saúde .....	56
Gráfico 3 - Distribuição da amostra pelo gênero.....	56

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Hipóteses testadas .....	73
-------------------------------------	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de casos dos dados ausentes ( <i>missing</i> ).....	50
Tabela 2 - Análise descritiva de <i>outliers</i> .....	54
Tabela 3 - Distribuição dos usuários de planos de saúde por idade .....	56
Tabela 4 - Usuários de planos de saúde que trocaram de plano após episódio de falha de serviço.....	57
Tabela 5 - Usuários que reclamaram do serviço prestado pelos planos de saúde. ....	58
Tabela 6 - Modo como os usuários de planos de saúde reclamaram.....	56
Tabela 7 - Respostas dos usuários diante da falha de serviço em planos de saúde.....	57
Tabela 8 - Matriz de correlação.....	59
Tabela 9 - Componentes da Matriz Rotacionada da Satisfação acumulada.....	60
Tabela 10 - Modelo1: Variável dependente Satisfação acumulada.....	64
Tabela 11 - Modelo 1: Satisfação acumulada.....	64
Tabela 12 - Modelo 2: Variável Dependente – Saída/ Cancelamento (exit).....	65
Tabela 13 - Modelo 2: Saída/ Cancelamento (exit).....	66
Tabela 14 - Modelo 3: Variável Dependente – Boca-a- boca negativo.....	67
Tabela 15 - Modelo 3: Boca- a- boca negativo .....	67
Tabela 16 - Modelo 4: Variável Dependente – Reclamar diretamente com o plano de saúde.. ..	66
Tabela 17 - Modelo 4: Reclamar diretamente com o plano de saúde.....	67
Tabela 18 - Modelo 5: Variável Dependente- Reclamar de modo formal junto ao órgão regulador como o Procon.....	68
Tabela 19 - Modelo 5: Reclamar de modo formal junto ao órgão regulador como o Procon..	68

## **LISTA DE SIGLAS**

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

CCB – Consumer Complaining Behavior - Comportamento de reclamação do consumidor

FEE- Fundação de Economia e Estatística

HMO – Health Maintenance Organization

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IBM – International Business Machine

IDEC– Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor

MSI – Marketing Science Institute

PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PROCON – Fundação de Proteção e Defesa do Consumidor

RS – Rio Grande do Sul

SAC – Serviço de Atendimento ao Consumidor

SEPLAG-RS- Secretaria de Planejamento, Gestão e Participação do Rio Grande do Sul

SISTECON – Sistema Estadual de Defesa do Consumidor

SNDS – Sistema Nacional de Defesa do Consumidor

SSR – Satisfaction Solution Recovery- Satisfção com a Solução do Problema

SUS – Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
1.1 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA .....	17
1.2 OBJETIVOS .....	17
<b>1.2.1 Objetivo geral.....</b>	<b>17</b>
<b>1.2.2 Objetivos específicos.....</b>	<b>18</b>
1.3 JUSTIFICATIVA .....	18
1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO.....	19
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>20</b>
2.1 MARKETING DE SERVIÇOS .....	20
2.2 INSATISFAÇÃO DO CONSUMIDOR .....	23
<b>2.2.1 Respostas Comportamentais Pós-Insatisfação.....</b>	<b>25</b>
2.2.1.1 Satisfação Acumulada .....	29
2.2.1.2 Troca de Prestadora de Serviço ou Saída - <i>Exit</i> .....	30
2.2.1.3 Comunicação Boca-a-Boca Negativa- <i>Negative word of mouth</i> .....	33
2.2.1.4 Reclamação com a Empresa – <i>Voice</i> .....	34
2.2.1.5 Reclamação com Órgão Regulador - <i>Third party</i> .....	36
2.3 VARIÁVEIS DE CONTEXTO .....	37
<b>2.3.1 Gravidade da Falha.....</b>	<b>37</b>
<b>2.3.2 Custos de Troca .....</b>	<b>37</b>
<b>2.3.3 Trocas Relacionais - Nível de Relacionamento .....</b>	<b>39</b>
<b>2.3.4 Plano Individual Versus Empresarial .....</b>	<b>41</b>
<b>3 MODELO DE PESQUISA .....</b>	<b>45</b>
<b>4 MÉTODOS E PROCEDIMENTOS .....</b>	<b>46</b>
4.1 TIPO DE PESQUISA .....	46
4.2 ELABORAÇÃO DO QUESTIONÁRIO .....	47
4.3 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS .....	47

4.4 ANÁLISE DE DADOS.....	49
<b>4.4.1 Preparação dos Dados .....</b>	<b>49</b>
4.5.1.2 Dados Ausentes ou <i>Missing Values</i> .....	50
4.5.1.3 Análise de Observações Atípicas ou <i>Outliers</i> .....	53
<b>4.4.2 Perfil da Amostra .....</b>	<b>55</b>
<b>4.4.3 Análise Descritiva da Falha de Serviço dos Planos de Saúde.....</b>	<b>56</b>
4.5 TESTE DAS HIPÓTESES USANDO REGRESSÃO MULTIPLA .....	58
<b>4.5.1 Modelo 1: Satisfação acumulada.....</b>	<b>60</b>
<b>4.5.2 Modelo 2: Saída/ Cancelamento do plano de saúde (Exit) .....</b>	<b>63</b>
<b>4.5.3 Modelo 3: Boca a boca negativo .....</b>	<b>67</b>
<b>4.5.4 Modelo 4: Reclamar diretamente com o plano de saúde .....</b>	<b>66</b>
<b>4.5.5 Modelo 5: Reclamar de modo formal junto ao órgão regulador .....</b>	<b>68</b>
<b>5 DISCUSSÃO E CONCLUSÕES .....</b>	<b>70</b>
5.1 CONCLUSÕES A PARTIR DOS OBJETIVOS.....	70
5.2 IMPLICAÇÕES TEÓRICAS .....	73
5.3 IMPLICAÇÕES GERENCIAIS .....	74
5.4 LIMITAÇÕES .....	77
5.5 SUGESTÕES PARA PESQUISAS FUTURAS .....	77
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>76</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>89</b>
APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO ELABORADO NO <i>GOOGLE DOCS</i> .....	90
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PARA ENTREVISTAS PESSOAIS.....	107
APÊNDICE C – ÍNDICE DE RECLAMAÇÕES DA ANS.....	107

## 1 INTRODUÇÃO

Uma pesquisa realizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2012), reguladora de planos de saúde no Brasil, aponta que os índices de reclamações dos usuários de planos de saúde privados têm crescido nos últimos tempos. O índice é calculado com base em reclamações dos consumidores de planos de saúde privados contra uma operadora com registro ativo na agência nos últimos seis meses, além da média do número de consumidores desta operadora no mesmo período, conforme informações da ANS e o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (ANS, 2012; IDEC, 2012), disponível no apêndice C no final da dissertação.

Entre Novembro de 2010 e Outubro de 2012, o índice de reclamações cresceu entre os grupos de operadoras de grande, médio e pequeno porte. Nas operadoras de grande porte, com mais de 100 mil beneficiários, a evolução de reclamações passou 0,39 para 0,88; nas de médio porte, equivalente a faixa entre 20 e 100 mil beneficiários, o índice cresceu de 0,27 para 0,83 e nas operadoras de pequeno porte, com até 20 mil beneficiários, o acréscimo foi de 0,29 para 0,84 (ANS, 2012).

Dentre os problemas encontrados pelos usuários de planos de saúde no momento em que mais precisam estão: negativa de cirurgias, exames, consultas, próteses e órteses, demora na liberação de guias, aumentos abusivos e cancelamento unilateral do contrato. Tais transtornos são apontados pelo IDEC (TRETTEL, 2010) como algumas das razões pelas quais o setor de saúde ocupe o topo do ranking de reclamações recebidas pelo instituto.

Do ponto de vista teórico, investigar o comportamento dos consumidores insatisfeitos com o serviço prestado pelas operadoras em saúde devido às falhas na prestação de serviços, e suas ações após o episódio insatisfatório, poderá gerar conhecimento útil aos próprios usuários de planos de saúde, o que se alinha às pesquisas da *Transformative Consumer Research* (Pesquisa de Transformação do Consumidor) da Associação norte-americana de comportamento do consumidor (MICK, 2006).

Ainda, sob a ótica social, órgãos reguladores representados pela ANS, IDEC e PROCON (Órgão de Proteção e Defesa do Consumidor), bem como o poder público, poderão se beneficiar de pesquisas que se aprofundem no conhecimento do comportamento do consumidor de planos de saúde e eles possam agir de maneira mais assertiva em políticas públicas e privadas.

Além disso, averiguações nesse tema também poderão contribuir sob um ponto de vista gerencial, a fim de melhorar a gestão do relacionamento das operadoras com os clientes

de planos de saúde, indo ao encontro das prioridades de pesquisa sugeridas pelo *Marketing Science Institute* para o triênio 2010-2012 (MSI, 2010), de se entender o comportamento do consumidor para contribuir para a elaboração de estratégias de marketing.

Apesar da sua relevância, o tema de serviços de saúde tem recebido pouca atenção nas pesquisas no campo da Administração no Brasil, especialmente aquelas voltadas ao comportamento do consumidor. Por exemplo, a pesquisa de Milan e Trez (2005) aponta alguns fatores que mais influenciam na satisfação de usuários de planos de saúde, incluindo disponibilidade de médicos, preço, atendimento e conveniência. Porém, os autores não trataram da insatisfação nem de reclamações, sendo este, segundo os autores, um campo importante para novas investigações.

Em termos mais gerais, considerando o assunto, *marketing de serviços*, vários estudos tanto no Brasil quanto no exterior têm investigado o que os clientes fazem quando ficam insatisfeitos devido a problemas com serviços e as possíveis ações das empresas para recuperar a fidelidade e a confiança do seu cliente. De modo mais específico, as pesquisas no tema de falhas e recuperação de serviços têm investigado (i) como os clientes reagem a diferentes níveis de gravidade do problema e de responsividade da empresa (SMITH; BOLTON, 1998; MAXHAM, 2001), (ii) o impacto do tipo de relacionamento na lealdade do cliente (MATTILA, 2001) e (iii) em que medida uma recuperação excepcional de um problema para alguns clientes pode gerar uma satisfação final maior do que aquela percebida por clientes que não experimentaram nenhuma falha (MATOS; HENRIQUE; ROSSI, 2007; SMITH; BOLTON 1998; MAXHAM, 2001).

Os estudos brasileiros também têm investigado (i) as reações dos clientes a falhas e recuperação de serviços (FONSECA; TREZ; ESPARTEL, 2005; FERNANDES; SANTOS, 2006, 2007; SANTOS; FERNANDES, 2008, 2010) e mais recentemente (ii) quais as variáveis contextuais são mais importantes para se entender as respostas comportamentais de clientes insatisfeitos com serviços (MATOS; VIEIRA; VEIGA, 2012). Com base nessas considerações, propõe-se como questão de pesquisa:

**Quais as reações dos consumidores após enfrentar falhas de serviços com planos de saúde e quais variáveis contextuais são mais importantes?**

## 1.1 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA

Uma das delimitações dessa dissertação é possuir o enfoque regional, mais especificamente, a região sul do território brasileiro, com os consumidores de Porto Alegre e região metropolitana. A segunda delimitação é a escolha de estudar os usuários de planos de saúde dessa região que estão insatisfeitos devido a alguma falha no serviço prestado pelas operadoras de saúde. A terceira é o método escolhido para pesquisar, ou seja, uma pesquisa de corte transversal (um período de tempo determinado) e por conveniência do pesquisador, residente na região metropolitana de Porto Alegre e do tipo *survey*, realizada através de análises estatísticas de questionários aplicados a uma amostragem populacional.

Inclusos na delimitação da pesquisa também estão análises do conteúdo estudado, as quais se detêm nas consequências das ações do usuário insatisfeito com alguma falha no serviço prestado do plano de saúde. Dessas consequências, o interesse está nas respostas comportamentais do consumidor como: troca ou saída do usuário do plano de saúde atual, comunicação *boca-a-boca* negativa (quando o consumidor fala mal da empresa para outras pessoas), reclamação à empresa prestadora do serviço (*voice*) e reclamação aos órgãos reguladores (*thirdy party*).

Além das respostas comportamentais diante da insatisfação, a pesquisa tem interesse nas variáveis contextuais onde os problemas ocorreram, como: a gravidade da falha do serviço, tempo de ocorrência do problema, tempo em que é cliente do plano de saúde, gênero (masculino ou feminino), idade, os custos de troca, as trocas relacionais, onde possa ser medidos níveis de relacionamento entre fornecedor e cliente, e o tipo de plano de saúde que o consumidor insatisfeito possui, ou seja, empresarial ou individual.

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo geral

Investigar o comportamento de reclamação do cliente de plano de saúde, após enfrentar falhas em serviços, analisando os preditores mais importantes.

### 1.2.2 Objetivos específicos

- a) Identificar os principais atributos da satisfação com a solução do problema (SSR) dos clientes de planos de saúde;
- b) Estimar a influência dos atributos da satisfação com a solução do problema (SSR) sobre a propensão do cliente de cancelar o seu relacionamento com o plano de saúde, a fim de se identificar quais atributos são mais relevantes nesse contexto;
- c) Estimar a influência dos atributos da satisfação com a solução do problema (SSR) sobre a propensão do cliente de fazer recomendações negativas do prestador de serviço junto aos seus amigos e parentes;
- d) Estimar a influência da satisfação com a solução do problema (SSR) sobre a propensão do cliente de reclamar junto ao prestador de serviço;
- e) Estimar a influência da satisfação com a solução do problema (SSR) sobre a propensão do cliente de reclamar junto aos órgãos reguladores;
- f) Analisar a influência das variáveis contextuais (ex. a gravidade da falha, tempo de ocorrência do problema, tempo em que é cliente do plano de saúde, gênero, idade, os custos de troca, nível de relacionamento e tipo de plano de saúde) nas intenções de reclamação dos clientes de planos de saúde.

### 1.3 JUSTIFICATIVA

Essa dissertação poderá de contribuir com os estudos em marketing de serviços e comportamento do consumidor. Mais especificamente, a respeito das causas e consequências de insatisfação dos clientes de planos de saúde na cidade de Porto Alegre e região metropolitana, assim como, entender melhor como os fatores que influenciam no comportamento de reclamação do consumidor.

Os autores, Milan e Trez (2005) sugerem que a insatisfação com serviços em saúde, pode ser considerada como uma oportunidade de pesquisa. De acordo com Fernandes e Santos (2008), embora haja importância estratégica no entendimento das reações dos clientes à insatisfação, o conhecimento sobre o assunto ainda parece limitado.

No contexto social, o tema insatisfação está ligado à área da saúde e aos serviços mostra-se importante ao representar os diversos setores da sociedade. A contribuição social

dessa dissertação pode estar na oportunidade de melhoria nos serviços prestados pelos planos de saúde à população.

A contribuição aos gestores distingue-se pela oportunidade das empresas, ao conhecerem suas falhas, diminuïrem índices de insatisfação por parte dos clientes. Assim, podem os tornar fies e/ou ainda ampliar o número de pessoas usuárias de planos de saúde.

Além do tema propriamente dito ser relevante, o estudo apresentará a metodologia de pesquisa através de um corte transversal, ou seja, o momento observado. Com isso possibilitará que a mesma pesquisa seja aplicada novamente no futuro e assim será possível a comparação dos resultados ao longo prazo.

#### 1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

A apresentação desta dissertação está estruturada em Resumo o qual apresenta um relato sucinto sobre a Insatisfação dos usuários com as operadoras de saúde; Introdução, possibilidade de contextualização do tema em relação aos pontos de vista sociais e acadêmicos; Objetivos, que são as aspirações de pesquisa, ou seja, o que é possível desvendar com a pesquisa; Justificativa, que explica o motivo pelo qual o tema é relevante e merece ser pesquisado; Estrutura do trabalho, item que está descrito neste parágrafo e que é uma apresenta passo a passo, os itens dessa dissertação, serve de guia para o entendimento por parte do leitor em relação a pesquisa; Fundamentação teórica, arcabouço teórico que embasa este estudo, a teoria existente mais algumas lacunas apresentadas na literatura de serviços em saúde edificam a proposta de pesquisa; Metodologia de Pesquisa, é o método utilizado para realizar esse estudo contendo a descrição de todos os procedimentos utilizados; Análise de Dados; Conclusão; Referências bibliográficas, listagem com artigos, livros e sites utilizados como fonte para a escrita deste documento e Apêndices.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 MARKETING DE SERVIÇOS

A história dos estudos em marketing de serviços é relativamente jovem, desperta o interesse acadêmico a partir de meados dos anos 1950, com atenção aos temas relacionados à distribuição dos setores de serviços prestados. Ciclo econômico conhecido como anos dourados foram tempos marcados pelos conflitos políticos entre o capitalismo e o socialismo (Guerra Fria), década do início das transmissões de televisão e da comercialização dos medicamentos contraceptivos, de Elvis Presley, e da copa do mundo de futebol no Brasil. Essa observação sobre a intenção de estudar o marketing de serviços é relatada nos estudos de Fisk, Brown e Bitner (1993), e apontam que naquele tempo havia a necessidade de identificar as diferenças entre o marketing de serviços ao marketing de produtos, e como consequência houve a abertura para futuras pesquisas em direção a evolução da literatura em marketing de serviços.

Em concordância ao achado bibliográfico anterior, que indica a necessidade das pesquisas em marketing de serviços distinguirem-se das de marketing de produtos, os autores Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985) descrevem os problemas e estratégias do marketing de serviços e apontam mais uma vez que é imprescindível diferenciar produtos e serviços devido às próprias características inerentes as estratégias de marketing.

Para ilustrar a gama de negócios que abrangem os serviços, Czinkota (2001, p.262) desenvolveu uma tabela com os tipos de serviços presentes na sociedade e que foi adaptada pela autora.

Figura 1 - Tipos de serviços.



Fonte: Czinkota (2001, p. 262).

Czinkota (2001) também aponta os serviços como intangíveis por não possuírem propriedades físicas que possam ser avaliadas pelos clientes antes da compra e diz que a importância dos estudos no marketing de serviços foi alimentada pela crescente oportunidade de empregos da área, contribuição do setor para economia mundial, informalidade e pela mudança de perspectiva gerencial em relação as suas empresas.

As características dos serviços são de grande interesse para estudos em marketing conforme (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985; KOTLER, 1998; CZINKOTA, 2001). São elas: Intangibilidade, ou seja, os serviços são ideias e conceitos (processos) não patenteáveis onde o consumidor tem como base a reputação da marca, do servidor ou do serviço; Perecibilidade, caso não seja usado pode estragar, ser perdido e ainda não pode ser estocado (prestadores de serviços como médicos, dentistas, advogados e cabeleiros não podem recuperar suas agendas vazias, quartos de hotéis vazios em alta temporada, assentos de aviões que não foram vendidos); Heterogenidade ou Variabilidade, que significa o serviço ser percebido diferente para cada cliente, conforme a situação de consumo (por exemplo, o sorriso de um atendente ser agradável ou o tempo de espera para uma pessoa enferme ser eterno); Simultaneidade ou Inseparabilidade, onde os serviços são criados e consumidos simultaneamente, há uma exigência interpessoal avançada entre as partes do processo e por

fim, a Participação do cliente no processo, ocasionando algumas vezes à coprodução e a cooperação de ambas as partes.

Marketing de serviços pode estar baseado no fato de que o consumo de um serviço é *o consumo de processo* em vez de *resultado do consumo*, onde o consumidor ou usuário percebe o processo de produção como parte do consumo de serviços, não apenas o resultado desse processo como no marketing tradicional de bens físicos (GRÖNROOS, 1998). Ao consumir um físico, os clientes de produtos fazem uso do produto em si, ou seja, consumir o resultado do processo de produção. Em contraste, os serviços de consumo são percebidos pelos clientes como o processo de produção do serviço e envolvem-se a ele com maior ou menor grau, mas sempre de forma crítica e participativa. O processo de consumo leva a um resultado para o cliente, que é o resultado do processo de serviço. Assim, o consumo do processo de serviço é uma parte crítica da experiência do serviço.

Por causa dessa inseparabilidade do processo de serviço e ao consumo de um serviço, segundo Grönroos (1998), é que o serviço pode ser caracterizado como um processo aberto. Assim, independentemente de como o cliente percebe o resultado de um processo, consumo de serviço é basicamente o consumo de todo o processo.

O consumo de serviços tem interfaces diante da percepção dos clientes e, conseqüentemente, influencia no comportamento de compra ao longo prazo. Na literatura de marketing de serviços, o gerenciamento destas interfaces do processo de serviços prestados é chamado marketing interativo (GRÖNROOS, 1982, 1990). Caso haja falha na prestação dos serviços a partir do ponto de vista dos clientes, nem os esforços do marketing de serviços nem o bom resultado do processo o farão permanecer fiel no longo prazo. Apenas um preço baixo pode minimizar a situação por algum tempo.

Para Vargo e Lusch (2004) existe o conceito do autosserviço, corroborando com o pensamento de interação entre clientes e prestadores de serviços, onde ações para benefício de outra entidade ou da própria entidade podem ser realizadas desde que contemplem a aplicação das competências especializadas, tenham habilidade e conhecimento dos processos.

Autores contemporâneos acrescentam ao marketing de serviços o ponto de vista da saúde e indicam que a experiência entre as partes é uma forma situacional de comércio. Thomas (2008, p. 75) define o marketing de serviço como situacional quando explica que os serviços em saúde dependem fortemente de referências, como é o caso das indicações dos profissionais médicos para consultas, procedimentos e cirurgias e, portanto os usuários finais tendem a optar pelos serviços considerados de alta qualidade.

Sobre os consumidores de serviços em saúde (THOMAS, 2008), podem ser considerados os indivíduos que consomem cuidados com a saúde, sejam eles os usuários finais (pacientes) ou os profissionais da área da saúde como médicos e dentistas. Mesmo aqueles considerados “doentes” podem ser classificados em necessidades específicas, como serviços de emergência, de rotina, e de saúde eletiva. Nos serviços de emergência são adotados os procedimentos médicos para salvar a vida do paciente, já os de rotina são mais comuns, caracterizados por consultas médicas nos consultórios dos profissionais em saúde, clínicas ou centros de terapia, e a saúde eletiva, incluem produtos e serviços que não são prioridade médica, como exemplo, os tratamentos estéticos. Da classificação do tipo de consumidor, à gravidade do problema que se encontra é que podem surgir desavenças entre o prestador do serviço em saúde e o usuário.

Com o intuito de aprofundar o conhecimento em marketing de serviços e entender os motivos de insatisfação dos clientes de planos de saúde, o próximo tópico desta dissertação abrange a literatura sobre Insatisfação.

## 2.2 INSATISFAÇÃO DO CONSUMIDOR

Há cerca de quarenta anos atrás, na década de 1970, data o começo das pesquisas na área de marketing voltadas à insatisfação do consumidor, segundo Fernandes e Santos (2008). A partir daí, o número de observações cresce tanto quanto a curiosidade em torno do assunto, sendo exemplificadas através do comportamento de contrariedade dos clientes diante de produto ou serviço adquirido e suas reações após a experiência negativa. Nos últimos anos, estudos nesse sentido aparecem como tema de pesquisas (FERNANDES; SANTOS, 2007; GRÉGOIRE; FISHER, 2008; MATOS *et al.*, 2009; SANTOS; FERNANDES, 2010; MATOS *et al.*, 2011).

Embora os esforços dos profissionais de marketing cresçam em busca de minimizar os possíveis efeitos negativos na relação entre fornecedor e consumidor, ainda assim, é possível, que ocorra a insatisfação por parte do consumidor, e que este comportamento esteja constantemente presente na relação entre clientes e fornecedores, conforme Singh (1990). O setor de serviços é especialmente avaliado por apresentar características específicas como intangibilidade, variabilidade e inseparabilidade entre produção e consumo (KOTLER, 1998; BECKER, 2000), além disso, o setor possui maior dependência do fator humano, o que pressupõe a ocorrência de falhas.

Como uma decorrência das falhas nas relações de consumo, sejam elas relacionadas a produtos ou serviços, a insatisfação, será explorada no presente capítulo. A abordagem é feita de forma a contemplar as possíveis respostas pós-insatisfação, sejam elas: troca, boca a boca negativo, reclamação com a empresa e reclamação com órgão regulador.

Por definição, a insatisfação pode ser entendida como “o estado cognitivo de estar inadequadamente gratificado em uma situação de compra, pelo sacrifício que ele (o consumidor) fez” (HOWARD; SHETH, 1969, p.159). Oliver (1980) diz que existe um paradigma da desconfirmação de expectativas, para explicar satisfação/insatisfação, onde o sentimento gerado a partir da avaliação do contato com o fornecedor pode ser positivo (desconfirmação positiva, que desencadeia a satisfação) ou negativo (desconfirmação negativa, que desencadeia a insatisfação), visto que se baseia na comparação entre expectativa e desempenho. Day (1984, p.497) entende a insatisfação como “uma emoção negativa gerada pela desconfirmação de expectativas na experiência de consumo”.

Os autores Neal (1999) e Stephens (2000) confirmam os estudos anteriores (OLIVER, 1980; DAY, 1984) e afirmam que a insatisfação se forma quando o consumidor considera a diferença para menor entre o que é esperado (expectativa) e o que é percebido (desempenho). A insatisfação não é compensada com a satisfação, o que é uma situação comprovada muitas vezes pela observação de que um consumidor satisfeito há tempo é perdido por uma única experiência insatisfatória (BEBER, 2000). Por fim, Singh e Widing II (1991) destacam que em grande parte dos estudos em marketing, o conceito de satisfação/insatisfação pode ser encontrado como resultado de experiências de consumo após a compra de produto ou serviço.

Em algumas investigações que buscavam o entendimento dos conceitos a respeito da satisfação e da insatisfação surgiram divergências. No primeiro conceito acreditava-se na possibilidade da satisfação e a da insatisfação pertencer a um mesmo fator, de modo simples e contínuo. Esse foi mencionado com a teoria de um único fator (MADDOX, 1981), ou também conhecido como *continuum* unidimensional entre dois polos opostos (EVRAD, 1993). No *continuum* unidimensional entre dois polos opostos, em polo extremo encontra-se a satisfação (*satisfaction*) e no outro extremo polo, a insatisfação (*dissatisfaction*). Diferente do primeiro conceito, o segundo, acreditava na possibilidade da satisfação e da insatisfação pertencerem a fatores distintos, como afirmam os autores (MADDOX, 1981; BABIN; GRIFFIN, 1998), então surge à teoria de dois fatores, que indica a satisfação e a insatisfação como construtos distintos.

Desse modo, entende-se neste estudo que a insatisfação surge a partir dos estudos derivados da satisfação, e da falha de serviços, assim como é baseada na desconfirmação negativa de expectativas.

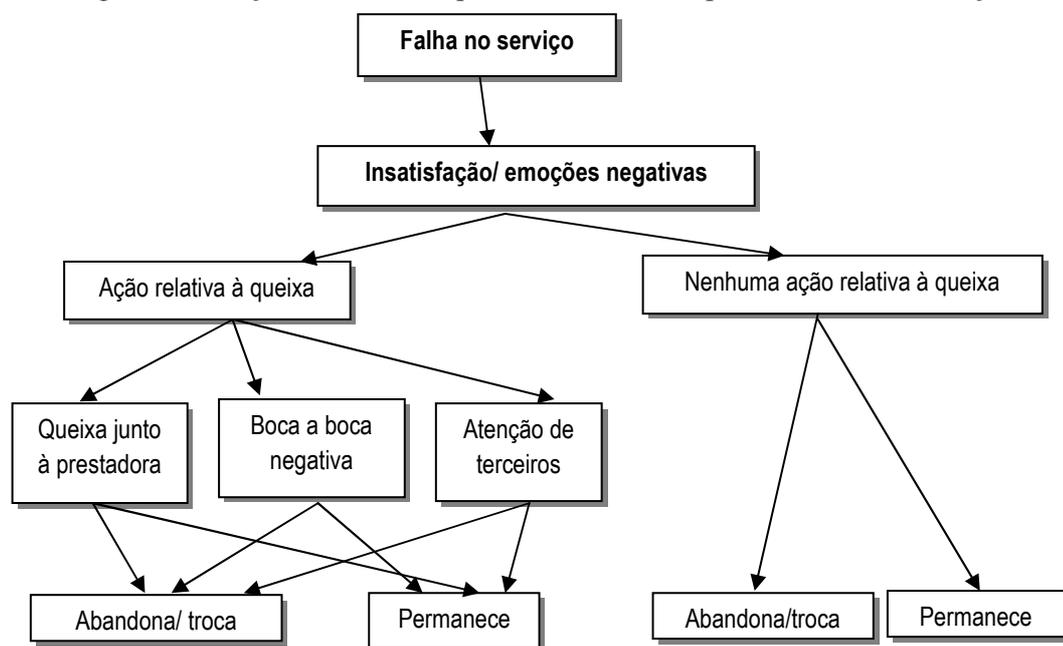
### 2.2.1 Respostas Comportamentais Pós-Insatisfação

Ao longo do tempo, estudos mostram que o consumidor insatisfeito pode responder ao fato insatisfatório de diversos modos, desde não agir- não fazer nada em relação ao ocorrido, até a possibilidade de reclamar com órgãos reguladores. Em casos extremos alguns clientes podem inclusive retaliar a empresa.

Alguns estudos chamam a atenção para o fato de que cerca de 60% dos clientes que vivenciam um problema considerado sério não recebem nenhuma resposta da prestadora de serviço (ZEITHAM; BITNER; GREMLER, 2011, p.251). Bailey (1994) destaca que a intenção de agir em uma situação pós-insatisfação passa a ser mais elevada quando as expectativas dos consumidores são ignoradas. A intenção de agir, nestes casos, indica o desejo de ter o que foi negado.

A figura 2 mostra que a falha no serviço pode causar insatisfação e estar associada às emoções negativas, ocasionando respostas relativas à queixa (DAY; LANDON, 1977; SINGH, 1988, 1990 *apud* ZEITHAML; BITNER; GREMLER, 2011).

Figura 2 - As ações relativas às queixas dos clientes após uma falha no serviço.



Fonte: Zeithaml, Bitner e Gremler (2011, p.255).

O comportamento de reclamação do consumidor (CCB – Consumer Complaining Behavior) pode ser definido como uma função complexa de variáveis como a insatisfação do consumidor com o produto, a reputação, a facilidade de acesso, a intenção da empresa em solucionar o problema e recompensá-lo. Esse conjunto de insatisfações gera uma reação no sentido de obtenção de compensação (ANDRADE *et al.*, 2010).

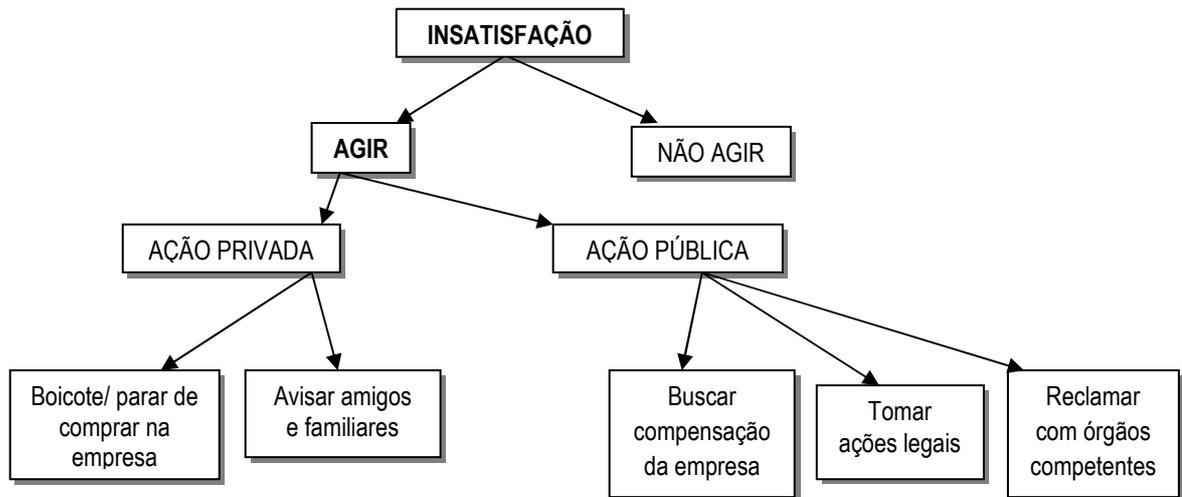
Hirschman (1970) argumenta a respeito de três possibilidades de respostas à insatisfação que são: a saída (*exit*), que significa não realizar mais compras naquele estabelecimento; voz (*voice*), que é a tentativa de obter retorno do prestador de serviço ou empresa, e lealdade (*loyalty*), que é a inércia da tomada de decisão em relação ao incômodo ocorrido, mesmo após o problema, o cliente permanece como consumidor.

Alguns anos mais tarde, outros estudos sugeriram que o modelo de resposta para insatisfação desenvolvido por Hirschman (1970) seria muito simplista e uma nova forma de expressar as ações dos clientes foi proposta por Day e Landon (1977). Os autores dividem as ações pós-insatisfação em privadas e públicas.

Ações públicas incluem buscar compensação da própria empresa ou fabricante, reclamar a órgãos competentes (por exemplo, Fundação de Proteção e Defesa do Consumidor- PROCON, Sistema Estadual de Defesa do Consumidor- SISTECON e Agência Nacional de Saúde Complementar- ANS) e tomar ações legais para obter compensação; ações privadas incluem parar de comprar a marca ou boicotar a loja que provocou a insatisfação e avisar amigos, família e outras pessoas sobre a insatisfação, Day e Landon (1977).

Na figura 3, mostra o modelo do estudo de Day e Landon (1977), descreve as ações dos clientes após episódio de insatisfação, onde uma das principais contribuições foi a identificação das ações privadas (boicote, avisar amigos e familiares) e públicas (busca da compensação da empresa, tomar ações legais e reclamação com órgãos competentes).

Figura 3 - Respostas pós-insatisfação.



Fonte: Day e Landon (1977).

Richins (1983) corrobora a classificação realizada por Day e Landon (1977). Clientes insatisfeitos com os serviços prestados podem assumir três outras tomadas de decisão. A primeira é o abandono da aquisição do serviço ou diminuição do índice de recompra (saída, troca ou *exit*), a segunda, é o comportamento de reclamação (*voice*) e o terceiro é o boca a boca negativo (RICHINS, 1983).

Estudos como os de Gronhaug e Zaltman (1981) corroboram com as observações de Hirschman (1970) a respeito da existência, por vezes, da falta de ação após a insatisfação (resposta não-comportamental), e é dada como tão importante quanto qualquer outra resposta comportamental, uma vez que apenas uma pequena parcela de clientes insatisfeitos demonstra algum tipo de iniciativa. Algumas possíveis causas para a falta de reclamação são a desinformação a respeito de processos e canais adequados para demonstrar a insatisfação e a falta de conhecimento suficiente para avaliar a qualidade e desempenho do produto ou serviço (ANDREASEN, 1984).

Em cada cinco compras, é possível encontrar em média, um episódio de insatisfação, segundo Andreasen e Best (1977), porém, em menos de 50% dos casos o consumidor tomou alguma ação. Hepworth (1997) mostra possíveis razões de não reclamação dos clientes como: (a) a percepção de que seria inútil reclamar, pois ninguém na empresa se importa; (b) a de que não valeria a pena pelo tempo e recursos gastos para reclamar; (c) a das quais as pessoas não sabem como ou a quem reclamar e por fim, (d) a de que detrimento da espera de alguma hostilidade ou reação negativa da empresa.

Há evidências, ainda, que entre 5% a 10% dos consumidores possam reclamar a sua insatisfação, de acordo com os estudos de segundo Kitapci e Dortyol (2009) e que a maioria das pessoas não reclama por acreditarem que tal ação não valha a pena devido ao tempo gasto e esforços empregados para repararem o incômodo ocasionado pela insatisfação.

Singh (1988) propõe uma classificação um pouco diferente. Ele identifica três conjuntos de respostas, uma vez que a insatisfação ocorre: respostas de *voice* (nenhuma ação e reclamar ao revendedor/fabricante); respostas privadas (comunicação boca a boca) e respostas a terceiros (tomar ações legais na justiça ou órgãos de defesa do consumidor). Um fato interessante é que Singh (1988 p.104) sugere que a não ação (referida por Hirschman (1970) como lealdade) está na categoria de *voice* porque ela parece refletir sentimentos com relação ao fabricante.

Singh (1988) descreve que as respostas pós-insatisfação não estão isoladas, isto é, as pessoas podem responder à insatisfação em múltiplas ações, por exemplo, reclamar à loja que vendeu o produto e falar a amigos sobre sua experiência de compra. Singh (1989, p. 84) argumenta que o comportamento de reclamação pode ser definido como um "conjunto de múltiplas respostas (comportamentais ou não comportamentais), algumas ou todas geradas por uma insatisfação percebida com um episódio de compra".

Na figura 4, a taxonomia proposta para respostas pós-insatisfação de Singh (1988), com *voice* (resposta por vocalização), resposta privada (comunicação boca a boca) e resposta por ação através de terceiros (órgãos reguladores).

Figura 4 - Taxonomia proposta para as respostas pós-insatisfação.



Fonte: Singh (1988).

A classificação de resposta proposta por Singh (1988) parece ser a mais coerente e aceita até os dias de hoje, inclusive corroborada por estudos de outros autores como Solomon (1994), Santos e Fernandes (2008), Matos *et. al* (2011).

Para Sheth, Mittal e Newman (2001), o processo pós-compra é seguido de algumas reações do consumidor: (1) o consumidor confirma sua decisão; (2) avalia sua experiência; (3) conclui sua satisfação ou insatisfação; e (4) formula sua resposta ou sua ação futura, que pode estar relacionada com o ato de abandonar a marca ou produto, reclamar ou desenvolver lealdade ao produto, serviço ou fornecedor.

Huefner e Hunt (1994) sugerem que sejam incluídos mais três tipos de resposta no grupo de respostas privadas. Os três tipos seriam retaliação, fuga (*avoidance*) e repugnância (*grudgeholding*). Esses autores discordam com os anteriores, pois, eles sugerem que a saída do cliente é uma categoria um pouco vaga, pois não determina o tempo de saída do consumidor. Portanto, conforme Huefner e Hunt (1994), saída é uma ação de curto-prazo, fuga seria mais de médio prazo, enquanto repugnância é muito mais extrema e pode durar anos ou décadas.

Alguns anos depois Mittal e Lassar (1998) diferenciaram as duas manifestações e, inferiram através de sua pesquisa, que a o impacto negativo sobre a satisfação (ou seja, a insatisfação) é percebido de forma mais intensa do que o positivo. Do mesmo modo Keaveney (1995), mostra a insatisfação como principal motivo da mudança de comportamento do cliente. Tax, Brown e Chandrashekaram (1998 *apud* MATOS *et al.*, 2011) e aponta que a pesquisa de negócios, quando decorrente de uma falha do serviço, tem demonstrado que a maioria dos clientes não reclama formalmente a respeito de sua insatisfação.

Santos e Fernandes (2008) fazem analogia dos estudos sobre insatisfação e reconhecem que os mesmos, assim como as respostas dos consumidores, são validos para a literatura de marketing como a intenção de compra defendida por (DAY, 1984; TARP, 1986), confiança (BITNER; BOOMS; TETREAULT, 1990; TAX; BROWN; CHANDRASHEKARAN, 1998) e retorno do mercado e desenvolvimento de novos produtos (FORNELL; WERNERFELT, 1987).

#### 2.2.1.1 Satisfação Acumulada

De acordo com os estudos de Maxham e Netemeyer (2002), Smith e Bolton (1998) (*apud* MATOS *et al.*, 2011) no contexto de falha de serviço e recompra, há evidencias

de que a satisfação acumulada (longo prazo) é associada à intenção de recompra e boca a boca. Assim como os autores, Andreassen (1999), Lin e Din (2005 *apud* MATOS *et al.*, 2011), mostram que consumidores em processo de satisfação com a resolução do problema (satisfação de curto prazo) têm mostrado resultados coerentes na relação entre satisfação e as consequências da intenção de recompra e a propensão de fazer boca a boca. Do mesmo modo, a meta-análise de Orsingher, Valentini e Angelis (2010), demonstra uma associação entre satisfação com a solução do problema e a satisfação acumulada (uma correlação média de 0,38 foi encontrada nos 14 estados analisados para esta relação).

H1: *Quanto maior a satisfação com solução do problema (SSR) maior a satisfação acumulada.*

No próximo tópico dessa dissertação, será abordada, através do levantamento bibliográfico, uma das opções dos clientes insatisfeitos que é o abandono ou a troca de prestador de serviço.

#### 2.2.1.2 Troca de Prestadora de Serviço ou Saída - *Exit*

Nos estudos de Santos e Fernandes (2010), trocar a prestadora de serviço é considerado um dos elementos consequentes do episódio insatisfatório de compra. Para Bearden e Oliver (1985), estudiosos do comportamento humano, a reação do consumidor diante do problema pode obter proporções extremas como permanecer com a empresa atual ou trocá-la, já Singh (1988) indica a possibilidade de o cliente trocar de fornecedor se o mesmo deparar-se com falhas na execução ou no resultado do serviço.

Lane e Keaveney (2005) com suas pesquisas em incidentes críticos mostram que quase a metade das pessoas insatisfeitas com falhas no contato com funcionários da empresa ou na realização de algum serviço substituiriam o prestador de serviços. A decisão de boicotar a empresa ou parar de comprar aquela determinada marca/produto representa uma grande perda para a empresa (BEARDEN; TEEL, 1983).

Blodgett, Granbois e Walters (1993) mostram que os clientes insatisfeitos divulgam a insatisfação aos parentes e conhecidos, e que trocam mais facilmente de fornecedor quando percebem a probabilidade de sucesso da reclamação como baixa ou quando apresentaram uma atitude negativa frente à reclamação, evidenciando que as variáveis individuais e de personalidade influenciam a intenção de comunicação boca a boca negativa e de troca de empresa.

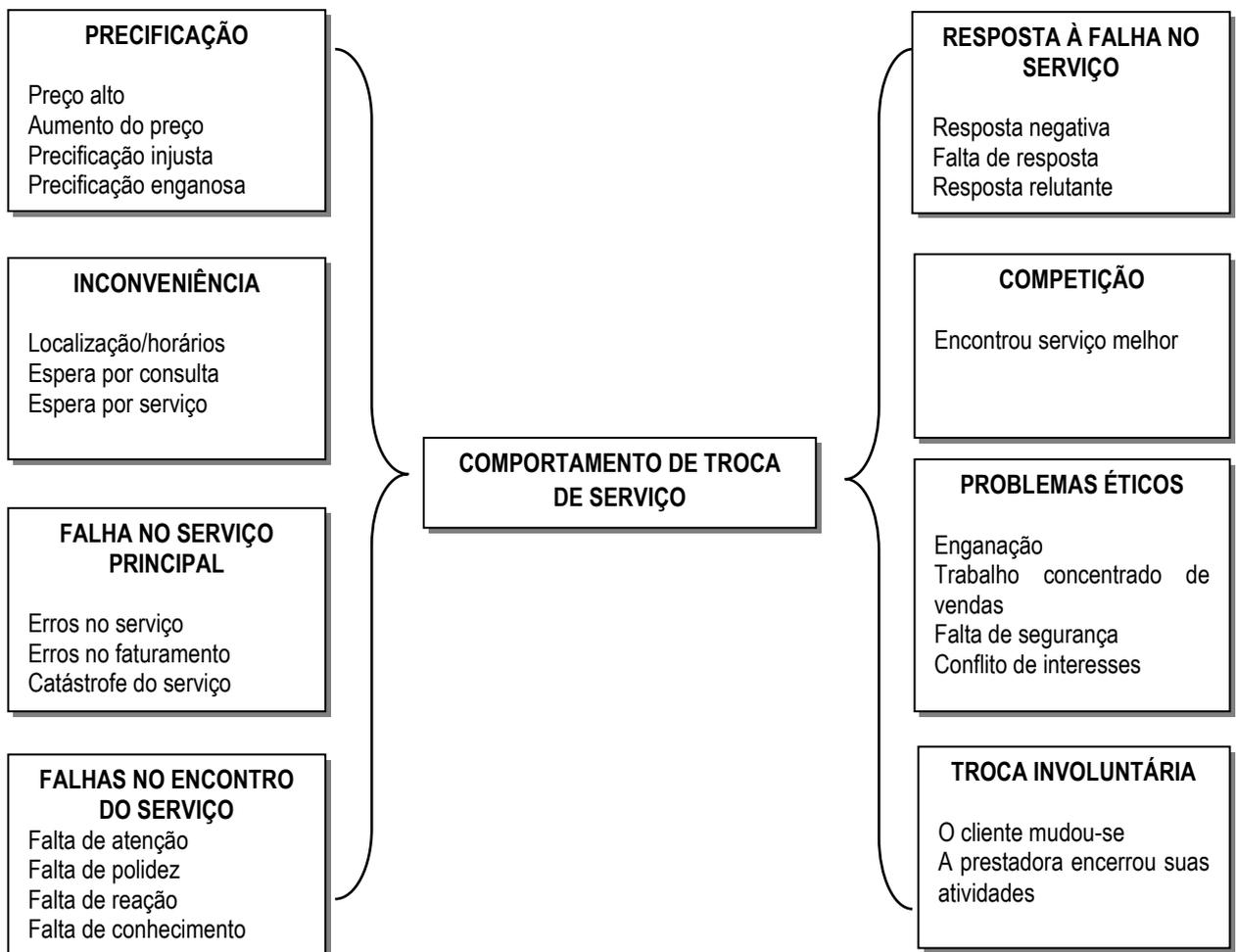
Huefner e Hunt (1994) indicam que a saída de um cliente pode ser classificada conforme o tempo e a intensidade do problema, como: saída (ação de curto prazo), fuga (de médio prazo), repugnância (mais extrema e de longo prazo) e por último, retaliação (mais de uma ação, de maior intensidade e com comportamentos e atitudes de vingança, diferentemente dos tipos de ações anteriores).

Nos estudos sobre a troca de prestadora de serviços, Sarel e Marmorstein (1999), analisaram 720 membros das organizações norte americanas de planos de saúde (Health Maintenance Organization - HMO) e inferiram que os consumidores insatisfeitos com a recuperação de falha nos serviços prestados eram mais propensos a trocarem de plano de saúde do que aqueles que estavam satisfeitos com o modo como seus problemas foram resolvidos. Além disso, quanto maior a gravidade da falha da prestadora de serviço, maior a probabilidade de troca, independente do esforço realizado para recuperação.

Roos (1999) e Ross e Gustafsson (2007) destacam que a decisão de trocar de prestadora de serviço talvez não ocorra imediatamente após um episódio de descontentamento e falha de serviço, mas possa ocorrer após uma sequencia de eventos falhos e recuperações deficientes ou problemas não tratados. É possível entender a troca como um processo resultante de uma série de decisões e contatos críticos de serviço ao longo do tempo, não como uma decisão tomada em um momento específico, Zeithaml, Bitner e Gremler (2011, p. 262).

Keaveney (1995) investigou cerca de 500 incidentes envolvendo a troca de prestadora de serviço e identificou oito temas possíveis para descrever essa decisão. Entre os motivos estão: precificação, inconveniência, falha no serviço principal, falhas do serviço, resposta à falha no serviço, competição, problemas éticos e troca involuntária. Os resultados da pesquisa a respeito das causas por trás da troca de serviço mostraram que as falhas relacionadas ao serviço são as principais causas de troca de prestadora de serviço. Do total de entrevistados, 25% das pessoas indicaram a falha do serviço principal (erros no serviço, erros no faturamento e catástrofe do serviço) como o motivo de troca e 20% delas mencionaram que o foco do problema estava na falha no encontro do serviço (falta de atenção, falta de polidez, falta de reação e falta de conhecimento). A figura 5 mostra com maiores detalhes as possíveis causas de troca.

Figura 5 - As causas por trás da troca do serviço.



Fonte: Keaveney (1995 *apud* ZEITHAML; BITNER; GREMLER, 2011 p.262).

Com base nessa discussão teórica, propõe-se que:

H2: *Quanto menor a satisfação com a solução do problema maior a intenção de saída do cliente.*

Além da troca ou saída da empresa prestadora de serviço, o consumidor pode adotar um modo relativamente silencioso, o boca a boca negativo (falar mal da empresa para amigos e parentes). Esse assunto será descrito no próximo tópico.

### 2.2.1.3 Comunicação Boca-a-Boca Negativa- *Negative word of mouth*

A comunicação boca-a-boca pode ser positiva (quando alguém propaga uma mensagem positiva de algo ou alguém) e negativa (quando a mensagem propagada de pessoa a pessoa é negativa). O termo boca-a-boca é justamente porque a comunicação é pessoal (de pessoa para pessoa).

A comunicação boca-a-boca negativa é o ato de o consumidor contar a experiência negativa que ele passou, referente ao desempenho do produto ou à prestação de serviço e as consequências sociais e psicológicas de sua decisão, a outras pessoas que ele considera confiáveis, como familiares, grupo de amigos, e pessoas de referência (RICHINS, 1983). A proporção de pessoas comunicadas a respeito de um fato insatisfatório é maior e exerce maior influência nas outras pessoas do que a comunicação positiva através da comunicação boca-a-boca (RICHINS, 1984).

Conforme os estudos de Matos e Rossi (2008), na compra de serviços, o consumidor tende a se basear ainda mais nas indicações de outras pessoas, pois os serviços são intangíveis, e assim, o consumidor, antes de comprar, utiliza referências como preço, evidências (aparências) do serviço, imagem da empresa e referências de pessoas próximas, como amigos e parentes, as chamadas comunicações boca-a-boca (MURRAY, 1991; ZEITHAML; BERRY; PARASURAMAN, 1993). No contexto da insatisfação com o serviço prestado, a comunicação boca-a-boca de forma negativa pode ser prejudicial para as empresas que dependem desse tipo de comunicação.

Day e Landon (1977) apontam que o comportamento de propagar boca-a-boca negativamente compõe a dimensão privada diante da insatisfação, além de ser uma retaliação realizada pelo cliente. Do mesmo modo, Santos e Fernandes (2010), acreditam que o processo de comunicação boca-a-boca negativa é descrito como um dos comportamentos adotados por clientes após um episódio de insatisfação.

Para Singh (1988), a intenção dos clientes insatisfeitos é alertar outros consumidores a não experimentarem a mesma situação vivenciada por eles. Singh e Wilkes (1996) comentam que a comunicação negativa pode não ser apenas com a intenção de alertar as outras pessoas, mas também uma forma de influenciá-las. A pessoa que realiza a comunicação negativa sobre um produto ou serviço, muitas vezes é um indivíduo comum, que não exerce nenhum papel de liderança na comunidade, mas a propensão de sua comunicação boca a boca negativa será tanto maior quanto maior for o sentimento de injustiça e de perda que essa pessoa tenha, devido à ocorrência da falha, segundo Blodgett, Granbois e Walters (1993).

Sweeney, Soutar e Mazzarol (2005) que demonstraram empiricamente que o boca a boca negativo é “passional”, ou seja, baseado na emoção e passado adiante mais rapidamente. Dessa forma, o boca-a-boca negativo pode estar mais fortemente associado a intenções comportamentais. Além das implicações comportamentais, a comunicação através de boca-a-boca negativo, feita por clientes insatisfeitos pode trazer impactos negativos à imagem das instituições financeiras (LUO, 2007, 2009 *apud* SANTOS; FERNANDES, 2010) de modo a influenciar negativamente no fluxo de caixa, preços de ações e lucratividade das empresas (GOLDENBERG *et al.*, 2007).

Atualmente, existe uma forma alternativa de comunicação boca-a-boca, realizada de forma eletrônica. Essa comunicação é difundida pela Internet através do correio eletrônico (e-mail), blogs, comunidades virtuais como *Facebook*, *Orkut*, *Twitter*, e demais formatos eletrônicos, onde a experiência pode ser relatada. Um exemplo desse canal de comunicação (LANFREDI, 2010) é o site denominado "reclame aqui!", onde o consumidor pode registrar sua insatisfação sem nenhum custo e os demais consumidores têm igualmente o acesso gratuito às reclamações de empresas, produtos e serviços. Do mesmo modo que o site reclame aqui, a revista brasileira *Proteste*, contém o resultado de testes com equipamentos e serviços e os compara com os seus concorrentes. Em adição a análise dos produtos, a revista traz informações sobre reclamações de consumidores, de modo a divulgar falhas em serviços prestados, e insatisfação gerada nos consumidores, em última análise, ela comunica de forma negativa as ações das empresas, produtos e prestadoras de serviços.

Com base nessa discussão teórica, propõe-se que:

H3: *Quanto menor a satisfação com a solução do problema maior a intenção de comunicação boca-a-boca negativa por parte do cliente.*

#### 2.2.1.4 Reclamação com a Empresa – *Voice*

Empresas disponibilizam aos clientes canais de comunicação onde as pessoas podem expressar-se livremente a respeito dos serviços prestados, como o Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC), disponível por meio eletrônico (site da empresa e comunicação por *chat* ou *e-mail*), também por telefone, com um número exclusivo e gratuito 0800, por formulário de papel disponível no estabelecimento comercial e pessoalmente, através comunicação verbal ou escrita a um representante da empresa. No caso de ocorrência de falha no serviço e conseqüentemente insatisfação por parte do consumidor, o cliente pode registrar formalmente

sua reclamação diretamente com a empresa (*voice*). O processo de reclamação à empresa (*voice*) refere-se às ações tomadas pelo consumidor para comunicar a sua insatisfação ao fornecedor, a respeito da negociação decorrente dessa comunicação de descontentamento Lanfredi (2010).

Singh (1988) aponta que a responsabilidade pela resolução do problema está contida em todos os responsáveis pela prestação de serviço desde o vendedor até o fabricante. Para o consumidor, buscar a reparação do problema junto à empresa pode ser considerado uma provável solução, expectativa de que haverá consequências desejáveis. Hawkins, Mothersbaugh e Best (2007) indicam que quando um consumidor está insatisfeito, a consequência mais favorável é comunicar essa insatisfação à empresa, pois isto alerta a empresa para problemas, permite correções e minimiza a comunicação boca a boca negativa (JATO *et al.*, 2008).

Clientes que reclamam (BATTAGLIA; BORCHARDT, 2010) estão dizendo à empresa que ela tem problemas operacionais ou gerenciais que precisam ser corrigidos. Oferecem à empresa uma oportunidade de restabelecer a satisfação do cliente. Quem reclama, segundo Bateson e Hoffman (2001), tem mais probabilidade de voltar a fazer negócios com a empresa do que quem não reclama.

Muitas vezes um cliente relata imediatamente sua insatisfação à empresa e como resposta, recebe um serviço ainda melhor do que havia recebido antes do problema ocorrido. Nessas situações, McCollough e Bharadwaj (1992 *apud* MATOS; HENRIQUE; ROSSI, 2007) indicam haver um paradoxo da recuperação de falhas no serviço, ou seja, quando um cliente insatisfeito recebe como solução algo superior a suas expectativas ele pode tornar-se mais satisfeito com o serviço do que anteriormente (quando não havia nenhum problema). Um exemplo dessa situação (ZEITHAML; BITNER; GREMLER, 2011) pode ser compreendida através de um hóspede de um hotel que chega à recepção para registrar-se e descobre que o quarto reservado não está disponível no tamanho e preço solicitados. Em um esforço de recuperação do cliente, a recepcionista do hotel não demora em oferecer um quarto melhor ao preço do quarto reservado. O cliente feliz com a compensação relata que está extremamente satisfeito com a experiência e muito mais impressionado com o hotel como do que jamais se sentira.

No entanto, em algumas situações de reclamação à empresa, o cliente pode deparar-se com reações de inércia diante do ocorrido. Essa situação pode gerar novamente insatisfação, configurando um duplo histórico de falha com aquele consumidor, o que poderia intensificar o efeito negativo da primeira falha da empresa na mente do consumidor

(BITNER; BOOMS; TETREAULT, 1990). Albuquerque (2009) destaca que a boa parte dos casos de retaliação ocorre após a tentativa de reclamação junto ao Serviço de Atendimento ao Consumidor (SAC) da empresa, pois o consumidor, ao não ser atendido pela segunda vez, tem os sentimentos de raiva e indignação potencializados, gerando a necessidade de vingança.

Com base nessa discussão teórica, propõe-se que:

H4: *Quanto menor a satisfação com a solução do problema maior a intenção de o consumidor reclamar com a empresa (voice).*

No próximo tópico, reclamação com órgão regulador- *Third Party*.

#### 2.2.1.5 Reclamação com Órgão Regulador - *Third party*

A reclamação com órgão regulador é o tipo de registro formal de um consumidor ou de uma empresa em relação ao fornecedor que falhou no atendimento. Para estes serviços há o recurso dos órgãos reguladores como Programa de Orientação e Proteção e ao Consumidor- PROCON, Sistema Nacional de Defesa do Consumidor- SNDC, ambos criados pelo Código de Defesa do Consumidor, e Defensoria Pública, entre outros. Nos casos mais graves e urgentes, a acessória jurídica paga pode ser necessária.

Entre as atribuições dos PROCONS estão: a apuração de denúncias apresentadas por entidades representativas da sociedade, pessoas jurídicas (entende-se empresas) ou consumidores individuais; informação e orientação dos consumidores sobre seus direitos e garantias; solicitação de apoio à polícia e ao poder judiciário quando estiver diante de um inquérito de apuração de delito contra o consumidor e esse for representado junto ao Ministério Público; fiscalização entre as relações de consumo e aplicação de sanções administrativas (ANS, 2011)

Embora exista um elevado número de reclamações dos consumidores brasileiros junto aos órgãos reguladores, em relação à insatisfação devido às falhas no serviço, os consumidores brasileiros têm à sua disposição instrumentos jurídicos que lhes garantem seus direitos nas relações de consumo (JATO *et al.*, 2008). Menezes (2003) corrobora que a legislação brasileira é avançada, comporta um nível complexo de defesa dos interesses dos consumidores, traz um excelente instrumental na defesa individual e coletiva dos interesses da comunidade consumidora.

Com base nessa discussão teórica, propõe-se que:

H5: *Quanto menor a satisfação com a solução do problema maior a intenção de o consumidor reclamar com órgão regulador (third party).*

## 2.3 VARIÁVEIS DE CONTEXTO

As variáveis de contexto apresentadas nessa dissertação, através da gravidade da falha, dos custos de troca, das trocas relacionais e dos planos individuais versus empresariais, referem-se aos serviços e planos de saúde.

### 2.3.1 Gravidade da Falha

A gravidade da falha no serviço refere-se à intensidade percebida pelo consumidor em relação ao problema no serviço prestado, conforme Weun *et al.* (2004 *apud* MATOS *et al.*, 2011). Quando mais grave a falha de serviço, maior será a percepção de perda pelo cliente. Pesquisas indicam que a gravidade da falha pode ter um aspecto negativo na satisfação do consumidor e intenção de recompra (SMITH; BOLTON, 1998 *apud* MATOS *et al.*, 2011). Em outras palavras, a falha de serviço pode ser tornar um meio para o cliente atualizar seu nível de satisfação acumulada. Experiências negativas derivadas de falhas podem influenciar nas futuras avaliações de satisfação por parte dos clientes.

### 2.3.2 Custos de Troca

Os custos de troca representam o esforço necessário para substituir o fornecedor de um determinado produto ou serviço por outro. Pode haver nesta transição alguns fatores que determinam esses esforços, como por exemplo, os riscos envolvidos em selecionar e se relacionar com um novo prestador de serviço, ou o custo de buscar um novo fornecedor, e ainda, a necessidade de iniciar o aprendizado com o serviço da nova prestadora, além da perda dos benefícios adquiridos ao longo do tempo de relacionamento - como programas de fidelidade - segundo Graeml e Graeml (2002).

Os autores Burnham, Frels e Mahajan (2003) e Patterson e Smith (2003) definem os custos de troca como a dificuldade que alguns consumidores passam para substituir o fornecedor com o qual obtiveram algum problema e estão insatisfeitos.

Brittos (2003) apresenta alguns exemplos de custos de troca que ocorrem no dia a dia dos consumidores como mudar de sistema operacional/marca de computador de *IBM-Microsoft* para *Apple*, onde o custo seria dispendioso, porque é necessário aprender a operar um novo sistema. Outros exemplos citados por Brittos (2003) são chamados de custos artificiais de troca, como os programas de fidelização, a exemplo dos de milhagem das companhias aéreas e cartões de crédito; e na TV por assinatura, o custo de troca é oneroso para o assinante, pois, normalmente, há o pagamento irrecuperável de uma pequena taxa de adesão à operadora.

No ambiente empresarial, Zlotnikov (1999) considera a troca de fornecedor um processo complexo e arriscado, onde as empresas devem avaliar o enorme custo envolvido na substituição, pois envolve desde a escolha do fornecedor até a utilização dos serviços e principalmente porque a escolha é feita de uma única vez para muitos usuários.

Outra abordagem interessante para os custos de troca é a incerteza, que segundo Schmalensee (1982), podem surgir no momento que o consumidor desconhece as características e benefícios do produto/serviço concorrente, então pode permanecer junto ao fornecedor atual ou testar o concorrente.

A respeito da natureza da perda envolvida na troca, Kemplerer (1995) sugere seis tipos de custos de troca:

- i. Custo da compatibilidade tecnológica*
- ii. Custos de transação- trocar de fornecedor*
- iii. Custos de aprendizagem*
- iv. Custo de risco- incerteza sobre a qualidade de marcas não testadas*
- v. Custos contratuais- indenizações por quebra de contratos*
- vi. Custos psicológicos- custos não econômicos relacionados com a lealdade a marcas ou produtos*

Corroborando com a classificação de Kemplerer (1995) e adicionando variáveis específicas para alguns custos afetivos, Burnham, Frels e Mahajam (2001) incluem mais dois custos de troca em suas classificações, no total de oito tipos:

- i. Custos do risco econômico- incerteza em adotar um novo fornecedor sobre o qual não possui informação suficiente*
- ii. Custos de avaliação- buscar informações e analisar a decisão de troca*
- iii. Custos de aprendizagem- relacionados a tempo e esforços adquiridos nas novas habilidades (know-how) a fim de usar um novo produto ou serviço*

*iv. Custos de implementação-* tempo e esforços necessários para inicializar um relacionamento com novo fornecedor

*v. Custos dos benefícios perdidos-* associados aos contratos que criam benefícios econômicos para permanecer com o atual fornecedor

*vi. Custos das perdas monetárias-* relacionados aos prejuízos que se incorre ao se mudar de fornecedores

*vii. Custos de perda do relacionamento pessoal-* perdas afetivas associadas com a quebra de vínculos de identificação formados com as pessoas as quais o consumidor interage. Na prestação de serviço essa perda pode ser significativa para ambas as partes.

*viii. Custos da perda de relacionamento com a marca-* perdas afetivas relacionadas com a quebra de vínculos de identificação que tenham sido formados com a marca, serviço ou fabricante pelo consumidor.

Existe uma forma extrema, considerada de alto custo de troca, chamada aprisionamento de clientes, que consiste na possibilidade do consumidor perceber o custo de mudança sendo tão elevado que a troca pode se tornar inconcebível, deste modo, o cliente torna-se um "prisioneiro" diante do fornecedor (GRAEML; GRAEML, 2002). O aprisionamento também pode limitar futuras decisões de investimento, segundo Shapiro e Varian (1999) em função de compromissos contratuais e indenizações compensatórias, treinamentos específicos, aquisição de produtos e serviços complementares apenas do fabricante original, entre outros.

### **2.3.3 Trocas Relacionais - Nível de Relacionamento**

O nível de relacionamento entre usuários e prestadores de serviços pode ser mensurado através das trocas relacionais. Quanto mais frequente, satisfatório e intenso as trocas, maior o nível de relacionamento. Nessa dissertação de mestrado em que é apresentada a insatisfação com planos de saúde, as trocas relacionais podem ser reveladas através da preferência por um determinado médico, hospital, laboratório de análises clínicas.

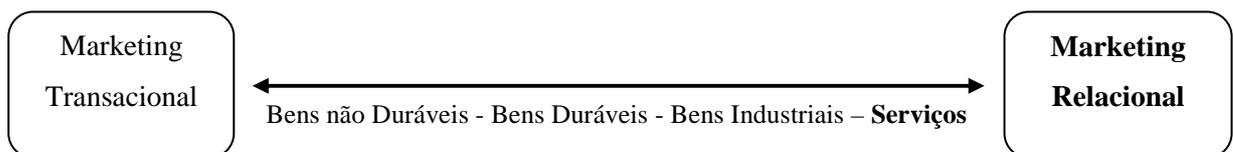
Os serviços estão ligados mais intensamente ao marketing relacional (troca relacional) do que ao marketing transacional (também chamado de troca transacional ou discreta). Macneil (1974, p. 1978) distingue as transações discretas, de duração geralmente curta e comunicação limitada e ausência de laços estreitos entre as partes, das trocas relacionais, com orientação de longo prazo e ancoradas em relações de cooperação, confiança

e comprometimento, assim, demarca os dois extremos e traz mais clareza ao entendimento do marketing de relacionamento. A ideia de *continuum*, onde num polo há trocas transacionais e no outro polo as trocas relacionais, iniciou com Jackson (1985), depois foi corroborada por Dwyer, Schurr e Oh (1987) e Grönroos (1993).

Entende-se por trocas transacionais aquelas envolvendo bens não duráveis e *commodities*, com o mínimo relacionamento pessoal e nenhuma obrigação para trocas futuras; já nas trocas relacionais, existem ações cooperativas, divisão de benefícios e planos para futuras trocas, assim como o serviço (SANTOS, 2001). No esquema abaixo, é possível explicitar as o pensamento de um *continuum* onde nos polos opostos estão o marketing transacional e o marketing relacional.

Na figura 6 ainda é possível diferenciar os tipos de bens entre não duráveis, duráveis e industriais além dos serviços.

Figura 6 - Marketing Transacional e Marketing Relacional.



Fonte: Grönroos (1994, adaptado pela autora).

Morgan e Hunt (1994) indicam que as trocas relacionais são as atividades de marketing direcionadas ao estabelecimento, desenvolvimento e manutenção do relacionamento bem sucedido entre clientes e fornecedores. Trocas relacionais bem sucedidas implicam ganhos mútuos com orientação de longo prazo, isto é, ganhos permanentes maximizados no longo prazo, o que pode ser aplicado a um amplo espectro de situações de troca de acordo com as peculiaridades de cada mercado (SLONGO; MÜSSNICH, 2005).

Wilson e Vlosky (1997) desenvolveram uma escala para explicar as relações entre clientes e fornecedores, e concluíram que quanto mais intensos e latentes forem os atributos (entre os atributos que consideraram para sua pesquisa estão: dependência do fornecedor, nível de comparação com fornecedores alternativos, investimentos no relacionamento, troca de informações, confiança e comprometimento), maior será o nível de relacionamento entre as partes.

Colaborando com a pesquisa de Wilson e Vlosky (1997), Garbarino e Johnson (1999), incorporam os construtos confiança e comprometimento nas relações entre clientes e

fornecedores. Gröonros (2000) indica que as trocas relacionais estão associadas ao comprometimento entre as partes relacionadas e ao fato de ambas negociarem.

O comprometimento é fundamental para as relações de longo prazo, os envolvidos precisam sentir-se comprometidos para manter a relação e valorizar a relação que estabeleceram. Já a confiança exerce papel fundamental nas trocas relacionais, de acordo com Berry (1995), Kumar (1996), Nooteboom, Berger e Noorderhaven (1997), Tax, Brown e Chandrashekarán (1998), Gabarino e Johnson (1999) e Santos (2001).

### **2.3.4 Plano Individual Versus Empresarial**

Os planos de saúde podem ser classificados em individual ou empresarial.

Convênios com operadoras de saúde tornam-se uma opção para grande parte da população, em especial as camadas médias, que desejavam uma melhora em relação ao atendimento médico. Esta faixa procura não submeter-se à demora em conseguir atendimento através do Sistema Único de Saúde SUS, mas também não tem condições de pagar pelo atendimento particular (PEREIRA, 2002).

No individual ou privado, o usuário é quem escolhe a operadora de saúde que gostaria de associar-se. Os beneficiários de planos de saúde individuais também são os responsáveis pelo pagamento total dos custos do plano escolhido. Desta forma, muitos são fatores levados em consideração pelos clientes a optarem por uma empresa prestadora de serviço em saúde, entre elas a sensação de proteção maior, por escolher uma cobertura em saúde além da governamental- (SUS); o custo de investimento mensal; a cobertura de exames e internação, assim como o tempo de carência entre outros.

O plano empresarial é um plano coletivo que tem uma relação direta com a empresa onde o beneficiado do plano trabalha. O plano pode ser totalmente ou parcialmente pago pela empresa. O funcionário não decide qual a operadora de plano de saúde vai obter, a escolha é geralmente feita pelos diretores da empresa em que trabalha, em conjunto com a área de Recursos Humanos da mesma.

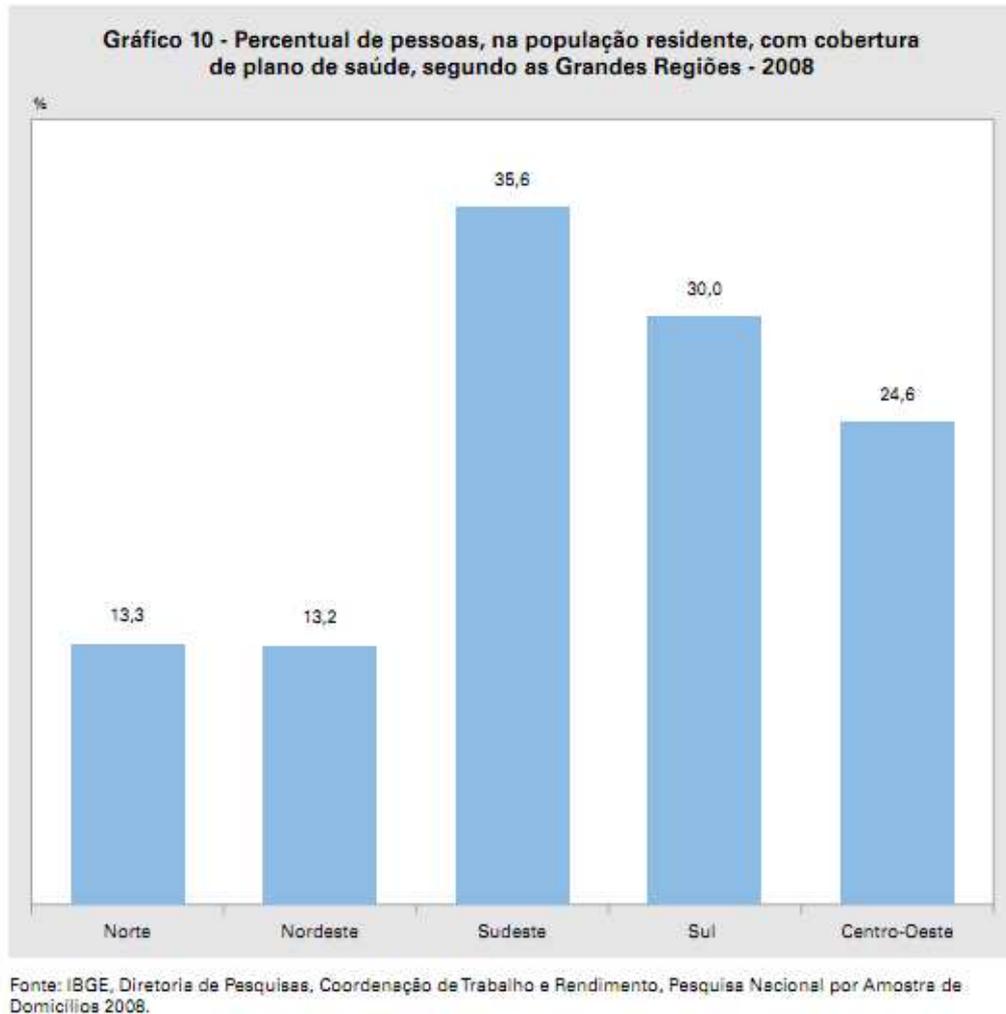
Os custos para os usuários de planos coletivos são menores, porém as carências, cobertura de exames e internação variam de acordo com a escolha do usuário. Esses planos podem possuir uma cobertura básica, com restrições de atendimento por região e nas acomodações. Isso pode ser ruim na praticidade, mas é muito mais econômico do que um plano particular, seja individual ou familiar. É possível que no plano empresarial seja

permitida a inclusão de dependentes, geralmente a/o esposa (o) e os filhos, porém é necessária a consulta prévia junto à empresa que o beneficiário trabalha.

Em junho de 2012, o governo brasileiro aprovou uma lei onde o titular pode continuar com o plano empresarial mesmo se desligado da empresa em que trabalhava, desde que continue pagando as mensalidades.

Segundo pesquisa nacional por amostra de domicílios, realizada pelo IBGE em 2008, intitulada de um panorama da saúde no Brasil, acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção á saúde, no mesmo ano, 25,9% da população brasileira, ou seja, 49,2 milhões de pessoas dispunham de pelo menos um plano de saúde. Entre estas, 77,5% estavam vinculadas a planos de empresas privadas e 22,5% a planos de assistência ao servidor público. As Regiões Sudeste e Sul registraram percentuais (35,6% e 30,0%, respectivamente), aproximadamente três vezes maiores do que os percentuais verificados para o Norte (13,3%) e Nordeste (13,2%), conforme gráfico1, abaixo.

**Gráfico:** Percentual de pessoas, na população residente, com cobertura de plano de saúde, segundo as Grandes Regiões-2008.



**Fonte:** Pesquisa nacional por amostra de domicílios, intitulada de um panorama da saúde no Brasil, acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção á saúde (IBGE, 2011).

No contexto dos Serviços em Saúde na região sul do Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) aponta que 33,80% do total populacional de 10.693,929 dos residentes no Rio Grande do Sul (RS) possuem cobertura de plano de saúde. A seguir, tabela da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), sobre o acesso e utilização dos Serviços, Condições de Saúde e Fatores de Risco e Proteção à Saúde em 2008.

Figura 7 - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - IBGE 2008.

---

**INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE**

PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS – PNAD

Acesso e Utilização dos Serviços, Condições de Saúde e Fatores de Risco e Proteção à Saúde 2008

---

População residente que auto-avaliou seu estado de saúde como muito bom ou bom	78%
População residente que realizou consulta médica nos 12 meses anteriores a data da entrevista	71%
População residente que consultou dentista nos 12 meses anteriores a data da entrevista	48%
População residente que declarou ter alguma doença crônica	38%
População residente com cobertura de plano de saúde	34%
População residente que sofreu alguma internação hospitalar nos 12 meses anteriores a data da entrevista	7%
Mulheres de 40 anos ou mais de idade que fizeram exame clínico das mamas realizado por médico ou enfermeiro nos 12 meses anteriores a data da entrevista	45%
Mulheres de 50 a 69 anos de idade que fizeram exame de mamografia nos 2 anos anteriores a data da entrevista	59%
Mulheres de 25 a 59 anos de idade que fizeram exame preventivo para câncer do colo do útero nos 3 anos anteriores a data da entrevista	82%
População residente, que sempre ou quase sempre dirigia ou andava como passageiro de automóvel ou van	53%
Pessoas que dirigiam ou andavam como passageiros no banco da frente de automóvel ou van, que sempre ou quase sempre usavam cinto de segurança no banco da frente	93%
Domicílios particulares permanentes cadastrados no programa Unidade de Saúde da Família	37%

---

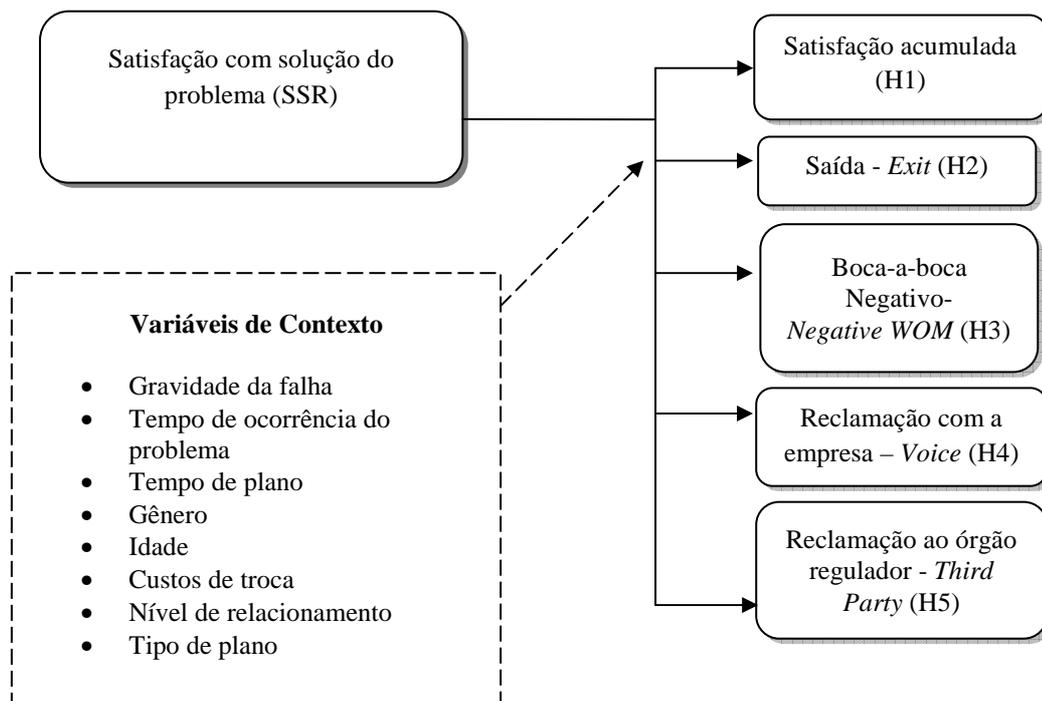
Fonte: IBGE (2011).

Os estudos relacionados aos planos de saúde empresariais e individuais ainda são escassos no cenário brasileiro e, portanto, restritos para pesquisas acadêmicas. Para essa dissertação de mestrado serão utilizados os dados do IBGE e ANS como base para pesquisa.

### 3 MODELO DE PESQUISA

O modelo de pesquisa pode ser representado por uma imagem gráfica (figura) que explica o estudo de forma sucinta. A elaboração dos constructos foi obtida através do aprofundamento na literatura acadêmica mencionada no referencial teórico, fundamentadas pelos autores Milan e Trez (2005) referente aos atributos da satisfação acumulada, por Singh (1988), por Matos *et. al.* (2011) e por Casado, Nicolau e Mas (2011) referente às respostas comportamentais de clientes em situações de falhas de serviços, e, por Matos, Vieira e Veiga (2011), referente à influência de variáveis contextuais, conforme figura 8.

Figura 8 - Respostas comportamentais encontradas envolvendo falha em serviço: comportamento do consumidor de planos de saúde.



Fonte: Elaborado pela autora.

## 4 MÉTODOS E PROCEDIMENTOS

Neste capítulo são discutidos os principais aspectos da metodologia aplicada a essa dissertação de mestrado. Isto inclui o tipo de pesquisa, a elaboração dos questionários, o procedimento de coleta de dados e a análise de dados.

### 4.1 TIPO DE PESQUISA

A pesquisa realizada nesta dissertação de mestrado é caracterizada por uma pesquisa quantitativa, descritiva, do tipo *survey* de corte transversal.

A pesquisa quantitativa trabalha com análises estatísticas de uma amostra da população estudada, no caso desta dissertação são os usuários de planos de saúde com escolha individual e empresarial da cidade de Porto Alegre e região metropolitana. Emprega a quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto dos tratamentos delas por meio de técnicas estatísticas com a intenção de garantir a precisão de resultados (RICHARDSON, 1999).

Freitas *et al.* (2000), citam Pinsonneault e Kraemer (1993), e classificam o propósito descritivo da pesquisa como a busca da identificação das situações, eventos, atitudes ou opiniões manifestadas em uma população; a distribuição de algum fenômeno na população ou entre os subgrupos da população ou ainda, faz uma comparação entre as distribuições. É possível descrever esse tipo de pesquisa como conclusiva, que tem como principal objetivo a descrição de algo, normalmente características ou funções de mercado (MALHOTRA, 2001, p.108). E, a análise descritiva é usada para medir as características que descrevem a pesquisa, baseada nas hipóteses derivadas da teoria, que normalmente servem de guia para o questionário (HAIR *et al.*, 2005, p.86).

A pesquisa *survey* pode ser descrita como a obtenção de dados ou informações sobre as características, ações ou opiniões de determinado grupo de pessoas, indicado como representante de uma população-alvo, por meio de instrumento de pesquisa, normalmente um questionário (FREITAS *et al.*, 2000, p.105). Malhotra (2001) afirma que a pesquisa *survey* geralmente se baseia em um questionário estruturado dado a uma amostra de uma população e destinado a coletar informações específicas dos investigados.

Pesquisa *survey* também pode ser descrita como um procedimento para coleta de dados primários a partir de indivíduos. São usadas quando o projeto de pesquisa envolve a

coleta de informações de uma grande amostra de indivíduos (HAIR *et al.*, 2005). Por fim, *survey* (COLLINS; HUSSEY, 2005) é uma metodologia positivista na qual uma amostra de sujeitos é retirada de uma população e estudada para se fazer inferências sobre essa população. Se a amostra é representativa, podem-se encontrar muitas características da população na amostra.

O corte transversal abrange grande parte das pesquisas do tipo *survey*, e descreve os elementos da pesquisa em um determinado momento. Envolvem a coleta das informações de qualquer amostra dos elementos de uma população somente uma vez (MALHOTRA, 2001, p.109). Os dados são coletados em um único ponto no tempo e sintetizados estatisticamente (HAIR *et al.*, 2005). Para Collis e Hussey (2005), o corte transversal é projetado para obter informações sobre variáveis em diferentes contextos, mas simultaneamente. Os estudos com esse perfil são realizados quando há limites de tempo ou de recursos, os dados são coletados apenas uma vez, em um período curto de tempo e depois são analisados e relatados. Costumam ser usados para investigar características econômicas de grandes contingentes populacionais ou organizações onde há muitos problemas associados a eles.

## 4.2 ELABORAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

O questionário dessa pesquisa foi elaborado com base em escalas utilizadas anteriormente por outros autores como Keaveney (1995), Garbarino e Johnson (1999), Burnham, Mahajan e Frels (2003), Milan e Trez (2005), Matos *et al.* (2011), e Casado, Nicolau e Mas (2011).

O questionário inicia com uma pergunta fechada (sim ou não) com o intuito de saber do respondente, se ele possui plano de saúde. Caso o mesmo respondesse não, era redirecionado ao final do questionário, em um espaço destinado a sugestões. A pergunta seguinte indica o tipo de plano de saúde, se empresarial ou individual.

Depois das perguntas introdutórias, o respondente foi convidado a lembrar de algum problema com algum plano de saúde nos últimos seis (6) meses ou mais, tomando como referência os estudos sobre falhas de serviços. A terceira questão da pesquisa, depois de o participante ter lembrado algum problema relacionado ao plano de saúde, era de múltipla escolha, e as opções foram: (1) Relacionado a preço, (2) Erro ou problema com serviço, (4) Respostas insatisfatórias para algum problema prévio, (5) Esperar demais/ Inconveniência, (8) Interação com funcionário, (9) Problema ético, (11) Outro (essa questão deixava o

participante livre para descrever o problema específico) (KEAVENLY, 1995) e (3) Comunicação, (6) Relacionado aos médicos, (7) Local de atendimento, (10) Conveniência (MILAN; TREZ, 2005).

A quarta questão destinava-se a conhecer a gravidade da falha do serviço, conforme adaptação da escala Likert de 7 pontos de Smith e Bolton (1998). Foi utilizada uma escala Likert de 10 pontos para melhor compreensão do participante, variando de 1= pouco grave e 10 = muito grave. A quinta questão (aberta), pergunta ao participante quanto tempo ocorreu o problema em número de meses ou anos. A sexta e a sétima questões solicitam ao participante uma resposta fechada (sim ou não) a respeito da atitude após a falha de serviço: (6) Você trocou de plano de saúde e (7) Você reclamou? A partir da sétima questão, o participante que optou pela resposta sim, responde a questão (8) Como reclamou? Esses itens mediam a comportamento de reclamar diretamente à empresa (*voice response*), intenção de reclamar junto a terceiros como o órgão de proteção ao consumidor (*third-party*) e a intenção de falar para amigos e parentes da má experiência (*private response*) e seguem a tipologia de Singh (1988). Na oitava questão o usuário pode escolher mais de uma alternativa de resposta entre: (1) Eu fui pessoalmente a empresa, (2) Falei mal da empresa para amigos e parentes, (3) Reclamei para órgãos reguladores como Procon- Programa de Orientação e Proteção ao Consumidor, ou Defensoria pública, (4) Eu escrevi uma carta/ e-mail para a empresa, (5) Eu liguei para empresa, (6) Outro (essa questão deixava o participante livre para descrever o modo como reclamou de maneira específica). Em caso de resposta negativa na sétima questão, o respondente pularia da oitava para nona questão: (9) Se não reclamou, por quê?

No seguinte bloco do questionário, foi medida a Satisfação com a Resolução do Problema (SSR) através de três (3) itens adaptados da escala de Maxham e Netemeyer (2002), com a utilização de escala Likert de 10 pontos, onde a variação é de 1= discordo totalmente a 10 = concordo totalmente. Em relação à resposta do plano de saúde: (10.1) o plano de saúde ofereceu solução satisfatória ao meu problema, (10.2) estou satisfeito com a forma como o plano resolveu este problema particular. (10.3) considerando essa experiência, estou satisfeito com o plano.

A décima primeira questão concentrava-se em saber a intenção do participante sair/ cancelar do plano de saúde. Baseado nos modelos de Keaveney (1995); e Casado, Nicolau e Mas (2011), a pergunta: após esta experiência com o plano, você pensou em... foi adaptada para ser respondida através de uma escala Likert de 10 pontos onde 1 = discordo totalmente e 10= concordo totalmente com a resposta (11) sair/ cancelar o plano de saúde.

Na décima segunda questão foi medido o custo de troca por meio de três itens e escala Likert de 10 pontos adaptado de Burnham, Frels e Mahajan (2001). O respondente era convidado a imaginar que por causa da falha no serviço, ele pense em mudar para outro plano de saúde, se mudasse (12.1) teria custos financeiros, (12.2) teria custos de tempo e esforço para contratar um novo plano e (12.3) teria custos para iniciar um novo relacionamento.

A seguir, a décima terceira questão foi medida o nível de relacionamento por meio de 3 itens e escala Likert de 10 pontos, com base em Garbarino and Johnson (1999). A pergunta para o participante era: Antes de experimentar este problema, como era o seu relacionamento com o plano de saúde? Nas respostas: (13.1) Eu estava muito comprometido com meu relacionamento com este plano, (13.2) Eu pretendia manter meu relacionamento com esse plano de saúde por um longo tempo.

A décima quarta questão os participantes foram questionados sobre suas futuras intenções de reclamar, empregando uma escala adaptada composta por três itens que variavam de 1 = nada disposto a 10 = totalmente disposto (SINGH, 1988; VOORHEES; BRADY, 2005). Esses itens mediam a intenção de reclamar diretamente à empresa (*voice response*), intenção de reclamar junto a terceiros como o órgão de proteção ao consumidor (*third-party response*), intenção de falar para amigos e parentes da má experiência (*private response*).

No bloco seguinte, houve a abordagem a respeito da satisfação acumulada do usuário em relação aos serviços prestados pelo plano de saúde. A questão quinze (15) era formada por 24 itens adaptados da escala Likert de 10 pontos, variando de 1= totalmente insatisfeito e 10 = totalmente satisfeito com base em Milan e Trez (2005).

Por fim os participantes respondiam questões sobre gênero (feminino ou masculino) idade, dividida em faixas (1) até 25 anos, (2) entre 26 e 30 anos, (3) entre 31 e 40 anos, (4) entre 41 e 60 anos e (5) acima de 65 anos. Na sequência, uma questão aberta sobre o tempo que é ou era cliente do plano de saúde, medido em anos e meses e, então espaço livre para identificar o plano de saúde e comentários. O questionário pode ser visto no apêndice A.

#### 4.3 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Durante a coleta de dados, enfatizou-se o caráter institucional e científico da pesquisa, a fim de motivar os participantes.

A população da pesquisa, que é descrita como a coleção de elementos ou objetivos que possuem a informação procurada pelo pesquisador e sobre os quais devem ser feitas

inferências (MALHOTRA, 2001), foi o conjunto de usuários de planos de saúde individual e empresarial de Porto Alegre e região metropolitana. A amostra desta pesquisa foi de 225 usuários de planos de saúde.

Durante as análises estatísticas, a amostra foi reduzida de 225 questionários no total, para 210 questionários válidos, em função das respostas incompletas ou faltantes (*missing*) e dos valores extremos (*outliers*), a fim de se obter o número de respostas válidas ao final da etapa de preparação dos dados.

A escolha da amostra deve ser aquela que melhor represente a população. Neste estudo a amostragem não probabilística foi obtida através da seleção dos usuários de planos de saúde individuais e empresariais, e também daqueles localizados na capital gaúcha e região metropolitana, excluindo os de outras regiões. Assim, nem todos os indivíduos da população têm a mesma chance de serem selecionados, o que torna os resultados não generalizáveis, segundo Freitas *et al.* (2000). Ao estudar uma população de difícil identificação (criminosos, por exemplo), grupos específicos de indivíduos, como pacientes, ou ainda se houver restrição no orçamento de pesquisa, Fink (1995a), aponta como vantagem a amostragem não probabilística. Malhotra (2001) descreve que esta amostragem não utiliza seleção aleatória dos elementos e por isso confia no julgamento pessoal do pesquisador.

Embora haja divergência entre os autores e considerações estatísticas desfavoráveis para este procedimento, optou-se por esse tipo de amostra devido ao tema ser pouco explorado, a dificuldade de acesso à base de clientes de planos de saúde individual e empresarial, a identificação com o grupo estudado (pacientes), a conveniência do pesquisador e a restrição no orçamento da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada por meio de questionários estruturados e as análises se basearam em técnicas estatísticas univariadas (análises descritivas e análises de variância) e multivariadas - regressão linear.

O método *survey* para coletar dados (MALHOTRA, 2001, p.186) pode ser referido conforme o modo da realização da entrevista, por exemplo, através de entrevista pessoal, onde o pesquisador e o respondente encontram-se pessoalmente. Existem outras formas de coletar dados no método *survey* como aquela realizada através de ligação telefônica, onde as pessoas conversam por meio de um aparelho telefônico e o pesquisador dita as perguntas do questionário e o respondente diz qual a sua opção de resposta, ainda, através do envio de questionários pela Internet, diretamente para o endereço eletrônico (e-mail) do respondente, e também através das redes sociais, como o *Facebook*, por exemplo, onde o usuário pertencente a rede social recebe um endereço de um *site* (*link*) para acessar a pesquisa on-line.

Para este estudo, foram selecionadas três formas de coletar os dados: entrevistas pessoais, questionário enviados pela Internet para o email pessoal e através link direcionado aos usuários do *Facebook*. Esses meios foram escolhidos devido à alta velocidade em obter as respostas dos usuários a respeito de informações delicadas (como é o caso da declaração de insatisfação) e do elevado controle de amostras.

Na primeira forma de coletar os dados, com entrevistas pessoais, o pesquisador perguntava as questões ao respondente e então, anotava as suas respostas no questionário; ou, de outra maneira, o próprio respondente preenchia o questionário e após a conclusão entregava-o ao pesquisador. A segunda forma, eletrônica, foi realizada através do envio de um link por e-mail, onde o questionário estava formatado no *Google docs* e então ao acessar o link, o usuário poderia responder o questionário por meio de “*click’s*” sobre a resposta que mais condizia com o seu pensamento. Para a divulgação do link com o questionário dessa pesquisa foi utilizado listas aleatórias de emails e também a página do *Facebook*.

Estes contatos foram realizados no mês maio de 2012, sendo que da maneira interpessoal (pesquisador e respondente) seguiu do dia 14 ao dia 31 de maio de 2012 e a forma eletrônica do dia 13 ao dia 25 de maio de 2012.

A aplicação dos questionários foi realizada com a presença do entrevistador em sala de aula, com alunos da graduação da Unisinos, em consultórios médicos, clínicas médicas especializadas e pronto atendimentos médicos. O formato eletrônico obteve baixa aderência no primeiro final de semana, com apenas 4 respondentes, e no final da pesquisa somaram-se no total de 53 pessoas respondentes via web. Já as entrevistas pessoais somaram 172 respondentes. Tanto o questionário em formato eletrônico elaborado no *Google docs* quanto o questionário das entrevistas pessoais estão disponíveis nos apêndices A e B no final dessa dissertação.

## 4.4 ANÁLISE DE DADOS

### 4.4.1 Preparação dos Dados

Após a coleta de dados, os dados foram processados no software de análise preditiva e soluções IBM SPSS® 18 (*Predictive analytics software and solutions*) e as seguintes análises foram realizadas: verificação de dados ausentes (*missing values*) e

observações atípicas (*ouliers*) conforme indicado por Hair, Anderson, Tatham e Black (2009).

#### 4.5.1.2 Dados Ausentes ou *Missing Values*

Os dados ausentes nas respostas da pesquisa são conhecidos por *missing values*. De acordo com Hair *et al.* (2005), *missing values* são as informações de um indivíduo que não estão disponíveis para análise, devem ser examinados e tratados e recomenda-se que representem menos de dez por cento (10%) dos dados coletados (KLINE, 2005). Caso haja a possibilidade de correção, é recomendado que fossem verificados e manipulados, mas, ainda para alguns casos, a melhor opção para tratamento dos *missing values* pode ser a eliminação destes questionários com os dados ausentes. Outra sugestão de Hair *et al.* (2005) é a substituição alguns dos casos com dados faltantes pela média das respostas dos questionários válidos. Em concordância, Malhotra (2001), aconselha quatro alternativas para tratamento dos dados em relação às respostas faltantes: substituir por um valor neutro, substituir por uma resposta já imputada, suprimir caso a caso ou ainda suprimir aos pares.

Para identificar padrões e relações existentes entre os dados ausentes é necessário identificar o tipo de dado, determinar a extensão deste, diagnosticar a aleatoriedade dos processos de perda e selecionar o método de atribuição a ser utilizado (HAIR *et al.*, 2005).

Dos duzentos e vinte cinco (225) casos do total coletado na pesquisa sobre os planos de saúde, a ocorrência de dados ausentes foi abaixo de dez por cento (10%) do total da amostra, cerca de nove (9) casos ou 4%, foram excluídos, conforme diretriz descrita por Hair *et al.* (2005). Dos 216 restantes houve dois (2) casos de ausência de dados na mesma variável sobre satisfação. No final, excluindo os casos de *missing values*, a amostra ficou com 214 casos e ainda assim existem alguns dados ausentes em pequenas quantidades.

Conforme a tabela 1 são descritos o número de *missing values* por caso. Houve dois casos com quatro *missing values*, três casos com dois *missing values* e seis casos com um *missing values*. Desta forma é possível demonstrar a aleatoriedade dos dados ausentes da amostra, conforme tabela 1.

Tabela 1 - Número de casos dos dados ausentes (*missing*).

Número de Casos	Número de Dados Ausentes (Missing)
2	4
3	2
6	1

Fonte: Elaborada pela autora.

#### 4.5.1.3 Análise de Observações Atípicas ou *Outliers*

As observações atípicas representam, segundo Hair *et al.* (2009, p.77), “uma combinação única de características identificáveis como sendo notavelmente diferente das outras observações”. *Outliers* são pontos extremos, respondentes cujos valores possuem comportamentos distintos dos demais respondentes. Estas respostas podem ter impacto sobre a validade dos resultados, portanto devendo ser identificados e tratados, é o que recomenda Hair *et al.* (2005). Para a identificação das observações atípicas, foram utilizados dois métodos de análise: detecção univariada e multivariada.

Conforme Hair *et al.* (2009, p.78), “identificação univariada das observações atípicas examina a distribuição de observações para cada variável na análise e seleciona como atípicos aqueles casos que estão nos extremos (altos e baixos) dos intervalos da distribuição”.

Nos dados analisados na pesquisa foram encontrados quatro indivíduos com respostas atípicas ou *outliers*. Entre elas, o custo de troca mais baixo, baixo nível de relacionamento e pequena intenção de fazer boca a boca negativo, além do maior tempo de experiência com o problema.

As questões onde surgiram as respostas *outliers* foram: 12-a (você teria custos financeiros ao trocar de plano de saúde), 12-b (você teria custos de tempo e esforços para contratar um novo plano de saúde), 12-c (você teria custos para iniciar um novo relacionamento com o plano de saúde), 13-a (Eu, usuário, estava muito comprometido com meu relacionamento com este plano de saúde), 13-b (Eu, usuário, pretendia manter meu relacionamento com esse plano de saúde por um longo tempo), 14-b (intenção de o usuário falar para amigos e parentes da sua má experiência com o serviço prestado pelo plano de saúde) e 5 (Há quanto tempo ocorreu este problema com o plano de saúde –medido em meses). Diante das análises, após a preparação dos dados a amostra final é de 210 casos, conforme tabela 2.

Tabela 2 - Análise descritiva de *outliers*.

ANÁLISE DESCRITIVA DE <i>OUTLIERS</i>					
Questões	<i>Outlier</i>	N	Média	Desvio Padrão	Significância
Você teria custos financeiros.	Não	210	7,23	3,03	0,037
	Sim	4	4	4,08	
	Total	214	7,17	3,07	
Você teria custos de tempo e esforços para contratar um novo plano.	Não	210	7,45	2,90	0,008
	Sim	4	3,5	3,79	
	Total	214	7,38	2,96	
Você teria custos para iniciar um novo relacionamento.	Não	210	6,78	3,09	0,01
	Sim	4	2,75	2,36	
	Total	214	6,7	3,12	
Eu estava muito comprometido com meu relacionamento com este plano	Não	210	6,68	2,77	0,006
	Sim	4	2,75	3,5	
	Total	214	6,6	2,83	
Eu pretendia manter meu relacionamento com esse plano de saúde por um longo tempo.	Não	209	7,65	2,58	0,047
	Sim	4	5	4,69	
	Total	213	7,6	2,64	
Falar para amigos e parentes da sua má experiência	Não	210	7,6	3,00	0,012
	Sim	4	3,75	4,27	
	Total	214	7,53	3,06	
Há quanto tempo ocorreu este problema? (medido em meses)	Não	209	12,41	14,59	0,001
	Sim	4	114	62,35	
	Total	213	14,32	21,33	

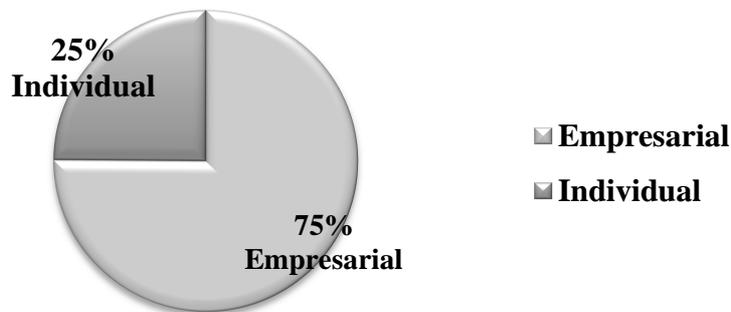
Fonte: Elaborada pela autora.

#### 4.4.2 Perfil da Amostra

O perfil da amostra dessa pesquisa caracteriza-se pela totalidade dos respondentes, cem por cento (100%) possuem ou já terem possuído algum plano de saúde diferente do oferecido gratuitamente na rede pública brasileira como SUS (Sistema único de Saúde).

Em relação aos tipos de planos de saúde, a maioria dos respondentes, setenta e cinco por cento (75%) possui plano de saúde empresarial, enquanto vinte e cinco por cento (25%) possuem plano de saúde individual. Conforme o gráfico 2, a distribuição da amostra pelo tipo de plano de saúde.

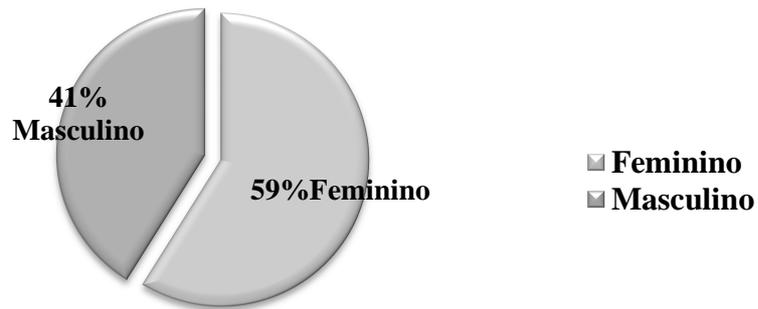
Gráfico 2 - Distribuição da amostra pelo tipo de plano de saúde.



Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação ao gênero, a maior parte das pessoas declara ser do gênero feminino, com cinquenta e nove por cento da amostra (59%), seguidos de quarenta e um por cento (41%) pertencentes do gênero masculino. No gráfico 3 está demonstrada a distribuição por gênero da amostra da população dos usuários de planos de saúde dessa pesquisa.

Gráfico 3 - Distribuição da amostra pelo gênero.



Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação à distribuição etária dos entrevistados, pode-se observar que estão distribuídas de maneira homogênea, conforme tabela 3, abaixo. A maioria das pessoas por faixa etária está entre 31 e 40 anos (33%), seguida da faixa entre 41 e 60 anos (23%), depois entre 26 e 30 anos (22%), faixa de até 25 anos (20%) e por fim com menor número de respondentes, acima de 65 anos (2,4%).

Tabela 3 - Distribuição dos usuários de planos de saúde por idade.

<b>Idade</b>	<b>Nº de Pessoas</b>	<b>Percentual</b>
Até 25 anos	42	20
Entre 26 e 30 anos	46	21,9
Entre 31 e 40 anos	69	32,9
Entre 41 e 60 anos	48	22,9
Acima de 65 anos	5	2,4
<b>Total</b>	<b>210</b>	<b>100</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

#### 4.4.3 Análise Descritiva da Falha de Serviço dos Planos de Saúde

Na análise descritiva da falha de serviço dos planos de saúde, são descritos a gravidade do problema, a reação do usuário depois da falha dos serviços e o modo como o cidadão se manifestou após insatisfação.

A classificação de gravidade dos problemas ocorridos em relação aos planos de saúde foi de 5,13 na média das respostas com desvio padrão de 2,7, sendo a possibilidade de respostas variarem entre 1 e 10. Pode-se inferir que a maioria dos respondentes usuários de planos de saúde acredita que o problema ocorrido não é pouco nem é muito grave.

Diferente de estudos anteriores, onde foi analisado o comportamento do consumidor após as falhas em serviços de telefonia e nos serviços bancários (por ex. MATOS, 2012), em que a média de tempo do problema ocorrido era de 6 (seis) meses, neste estudo, o tempo médio da ocorrência da falha na prestação de serviço do plano de saúde foi de doze meses (12,41 meses), em média.

É possível inferir, que mesmo sendo maior o tempo de ocorrência da falha, os respondentes continuam comportando-se de maneira contrariada com o episódio. Talvez essa conduta insatisfatória possa ser o resultado de uma expectativa além da esperada, como por exemplo, a rapidez no atendimento médico enquanto se está doente e frágil, ou então em relação ao tipo de doença e até mesmo condição atual do indivíduo, como gestação, ser idoso. Ainda é possível que este episódio de falha no serviço em saúde tenha sido grave para o respondente (seja com ele mesmo ou com alguém de sua família ou convívio), e que a lembrança ruim esteja presente após um ano do acontecimento. E ainda, pode-se inferir que o indivíduo tenha experimentado um elevado custo para substituir o plano de saúde que tinha, seja ele com o tempo desperdiçado, com as despesas monetárias ou de honorários, de compreensão de novas regras do plano e até de relacionamento com os profissionais que o atenderam.

Em relação à troca dos planos de saúde após episódio de falha de serviço, a maioria dos usuários, (86%) não trocou de plano embora estivessem com algum problema relacionado ao serviço, enquanto a minoria descontente (14%) optou por trocar ou sair do plano de saúde, conforme tabela 4, abaixo.

Tabela 4 - Usuários de planos de saúde que trocaram de plano após episódio de falha de serviço.

<b>Troca de plano de saúde</b>	<b>Nº de usuários</b>	<b>Percentual</b>
<b>Não</b>	<b>181</b>	<b>86,2</b>
Sim	29	13,8
Total	210	100

Fonte: Elaborada pela autora.

Diante da questão sobre a possibilidade dos usuários reclamarem do serviço prestado pelo plano de saúde, as respostas foram equilibradas: 57% responderam positivamente, sim reclamaram, e um pouco menos do que a metade 43% declararam que não o fizeram, conforme tabela 5, abaixo.

Tabela 5 - Usuários que reclamaram do serviço prestado pelos planos de saúde.

<b>Reclamação em relação ao plano de saúde</b>	<b>Nº de usuários</b>	<b>Percentual</b>
Não	91	43,3
Sim	119	56,7
Total	210	100

Fonte: Elaborada pela autora.

Entre os indivíduos que reclamaram dos serviços prestados pelos planos de saúde, a maioria (33%) reclamou pessoalmente à empresa, boa parte das pessoas (24%) falou mal da empresa para amigos e parentes (boca- a- boca negativo), outros (21%) reclamaram junto aos órgãos reguladores como PROCON (*Third Party*). Os demais usuários manifestaram- se através de envio de carta ou e-mail para empresa (13%), de ligação para empresa (6%) e de outro modo (3%), conforme tabela 6, abaixo.

Tabela 6 - Modo como os usuários de planos de saúde reclamaram.

<b>Modo de reclamação do usuário</b>	<b>Nº de usuários</b>	<b>Percentual</b>
Eu (usuário) fui pessoalmente à empresa	47	33
Falei mal da empresa para amigos e parentes	34	24
Reclamei para órgãos reguladores como PROCON, Programa de Orientação e Proteção ao Consumidor, ou Defensoria Pública	29	21
Eu (usuário) escrevi uma carta/ e-mail para a empresa	18	13
Eu (usuário) liguei para a empresa	9	6
Outro modo de manifestação	4	3
Total	141	100

Fonte: Elaborada pela autora.

Na tabela 7, é possível observar as respostas dos usuários diante da falha no serviço prestado. No primeiro bloco, é apresentada a satisfação do cliente com a solução do problema. A média das respostas dos usuários foi baixa (4,3) em relação à satisfação com a oferta de solução do problema ocorrido e também sob a forma como o plano resolveu o problema particular (4,4). Porém, ao considerar a experiência de falha de serviço, as pessoas classificaram como média (5,1) a satisfação com o plano.

Após essa experiência, a intenção de sair ou cancelar o plano de saúde foi muito baixa, com a média de respostas foi de três e setenta e cinco (3,7), numa escala entre 1 e 10, conforme se vê no segundo bloco da tabela 7.

Tabela 7 - Respostas dos usuários diante da falha de serviço em planos de saúde.

<b>QUESTÕES RECLACIONADAS AS FALHAS NO SERVIÇO</b>	<b>N</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>Em relação à resposta do plano de saúde</b>			
... o plano de saúde ofereceu solução satisfatória ao meu problema.	209	4,3	3,194
...estou satisfeito com a forma como o plano resolveu este problema particular.	210	4,36	3,193
...considerando essa experiência, estou satisfeito com o plano.	206	5,07	3,164
<b>Após esta experiência com o plano de saúde, você pensou em</b>			
... sair / cancelar o plano de saúde	209	3,75	3,205
<b>Imagine que por causa desse problema você pense em mudar para outro plano de saúde. se mudasse</b>			
...você teria custos financeiros.	210	7,23	3,03
...você teria custos de tempo e esforços para contratar um novo plano.	210	7,45	2,902
...você teria custos para iniciar um novo relacionamento.	210	6,78	3,088
<b>Antes de experimentar este problema, como era o seu relacionamento com o plano de saúde?</b>			
Eu estava muito comprometido com meu relacionamento com este plano	210	6,68	2,77
Eu pretendia manter meu relacionamento com esse plano de saúde por um longo tempo.	209	7,65	2,585

---

**Caso um problema como o citado aconteça novamente com você, qual a sua chance de...**

...reclamar diretamente com o Plano de Saúde	210	6,8	3,389
...falar para amigos e parentes da sua má experiência	210	7,6	3,003
...fazer uma reclamação formal junto ao PROCON	210	4,79	3,444

---

Fonte: Elaborada pela autora.

No terceiro bloco, localizado na tabela 7 acima, o usuário é convidado a imaginar que por causa da falha do serviço ele pense em mudar para outro plano de saúde. Caso ele mudasse de plano de saúde os custos de mudança seriam muito altos, destes a média atribuída aos custos financeiros foi de 7,2; aos custos de tempo e esforços para contratar um novo plano foi de 7,4 e aos custos para iniciar um novo relacionamento com outro plano de saúde de 6,8 na mesma escala entre um e dez. É provável que este seja o fator que explique a baixa intenção de sair do plano, que foi discutido anteriormente.

No quarto bloco, o usuário é convidado a imaginar uma situação onde o problema ainda não havia ocorrido e dessa forma, a questão remete a lembrança de como era o relacionamento do usuário com o plano de saúde. As médias altas demonstram que o usuário estaria muito comprometido com o seu relacionamento com o plano de saúde (6,7) e gostaria muito de manter o seu relacionamento com o plano de saúde por um longo tempo (7,6).

No quinto e último bloco da tabela 7, é apresentada a situação de reincidência da falha de serviço por parte do plano de saúde, ou seja, caso o problema ocorrido acontecesse novamente, qual seria a reação do usuário. A maior média das respostas (7,6) evidenciou o desejo de fazer o boca-a-boca negativo, ou seja, falar para amigos e parentes de sua má experiência, seguido de reclamar diretamente com o plano de saúde (6,8). Os usuários demonstraram pouca chance de fazer reclamação formal junto ao PROCON para um problema recorrente, média de 4,8 numa escala entre um e dez.

#### 4.5 TESTE DAS HIPÓTESES USANDO REGRESSÃO MULTIPLA

Na tabela 8, percebe-se que as correlações são significativas entre as variáveis analisadas. Considerando as correlações positivas nota-se que satisfação com a resolução do problema apresentou a relação mais forte com a satisfação acumulada (0,42). Além disso, a idade de 41 anos ou mais, esteve mais associada com o tempo que o usuário é ou foi cliente

do plano de saúde (0,29) e também com o tempo em que ocorreu o problema (0,22). O nível de relacionamento entre o usuário e o plano de saúde mostrou relação com o custo de troca (0,22), com a satisfação acumulada (0,16) e com os usuários de 41 anos de idade ou mais (0,15). O custo de troca é correlacionado igualmente com a gravidade do problema (0,13) e com o tempo em que ocorreu o problema (0,13), conforme matriz de correlação da tabela 8, a seguir.

Tabela 8 - Matriz de correlação.

Matriz de correlação												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Satisfação acumulada	1											
2. Satisfação com a solução do problema	0,42	1										
3. Qual a gravidade do problema ocorrido?	-0,22	-0,39	1									
4. Há quanto tempo ocorreu este problema?	0,02	-0,1	0,1	1								
5. Há quanto tempo é (era) cliente do plano de saúde?	0,1	0,1	0	0,05	1							
6. Gênero recodificado	-0,02	0,07	0,03	-0,02	-0,04	1						
7. Idade 26 a 30 anos	-0,11	0,02	-0,03	0,02	-0,13	-0,06	1					
8. Idade 31 a 40 anos	-0,04	-0,06	0,05	-0,17	-0,14	0,03	-0,36	1				
9. Idade 41 anos ou mais	0,09	0,07	0,02	0,22	0,29	0,1	-0,31	-0,41	1			
10. Tipo de plano	-0,01	-0,06	-0,01	-0,08	-0,28	0,01	0	0,08	-0,13	1		
11. Custo de troca	0,01	-0,07	0,13	0,13	-0,04	-0,3	-0,05	0,04	-0,03	0,04	1	
12. Nível de relacionamento	0,16	0,05	0,07	0,01	0,08	-0,11	-0,11	-0,02	0,15	-0,13	0,22	1

**Nota:** correlações acima de **0,13** são significativas ao nível de 5%

Fonte: Elaborada pela autora.

Já considerando as correlações negativas houve relação negativa entre a gravidade do problema ocorrido e a satisfação com a resolução do problema (-0,39) e com a satisfação acumulada (-0,22). O tipo de plano de saúde relaciona-se com o tempo em que o usuário é, ou foi, cliente do plano (-0,28); a idade dos usuários com 31 a 40 anos com o tempo em que

ocorreu o problema (-0,17) e a idade de 26 a 30 anos está relacionada com o tempo que o usuário é, ou foi, cliente do plano de saúde.

#### 4.5.1 Modelo 1: Satisfação acumulada

Das 24 (vinte e quatro) questões a respeito da satisfação dos usuários de planos de saúde, quatro fatores sobressaíram na análise fatorial, conforme tabela 9 abaixo.

Tabela 9 - Componentes da Matriz Rotacionada da Satisfação acumulada.

<b>Componentes da Matriz Rotacionada<sup>a</sup></b>				
	<b>Componentes</b>			
	<b>Comunicação</b>	<b>Médicos</b>	<b>Atendimento</b>	<b>Preço</b>
Recebimento de informações sobre o plano de saúde	<b>,771</b>			,323
Facilidade de obter informações sobre o que o plano oferece	<b>,700</b>		,381	
Estrutura oferecida para os acompanhantes no hospital	<b>,684</b>			
Informações recebidas ao se associar ao plano de saúde	<b>,676</b>		,336	
Forma de comunicação do plano com os associados	<b>,673</b>		,360	
Informações transmitidas na propaganda de TV	<b>,660</b>			
Número de médicos disponíveis nas diversas especialidades	,627	<b>,406</b>		
Cobertura do plano (consultas, exames, procedimentos ambulatoriais e internações)	,541	,416		
Respeito do plano com você	,502	,378	,420	
Competência dos médicos		<b>,839</b>		
Confiança dos médicos		<b>,757</b>		,313
Conforto oferecido aos clientes do plano de saúde	,349	,717	,379	
Estrutura (instalações e equipamentos) oferecida aos associados do plano	,324	,689	,318	
Confiança nos funcionários do plano		,635	,376	

<b>Componentes da Matriz Rotacionada<sup>a</sup></b>				
	<b>Componentes</b>			
	<b>Comunicação</b>	<b>Médicos</b>	<b>Atendimento</b>	<b>Preço</b>
Benefícios oferecidos pelo plano para atender suas necessidades	,347	,581	,340	
Imagem transmitida pelo plano	,475	,533		
Atenção dos funcionários no atendimento		,330	<b>,804</b>	
Agilidade no atendimento			<b>,779</b>	
Atendimento recebido por telefone			<b>,745</b>	
Respeito por parte dos funcionários		,436	<b>,679</b>	
Facilidade para marcar consultas	,434		,513	
Preço cobrado em comparação com os outros planos de saúde				<b>,769</b>
Preço cobrado em relação aos serviços (e coberturas) oferecidos				<b>,755</b>
Esclarecimentos e informações sobre taxas de participação cobradas	,333			,739
<b>Variância Explicada</b>	<b>49,0</b>	<b>7,5</b>	<b>5,5</b>	<b>5,2</b>

Fonte: Elaborada pela autora. Método de Extração: Análise dos principais componentes. Método de rotação: Varimax com normalização Kaiser. Variância total explicada 67,3%.

Com base nesses resultados foi calculada uma nova variável no SPSS® 18, chamada de satisfação acumulada e composta de 15 questões referentes aos itens mais importantes, conforme destaque dos fatores na tabela acima.

Os resultados da Análise de Regressão indicaram que a Satisfação acumulada é explicada em 22% pelas variáveis: nível de relacionamento, tempo em que ocorreu este problema, tempo que o usuário é (era) cliente do plano de saúde, gênero recodificado, gravidade do problema ocorrido, idade entre 26 e 30 anos, tipo de plano de saúde, custo de trocar de plano de saúde, satisfação com a solução do problema (SSR), idade entre 31 e 40 anos, idade entre 41 anos ou mais, conforme tabela 10- modelo1.

Tabela 10 - Modelo1: Variável dependente Satisfação acumulada.

Satisfação acumulada <sup>b</sup>					
Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão estimado	Durbin-Watson
1	,469 <sup>a</sup>	,220	,176	1,63915	2,088

b. Variável Dependente: Satisfação acumulada

Fonte: Elaborada pela autora.

De acordo com a tabela 11 - modelo 1, encontrada abaixo, é possível verificar que quanto maior for a satisfação com a resolução do problema ( $\beta = 0,39$ , sig. = 0,001), maior será a satisfação acumulada do usuário de plano de saúde, dando suporte para a hipótese um (H1). Do mesmo modo, quanto maior o nível de relacionamento do cliente com a operadora de saúde ( $\beta = 0,14$ , sig. = 0,035), maior a satisfação acumulada, informação da tabela 11- modelo 1. As demais variáveis não foram significativas neste modelo.

Tabela 11 - Modelo 1: Satisfação acumulada.

Satisfação acumulada <sup>a</sup>							
Modelo 1	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.	Estatísticas de colineariedade	
	B	Erro-padrão	Beta			Tolerância	VIF
<b>Satisfação com a solução do problema</b>	<b>,238</b>	<b>,043</b>	<b>,386</b>	<b>5,512</b>	<b>,001</b>	<b>,815</b>	<b>1,228</b>
Qual a gravidade do problema ocorrido?	-,055	,047	-,082	-1,178	,240	,815	1,226
Há quanto tempo ocorreu este problema?	,123	,120	,068	1,022	,308	,901	1,110
Há quanto tempo é (era) cliente do plano de saúde?	,082	,126	,045	,649	,517	,838	1,194
Gênero recodificado	-,102	,248	-,028	-,411	,682	,871	1,148
Idade: 26 a 30 anos	-,568	,355	-,130	-1,598	,112	,605	1,653
Idade: 31 a 40 anos	-,203	,325	-,053	-,625	,532	,561	1,783
Idade: 41 anos ou mais	-,160	,356	-,039	-,450	,653	,538	1,858

Satisfação acumulada <sup>a</sup>							
Modelo 1	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.	Estatísticas de colineariedade	
	B	Erro-padrão	Beta			Tolerância	VIF
Tipo de plano de saúde	,187	,281	,045	,667	,506	,897	1,115
Custo de troca	-,005	,048	-,007	-,105	,916	,831	1,203
<b>Nível de relacionamento</b>	<b>,101</b>	<b>,048</b>	<b>,142</b>	<b>2,125</b>	<b>,035</b>	<b>,899</b>	<b>1,113</b>

a. Variável Dependente: Satisfação Acumulada.

Fonte: Elaborada pela autora.

#### 4.5.2 Modelo 2: Saída/ Cancelamento do plano de saúde (*Exit*)

A variável Saída / Cancelamento (*Exit*) é explicada em 17,5 % pelas variáveis do modelo 2, conforme tabela 12, abaixo.

Tabela 12 - Modelo 2: Variável Dependente – Saída/ Cancelamento (exit).

Sair/ Cancelar o plano <sup>b</sup>					
Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão estimado	Durbin-Watson
<b>2</b>	<b>,419<sup>a</sup></b>	<b>0,175</b>	<b>0,129</b>	<b>0,74901</b>	<b>1,955</b>

b. Variável Dependente: Sair/ cancelar o plano

Fonte: Elaborada pela autora.

O modelo 2 mostra a intenção do usuário sair/ cancelar o plano de saúde. Na tabela 13, é possível verificar que quanto maior a satisfação com a resolução do problema menor será a chance de o usuário sair/cancelar o plano de saúde ( $\beta = -0,21$  sig. = 0,005), suportando a hipótese dois (H2). Do mesmo modo, quanto maior o tempo em que o cliente possui o plano de saúde, menor a propensão do mesmo sair/ cancelar o plano ( $\beta = -0,21$  sig. = 0,004), marcando que clientes de mais tempo possuem maior chance de continuarem mesmo que enfrentem falhas nos serviços. Por outro lado, quanto menor for o custo para troca de plano

de saúde, maior será a probabilidade de o cliente sair/ cancelar os serviços prestados em saúde ( $\beta = -0,14$  sig. = 0,045). E, quanto menor o nível de relacionamento entre usuário e operadora de saúde, maior será a possibilidade de haver saída/ cancelamento do plano de saúde ( $\beta = -0,16$  sig. = 0,023). As demais variáveis não foram significativas neste modelo.

Tabela 13 - Modelo 2: Saída/ Cancelamento (exit).

Sair/ Cancelar o plano <sup>a</sup>							
Modelo	Coeficiente não padronizado		Coeficiente padronizado	t	Sig.	Estatística de Colinearidade	
	B	Erro-padrão	Beta			Tolerância	VIF
<b>Satisfação com a solução do problema</b>	<b>-,057</b>	<b>,020</b>	<b>-0,206</b>	<b>-2,871</b>	<b>,005</b>	<b>,823</b>	<b>1,215</b>
Qual a gravidade do problema ocorrido?	,035	,022	0,118	1,635	,104	,820	1,219
Há quanto tempo ocorreu este problema?	,056	,055	0,070	1,017	,310	,901	1,109
<b>Há quanto tempo é (era) cliente do plano de saúde?</b>	<b>-,171</b>	<b>,058</b>	<b>- 0,209</b>	<b>-2,954</b>	<b>,004</b>	<b>,852</b>	<b>1,173</b>
Gênero recodificado	,001	,114	0,01	,011	,991	,871	1,148
Idade: 26 a 30 anos	-,092	,162	- 0,047	-,566	,572	,606	1,651
Idade: 31 a 40 anos	-,134	,149	- 0,078	-,901	,369	,562	1,780
Idade: 41 anos ou mais	-,097	,163	- 0,052	-,594	,553	,544	1,838
Tipo de plano	-,107	,129	- 0,057	-,830	,407	,907	1,103
<b>Custo de troca</b>	<b>-,044</b>	<b>,022</b>	<b>- 0,144</b>	<b>-2,014</b>	<b>,045</b>	<b>,831</b>	<b>1,203</b>
<b>Nível de relacionamento</b>	<b>-,050</b>	<b>,022</b>	<b>-0,157</b>	<b>-2,284</b>	<b>,023</b>	<b>,901</b>	<b>1,110</b>

a. Variável Dependente: Sair/ cancelar o plano.

Fonte: Elaborada pela autora.

### 4.5.3 Modelo 3: Boca a boca negativo

A variável boca a boca negativo, foi explicada em 7,7 % pelas variáveis do modelo 3, conforme tabela 14.

Tabela 14 - Modelo 3: Variável Dependente – Boca-a- boca negativo.

<b>Intenção de falar mal do plano de saúde para amigos e parentes- boca a boca negativo</b>					
Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão estimado	Durbin-Watson
3	,278 <sup>a</sup>	,077	,025	,25350	,163

a. Variável dependente: Falar mal do plano de saúde para amigos e parentes –BAB negativo.

Fonte: Elaborada pela autora.

De acordo com a tabela 15 - modelo 3 é possível verificar que as pessoas com 41 anos ou mais têm maior probabilidade de falar mal do plano de saúde para amigos e parentes, ou seja, fazer boca a boca negativo ( $\beta = 0,22$  sig. = 0,018). Uma possível explicação pode ser pelo fato de que este grupo de idade tem maior necessidade do plano e por isso, ficam mais frustrados quando enfrentam uma falha nos serviços.

A satisfação com a solução do problema não teve efeito significativo sobre o boca-a-boca negativo e, por isso, a hipótese três (H3) não foi suportada.

Tabela 15 - Modelo 3: Boca- a- boca negativo.

<b>Pretensão de falar mal para amigos e parentes (boca- a- boca negativo) <sup>a</sup></b>							
Modelo	Coeficiente não padronizado		Coeficiente padronizado	t	Sig.	Estatística de Colinearidade	
	B	Erro padrão	Beta			Tolerância	VIF
Satisfação com a solução do problema	,000	,007	- 0,08	-,109	,913	,815	1,228
Qual a gravidade do problema ocorrido?	-,003	,007	- 0,03	-,392	,696	,815	1,226
Há quanto tempo ocorreu este problema?	-,025	,019	- 0,097	-1,336	,183	,901	1,110
Há quanto tempo é (era)	,009	,020	0,036	,475	,635	,838	1,194

Modelo	Coeficiente não padronizado		Coeficiente padronizado	t	Sig.	Estatística de Colinearidade	
	B	Erro padrão	Beta			Tolerância	VIF
cliente do plano de saúde?							
Gênero recodificado	-,004	,038	- 0,008	-,106	,916	,871	1,148
Idade: 26 a 30 anos	,017	,055	0,027	,305	,760	,605	1,653
Idade: 31 a 40 anos	-,004	,050	- 0,08	-,088	,930	,561	1,783
<b>Idade: 41 anos ou mais</b>	<b>,131</b>	<b>,055</b>	<b>0, 224</b>	<b>2,385</b>	<b>,018</b>	<b>,538</b>	<b>1,858</b>
Tipo de plano	,000	,043	- 0,01	-,015	,988	,897	1,115
Custo de troca	-,011	,007	- 0,013	-1,498	,136	,831	1,203
Nível de relacionamento	,007	,007	0,068	,930	,353	,899	1,113

a. Variável Dependente: intenção de falar mal do plano de saúde para amigos e parentes (boca- a- boca negativo).

Fonte: Elaborada pela autora.

#### 4.5.4 Modelo 4: Reclamar diretamente com o plano de saúde

A variável Reclamar diretamente com o plano de saúde é explicada em 10,7% pelas variáveis do modelo 4, conforme tabela 16.

Tabela 16 - Modelo 4: Variável Dependente – Reclamar diretamente com o plano de saúde.

Reclamar diretamente com o plano de saúde <sup>b</sup>					
Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão estimado	Durbin-Watson
4	,327 <sup>a</sup>	0,107	0,057	0,325	1,796

b. Variável Dependente: Intenção de o usuário reclamar diretamente com o plano de saúde .

Fonte: Elaborada pela autora.

Na tabela 17, é possível verificar que quanto maior a satisfação com a resolução do problema menor será a chance de o usuário reclamar diretamente com o plano de saúde ( $\beta = -0,21$  sig. = 0,005), suportando a hipótese quatro (H4). Constata-se também que as mulheres

(gênero feminino) têm maior probabilidade de reclamar diretamente com a empresa ( $\beta = -0,17$  sig. = 0,020) e, os usuários de plano de saúde empresarial têm menor chance de reclamar diretamente com o plano de saúde ( $\beta = -0,13$  sig. = 0,061). Ainda é possível averiguar que quanto maior o custo de troca, menores são as chances de o usuário reclamar diretamente com o plano de saúde ( $\beta = -0,13$  sig. = 0,079). As demais variáveis não foram significativas neste modelo.

Tabela 17 - Modelo 4: Reclamar diretamente com o plano de saúde.

<b>Reclamar diretamente com o plano de saúde<sup>a</sup></b>							
Modelo 4	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.	Estatística de Colinearidade	
	B	Erro padrão	Beta			Tolerância	VIF
<b>Satisfação com a solução do problema</b>	<b>-,024</b>	<b>,009</b>	<b>-,212</b>	<b>-2,829</b>	<b>,005</b>	<b>,815</b>	<b>1,228</b>
Qual a gravidade do problema ocorrido?	-,010	,009	-,084	-1,120	,264	,815	1,226
Há quanto tempo ocorreu este problema?	-,020	,024	-,060	-,846	,398	,901	1,110
Há quanto tempo é (era) cliente do plano de saúde?	-,002	,025	-,005	-,073	,942	,838	1,194
<b>Gênero recodificado</b>	<b>-,116</b>	<b>,049</b>	<b>-,170</b>	<b>-2,347</b>	<b>,020</b>	<b>,871</b>	<b>1,148</b>
Idade: 26 a 30 anos	,049	,070	,060	,691	,490	,605	1,653
Idade: 31 a 40 anos	,104	,064	,145	1,606	,110	,561	1,783
Idade: 41 ou mais	,057	,071	,074	,802	,424	,538	1,858
<b>Tipo de plano</b>	<b>-,105</b>	<b>,056</b>	<b>-,135</b>	<b>-1,883</b>	<b>,061</b>	<b>,897</b>	<b>1,115</b>
<b>Custo de troca</b>	<b>-,017</b>	<b>,010</b>	<b>-,131</b>	<b>-1,766</b>	<b>,079</b>	<b>,831</b>	<b>1,203</b>
Nível de relacionamento	,008	,009	,063	,889	,375	,899	1,113

a. Variável Dependente: Reclamar diretamente com o plano de saúde

Fonte: Elaborada pela autora.

#### 4.5.5 Modelo 5: Reclamar de modo formal junto ao órgão regulador

A variável Reclamar de modo formal junto ao órgão regulador como o Procon foi explicada em 10,1 % pelas variáveis do modelo 5, conforme tabela 18 abaixo.

Tabela 18 - Modelo 5: Variável Dependente- Reclamar de modo formal junto ao órgão regulador como o Procon.

<b>Intenção de o usuário de saúde de plano reclamar formalmente junto ao órgão regulador<sup>b</sup></b>					
Modelo	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado	Erro padrão estimado	Durbin-Watson
5	,319 <sup>a</sup>	,101	,051	,37053	1,776

b. Variável Dependente: fazer uma reclamação formal junto ao Procon

Fonte: Elaborada pela autora.

Na tabela 19, é possível verificar que os respondentes do gênero feminino tem a maior propensão de fazer uma reclamação formal junto ao PROCON a respeito de uma falha no serviço prestado ( $\beta = -0,20$  sig. = 0,005), a satisfação com a solução do problema não teve efeito significativo sobre a intenção de reclamar junto ao órgão regulador, não suportando a hipótese cinco (H5). As demais variáveis não foram significativas neste modelo.

Tabela 19 - Modelo 5: Reclamar de modo formal junto ao órgão regulador como o Procon.

<b>Intenção de o usuário de plano de saúde fazer uma reclamação junto ao Procon<sup>a</sup></b>							
Modelo 5	Coeficiente não padronizado		Coeficiente padronizado	t	Sig.	Estatística de Colinearidade	
	B	Erro padrão	Beta			Tolerância	VIF
Satisfação com a solução do problema	-,014	,010	-0,111	-1,481	,140	,815	1,228
Qual a gravidade do problema ocorrido?	-,013	,011	-0,095	-1,266	,207	,815	1,226
Há quanto tempo ocorreu este problema?	-,032	,027	- 0,084	-1,178	,240	,901	1,110
Há quanto tempo é (era) cliente do plano de saúde?	,021	,029	0,056	,750	,454	,838	1,194

Intenção de o usuário de plano de saúde fazer uma reclamação junto ao Procon <sup>a</sup>							
Modelo 5	Coeficiente não padronizado		Coeficiente padronizado	t	Sig.	Estatística de Colinearidade	
	B	Erro padrão	Beta			Tolerância	VIF
<b>Gênero recodificado</b>	<b>-,158</b>	<b>,056</b>	<b>- 0,205</b>	<b>-2,814</b>	<b>,005</b>	<b>,871</b>	<b>1,148</b>
Idade: 26 a 30 anos	-,106	,080	- 0,115	-1,314	,190	,605	1,653
Idade: 31 a 40 anos	,033	,074	0,041	,447	,655	,561	1,783
Idade: 41 ou mais	,093	,080	0,107	1,151	,251	,538	1,858
Tipo de plano	-,004	,064	- 0,04	-,058	,954	,897	1,115
Custo de troca	-,008	,011	-0,058	-,773	,440	,831	1,203
Nível de relacionamento	,011	,011	0,074	1,036	,301	,899	1,113

Variável Dependente: intenção de o usuário de plano de saúde fazer uma reclamação junto ao Procon.

Fonte: Elaborada pela autora.

## 5 DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Este capítulo discute os principais resultados da dissertação, bem como os principais resultados obtidos em resposta aos objetivos do trabalho, ao modelo proposto e as hipóteses levantadas, e ainda, avalia limitações do trabalho.

### 5.1 CONCLUSÕES A PARTIR DOS OBJETIVOS

Este trabalho teve como principal objetivo investigar o comportamento de reclamação do cliente de plano de saúde, após enfrentar falhas em serviços, analisando os preditores mais importantes. Este objetivo foi atendido, pois foi possível através da revisão da literatura e principalmente por meio da pesquisa observar os fatores que impactam no comportamento do consumidor insatisfeito com plano de saúde, sendo possível ressaltar, que segundo os resultados obtidos, os fatores satisfação com a solução do problema, nível de relacionamento, tempo como cliente, custo de troca, tipo de plano de saúde, idade e gênero

foram mais influenciadores no comportamento adotado pelo consumidor após falha de serviço.

Com relação aos objetivos específicos, foi possível a verificação de diversos fatores como causadores de insatisfação dos clientes de planos de saúde, como referido por Milan e Trez (2005) na formação da satisfação dos usuários de plano de saúde, tais como: comunicação, médicos, atendimento, estrutura, preço, e conveniência. Neste estudo alguns fatores demonstraram maior força nas relações como comunicação, médicos, atendimento e preço.

Em relação ao objetivo específico de analisar as variáveis de contexto, os resultados mostraram que, dos cinco modelos testados, foram significativos: o nível de relacionamento, o custo de troca, o tempo como cliente do plano, o tipo de plano, o gênero e a idade de 41 anos ou mais.

Esses resultados são consistentes com estudo recente de Matos, Viera e Veiga (2012). De modo geral, clientes mais relacionais possuíam maior satisfação acumulada, clientes de maior custo de troca e maior tempo de plano apresentaram menor intenção de sair do plano de saúde, clientes de 41 anos de idade ou mais tiveram maior propensão a fazer boca-a-boca negativo, as mulheres e os que possuem plano individual tinham maior propensão a reclamar diretamente com a empresa e as mulheres apresentaram maior intenção de reclamar de modo formal ao órgão regulador.

Considerando as hipóteses de pesquisa cabe ressaltar que houve suporte para as hipóteses: (H1), quanto maior a satisfação com a solução do problema, maior a satisfação acumulada, acrescida da variável de contexto nível de relacionamento; (H2), quanto menor a satisfação com a solução do problema, maior a chance de saída ou cancelamento do plano de saúde, acrescida das variáveis de contexto: tempo como cliente, custo de troca e nível de relacionamento e (H4), quanto menor a satisfação com a solução do problema, maior a intenção do cliente reclamar com a empresa.

Em oposição às três primeiras hipóteses, a terceira hipótese (H3), quanto menor a satisfação com a falha de serviço, maior a chance de comunicação boca-a-boca negativa, não foi suportada. Essa hipótese (H3) mostrou que pessoas com quarenta e um anos (41) ou mais teriam maiores chances de falar mal do plano de saúde para amigos e parentes após falha no serviço prestado. A hipótese cinco (H5), quanto menor a satisfação com a falha de serviço, maior a chance de o consumidor reclamar com órgão regulador também não foi suportada, pois nessa hipótese o gênero feminino mostrou maior propensão de reclamar sobre falha no serviço de plano de saúde ao órgão regulador como, por exemplo, o Procon.

As hipóteses suportadas e não suportadas podem ser observadas no quadro 1 a seguir.

Quadro 1 - Hipóteses testadas.

<b>Hipóteses</b>		<b>Conclusão</b>
H1	Quanto maior a satisfação com solução do problema maior a satisfação acumulada.	Suportada
H2	Quanto menor a satisfação com solução do problema maior a chance de saída do plano de saúde.	Suportada
H3	Quanto menor a satisfação com solução do problema maior a chance de comunicação boca-a-boca negativa.	Não Suportada
H4	Quanto menor a satisfação com solução do problema maior a chance de o consumidor reclamar com a empresa.	Suportada
H5	Quanto menor satisfação com solução do problema maior a chance de o consumidor reclamar com órgão regulador.	Não Suportada

Fonte: Elaborada pela autora.

## 5.2 IMPLICAÇÕES TEÓRICAS

A presente pesquisa oferece contribuições teóricas a partir da integração dos estudos em marketing de serviços e comportamento do consumidor. Mais especificamente, o comportamento dos clientes de planos de saúde como consequência da falha de serviço, assim como, a melhor compreensão sobre os fatores influenciadores desse comportamento.

Estudos anteriores investigaram os fatores relacionados à satisfação do cliente em uma situação de falha e recuperação de serviços, bem como as respostas comportamentais desses clientes (MAXHAM; NETEMEYER, 2002; VOORHEES; BRADY, 2005; FERNANDES; SANTOS, 2008; SANTOS; FERNANDES, 2010; GRÉGOIRE *et al.*, 2010; ROSSI, 2011; MATOS; VIERA; VEIGA, 2012) e sugeriram como relevante a investigação sobre a insatisfação do consumidor diante de uma falha no serviço, pois existe certa escassez nos estudos com o tema, insatisfação, com viés acadêmico. Ainda grande parte das pesquisas

é realizada do ponto de vista da satisfação, e não da insatisfação, deste modo haverá um acréscimo no campo do conhecimento. O estudo sobre os planos de saúde foi sugerido por Milan e Trez (2005) como uma oportunidade de pesquisa futura, já que o tema ainda foi pouco estudado no contexto brasileiro.

Confirmando indicações de pesquisas anteriores, o comportamento do cliente após a falha de serviço pode ser demonstrado através das respostas à empresa, ao órgão regulador e de forma privada (MATOS *et al.*, 2011) e da lealdade, reclamação, saída e, recuperação e saída (CASADO; NICOLAU; MAUS, 2011), o modelo e testado contribuiu com a resposta de satisfação acumulada, saída, boca a boca negativo, reclamação para empresa e para órgão regulador.

O modelo dessa pesquisa ainda possibilitou uma análise das variáveis de contexto: gravidade da falha (MATOS *et al.*, 2011), tempo de ocorrência do plano, tempo de plano, gênero, idade, custos de troca (BURNHAM; FRELS; MAHAJAM 2001), nível de relacionamento (GARBARINO; JOHNSON, 1999), tipo de plano e em adição a satisfação com a resolução do problema.

Ressaltou que a satisfação com a resolução do problema tem forte relação com a satisfação acumulada, reforçando o resultado da meta-análise de Orsingher, Valentini e Angelis (2010).

### 5.3 IMPLICAÇÕES GERENCIAIS

O presente estudo traz contribuições para os profissionais de marketing, administradores de planos de saúde e àqueles que trabalham com o gerenciamento de reclamações em serviços.

Os resultados obtidos no teste do modelo possibilitam identificar que a satisfação com a resolução da falha no serviço traz como benefício uma satisfação acumulada do cliente ao longo do tempo e ainda a permanência desse consumidor com a empresa. Deste modo, empresas que investem em atendimento ao consumidor como o gerenciamento de reclamações tendem a manter o cliente e, além disso, de forma satisfeita.

Algumas implicações inesperadas surgiram das respostas dos consumidores de plano de saúde em relação à propagação de sua má experiência para amigos e parentes. Neste contexto, os usuários com quarenta e um anos (41 anos) ou mais são mais propensos a falarem mal do plano de saúde para amigos e parentes, o boca-a-boca negativo.

Segundo os indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil de 2009 (IBGE, 2012), o país apresenta um processo acelerado de envelhecimento com profundas transformações na composição etária da população. A ampliação do número de idosos e a maior utilização do sistema de saúde, consequências do maior tempo de vida e das múltiplas patologias crônicas, configuram-se como grandes desafios para o sistema de saúde.

A pesquisa mostra também que os planos de saúde introduzem um elemento de geração de desigualdade social no acesso e na utilização dos serviços de saúde porque cobrem, majoritariamente, uma parcela da população com predominância de pessoas com maior rendimento familiar. Estas informações devem fazer os formuladores de políticas e ações da área de saúde refletirem sobre as necessidades deste grupo etário quando da organização dos serviços de saúde. As mudanças no perfil demográfico e epidemiológico da população acarretam um crescimento das despesas com tratamentos médico e hospitalar. O custo das internações hospitalares e o tempo médio de permanência na rede hospitalar são expressivamente mais elevados para os idosos, devido à multiplicidade e à natureza de suas patologias.

No Rio Grande do Sul, segundo o Censo 2010, informado pela Fundação de Economia e Estatística- FEE (2012) a pirâmide populacional está dividida em: 20,8% de jovens (idades entre 0 a 23 anos), 66,9% de população adulta (idades entre 24 e 64 anos) e 9,3% de idosos (idades entre 75 anos ou mais) e o crescimento populacional do Estado cresceu em 10 anos 5%, com a população de 10.693.929 habitantes em 2010. Uma projeção da FEE (2012) mostra um possível salto no número de idosos, de acordo com as próximas décadas, onde em 2050 é provável de a pirâmide etária gaúcha esteja invertida, ou seja: 12,9% de jovens, 64% de população adulta e 23,1% de idosos. Diante dessas projeções da FEE (2012), é possível planejar novas políticas para previdência, saúde, lazer e qualidade de vida da população que começa a envelhercer.

Um fato relevante, no entanto, é a demonstração de que políticas de promoção e prevenção de saúde estão provando eficácia em todo o mundo. Estudos confirmam essas tendências e indicam redução do declínio funcional entre os idosos, o que aponta na direção de uma população mais saudável (FRIES, 2002; SCHOENI et al, 2005).

Administradores de planos de saúde, deste modo, poderiam desenvolver programas específicos de atendimento ao consumidor para essa faixa etária, além de promover um programa de relacionamento com esse público alvo com o apoio de um formador de opinião pertencente a essa faixa etária. Provavelmente este é um segmento que mais fica frustrado quando enfrenta uma falha, pois geralmente precisa mais do plano de saúde.

Reclamar para empresa- Mulheres, plano individual, baixo custo de troca.

Outro resultado interessante da pesquisa está sob a ótica da reclamação para a empresa, onde a maior intenção de reclamação está com as mulheres, com clientes de planos individuais e àquelas pessoas que possuem baixo custo para trocar de empresa.

Segundo a Secretaria de Planejamento, Gestão e Participação do Rio Grande do Sul (SEPLAG-RS), através da divulgação do Atlas econômico do Rio Grande do Sul, no Estado, assim como no Brasil, as mulheres são a maioria da população. O Censo 2010 (O Censo Demográfico é uma pesquisa realizada pelo IBGE a cada dez anos com informações sobre toda a população brasileira) indica que para cada 100 mulheres há 94,8 homens e que nos grandes centros como as cidades de Porto Alegre, Pelotas e Santa Maria há o maior contingente feminino, enquanto na população rural, a predominância é masculina.

As mulheres são mais resistentes ao nascerem e vivem por mais tempo, segundo IBGE (2012). A expectativa de vida cresce no Rio Grande do Sul nos últimos tempos. Enquanto os homens viviam em média até os 65,1 anos em 1980 em 2007, segundo (SEPLAG-RS) vivem em média até os 71,4 anos. Entre as mulheres a expectativa de vida também cresceu e passou de 72,9 para 78,8, superando a média das mulheres brasileiras que era de 76,2 anos. Por viverem mais, as mulheres tendem a dependerem mais de serviços médicos e dos planos de saúde. Essa, provavelmente seja a razão do resultado dessa pesquisa indicar as mulheres como indivíduos mais propensos a reclamarem sobre as falhas em serviços sejam contra a empresa ou com o órgão regulador.

Um estudo realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre e no Hospital Fêmina da mesma cidade (PEREIRA, 2002) apontou que a implantação de ouvidorias nesses hospitais proporcionou melhoria da gestão administrativa e da prestação de serviços e uma ouvidoria eficaz implicaria principalmente em ampliar a voz do usuário, promovendo maior equidade nas relações que envolvem o atendimento em saúde. Esse canal entre o usuário do serviço e a empresa pode ser precioso na implementação de procedimentos de atendimento ao consumidor em saúde. As mulheres, geralmente mais detalhistas, poderiam ter um canal específico de comunicação para os problemas mais frequentes ocorridos com elas, ou então àqueles relacionados a assuntos de família.

Pode ser interessante aos profissionais de marketing o desenvolvimento de políticas mais adequadas aos usuários de planos empresariais, bem como para as mulheres, as quais em geral são usuárias mais frequentes de consultas médicas. Os custos de troca podem ser entendidos como custos financeiros, de tempo e de relacionamento com uma nova empresa.

Para que os custos de troca diminuíssem a intenção de o usuário reclamar para empresa, os planos de saúde podem adotar políticas de uso do convênio médico de maneira mais clara para a compreensão de ambas as partes.

Reclamar com órgão regulador- mulheres.

E por fim, as mulheres mostraram-se mais propensas a reclamarem de maneira formal a um órgão regulador como PROCON, sobre falha no serviço em saúde. Como já citado anteriormente, os administradores de planos de saúde poderiam desenvolver planos de fidelização e atendimento as consumidoras, já que elas são em geral, os indivíduos que mais utilizam os serviços em saúde.

#### 5.4 LIMITAÇÕES

As contribuições trazidas por este estudo estão relacionadas diretamente com as limitações pertencentes a ele. Esta dissertação utilizou-se de uma abordagem de corte transversal, a partir de uma amostra não probabilística, composta por consumidores de Porto Alegre (RS) e região metropolitana, que tiveram uma experiência de insatisfação com serviços em saúde. Sob este aspecto, a generalização é fortemente limitada.

A restrição relativa ao estudo de corte transversal é a mensuração de todos os constructos em um único momento no tempo. Além de esse fato exigir que os respondentes avaliem o evento retrospectivamente, o que pode trazer problemas associados a perda de memória, as avaliações sobre um determinado aspecto podem ser "contaminadas" por fatos ocorridos subsequentemente, isto é, dados coletados em uma única vez poderão produzir resultados distorcidos sobre relações causais que presumidamente operam através do tempo (BENTLER; CHOU, 1988; CHURCHILL, 1999; MACCLUM; AUSTIN, 2000; SANTOS, 2001). A amostra ser composta por consumidores de Porto Alegre e região metropolitana limita-se na segmentação do mercado local assim como a restrição aos usuários de planos de saúde.

#### 5.5 SUGESTÕES PARA PESQUISAS FUTURAS

Esse estudo sobre a insatisfação dos usuários de planos de saúde pode motivar aos pesquisadores em marketing a produzirem pesquisas relacionadas ao tema.

O descontentamento dos usuários de planos de saúde têm sido uma constante nos consultórios médicos e hospitais da rede privada. Esse cenário é repetido por diversas cidades do Brasil, o que contribui negativamente com a saúde da população e com a satisfação dos consumidores deste serviço. Recomenda-se que pesquisas longitudinais possam ser realizadas, do mesmo modo que diversas cidades em diferentes contextos de saúde privada possam ser analisadas.

Outra pesquisa interessante seria a análise de gênero de modo mais aprofundado, já que nesta pesquisa, o gênero feminino foi um fator preponderante para a atitude de o consumidor reclamar do serviço prestado. Do mesmo modo, os indivíduos com mais de quarenta anos poderiam ser investigados com maior profundidade, pois os resultados dessa pesquisa revelou que as pessoas dessa faixa etária estão mais propensas a falar mal da empresa para amigos e parentes, ou seja, o boca a boca negativo.

A replicação da mesma pesquisa em nichos específicos de consumidores, uma somente com usuários individuais, outra somente com usuários empresariais poderia revelar comportamentos de insatisfação diferentes, e os resultados serviriam de acréscimo ao conhecimento na área de comportamento do consumidor.

As redes sociais, cada vez mais presentes no cotidiano dos consumidores servem como fonte de informação, e meio de comunicação para as pessoas que estão insatisfeitas com produtos e serviços. Deste modo, novas pesquisas baseadas no monitoramento do comportamento desses indivíduos nas redes sociais podem proporcionar um elevado grau de conhecimento para as áreas: administrativa, recursos humanos, psicologia e antropologia.

Durante a realização desse estudo, em 2012, houve uma mudança na legislação dos planos de saúde. A mudança está relacionada à portabilidade, já adotada anteriormente pelos setores de telefonia e sistema bancário, e que neste contexto de serviços de saúde, significa a possibilidade de trocar de plano de saúde sem cumprir carência ou cobertura parcial temporária no plano novo (ANS, 2012). Como o prazo de carência era uma reclamação frequente antes da mudança da legislação, novos estudos poderiam investigar o que houve no comportamento dos consumidores após a portabilidade.

Recentemente estudos sobre a assimetria do conhecimento (MOURA, 2011) convergem com o tema comportamento do consumidor e mostram a possibilidade da geração de novas pesquisas na área de marketing.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, F. M. **Retaliação e vingança de consumidores nas redes sociais**. 2009. Disponível em: <[http://www.nosdacomunicacao.com/panorama\\_interna.asp?panorama=173&tipo=G](http://www.nosdacomunicacao.com/panorama_interna.asp?panorama=173&tipo=G)>. Acesso em: 30 ago. 2011.
- ANDRADE, D.; BRANDÃO, M.; PEREIRA, S.; CUNHA, E. Clicando e reclamando: uma análise de consumidores insatisfeitos em compras online. **Anais... XIII Semead- Seminários em Administração**. Setembro, 2010.
- ANDREASEN, A. A taxonomy of consumer satisfaction/dissatisfaction measures. **Journal of Consumer Affairs**, v. 11, n. 2, Winter, p.11-24, 1977.
- ANDREASEN, A. R.; BEST, A. Consumers complain, does business respond. **Harvard Business Review**, 55 (4), p.93-101, 1977.
- ANDREASEN, A. Consumer satisfaction in loose monopolies: the case of medical care. **Journal of Public Policy and Marketing**, v. 2, p.122-135, 1984.
- ANDREASSEN, T. W. What drives customer loyalty with complaint resolutions? **Journal of Service Research**, 1 (4), p. 324-332, 1999.
- ANDERSON, E.W.; FORNELL, C. The customer satisfaction index as a leading indicator. In: IACOBUCCI, D.; SWARTZ, T. (eds.). **Handbook of services marketing and management**. New York: Sage Publications, 1999.
- ANS (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR). **Índice de Reclamações**. Disponível em: <[www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/indice-de-reclamacoes#](http://www.ans.gov.br/index.php/planos-de-saude-e-operadoras/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/indice-de-reclamacoes#)>. Acesso em: 01 dez. 2012
- BABIN, B.; GRIFFIN, M. The nature of satisfaction: an updated examination and analysis. **Journal of Business Research**, v. 41, p.127-136, 1998.
- BAILEY, D. Recovery from customer service shortfalls. **Managing Service Quality**. v. 4, n.6, p.88-95, 1994.
- BATESON, J. E. G., HOFFMAN, K. D. **Administração de serviços**. 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2001

BATTAGLIA, D.; BORCHARDT, M. Análise do processo de recuperação de serviços a partir das reclamações dos clientes: estudo de caso em três organizações. **Produção**, v. 20, n.3, p. 455-470, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/prod/v20n3/aop\\_t600020069.pdf](http://www.scielo.br/pdf/prod/v20n3/aop_t600020069.pdf)>. Acesso em: 01 nov. 2011.

BEARDEN, W.O.; TEEL, J.E. Selected Determinants of Consumer Satisfaction and Complaint Reports. **Journal of Marketing Research**, v. 20, n. 21-28, 1983.

BEARDEN, W. O.; OLIVER R. O. The Role of Public and Private Complaining in Satisfaction with Problem Resolution. **Journal of Consumer Affairs**, 19 (Winter), p. 222-240, 1985.

BEBER, S.J.N. **Estudo Exploratório da Insatisfação do Consumidor com os Serviços Prestados por Assistências Técnicas Autorizadas de Automóveis**. 143f. Dissertação (Mestrado em Administração) - UFRGS. Escola de Administração - PPGA, Porto Alegre, 2000.

BECKER C. Service recovery strategies: the impact of cultural differences. **Journal of Hospitality and Tourism Research**, v.24, n.4, p.526-538, 2000.

BENTLER, P. M.; CHOU, C. P. Practical issues in structural modeling. **In: LONG, S. J. (ed.). Common problems/ proper solutions: avoiding error in quantitative research**. Beverly Hill: Sage, 1988, p.161-192.

BERRY, L. Retailers with a future. **Marketing Management**, v. 5, p.39-46, Spring, 1995.

BITNER, M. J.; BOOMS, B.M.; TETREAULT, M.S. The Service Encounter: Diagnosing Favorable and Unfavorable Incidents. **Journal of Marketing**, v. 54, 1990.

BLODGETT, J. G.; GRANBOIS, D.H.; WALTERS, R.G. The Effects of Perceived Justice on Complainants' Negative Word-of-Mouth Behavior and Repatronage Intentions. **Journal of Retailing**, v.69, n.4, p.399-429, 1993.

BRITTOS, V.C. Oligopólios midiáticos: a televisão contemporânea e as barreiras à entrada. **Cadernos IHU Idéias**, Instituto Humanitas Unisinos, ano 1, n.9,1679-0316, UNISINOS, São Leopoldo, 2003. Disponível em: <<http://www.ihu.unisinos.br/uploads/publicacoes/edicoes/1163188170.8pdf.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2011.

BROWN, Tom J.; BARRY, Thomas E.; DACIN, Peter A.; GUNST, Richard F. Spreading the Word: investigating antecedents of consumers' positive word-of-mouth intentions and behaviors in a retailing context. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v.33, n.2, p.123-38, 2005.

BURNHAM, T. J.; FRELS, K.; MAHAJAN, V. Consumer switching costs: A typology, antecedents, and consequences. **Journal Academy of Marketing Science**, v.31, n.2, p.109-126, 2003.

CASADO, Ana B.; NICOLAU, Juan L.; and MAS, Francisco, J. The harmful consequences of failed recoveries in the banking industry. **International Journal of Bank Marketing**, v.29, n.1, p.32-49, 2011.

CHURCHILL, G. Marketing research: methodological foundations. Orlando: Dryden, 1999.

COELHO, Rubens Barros. O processo de busca de informações na escolha de profissionais da área da saúde pelo consumidor. Dissertação de Mestrado em Administração UFRGS, 2002. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/6698/000445463.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 20 set. 11.

COLLIS, Jill; HUSSEY, Roger. **Pesquisa em Administração**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA - CFM 2011. Disponível em: <[www.cfm.org.br](http://www.cfm.org.br)>. Acesso em: 14 out. 2011.

CORTMIGLIA, M.N.; PEREIRA, R.C.F.P; MACADAR, B.M.; DINATO, M.R. O Impacto do Tipo de Relacionamento na Lealdade do Consumidor em um Contexto de Falhas de Serviço: um Estudo Experimental. In: ENCONTRO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – ENANPAD, 27. **Anais...** Atibaia, SP: 2003.

CRESWELL, J.W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

CZINKOTA, Michael R. **Marketing: as melhores práticas**. Porto Alegre: Bookman, 2001.

DAY, Ralph. Modeling choices among alternative responses to dissatisfaction. **Advances in Consumer Research**, v. 11, p. 496-499, 1984.

DAY, R.; LANDON L. Toward a theory of consumer complaining behavior. In: SETH, IO; BENNETT, P. (eds). **Consumer and industrial buying behavior**. New York: Elsevier North-Holland, p.425-227, 1977.

DWYER, F. R.; SCHURR, P. H.; OH, S. Developing buyer-seller relationships. **Journal of Marketing**, v. 51, p. 11-27, Apr. 1987.

ENGEL, James; BLACKWELL, Roger D.; MINIARD, Paul W. Consumer Behavior. 8. ed. Orlando: The Dryden Press, 1995.

EVRARD, Y. La Satisfaction dès consommateurs état des recherché. **Revue Française du Marketing**, 144-145 (4-5), 53-65, 1993.

FEE- FUNDAÇÃO DE ECONOMIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <  
<http://www.fee.rs.gov.br/sitefee/download/populacao/projecoes/projecoes-populacionais-rs-2015-2050.pdf>> Acesso em 16. dez. 2012.

FERNANDES, D.V.H.; SANTOS, C.P. A Consequência da Insatisfação dos Clientes. In: ENCONTRO DE MARKETING DA ANPAD – EMA, 2. **Anais...** Rio de Janeiro, RJ: 2006.

FERNANDES, D.V.H.; SANTOS, C.P. Consumer Complaining Behavior in Developing Countries: the case of Brazil. **Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior**, v.20, p.86-109, 2007.

FINK, Arlene. **How to ask survey questions**. Thousand Oaks: Sage, 1995a.

FINK, Arlene. **How to sample in surveys**. Thousand Oaks: Sage, 1995b.

FISK, Raymond P.; BROWN, Stephen W.; BITNER, Mary Jo. Tracking the Evolution of the Services Marketing Literature. **Journal of Retailing**, 69 (1): 61-103,1993.

FONSECA, M.J.; TREZ, G.; ESPARTEL, L.B. O Impacto das Falhas e Recuperação dos Serviços na Satisfação, Lealdade e Confiança. In: ENCONTRO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – ENANPAD, 29. **Anais...** Brasília, DF: 2005.

FORNELL, C. WERNERFELT, B. Defensive marketing strategy by customer complaint management: a theoretical analysis. **Journal of Marketing Research**, v. 24, p. 337-346, 1987.

FRIES, J. F. Reducing disability in older age. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 288, n. 24, p. 3164-3166, Dec.2002. Disponível em: <<http://tinyurl.com/l46pcp>>. Acesso em: ago. 2009.

FREITAS, H.; OLIVEIRA, M.; SACCOL, A. Z.; MOSCAROLA, J. O método de pesquisa survey. **Revista de Administração da USP, RAUSP**, São Paulo, v.35, n.3, p.105-112, Jul-Set. 2000.

GARBARINO, E.; JOHNSON, M. The different roles of satisfaction, trust and commitment for relational and transactional consumers. **Journal of Marketing**, v. 63, p. 70-87, Apr., 1999.

GRAEML, A. R.; GRAEML, K. S. A lógica própria do mercado de produtos de informação. **Anais... V Simpósio de Administração da Produção, Logística e Operações Industriais**, EAESP-FGV, São Paulo, Set. 2002.

GOLDENBERG, J; LIBAI, B.; MOLDOVAN, S.; MULLER, E. The NPV of bad news. **International Journal of Research in Marketing**, 24 (3): p. 186-200, 2007.

GREGÓIRE, Y.; LAUFER, D.; TRIPP, T. M. A comprehensive model of customer direct and indirect revenge: understanding the effects of perceived greed and customer power. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v.38, n.6, 2010. Disponível em: <[www.springerlink.com/content/j60p30p700114673/](http://www.springerlink.com/content/j60p30p700114673/)>. Acesso em: 01 mar. 2010.

GRÉGOIRE, Y.; FISHER, R. Customer betrayal and retaliation: when your best customers became your worst enemies. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v. 36, p. 247-261, 2008.

GRÖNROOS, Christian. An Applied Service Marketing Theory. **European Journal of Marketing**, 16 (7): 30-41, 1982.

GRÖNROOS, Christian. **Service Management and Marketing**. Lexington: Lexington Books, 1990.

GRÖNROOS, Christian. **Marketing: Gerenciamento e serviços: a competição por serviços na hora da verdade**. 5. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1993.

GRÖNROOS, Christian. From Marketing Mix to Relationship Marketing: Towards a Paradigm Shift in Marketing. **Management Decision**, v. 32, n. 2, p. 4-20, 1994.

GRÖNROOS, Christian. Relationship marketing: strategic and tactical implications. **Management Decision**, v. 34, n. 3, p. 5-14, 1996.

GRÖNROOS, Christian. Marketing services: the case of a missing. **Journal of Business & Industrial Marketing**, v.13, n.4-5, p. 322-338, 1998.

GRÖNROOS, C. Relationship marketing: the Nordic school perspective. In: **Handbook of relationship marketing**. Thousand Oaks: Sage, 2000.

GRÖNROOS, Christian. The relationship marketing process: communication, interaction, dialogue, value. **Journal of Business and Industrial Marketing**, v. 19, n. 2, p. 99-113, 2004.

GRONHAUG, K.; ZALTMAN, G. Complainers and non-complainers revisited: another look at the data. **Advances in Consumer Research**, v. 8, p.83-87, 1981.

HAIR, J. JR.; BABIN, B.; MONEY, A.; SAMOUEL, P. **Fundamentos de métodos de pesquisa em administração**. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HAIR, J.; BLACK, W.; ANDERSON, R.; TATHAM, R. **Análise multivariada de dados**. 6ª Ed. Porto Alegre, Bookman, 2009.

HALSTEAD, D. Negative word of mouth: Substitute for or supplement to consumer complaints? **Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior**, v.15, p.1-12, 2002.

HAWKINS, Del I.; MOTHERSBAUGH, David L.; BEST, Roger J. **Comportamento do consumidor – construindo a estratégia de marketing**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

HEPWORTH, Michael. How to Stem Revenue Loss Resulting from Customer Dissatisfaction. **CMA Magazine**, p.31, Out., 1977.

HIRSCHMAN, A. **Exit, voice and loyalty**. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1970.

HOWARD, J.; SHETH, J. **The Theory of buyer behavior**. New York: John Wiley, 1969.

HUEFNER, J.C.; HUNT, K.H. Broadening the Concept of Entrepreneurship: Comparing Business and Consumer Entrepreneurs. **Entrepreneurship Theory and Practice**. v.18, n.3, p.61-75, 1994.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEORGRAFIA E ESTATÍSTICA. Indicadores IBGE 2008. Disponível em: < <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20-%20RJ/panorama.pdf>.> Acesso em: 12 out. 2011.

IBGE- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEORGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>.> Acesso em: 15.dez.2012.

IDEC- INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR. Disponível em: <<http://www.idec.org.br/em-acao/em-foco/planos-de-saude-idade-de-reclamacoes-da-ans-apresenta-piora-em-2012>>. Acesso em 01 dez.2012.

JACKSON, B.B. Build customer relationship that last. **Harvard Business Review**, v. 85, p.121-128, Nov./Dec. 1985.

JATO, R.; LUCAS, R.; FAINA, M.; TRENTIN, P.; GARCIA, M. O comportamento do consumidor insatisfeito pós-compra: um estudo confirmatório. **Gestão & Regionalidade**, v. 24, n. 71, edição especial, 2008.

JOHNSON, M. D.; NADER, G.; FORNELL, C. Expectations, perceived performance, and customer satisfaction for a complex service: the case of Bank Loans. **Working Paper, NQRC (National Quality Research Center)**, The University of Michigan, 1994.

KEAVENEY, S.M. Customer switching behavior in service industries: an exploratory study. **Journal of Marketing**, v.59, p.71-82, 1995.

KLEMPERER, P. Competition when consumers have switching costs: an overview with applications to industrial organization, macroeconomics, and international trade. **Review of Economic Studies**, n. 62, p. 515-539, 1995.

KLINE, R. B. **Principles and Practice of Structural Equation Modeling** (2<sup>nd</sup> edition ed.) New York: The Guilford Press, 2005.

KITAPCI, O.; DORTYOL, I. The differences in customer complaint behavior between loyal customer and first comers in the retail banking industry: the case of Turkish customers. **Management Research News**, v. 32, n. 10, p.932-941, 2009.

KOTLER, Philip. **Administração de Marketing**. Análise, planejamento, implementação e controle. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1998.

KUMAR, N. The power of trust in manufacturer-retailer relationships. **Harvard Business Review**, p.92-106. Nov./Dec. 1996.

LANE, V. R.; KEAVENEY S. M. The negative effects of expecting to evaluate: Reexamination and extension in the context of services failure. **Psychology & Marketing**, 22 (11): 8570885, 2005.

LANFREDI, C. **A Influência dos grupos de referência no comportamento do de reclamação do consumidor à empresa**. Dissertação (Mestrado em Administração)-UFRGS. Escola de Administração- PPGA, Porto Alegre, 2010.

LIN, C.P.; and DING, C. G. Opening the black box- Assessing the mediating mechanism of relationship quality and the moderating effects of prior experience in ISP service. **International Journal of Service Industry Management**, 16 (1): p. 55-80, 2005.

LUO, X. Consumer negative voice and firm- idiosyncratic stock returns. **Journal of Marketing**, 71 (3):75-88. 2007.

LUO, X. Quantifying the long-term impact of negative word of mouth on cash flows and stock prices. **Marketing Science**, 8 (1): p. 148-165, 2009.

MACNEIL, I. The many futures of contracts. **Southern California Law Review**, n. 47, p. 691-816, 1974.

MACNEIL, I. Contracts: adjustment of long-term economic relations under classical, neoclassical and relational contract law. **Northwestern University Law Review**, n. 72, p. 854-902, 1978.

MADDOX, R. N. Two-factor Theory and Consumer Satisfaction: Replication and Extension. **Journal of Consumer Research**, v. 8, n.1, p.97-103, Jun, 1981.

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

MARKETING SCIENCE INSTITUTE (MSI). **2010-2012 Research Priorities**. Disponível em: <[www.msi.org/research/index.cfm?id=271](http://www.msi.org/research/index.cfm?id=271)>. Acesso em: 18 abr. 2010.

MATOS, C.A. de; HENRIQUE, J.L. Balanço do Conhecimento em Marketing: uma Meta-Análise dos Resultados Empíricos dos Antecedentes e Conseqüentes da Satisfação e Lealdade. In: **Anais do XXX Enanpad**. Salvador, BA: ANPAD, 2006.

MATOS, C.A. de; HENRIQUE, J.L.; ROSSI, F. The different roles of switching costs on the satisfaction-loyalty relationship. **International Journal of Bank Marketing**, v.27, n.6/7, p.506-523, 2009.

MATOS, C.A. de; HENRIQUE, J.L.; ROSSI, C.A.V. Service Recovery Paradox: A Meta-Analysis. **Journal of Service Research**, v.10, n.1, p.60-77, 2007.

MATOS, C.A. de; ROSSI, C.A.V. Word-of-mouth Communications in marketing: a meta-analytic review of the antecedents and moderators. **Journal of the Academy of Marketing Service**, v.36, n.4, p.578-596, 2008.

MATOS, C.A. de; ROSSI, C.A.V.; VEIGA, R.T.; VIEIRA, V.A. Consumer reaction to service failure and recovery: the moderating role of attitude toward complaining. **Journal of Services Marketing**, v.23, n.6/7, p.462-475, 2009.

MATOS, C.A. de; FERNANDES, D.V der H.; LEIS, R. P. e TREZ, G. A Cross-Cultural Investigation of Consumer Reactions to Service Failure and Recovery. **Journal of International Consumer Marketing**, 23:3-4, 211-228, 2011.

MATOS, C.A. de; VIEIRA, V.A.; VEIGA, R.T.; Behavioral responses to service encounter involving failure and recovery: the influence of contextual factors. **The Service Industries Journal**, v. 32, n.13, 2012.

MATTILA, A.S. The impact of relationship type on customer loyalty in a context of service failures. **Journal of Service Research**, v.4, n.2, p.91-101, 2001.

MAXHAM, J.G. III. Service recovery's influence on consumer satisfaction, positive word-of-mouth, and purchase intentions. **Journal of Business Research**, v.54, p.11-24, 2001.

MAXHAM, J.G. III.; NETEMEYER, R.G. Modeling Customer Perceptions of Complaint Handling Over Time: the effects of perceived justice on satisfaction and intent. **Journal of Retailing**, v.78, n.4, p.239-52, 2002.

MACCALLUM, R. C.; AUSTIN, J. T. Application of structural equation modeling on psychological research. **Annu. Rev. Psychology**, v. 51, p. 201-226, 2000.

MCCOLLOUGH, M. A.; BHARADWAJ, S. G. The Recovery Paradox: An Examination of Consumer Satisfaction in Relation to Disconfirmation, Service Quality, and Attribution Based Theories. In: ALLEN C.T. *et al.* **Marketing Theory and Applications**. Chicago: American Marketing Association, 1992.

MCCOLLOUGH, M.A. **The Recovery Paradox**: A conceptual model and empirical investigation of customer satisfaction and service quality attitudes after service failure and recovery (Doctoral Dissertation, Texas A & M University, United States, 1995).

MENEZES, J. B. A evolução dos direitos fundamentais: o direito do consumidor com um interesse difuso e a possibilidade de resgate da cooperação social. **Revista Humanidades**, Fortaleza, v.18, n.1, p. 50-67, 2003.

MICK, D.G. Meaning and Mattering Through Transformative Consumer Research. IN: **Advances in Consumer Research**, v.33, Provo, Association for Consumer Research, p.1-4, 2006.

MILAN, G.S.; TREZ, G. Pesquisa de Satisfação: um Modelo para Planos de Saúde. **RAE-eletrônica**, v. 4, n. 2, jul./dez. 2005.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA (2010). **Relatório Analítico do Cadastro Nacional de Reclamações Fundamentadas**. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/dpdc/data/Pages/MJ5E813CF3PTBRIE.htm>>. Acesso em: 17 mai. 2010.

MITTAL, B.; LASSAR, W.M. Why do costumers switch? The dynamics of satisfaction. **Journal of Services Marketing**, 12 (2-3), 177-195, 1998.

MORGAN, R.; HUNT, S. The commitment- trust theory of relationship marketing. **Journal of Marketing**, [S.L], 58, n.3, p. 20-38, July, 1994.

MOURA, Luís César Souto de. **Assimetria de conhecimento: proposta de uma perspectiva teórica para marketing de bens e serviços intensivos em conhecimento**. 153f. Tese (Doutorado em Administração) – UFRGS. Escola de Administração-PPGA, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/31961>. Acesso em: 14 set. 2012.

MARKETING SCIENCE INSTITUTE – MSI (2010). **2010-2012 Research priorities**. Disponível em: <<http://www.msi.org/research/index.cfm?id=271>>. Acesso em: 17 maio.2010.

MURRAY, Keith B. A Test of Services Marketing Theory: Consumer Information Acquisition Activities. **Journal of Marketing**, v. 55, n.1, p.10-25, 1991.

NEAL, W. D. Satisfaction is nice, but value drives loyalty. **Marketing Research**, p. 21-23, 1999.

NOOTEBOOM, B.; BERGER, H.; NOORDERHAVEN, N. G. Effects of trust and governance on relational risk. **Academy of Management Journal**, v. 40, n.2, p.308-338, 1997.

OLIVER, R. L. A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. **Journal of Marketing Research**, v. 17, p.460-9, nov. 1980.

OLIVER, R. L. **Satisfaction**: a behavioral perspective on the consumer. New York: Irwin/McGraw-Hill, 1997.

OLIVER, R. L. Whence Consumer Loyalty? **Journal of Marketing**, 63(4): 33, 1999.

ORSINGHER, C.; VALENTINI, S.; ANGELIS M. de. A meta-analysis of satisfaction with complaint handling in services. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v. 38, p.169-186, 2010.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V.A.; BERRY, L.L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. **Journal of Marketing**, v. 49, n.4, p.41-50, Fall, 1985.

PATTERSON, P.; SMITH, T. A cross-cultural study of switching barriers and propensity to stay with service providers. **Journal of Retailing**, 79 (2): p. 107-120, 2003.

PEREIRA, L. H. A voz do usuário no sistema hospitalar: ouvidorias. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 4, n°7, jan/jul 2002, p.82-121. Disponível em:  
<<http://www.scielo.br/pdf/soc/n7/a04n7.pdf>> Acesso em 16. dez.2012.

PINSONNEALT, A.; KRAEMER, K. L. Survey research in management information systems: an assessment. **Journal of Management Information System**, 1993.

PODSAKOFF, P.M.; MACKENZIE, S.B.; LEE, JY; PODSAKOFF, N. Common Method Biases in Behavioral Research: A Critical Review of the Literature and Recommended Remedies. **Journal of Applied Psychology**, v.88, n.5, p.879-903, 2003.

PORTER, Michael E. From competitive advantage to corporate strategy. **Harvard Business Review**, v. 65, n. 3, p. 43-59, 1987.

REICHHELD, F. F. **The loyalty effect: the hidden force behind growth, profits, and lasting value**. Boston: Harvard Business School Press, 1996.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

RICHINS, M. Negative Word-of-Mouth by Dissatisfied Consumers: a pilot study. **Journal of Marketing**, v.47, p.68-78, 1983.

RICHINS, M. L. Word of Mouth Communication a Negative Information. **Advances in Consumer Research**, v. 11, n.1, p.697-702, 1984.

ROOS, Inger. **A Switching Perspective on Involvement, Commitment and Complaining behavior**. The Eight Annual Conference Frontiers in Service Conference, USA, Nashville TN, organized by the Center for Service Marketing at Vanderbilt University and the American Marketing Association, Marketing Management Division, Oct. 21-23, 1999.

ROSS, Inger; GUSTAFSSON, Anders. Understanding Frequent Switching Patterns - a Crucial Element in Managing Customer Relationships. **Journal of Service Research**, v. 10, n. 1, p. 93-108, 2007.

SANTOS, Cristiane Pizzutti dos. **Impacto do gerenciamento de reclamações na confiança e lealdade do consumidor, no contexto de trocas relacionais de serviços**: construção e teste de um modelo teórico. Tese (Doutorado em Administração)-UFRGS. Escola de Administração-PPGA, Porto Alegre, 2001.

SANTOS, C.P.; FERNANDES, D.V.H. A Recuperação de Serviços como Ferramenta de Relacionamento: Seu Impacto na Confiança e Lealdade dos Clientes. **Revista de Administração de Empresas**, v.48, n.1, p.10-24, 2008.

SANTOS, C.P.; FERNANDES, D.V.H. A Construção de uma Tipologia dos Consumidores para Resposta à Insatisfação. **BASE – Revista de Administração e Contabilidade da Unisinos**, v.7, n.1, p.25-41, 2010.

SANTOS, E. M. dos. **Fatores condicionantes da adoção de tecnologias da informação pelas organizações**. Dissertação (Mestrado em Administração)-UFB. Escola de Administração-UFB. Salvador, 2004.

SAREL, D.; MARMORSTEIN, H. The Role of Service Recovery in HMO Satisfaction. **Marketing Healthcare Services**, 19, p. 6-12, Spring 1999.

SCHMALENSEE, R. Production differentiation advantages of pioneering brands. **American Economic Review**, n.27, p.349-365, 1982.

SCHOENI, R. F. et al. Persistent and growing socioeconomic disparities in disability among the elderly: 1982-2002. *American Journal of Public Health*, Boston, v. 95, n. 11, p. 2065-2070, Nov. 2005. Disponível em: <<http://www.ajph.org/cgi/reprint/95/11/2065>>. Acesso em: ago. 2009.

SEPLAG-RS. SECRETARIA DE PLANEJAMENTO, GESTÃO E PARTICIPAÇÃO DO RIO GRANDE DO SUL. Disponível em:< <http://www.seplag.rs.gov.br/atlas/>> Acesso em: 16.dez.2012.

SHAPIRO, Carl; VARIAN, Hal R. **A economia da informação**: como os princípios econômicos se aplicam à era da Internet. Rio de Janeiro; Campus, 1999

SHETH, J.; MITTAL, B.; NEWMAN, B. **Comportamento do cliente-indo além do comportamento do consumidor**. São Paulo: Atlas, 2001.

SIMON, H. A. **Comportamento Administrativo**. 3. ed. Rio de Janeiro: FGV, 1970.

SINGH, J. Consumer Complaint Intentions and Behavior: Definitional and Taxonomical Issues. **Journal of Marketing**, v.52, n.1, p.93-107, 1988.

SINGH, J. Determinants of Consumers' Decisions to Seek Third Party Redress: An Empirical Study of Dissatisfied Patients. **Journal of Consumer Affairs**, 23 (2), p.329-354, 1989.

SINGH, J. Voice, Exit, and Negative Word-of-Mouth Behaviors: An Investigation across Three Service Categories. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v. 18, p.1-15, 1990.

SINGH, J.; WIDING II, R. What occurs once consumers complain? **European Journal of Marketing**, v. 25, n. 5, p.30-46, 1991.

SINGH, J.; WILKES, R.E. When Consumers Complain: A Path Analysis of the key Antecedents of Consumer Complaint Estimates. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v. 24, p.350-366, 1996.

SLONGO, L. A.; MÜSSNICH, R. Serviços ao Cliente e Marketing de Relacionamento no Setor Hoteleiro de Porto Alegre. **RAC**, v. 9, n. 1, p.149-170, Jan/Mar. 2005.

SMITH, A.K.; BOLTON, R. An Experimental Investigation of Service Failure and Recovery: Paradox or Peril? **Journal of Service Research**, v.1, n.1, p.65-81, 1998.

SOLOMON, Michael. **Consumer Behavior**. 2. ed. Allyn e Baron (MS): McGraw-Hill, 1994.

STEPHENS, N. Complaining. In: SWARTZ.; IACOBUCCI, D. **Handbook of services marketing and management**. Thousand Oaks: Sage, 2000.

SWEENEY, Jillian C.; SOUTAR, Geoffrey N.; MAZZAROL, Tim. The Difference Between Positive and Negative Word-of-Mouth, Emotion as a Differentiator. IN: **Proceedings of the ANZMAC 2005 Conference: Broadening the Boundaries**. Perth, Australia: University of Western Australia, p. 331-337, 2005.

TARP (Technical Assistance Research Programs). Consumer complaint handling in America: An updated study. **The Office of the Special Advisor to the President for Consumer Affairs, Technical Assistance Research Programs**: Washington, DC. 1986.

TAX, S. S.; BROWN, S. W.; CHANDRASHEKARAM, M. Customer Evaluations of Service Complaint Experiences: Implications for Relationship Marketing. **Journal of Marketing**, v. 62, n.2, p. 60-76, 1998.

THOMAS, Richard K. **Health Services Marketing**. A Practitioner's Guide. Springer Science + Business Media. Memphis, TN, USA, 2008.

TRETTEL, D. **Defesa do consumidor na regulação de planos de saúde é urgente**. 2010. Disponível em: < [http://www.idec.org.br/artigos\\_100422.asp](http://www.idec.org.br/artigos_100422.asp)>. Acesso em: 24 jul. 2011.

VARGO, S.; LUSCH, R. Evolving to a new dominant: logic form marketing. **Journal of Marketing**, v. 68, p. 1-17, 2004.

VOORHEES, C.M.; BRADY, M.K. A service perspective on the drivers of complain intentions. **Journal of Service Research**, 8 (2), p. 192-204.

ZEITHAML, V. A.; BERRY, L.L.; PARASURAMAN, A. The Nature and D/eterminants of Customer Expectations of Service. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v. 21, n. 1, p. 1-12, 1993.

ZEITHAML, V. A.; BERRY, L.L.; PARASURAMAN, A. The Behavioral Consequences of Service Quality. **Journal of Marketing**, v. 60, n. 2, p. 31-43, 1996.

ZEITHAML, V. A.; BITNER, M. J.; GREMLER, D. D. **Marketing de Serviços: a empresa com foco no cliente**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2011.

ZLOTNIKOV, V. Impact of PC commodization. **Computer Reseller News**, Issue 834, p.18. Manhasset. Mar 22, 1999.

WEUN, S.; BEATTY, S.E.; JONES, M.A. The impact of service failure severity on service recovery evaluations and post- recovery relationships. **Journal of Services Marketing**, v. 18, n. 2/3, p. 133-46, 2004.

WILSON, Elisabeth; VLOSKY, Richard. Partnering Relationship Activities: building theory from case study research. **Journal of Business Research**, v.39, p.59-70, May, 1997.

## **APÊNDICES**

APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO ELABORADO NO *GOOGLE DOCS*

Christine Hörbe &lt;chrishorbe@gmail.com&gt;

---

**PESQUISA SOBRE SERVIÇOS DOS PLANOS DE SAÚDE**

---

Christine Hörbe &lt;chrishorbe@gmail.com&gt;

20 de maio de 2012 19:15

Para: "EMS Patricia 41.103" &lt;patricia.antunes@emspharma.com.br&gt;

Oi, Paty.

Estou na reta final da dissertação de Mestrado, e preciso de 200 usuários de planos de saúde para responderem a minha pesquisa.

Poderia me ajudar, respondendo?

Obrigada, um beijo Christine.

Se tiver problemas para visualizar este formulário, você poderá preenchê-lo on-line:

<https://docs.google.com/spreadsheets/viewform?formkey=dF9XdGpJbE96NVR0ZFd0VU1UeVhMTIE6MQ>

**PESQUISA SOBRE SERVIÇOS DOS PLANOS DE SAÚDE**

Esta é uma pesquisa acadêmica que tem por objetivo avaliar a sua opinião sobre serviços em saúde. Pedimos que responda com atenção e de forma sincera. Não é preciso se identificar. Agradecemos a sua participação!

1) Você possui ou já possuiu plano de saúde?

Sim

Não Caso a sua resposta seja NÃO, agradecemos a sua resposta. E se desejar contribuir para futuras pesquisas, no final desse questionário há um espaço destinado a sugestões.

2) Caso você possua plano de saúde, ele é:

- Empresarial
- Individual

Para responder as questões seguintes, imagine você na situação de USUÁRIO e lembre de algum PROBLEMA que você teve com algum PLANO DE SAÚDE nos últimos 6 meses ou mais. 3) Indique a opção que mais se aproxima do seu problema.

- Relacionado a preço
- Erro/problema com o serviço
- Comunicação
- Esperar demais/Inconveniência
- Relacionado aos médicos
- Local de atendimento
- Interação com funcionário
- Problema Ético
- Conveniência
- Respostas insatisfatórias para algum problema prévio
- Outro \_\_\_\_\_

4) Qual a gravidade do problema ocorrido?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Pouco grave	<input type="checkbox"/>	Muito grave									

5) Há quanto tempo ocorreu este problema? \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ anos

6) Você trocou de Plano de Saúde?

Sim

Não

7) Você reclamou?

Sim

Não

8) Em caso de resposta positiva (SIM), como reclamou?

Eu fui pessoalmente à empresa.

Falei mal da empresa para amigos e parentes .

Reclamei para órgãos reguladores como PROCON - Programa de Orientação e Proteção e ao Consumidor, ou Defensoria Pública.

Eu escrevi uma carta/e-mail para a empresa.

Eu liguei para a empresa.

Outro: \_\_\_\_\_

9) Em caso de resposta negativa (NÃO reclamou), por quê?

Avalie cada item abaixo assinalando um número entre 1 (Discordo Totalmente) e 10 (Concordo Totalmente): 10) Em relação a resposta do Plano de Saúde..... o plano de saúde ofereceu solução satisfatória ao meu problema.

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Discordo  
Totalmente

Concordo  
Totalmente





Avalie cada item abaixo assinalando um número entre 1 (Nada Disposto) e 10 (Totalmente disposto): 14) Caso um problema como o citado aconteça novamente com você, qual a sua chance de..... reclamar diretamente com o Plano de Saúde?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada Disposto	<input type="checkbox"/>	Totalmente Disposto									

... falar para amigos e parentes da sua má experiência?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada Disposto	<input type="checkbox"/>	Totalmente Disposto									

... fazer uma reclamação formal junto ao PROCON?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Nada Disposto	<input type="checkbox"/>	Totalmente Disposto									

15) Como está sua satisfação com o seu Plano de Saúde? Caso tenha trocado de plano, considere o plano de saúde atual. Por favor, assinale um número entre 1 (totalmente Insatisfeito) e 10 (totalmente Satisfeito) para cada uma das questões abaixo: 1. Atenção dos funcionários no atendimento

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Totalmente Insatisfeito	<input type="checkbox"/>	Totalmente Satisfeito									

## 2. Agilidade no atendimento

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Totalmente Insatisfeito	<input type="checkbox"/>	Totalmente Satisfeito									

## 3. Respeito por parte dos funcionários

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Totalmente Insatisfeito	<input type="checkbox"/>	Totalmente Satisfeito									

## 4. Atendimento recebido por telefone

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Totalmente Insatisfeito	<input type="checkbox"/>	Totalmente Satisfeito									

## 5. Benefícios oferecidos pelo plano para atender suas necessidades

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Totalmente Insatisfeito	<input type="checkbox"/>	Totalmente Satisfeito									

## 6. Facilidade para marcar consultas

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Totalmente Insatisfeito	<input type="checkbox"/>	Totalmente Satisfeito									

## 7. Estrutura (instalações e equipamentos) oferecida aos associados do Plano

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Totalmente Insatisfeito	<input type="checkbox"/>	Totalmente Satisfeito									

## 8. Conforto oferecido aos clientes do Plano de Saúde

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Totalmente Insatisfeito	<input type="checkbox"/>	Totalmente Satisfeito									

## 9. Respeito do Plano com você

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Totalmente Insatisfeito	<input type="checkbox"/>	Totalmente Satisfeito									

## 10. Imagem transmitida pelo Plano

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Totalmente Insatisfeito	<input type="checkbox"/>	Totalmente Satisfeito									

## 11. Competência dos médicos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Totalmente Insatisfeito	<input type="checkbox"/>	Totalmente Satisfeito									

## 12. Confiança nos médicos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Totalmente Insatisfeito	<input type="checkbox"/>	Totalmente Satisfeito									

## 13. Confiança nos funcionários do Plano

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Totalmente Insatisfeito	<input type="checkbox"/>	Totalmente Satisfeito									

## 14. Preço cobrado em relação aos serviços (e coberturas) oferecidos

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Totalmente Insatisfeito	<input type="checkbox"/>	Totalmente Satisfeito									

## 15. Esclarecimentos e informações sobre taxas de participação cobradas

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Totalmente Insatisfeito	<input type="checkbox"/>	Totalmente Satisfeito									

## 16. Preço cobrado em comparação com os outros planos de saúde

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Totalmente Insatisfeito	<input type="checkbox"/>	Totalmente Satisfeito									

## 17. Informações transmitidas na propaganda na TV

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Totalmente Insatisfeito	<input type="checkbox"/>	Totalmente Satisfeito									

## 18. Recebimento de informações sobre o Plano

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Totalmente Insatisfeito	<input type="checkbox"/>	Totalmente Satisfeito									

## 19. Estrutura oferecida para os acompanhantes no Hospital

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Totalmente Insatisfeito	<input type="checkbox"/>	Totalmente Satisfeito									

## 20. Forma de comunicação do Plano com os associados

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Totalmente Insatisfeito	<input type="checkbox"/>	Totalmente Satisfeito									

## 21. Informações recebidas ao se associar ao Plano de Saúde

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Totalmente Insatisfeito	<input type="checkbox"/>	Totalmente Satisfeito									

## 22. Número de médicos disponíveis nas diversas especialidades

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Totalmente Insatisfeito	<input type="checkbox"/>	Totalmente Satisfeito									

## 23. Facilidade de obter informações sobre o que o Plano oferece

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Totalmente Insatisfeito	<input type="checkbox"/>	Totalmente Satisfeito									

## 24. Cobertura do Plano (consultas, exames, procedimentos ambulatoriais e internações)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Totalmente Insatisfeito	<input type="checkbox"/>	Totalmente Satisfeito									

## 16) Gênero:

- Feminino
- Masculino

## 17) Idade:

- Até 25 anos
- Entre 26 e 30 anos
- Entre 31 e 40 anos

Entre 41 e 60 anos

Acima de 65 anos

18) Há quanto tempo é (era) cliente do plano de

saúde? \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses

Espaço livre para comentários:



Tecnologia [Google Docs](#) [Denunciar abuso](#) - [Termos de Serviço](#) - [Termos Adicionais](#)

--

**Christine de Vasconcellos Hörbe**

Propagandista da Indústria Farmacêutica

Mestranda em Administração

55.51- 911.50390

[chris.horbe@gmail.com](mailto:chris.horbe@gmail.com)

## APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO PARA ENTREVISTAS PESSOAIS



**UNISINOS - UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS**  
**PESQUISA SOBRE SERVIÇOS DOS PLANOS DE SAÚDE**

Esta é uma pesquisa acadêmica que tem por objetivo avaliar a sua opinião sobre serviços em saúde. Pedimos que responda com atenção e de forma sincera. Não é preciso se identificar.

Agradecemos a sua participação!

1) Você possui ou já possuiu plano de saúde?

Sim       Não

Caso a sua resposta seja **NÃO**, agradecemos a sua resposta.

E se desejar contribuir para futuras pesquisas, no final desse questionário há um espaço destinado a sugestões.

2) Caso você possua plano de saúde, ele é:  Empresarial  Individual

Para responder as questões seguintes, imagine você na situação de **USUÁRIO DE PLANO DE SAÚDE** e lembre de algum **PROBLEMA** que você teve com algum **PLANO DE SAÚDE** nos últimos 6 meses ou mais.

**3) Indique a opção que mais se aproxima do seu problema.**

Relacionado a preço       Esperar demais/Inconveniência

Interação com funcionário       Erro/problema com o serviço

Relacionado aos médicos       Problema Ético

Comunicação       Local de atendimento

Conveniência

Respostas insatisfatórias para algum problema prévio

Outro \_\_\_\_\_

**4) Qual a gravidade do problema ocorrido?**

Pouco grave 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. **Muito grave**

**5) Há quanto tempo ocorreu este problema? \_\_\_\_\_meses**

\_\_\_\_\_anos

**6) Você trocou de Plano de Saúde?** ( ) sim ( ) não

**7) Você reclamou?** ( ) sim ( ) não

**8) Em caso de resposta positiva (SIM), como reclamou?**

( ) Eu fui pessoalmente à empresa.

( ) Eu escrevi uma carta/e-mail para a empresa.

( ) Falei mal da empresa para amigos e parentes .

( ) Eu liguei para a empresa

( ) Reclamei para órgãos reguladores como PROCON, Programa de Orientação e Proteção e ao Consumidor, ou Defensoria Pública

( ) Outro: \_\_\_\_\_

**9) Em caso de resposta negativa (NÃO reclamou), por quê?**

\_\_\_\_\_

Avalie cada item abaixo assinalando um número entre 1 (Discordo Totalmente) e 10 (Concordo Totalmente):

<b>10) Em relação a resposta do Plano de Saúde...</b>	<b>Discordo</b>	<b>Concordo</b>
	<b>Totalmente</b>	<b>Totalmente</b>
... o plano de saúde ofereceu solução satisfatória ao meu problema.	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.	
... estou satisfeito com a forma como o plano resolveu este problema particular.	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.	
...considerando essa experiência, estou satisfeito com o plano.	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.	

<b>11) Após esta experiência com o Plano de Saúde, você pensou em...</b>	<b>Discordo Totalmente</b>	<b>Concordo Totalmente</b>
... sair/ cancelar o plano de saúde.	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.	
<b>12) Imagine que por causa desse problema você pense em mudar para outro Plano de Saúde. Se mudasse...</b>	<b>Discordo Totalmente</b>	<b>Concordo Totalmente</b>
.... você teria custos financeiros.	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.	
....você teria custos de tempo e esforço para contratar um novo plano.	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.	
...você teria custos para iniciar um novo relacionamento.	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.	
<b>13) ANTES de experimentar este PROBLEMA, como era o seu relacionamento com o Plano de Saúde?</b>	<b>Discordo Totalmente</b>	<b>Concordo Totalmente</b>
Eu estava muito comprometido com meu relacionamento com este plano.	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.	
Eu pretendia manter meu relacionamento com esse plano de saúde por um longo tempo.	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.	
<b>14) Caso um problema como o citado aconteça novamente com você, qual a sua chance de...</b>	<b>Nada Disposto</b>	<b>Totalmente Disposto</b>
... reclamar diretamente com o Plano de Saúde?	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.	
... falar para amigos e parentes da sua má experiência?	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.	
... fazer uma reclamação formal junto ao PROCON?	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.	

**15) Como está sua satisfação com o Plano de Saúde? Caso tenha trocado de plano, considere o plano de saúde atual. Por favor, assinale um número entre 1 (totalmente Insatisfeito) e 10 (totalmente Satisfeito) para cada uma das questões abaixo:**

Atributos	Totalmente Insatisfeito	Totalmente Satisfeito
1. Atenção dos funcionários no atendimento	1.	2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.
2. Agilidade no atendimento	1.	2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.
3. Respeito por parte dos funcionários	1.	2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.
4. Atendimento recebido por telefone	1.	2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.
5. Benefícios oferecidos pelo plano para atender suas necessidades	1.	2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.
6. Facilidade para marcar consultas	1.	2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.
7. Estrutura (instalações e equipamentos) oferecida aos associados do Plano	1.	2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.
8. Conforto oferecido aos clientes do Plano de Saúde	1.	2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.
9. Respeito do Plano com você	1.	2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.
10. Imagem transmitida pelo Plano de Saúde	1.	2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.
11. Competência dos médicos	1.	2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.
12. Confiança nos médicos	1.	2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.
13. Confiança nos funcionários do Plano de Saúde	1.	2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.
14. Preço cobrado em relação aos serviços (e coberturas)	1.	2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.

oferecidos	
15. Esclarecimentos e informações sobre taxas de participação cobradas	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.
16. Preço cobrado em comparação com os outros planos de saúde	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.
17. Informações transmitidas na propaganda na TV	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.
18. Recebimento de informações sobre o Plano	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.
19. Estrutura oferecida para os acompanhantes no Hospital	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.
20. Forma de comunicação do Plano com os associados	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.
21. Informações recebidas ao se associar ao Plano de Saúde	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.
22. Número de médicos disponíveis nas diversas especialidades	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.
23. Facilidade de obter informações sobre o que o Plano oferece	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.
24. Cobertura do Plano (consultas, exames, procedimentos ambulatoriais e internações)	1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10.

**16) Gênero:**     Feminino     Masculino

**17) Idade:**

até 25 anos     entre 26 e 30 anos     entre 31 e 40 anos

entre 41 e 60 anos     acima de 65 anos

**18) Há quanto tempo é (era) cliente do plano de saúde?**

\_\_\_\_\_anos

\_\_\_\_\_meses

Caso você queira identificar seu plano de saúde:

---

Espaço livre para comentários:

---

---

---

---

---

**OBRIGADO!**

## APÊNDICE C – ÍNDICE DE RECLAMAÇÕES ANS



### Índice de Reclamações – Nota Técnica

Setembro de 2012

#### 1. Introdução

A ANS tem, entre suas atribuições, o atendimento de demandas dos beneficiários de planos de saúde por informações, reclamações e denúncias referentes aos planos privados de saúde. Este atendimento pode ser realizado pelo Disque ANS, presencialmente nos Núcleos, por correio eletrônico ou correspondência.

O número de reclamações atendidas é utilizado na construção do Índice de Reclamações para permitir a comparação da atuação das operadoras do ponto de vista do consumidor que, ao julgar não ter tido respeitado seu direito, dirige-se a ANS para solicitar orientação, análise e julgamento da questão.

O Índice é a relação entre a média de reclamações dos beneficiários de planos privados de saúde contra uma operadora com registro ativo na ANS nos últimos seis meses e a média do número de beneficiários desta operadora no mesmo período.

Esse Índice é calculado e apresentado para grupos de operadoras segundo porte (pequeno – até 20 mil beneficiários, médio – de 20 a 100 mil beneficiários e grande – acima de 100 mil beneficiários) e para cada operadora individualmente.

#### 2. Conceitos e definições

##### 2.1. Índice de Reclamações

Número médio de reclamações nos seis meses anteriores para cada 10.000 beneficiários do universo de beneficiários analisado, segundo a fórmula:

$$IR = (R/B) \times 10.000$$

Onde IR é o Índice de reclamações com base em seis meses

R é o número de reclamações nos últimos seis meses

B é a soma do número de beneficiários dos últimos seis meses.

##### 2.2. Formas de apresentação do índice:

- Mensal: representa a média do número de reclamações nos seis meses anteriores para cada conjunto de 10.000 beneficiários. Assim, se o índice de reclamações das operadoras de grande porte é 0,53 em junho de 2012, significa que foram recebidas



pela ANS, em média, entre janeiro e junho de 2012, 0,53 reclamações para cada grupo de 10.000 beneficiários destas operadoras nestes meses.

### 2.3. Reclamações

O Índice de Reclamações é calculado a partir do total de reclamações que a Agência recebe dos consumidores de planos privados de saúde. As reclamações podem ser feitas por meio do Disque ANS, correio eletrônico, correspondência ou presencialmente em um dos doze Núcleos de Atendimento da ANS espalhados pelo país.

São incluídas no cálculo:

- Reclamações procedentes sobre negativa de cobertura, encaminhadas e resolvidas com o procedimento NIP (reparação voluntária e eficaz por parte da operadora). Em agosto de 2010, por meio da Resolução Normativa nº 226, a ANS instituiu o procedimento de Notificação de Investigação Preliminar (NIP), que permite a solução mais rápida dos conflitos entre consumidores e operadoras no caso de reclamações em que a operadora nega a um consumidor o direito de realizar um exame ou um procedimento previsto em seu contrato (negativa de cobertura). Ao receber uma reclamação dessa natureza, a ANS entra em contato com a operadora para solucionar o problema. Caso seja resolvida, a reclamação não é encaminhada para apuração.
- Reclamações procedentes sobre negativa de cobertura, encaminhadas ao procedimento NIP, sem solução (sem resposta ou com manutenção da negativa) encaminhadas aos Núcleos para análise.
- Reclamações procedentes sobre outros temas, encaminhadas diretamente aos Núcleos para análise.
- Reclamações cuja apuração encontra-se em andamento. Estas reclamações, por não estarem finalizadas e classificadas, podem incluir demandas procedentes, improcedentes e não aplicáveis. Caso as demandas sejam, posteriormente, classificadas como improcedentes, serão retiradas do cálculo no processamento seguinte.

São excluídas do cálculo:

- Reclamações julgadas não procedentes por meio do procedimento da NIP.
- Reclamações de beneficiários que não eram da operadora (não identificadas corretamente no ato da reclamação).

#### 2.4. Beneficiário

Pessoa física, titular ou dependente, que possui direitos e deveres definidos em legislação e em contrato assinado com a operadora de plano privado de saúde, para garantia da assistência médico-hospitalar e/ou odontológica.

O termo beneficiário refere-se ao vínculo de uma pessoa a um determinado plano de saúde de uma determinada operadora. Como um mesmo indivíduo pode possuir mais de um plano de saúde e, portanto, mais de vínculo, o número de beneficiários cadastrados é superior ao número de indivíduos que possuem planos privados de assistência à saúde.

O número de beneficiários ativos é calculado utilizando as datas de contratação e cancelamento (rescisão) do plano de saúde atual do beneficiário, informadas ao Sistema de Informações de Beneficiários (SIB). Este procedimento garante que todo beneficiário será computado, independentemente do momento em que a operadora envia o cadastro à ANS. Por outro lado, faz com que a informação seja permanentemente atualizada, tornando-a sempre provisória.

No índice de reclamações utiliza-se o número de beneficiários dos seis meses anteriores ao mês de referência do Índice.

#### 3. Universo de operadoras analisadas

O cálculo do Índice de Reclamações é feito para as operadoras com registro ativo na ANS que tenham em média mais de 100 beneficiários no seis meses considerados.

#### 4. Periodicidade de atualização

O Índice de Reclamações é atualizado mensalmente e apresentado para os últimos 24 meses com possibilidade de revisão dos índices já divulgados em razão de reprocessamento para todas as competências, com cálculo retroativo para todo o período apresentado (em razão dos ajustes nos números de beneficiários e de reclamações consideradas procedentes).