

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

**Autoria:** Luciana Claudia Piva, Paulo de Paula Baptista

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

### Introdução

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

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

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

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

Esta pesquisa busca contribuir para os estudos do comportamento do consumidor de planos de saúde por meio da compreensão da percepção de valor que ele tem a respeito do serviço comprado e usufruído. Em particular estuda a percepção do cliente sobre estas novas práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças, um fator importante para a definição de estratégias de mercado de operadoras que buscam ampliar o valor oferecido aos clientes.

Para realização do trabalho utiliza-se uma operadora de planos de saúde corporativos na cidade de Curitiba e classificam-se os seus clientes usuários finais em categorias de adotantes e não adotantes de práticas de PSPD para se comparar o valor percebido pelo cliente (VPC) em cada uma dessas categorias. Além disso, verificam-se os impactos do VPC na satisfação, na lealdade e na rentabilidade dos clientes usuários finais. Adicionalmente verificam-se os impactos da adoção de PSPD na rentabilidade dos clientes usuários finais.

### **Práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças**

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

Para a compreensão do significado e da importância destas mudanças é essencial que se compreenda o próprio conceito de “saúde”. Para a OMS (2007), saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença. Assim, podem ser consideradas 5 dimensões para uma saúde ótima: física, emocional, social, intelectual e espiritual. Complementando essa visão, O’Donnel (2000) mostra a saúde como um *continuum* entre um estado de doença, que causa a morte prematura e um estado de saúde ótima para o indivíduo. A medicina tradicional tem focado sua atenção no início do *continuum*, ou seja, as pessoas doentes ou com sinais e sintomas de doenças. Já a promoção da saúde, visando o outro extremo, busca levar a este indivíduo, estados de saúde melhores, atuando na prevenção de doenças e na construção de comportamentos saudáveis que garantam a saúde ótima.

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

O conceito da ANS cabe tanto para direcionar as ações das operadoras na melhoria dos níveis de saúde da sua população atendida, quanto para direcionar a adoção dessas práticas pelo próprio indivíduo. A prevenção está mais relacionada às ações focadas em um

determinado fator de risco ou doença, enquanto que a promoção visa o aumento dos níveis de saúde de uma forma integral.

O grau de adoção dessas práticas é definido na literatura médica em relação ao tempo de prática. Ou seja, quanto tempo cada indivíduo pratica processos individuais de tomada de decisão predominantemente favoráveis a sua qualidade de vida (RYAN; SMITH, 2006; O'DONNELL, 2000) ou ainda, se não praticam, qual sua predisposição para a mudança. A literatura sugere que os indivíduos sejam classificados em 5 categorias: (1) não praticam e não pretendem começar; (2) não praticam, mas pretendem começar nos próximos 6 meses; (3) não praticam, mas pretendem começar no próximo mês; (4) praticam há menos de 6 meses; (5) praticam há mais de 6 meses. O nível 1 é considerado o nível de “pré-contemplação à mudança”, onde o indivíduo ainda não está preparado para agir. O nível 2 referente à “contemplação” indica que a pessoa já está pensando tomar ações. O nível 3 o de “preparação à mudança”. O nível 4 indica “ação”. Apenas o nível 5 indica “manutenção da saúde”.

Nesta pesquisa, essas definições foram utilizadas na operacionalização do construto “adoção de práticas de PSPD”. Para tanto foi necessária a criação de variáveis que abrangessem aspectos do comportamento que afetam significativamente a qualidade de saúde das pessoas, formando um conjunto de critérios que pudessem demonstrar seu perfil em relação à adoção de práticas. Dentro do conceito de saúde, as práticas abrangeriam aspectos complexos da vida das pessoas, como vida social, intelectual, emocional, espiritual e física. Porém, para viabilizar a pesquisa foi necessário limitar o conceito a um determinado conjunto de itens mais significativos. Segundo os especialistas em PSPD, o conjunto adequado abrange os seguintes aspectos: fumo; atividades físicas regulares; alimentação saudável e; sono. Esses têm interferência direta nos demais aspectos, sendo básicos para a manutenção de níveis mais altos de saúde integral.

### **Qualidade e satisfação**

Satisfação e qualidade são conceitos intimamente relacionados, ambos provenientes do paradigma da desconformidade de expectativas (MARCHETTI; PRADO, 2001). Para Parasuraman et al (1988), a qualidade em serviços é determinada por meio de 5 dimensões relacionadas entre si: tangibilidade, confiabilidade, presteza, segurança e empatia. Para esses autores deve ser medida com base na avaliação das expectativas do cliente em relação a um referencial ideal para depois, compará-la à percepção do serviço real recebido. Para esse fim apresentaram o método SERVQUAL, uma escala com 22 itens, ajustado posteriormente por Cronin e Taylor (1992) e que vem sendo amplamente utilizado.

Para Zeithaml (1988) qualidade percebida é “o julgamento do cliente sobre a excelência ou superioridade global de um produto” e tem impacto sobre o valor percebido pelo cliente, indicando que são conceitos intimamente relacionados. Além disso, para Cronin e Taylor (1992), a qualidade dos serviços tem impacto direto na satisfação e nas intenções de compra dos consumidores. Para eles, qualidade de serviço é um antecedente da satisfação do cliente a qual exerce uma forte influência nas intenções de compra. Eles apontam que os esforços estratégicos das empresas deveriam ser direcionados a satisfação global dos clientes e não a ações isoladas sobre a qualidade de serviços.

Para Rust et al. (1999), a satisfação das necessidades dos clientes está diretamente condicionada à qualidade do produto ou serviço prestado. A satisfação pode ser definida como “avaliação pós-consumo de que a alternativa escolhida ao menos alcança ou supera as expectativas” (ENGEL et al., 1995). Para Oliver (1980), é a comparação das expectativas do pré-consumo contra os resultados reais. E, ainda, é um estado temporal onde uma experiência repetida de utilização reflete como o serviço atende seus propósitos (OLIVER, 1999).

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

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

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

### **Valor percebido**

A noção de valor para o cliente é abordada como questão estratégica dentro do marketing de relacionamento (KOTLER, 1992). Na área da saúde a abordagem de valor percebido pelo cliente passa a figurar na literatura mais recente com maior importância na formulação das estratégias da empresa (PORTER; TEISBERG, 2006).

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

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

avaliação do cliente sobre os ganhos obtidos na sua saúde. A noção de VS deve ser parte integrante do VPC das organizações da saúde.

Os esforços de uma organização para a criação de valor devem ser direcionados para corresponder às necessidades específicas de cada cliente ao mesmo tempo em que busquem maximizar a probabilidade de futuras compras e maiores gastos e minimizar a probabilidade de que o cliente mude para o concorrente (RUST; ZEITHAML; LEMON, 2001). Assim, pode-se observar na literatura uma abordagem relacional além da transacional, onde são significativos dois aspectos: (1) o valor que o cliente representa para a organização durante o seu ciclo de vida (*Customer Lifetime Value*) e (2) a necessidade desta em oferecer valor ao cliente ao longo do tempo. A área da saúde como apresentado, está em plena alteração de cenários e suas organizações precisam diagnosticar como seus clientes percebem o valor oferecido pelos serviços e assim, reavaliar suas estratégias de mercado.

### Lealdade e Rentabilidade

Existem discussões na literatura sobre a composição do conceito de lealdade, que é basicamente apresentado por meio de duas dimensões: a atitudinal e a comportamental (DAY, 1969; DICK, 1994; BENNETT; RUNDLE-THIELE, 2002). A dimensão atitudinal demonstra a intenção do cliente em continuar comprando de uma marca específica, enquanto que a comportamental evidencia efetivamente a sua compra. Porém, as duas dimensões mostram-se complementares já que somente a repetição de compra não demonstraria claramente que o consumidor tenha esta real intenção e, da mesma forma, apenas a intenção de compra não a garante efetivamente. A atitude em relação à marca pode ser afetada pela indisponibilidade do produto, por exemplo, gerando um comportamento de compra de uma marca similar. Assim também, comportamentos repetidos de consumo podem não refletir atitudes positivas em relação à marca. Ilustrando esta diferença, Day (1969) apresenta que “Para gerar lealdade é preciso mais que compras consistentes da mesma marca, é preciso atitude, por exemplo.”

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

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

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

Por outro lado, para que se consiga durabilidade no relacionamento entre um cliente e uma organização é imprescindível que haja satisfação em relação aos serviços usufruídos. Para Bolton (1998), esta relação entre satisfação e longevidade do relacionamento não pode ser negada. No caso da saúde a retenção do cliente permite a longevidade dos contratos de

prestação de serviços, imprescindível para o alcance do VS e do retorno econômico ao sistema (PORTER; TEISBERG, 2006).

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

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

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

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

### Perguntas de pesquisa

A partir da adoção de práticas de PSPD a percepção do cliente em relação a sacrifícios e a benefícios do plano de saúde tende a ser afetada. Sacrifícios estariam relacionados ao esforço e ao tempo dedicados à incorporação de um novo estilo de vida, além de custos monetários, por exemplo, na adequação da alimentação e na adoção de atividades físicas

regulares. Benefícios estariam relacionados ao aumento dos seus níveis de saúde. O aumento de custos afeta negativamente o VPC enquanto que o aumento de benefícios afeta positivamente o VPC (RUST; ZEITHAML; LEMON, 2001; ZEITHAML et al., 1988; BOLTON; DREW, 1991). Estas constatações levam a proposição da seguinte pergunta de pesquisa.

*P1: Há diferença no VPC entre adotantes e não adotantes de PSPD?*

Ampliar o valor percebido pelo cliente significa dizer que a relação entre o que este recebe e oferece é aumentada (ANDREANSEN; LINDESTAD, 1998; ZEITHMAL et al., 1988). Conforme alguns estudos quanto maiores forem os níveis de VPC maiores serão os níveis de satisfação do cliente (ZEITHAML, 1988; CRONIN; TAYLOR, 1992). Porém, a literatura sugere que a percepção de valor do cliente tem uma natureza multifacetada e que pode variar de acordo com o contexto dos serviços (BABIN et al., 1994). Desta forma, buscou-se responder à segunda pergunta de pesquisa.

*P2: Qual o impacto do VPC na satisfação do cliente de planos de saúde?*

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

*P3: Qual o impacto do VPC na lealdade do cliente de planos de saúde?*

Uma quarta pergunta foi formulada para entender o impacto do valor percebido na rentabilidade dos clientes, já que esta relação é apontada por vários estudos (RUST; LEMON; ZEITHAML, 2004; GUPTA; ZEITHAML, 2006; GRUCA; REGO, 2005; VENKATESAN; KUMAR, 2004; MACSTRASIC, 2004; NEWMAN; MAYLOR, 2002; CHOONG, 2000; GEMME, 1997; BENDAL; POWERS, 1995). O impacto da retenção de clientes na rentabilidade, especificamente em planos de saúde, foi demonstrado nos estudos de Piva et al. (2007), subsidiando a seguinte pergunta de pesquisa.

*P4: Qual o impacto do VPC na rentabilidade do cliente de planos de saúde?*

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

*P5: Qual o impacto da adoção de práticas de PSPD na rentabilidade do cliente de planos de saúde?*

## Aspectos metodológicos

O presente estudo caracteriza-se como um *survey* com perspectiva temporal *cross sectional*. A população da pesquisa compõe-se de todos os clientes usuários finais da Paraná Clínicas – Planos de Saúde SA. que participaram do programa de ações de PSPD realizado de janeiro a dezembro de 2006, que foram encaminhados para consultas de avaliação da saúde ou para o programa de Gerenciamento de Casos da operadora e que permaneciam ativos em 31 de janeiro de 2008, totalizando 521 indivíduos, de ambos os sexos em idade produtiva (18 a 65 anos), usuários do plano de saúde corporativo.

Para a definição da amostra, sortearam-se aleatoriamente 405 usuários que foram contatados até que se chegasse a uma amostra de 200 pessoas pesquisadas. As entrevistas pessoais foram realizadas nos meses de fevereiro e março de 2008 com tempo médio de duração de aproximadamente 30 minutos. Os respondentes foram contatados por telefone para agendamento das entrevistas posteriormente realizadas na residência dos participantes ou nas dependências ou imediações da empresa onde trabalhavam. Também foram utilizados dados secundários fornecidos pela operadora de planos de saúde sobre os gastos com assistência médica e a receita dos clientes no período de janeiro a dezembro de 2007.

O instrumento de coleta teve o objetivo de levantar dados dos usuários sobre a adoção de práticas de PSPD, a qualidade percebida, o valor percebido, a satisfação e a lealdade. Para elaboração desse instrumento foi utilizada uma fase qualitativa de caráter exploratório que coletou informações sobre a adoção de práticas de PSPD, o valor percebido e a qualidade percebida por clientes de planos de saúde. Foram entrevistados 5 especialistas em PSPD, com formação em Medicina e experiência no tema. Foram realizadas entrevistas com roteiros semi-estruturados, as quais foram transcritas e analisadas. A partir delas elaborou-se um modelo para avaliação do grau adoção de práticas de PSPD. Além disso, buscou-se adaptar as escalas de mensuração dos demais construtos para o contexto da pesquisa na área de saúde. Após a construção, o questionário passou por uma validação completa dos especialistas, seguida por três pré-testes.

Para a avaliação das escalas utilizadas recorreu-se a análise fatorial exploratória e cálculo do *Alpha de Cronbach*. Para comparar os grupos de clientes definidos com base na adoção de práticas de PSPD e identificar possíveis diferenças nos escores dos construtos valor percebido, qualidade percebida, satisfação, lealdade e rentabilidade, utilizou-se a técnica de análise não paramétrica de Mann-Whitney. Segundo Bisquera, Sarriera e Martinez (2004, p. 176.) esta técnica, considerada não paramétrica “É uma das principais provas para comparar grupos com dados independentes.”. Para verificar os impactos do valor percebido sobre a satisfação, a lealdade e a rentabilidade para os diferentes grupos de clientes foi utilizada a técnica de regressão linear.

## Apresentação e análise dos dados

Inicialmente avaliaram-se dados estatísticos da amostra pesquisada em relação a aspectos demográficos e de características do plano de saúde. Observou-se o predomínio de entrevistados do sexo masculino (87,5%), com idade na faixa de 41 a 50 anos. A maioria (79,5%) encontra-se no plano básico da operadora e cerca de 70% dos respondentes aderiram ao plano há pouco mais de 36 meses, indicando um baixo tempo médio de relacionamento com a operadora. Verificou-se que 70% da amostra declarou-se acompanhada frequentemente por profissionais da operadora, seja pessoalmente ou por contatos telefônicos.

Foram definidos como “adotantes” de PSPD os clientes que haviam adotado tais práticas há mais de 6 meses e todos os demais clientes foram classificados como “não adotantes”. Os adotantes constituíram 20% da amostra, enquanto que os não adotantes 80%.



Assim, percebeu-se que mesmo em uma parcela de pessoas fortemente expostas a ações de PSPD da operadora, a adoção a elas mostrou-se baixa. A tabela 1 apresenta o perfil de adoção de práticas de PSPD encontrado na amostra.

**Tabela 1: Perfil de Adoção de Práticas de PSPD**

Perfil de adoção de práticas de PSPD	Ausência de fumo	Prática de alimentação saudável	Hábito de dormir bem	Prática de atividades físicas regulares	
Adoção (mais de 6 meses)	83,0%	73,0%	71,5%	37,5%	
Adoção recente (menos de 6 meses)	3,0%	4,0%	0,5%	10,0%	
Intenção de adoção	8,5%	10,5%	4,5%	29,5%	
Não intenção de adoção	5,5%	12,5%	23,5%	23,0%	
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Base	200	200	200	200	
Classificação				Frequência	Percentual
Praticante de PSPD há mais de 6 meses				40	20,0%
Não praticantes				160	80,0%
Total				200	100,0%

Por meio de análises fatoriais exploratórias foram calculados os escores fatoriais para os construtos “Valor Percebido”, “Satisfação” e “Lealdade”, identificados como unidimensionais. Para o construto “Qualidade Percebida” foram calculados seis diferentes escores fatoriais, um para cada uma das seguintes dimensões resultantes da análise: Tangibilidade, Confiabilidade, Empatia, Segurança, Presteza e Específica da Saúde.

Para responder a primeira pergunta que exigia a comparação dos dois grupos de adoção de PSPD foi utilizada a técnica não paramétrica de Mann-Whitney, cujos resultados são apresentados na Tabela 2.

Apenas as diferenças nos valores de “Valor Percebido” e “Tangibilidade” foram consideradas significativas. O Valor percebido teve um *mean rank* mais alto no grupo de praticantes (114,0) do que no de não praticantes (97,1) e a dimensão de Tangibilidade do construto Qualidade Percebida teve um *mean rank* mais alto no grupo de não praticantes (104,7) em relação ao grupo de praticantes (83,7). Portanto verificou-se neste estudo que a adoção de práticas de PSPD tem impacto positivo na percepção de valor do cliente. Assim, os clientes que adotam práticas tendem a ter uma maior percepção de valor do que os clientes que não as adotam.

Constatou-se também que a avaliação da dimensão de Tangibilidade apresenta diferenças entre os dois grupos. Porém, ao contrário de valor percebido, esta apresentou valor menor no grupo de adotantes. Possivelmente os praticantes de PSPD tornam-se mais críticos na avaliação da qualidade dos serviços, em especial na tangibilidade. Um ponto que pode apresentar relação com este aumento das exigências é que esses usuários passam a frequentar mais as instalações da operadora, observando mais, aumentando suas expectativas em relação à comodidade por exemplo. Assim, desejam instalações mais limpas e confortáveis, equipamentos mais adequados bem como melhores vestimentas e aparências dos profissionais que os atendem (itens utilizados na mensuração dos tangíveis).

**Tabela 2: Resultados do Teste de Mann-Whitney**

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

\* p<0,10    \*\*p<0,05    <sup>n.s.</sup> não significativo

Para responder a pergunta 2, buscando verificar o impacto do valor percebido na satisfação, executou-se uma análise de regressão linear em que a satisfação foi considerada a variável dependente e, como independentes assumiram-se valor percebido, tangibilidade e uma variável do tipo *dummy* indicando a adoção ou não de práticas. Acrescentou-se a tangibilidade já que esta demonstrou na análise anterior ter diferenças significativas nos dois grupos. Os resultados são apresentados na Tabela 3.

**Tabela 3: Resultados Regressão Linear – Valor Percebido em Satisfação**

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

O valor de R<sup>2</sup> ajustado foi igual a 0,559, indicando que o modelo explica em 56% as variações das respostas do construto satisfação. O valor de F foi 85,325, considerado significativo. Conforme demonstra a Tabela 3, valor percebido e tangibilidade têm impacto significativo na satisfação. Já os grupos que representavam a adoção ou não de práticas não obtiveram significância. Interpretando-se os valores de beta observou-se que cada ponto de valor percebido impacta em 0,698 em satisfação, aproximadamente o dobro da tangibilidade, que impacta em 0,332. Desta forma, os investimentos na melhoria dos níveis de valor percebido e de tangibilidade impactam no aumento nos índices de satisfação dos clientes. Já a adoção ou não de práticas de PSPD não demonstrou ter impacto na satisfação do cliente.

Para verificar a terceira pergunta, executou-se uma nova regressão linear envolvendo valor percebido e lealdade. Inseriu-se também o construto satisfação, para avaliar adicionalmente seu impacto na lealdade dos clientes. A variável *dummy* relacionada a adoção de PSPD foi mantida e os resultados apresentados na tabela 4 foram obtidos.

**Tabela 4: Resultados Regressão Linear – Valor Percebido em Lealdade**

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

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

Novamente, para testar a quarta e a última pergunta, executou-se uma nova regressão linear envolvendo as variáveis independentes valor percebido, satisfação, lealdade e a variável *dummy* para adoção de PSPD e a variável dependente sinistralidade.

**Tabela 5: Resultados Regressão Linear – Valor Percebido em Sinistralidade**

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

Os resultados apresentaram-se não significativos para valor percebido, tangibilidade, lealdade e para a variável *dummy*. Porém, para satisfação o valor t mostrou-se significativo a 95%. O valor de beta encontrado foi de -0,493. O valor negativo indica que a satisfação impacta inversamente na sinistralidade. Por outro lado, O  $R^2$  ajustado ficou em torno de 0,003 e F-Fisher obteve o valor de 1,136, considerados baixos. Estes valores indicam que a expressão obtida por essa regressão tem baixo poder de explicação das variações em sinistralidade. Ou seja, as variáveis independentes inseridas no modelo representam muito pouco do universo de explicações possíveis para as variações na variável dependente. Respondendo a quarta pergunta de pesquisa, não foi possível identificar impactos do valor percebido na rentabilidade dos clientes, porém observou-se que maiores níveis de satisfação impactam em menores níveis de sinistralidade. Para a última pergunta de pesquisa, que buscava avaliar o impacto da adoção de práticas na rentabilidade, também não foram encontrados resultados significativos, já que a variável *dummy* mostrou-se não significante.

### Relacionamento por meio do acompanhamento a clientes

A empresa realiza programas de PSPD nos quais investe em ações de acompanhamento dos clientes. Estas são atividades de contatos telefônicos sistemáticos, visitas domiciliares e consultas preventivas. Assim, depois das avaliações sobre os grupos de adotantes e não adotantes de práticas de PSPD, buscou-se analisar possíveis diferenças entre os grupos de clientes acompanhados e não acompanhados pela operadora, confirmando-se prováveis retornos de investimentos nessas ações. Para isso, realizou-se um novo teste de

hipóteses de Mann-Whitney o qual encontrou resultados significativos para valor percebido, satisfação, lealdade, custos com consultas e custos hospitalares. Os resultados de cada um destes construtos são demonstrados na Tabela 6.

**Tabela 6: Resultados do Teste de Mann-Whitney - Acompanhamento**

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

\* p<0,05    \*\*p<0,01    <sup>n.s.</sup> não significativo

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

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

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

Assim, percebeu-se que o fato dos usuários estarem sendo acompanhados pela operadora teve maior impacto que o aspecto de adoção ou não de práticas de PSPD nas variáveis associadas à qualidade do relacionamento, ou seja, valor, satisfação e lealdade. Em um momento onde ainda não se podem colher resultados significativos em PSPD, devido ao

curto tempo de aplicação, pode-se por outro lado verificar resultados efetivos na melhoria da qualidade de relacionamento do cliente com a operadora. Assim, no longo prazo, independentemente do atingimento de resultados em adoção de práticas de PSPD, espera-se que a operadora alcance maiores níveis de rentabilidade dos clientes, apenas com a implantação de práticas de acompanhamento da saúde dos clientes.

Em outras palavras, as ações de monitoramento telefônico, visitas domiciliares e incentivos a consultas preventivas desenvolvidas pela operadora, apresentaram índices de retorno significativos no aumento da percepção de valor pelo cliente, bem como da sua satisfação e sua lealdade com a empresa. Estes aspectos tendem a influenciar diretamente o Customer Lifetime Value e o Customer Equity dos clientes, indicadores mais amplos da rentabilidade da carteira (RUST; LEMON; ZEITHAML, 2004).

### **Considerações Finais**

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

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

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

Assim, os investimentos em práticas de PSPD demonstraram retornos positivos para a operadora. Além disso, confirmaram-se importantes relações de dependência entre os construtos. Desta forma, pode-se afirmar que os investimentos das organizações da saúde na mudança do modelo de serviços que oferecem, migrando de um padrão puramente assistencial para um novo, baseado em práticas de PSPD tem retornos positivos na percepção de valor para o cliente. E, ainda, mostrou-se que este se torna um importante fator para o aumento da satisfação, da lealdade e da rentabilidade dos clientes assistidos pela operadora, mesmo que ainda não tenham adotado as práticas de PSPD. Assim, acredita-se que o modelo que vem sendo proposto na literatura médica e de gestão e que vem sendo enfatizada pelo governo brasileiro, trará resultados significativos tanto economicamente para o sistema de saúde, quanto para a melhoria dos níveis de valor em saúde oferecidos ao cliente.

A adoção de práticas de PSPD tende a oferecer resultados econômicos para a operadora e para as demais organizações do sistema da saúde no longo prazo. Portanto,

pesquisas futuras poderão ser desenvolvidas na avaliação de rentabilidade dos clientes, tomando por base um maior tempo de análise.

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

## REFERÊNCIAS

- ANS - AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Caderno Informação Saúde Suplementar – março/2007. Disponível em <<http://www.ans.gov.br>>.
- \_\_\_\_\_. Manual Técnico de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: ANS, 2006.
- ANDRADE, M. V.; MAIA, A.C.; OLIVEIRA A.M.H.C. O Risco Moral no Sistema de Saúde Suplementar Brasileiro, XXXII ANPEC, 2004.
- ANDREANSEN, W. T.; LINDESTAD, B. Customer loyalty and complex services: the impact of corporate image on quality, customer satisfaction and loyalty for costumers with varying degrees of service expertise. *International Journal of Service Industry Management*, v.9, Iss. 1, p7-23, 1998.
- ARAÚJO, M. L. C. Tese de Dissertação: Gerência de Assistência à Saúde no Setor de Saúde Suplementar: Uma Experiência. Mestrado Profissionalizante em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública, ENSP – FIOCRUZ. Rio de Janeiro, Junho de 2004.
- BABIN, Barry; DARDEN, William; GRIFFIN, Mitch. Work and/or fun: measuring hedonic and utilitarian shopping value. *Journal of Consumer Research*, 20, March, 1994, p.644-656.
- BAPTISTA, P. P. Tese de Doutorado: Lealdade do Consumidor e os Seus Antecedentes: Um Estudo Aplicado ao Setor Varejista na Internet. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.
- BENDAL, D.; POWERS, T. L. Cultivating loyal patients. *Journal of Health Care Marketing*, v. 15, p. 50, 1995.
- BENNETT, Rebekah; RUNDLE-THIELE, Sharyn. A comparison of attitudinal loyalty measurement approaches. *Journal of Brand Management*, v. 9, n. 3, p.193-209, jan. 2002.
- BISQUERRA, R. SARRIERA, J. C., MARTINEZ, F. Introdução a Estatística – Enfoque Informático com o Pacote Estatístico SPSS. Porto Alegre: Artmed Editora, 2004.
- BOLTON, R. N. A dynamic model of de duration of the customer’s relationship with a countinuous service provider: the role of satisfaction. *Marketing Science*, v. 17, n. 1, 1998.
- BOLTON, R. N.; DREW, J. H. A Multistage Model of Customers' Assessments of Service Quality and Value. *Journal of Consumer Research*, v. 17, n. 4, Mar. 1991, p. 375-384.
- CHOONG, P. Relationship marketing of health care plans: retaining corporate customers in a competitive enviroment. *Health Marketing Quarterly*, v. 17, p. 37, 2000.
- CRONIN, J.J.; TAYLOR, S.A. Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension, *Journal of Marketing*, Vol.56, Julho, P. 55-68, 1992.
- DAY, G. S. A two dimensional concept of brand loyalty. *Journal of Advertising Research*, v. 9. n. 3. p. 29-35, sep. 1969.
- DICK, Alan S. BASU, Kunal. Customer Loyalty: Toward an Integrated Conceptual Framework. *Journal of The Academy of Marketing Science*. V. 22 p. 99-113, Spring, 1994.
- ENGEL, F. J; BLACKWELL, D. R.; MINIARD P. W. *Consumer Behavior – The Dryden Press*, Orlando/FL, 1995.
- ENTHOVEM A.C.; TOLLEN, L.A. Toward a 21st Century Health System: The contributions and promise of prepaid group practice. Jossey Bass, San Francisco-USA, 2004.

- FORNELL C. et al. The American Customer Satisfaction Index: nature, purpose, and findings. *Journal of Marketing*, v. 60, p. 7-18, 1994.
- GARBARINO, E.; JOHNSON M. S. The different roles of satisfaction, trust, and commitment in customer relationships. *Journal of Marketing*. pg70.1999.
- GEMME, E.M. Retaining customers in a managed care market. *Marketing Health Services*, v. 17, p. 19, 1997
- GRUCA, T. S, E REGO, L.L. Customer Satisfaction, Cash Flow and Shareholder Value. *Journal of Marketing*, V. 69, Julho, P. 115- 130, 2005.
- GUPTA, S., ZEITHAML, V. Customer Metrics and their Impacts on Financial Performance, *Marketing Science*, V. 25, Novembro-Dezembro, P.718-739, 2006.
- GUSTAFSSON, A.; JOHNSON, M.D.; ROOS, I. The effects of customer satisfaction, relationship commitment dimensions, and triggers on customer retention. *Journal of Marketing*, v. 69, p. 210, 2005.
- KAMAKURA, W. A.; ROSA, F. de. Canais de atendimento eletrônico e satisfação, retenção e rentabilidade de clientes em bancos. Rio de Janeiro: ANPAD, 2002.
- KOTLER PHILIP. *Administração de marketing: análise, planejamento, implementação e controle*. 2. ed., São Paulo: Atlas, 1992.
- MACSTRASIC, S. Trumping patient experience in health care strategy. *Health Care Strategic Management*, v. 22, p. 11, 2004.
- MARCHETTI, R.; PRADO, P. H. M. Um tour pelas medidas de satisfação do consumidor. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 56-67, out./dez. 2001.
- NEWMAN, K.; MAYLOR, U. Empirical evidence for “the nurse satisfaction, quality of care and patient satisfaction chain”. *Intern. Journal Health Care Quality Assurance*, v. 15, 2002.
- NIJSSEN, E.; SINGH, J.; SIRDESHMUKH, D.; HOLZMUELLER, H. Investigating industry context effects in consumer-firm relationships: Preliminary results from a dispositional approach. *Academy of Marketing Science Journal*. Vol. 31. Pg. 43. Greenvale: Winter, 2003.
- O'DONNELL, M. P. How To Design Workplace Health Promotion Programs. *American Journal of Health Promotion*, 2000.
- OLIVER, R. L. A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decision. *Journal of Marketing Research*. Nov-1980, (460 – 469).
- \_\_\_\_\_. Whence Customer Loyalty?. *Journal of Marketing*, Vol 63 (Special Issue), P. 33-44, 1999.
- OLIVER, R.; ROSE, R. L.; BURCHAM, M. R.; FURSE, D. H. Leveraging the value of customer satisfaction information. *Journal of Health Care Marketing*, v. 14, p. 16, 1994.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Disponível em <[http://www.who.int/topics/health\\_systems/en/](http://www.who.int/topics/health_systems/en/)>. Acesso em: 16/07/2007.
- PARASURAMAN, A., ZEITHAML, V., BERRY, L. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, v. 64, n. 2, 1988.
- PIVA, L. C.; FUMAGALLI, L.A.W.; BAPTISTA, P. P.; SILVA, W. V. Relação entre Satisfação, Retenção e Rentabilidade de clientes no setor de Planos de Saúde. *Revista de Ciências da Administração*. Vol.9, no. 19. Florianópolis. Setembro/dezembro, 2007.
- PORTER, M. E., TEISBERG, E. O. *Redefining Health Care – Creating Value-Based Competition on Results*. Harvard Business School Press. Boston, Massachusetts. 2006.
- PORTER, M. E. *Health and Management*. HSM. n. 1, p. 6, set-out- 2006.
- RUST, R. T. et al. What you don't know about customer-perceived quality: the role of customer expectation distributions. *Marketing Science*, v. 18, p. 77-92, 1999.
- RUST, R. T.; LEMON, K. N.; ZEITHAML, V. A. *O valor do cliente: o modelo que está reformulando a estratégia corporativa*. Porto Alegre: Bookman, 2001.
- \_\_\_\_\_. Return on Marketing: Using Customer Equity to Focus Marketing Strategy”. *Journal of Marketing*, Vol. 68, Number 1, Janeiro, P.109-127, 2004.

- RUST, R.; AMBLER, T.; CARPENTER, G. S.; KUMAR, V. E SRIVASTAVA, R. "Measuring Marketing Productivity: Current Knowledge and Future Directions". *Journal of Marketing*, Vol. 68, Outubro, P. 76-89, 2004.
- RYAN, A., SMITH, C. Change for Life/Cambia tu Vida: A Helth Promotion Program Based on the Stages of Change Model for African Descendent and Latino Adults in New Hampshire. *Preventing Chronic Disease – Public Health Research, Practice, and Policy*. Volume 3. No. 3 Jul/2006.
- SIRDESHMUKH, D.; SINGH, J; SABOL, B. Consumer trust, value and loyalty in relational exchanges. *Journal of Marketing*; pg.15. Jan. 2002.
- VENKATESAN, R. E KUMAR, V. A Customer Lifetime Value Framework for Customer Selection and Resource Allocation Strategy. *Journal of Marketing*, V. 68, outubro, P. 106-125, 2004.
- ZEITHAML, V. A. Consumer Perceptions of Price, Quality, and Value: A Means-End Model and Synthesis of Evidence. *Journal of Marketing*, v. 52, n. 3, Jul. 1988, p2-22.
- ZINS, Andreas H. Relative attitudes and commitment in customer loyalty models: Some experiences in the commercial airline industry. *International Journal of Service Industry Management*, v.12, n.3, p.269-294, mar., 2001.