BBR
BRAZILIAN BUSINESS REVIEW

ARTIGO

O Efeito da Reatância na Satisfação: Um Estudo no Contexto das Operadoras de Saúde Suplementar

Diego Nogueira Rafael [1,†]
[1]*Universidade Nove de Julho, São Paulo, SP, Brasil*
Evandro Luiz Lopes [2,Ω]
[2]*Universidade Nove de Julho, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil*

RESUMO

Em um cenário no qual o Estado não consegue atender toda a população, as organizações privadas de saúde tomaram para si parte desse mercado, oferecendo planos de saúde e assistência privada, os quais constituem o que é chamado de sistema de saúde suplementar. Diante desse contexto, o tema deste trabalho é o estudo da reatância psicológica na satisfação dos usuários de planos de saúde suplementar. A fase empírica foi conduzida por meio de um *survey*, que teve como amostra 145 estudantes universitários. A análise dos dados, conduzida por meio da macro PROCESS, indicou que a avaliação das operadoras de saúde suplementar está intimamente relacionada com o nível de reatância individual do usuário e também com a forma de contratação do plano, sendo que a liberdade de escolha da operadora minimiza a avaliação negativa dos indivíduos com alta reatância psicológica.

Palavras-chave: reatância psicológica; satisfação do usuário; operadoras de saúde suplementar.

1. INTRODUÇÃO

A reatância psicológica é a reação emocional negativa à usurpação da liberdade e ocorre quando uma pessoa sente que alguém está tirando suas escolhas ou limitando o seu leque de alternativas (BREHM; BREHM, 1981; VAN PETEGEM *et al.*, 2015). Esse fenômeno é sensível ao grau de influência coercitiva que o indivíduo sofre diretamente, e quanto maior o grau de influência, maior será a reatância psicológica experimentada.

Segundo Brehm e Brehm (1981), geralmente, os indivíduos reagem na tentativa de reaver a liberdade que foi ameaçada, causando a oposição ao agente responsável pela reatância. Por vezes, essa reação é expressa pela agressão ao causador e, em outras ocasiões, é demonstrada pela maior atratividade em relação ao comportamento que foi ameaçado ou em relação à opção que foi perdida. Também é esperado que indivíduos com alto grau de reatância façam avaliações menos positivas acerca de suas opções atuais de consumo (BREHM; BREHM, 1981, MITTAL, 2015, CHATTERJEE; CHOLLET; TRENDEL, 2017).

Mesmo que a teoria da reatância tenha sido amplamente estudada no domínio da psicologia cognitiva (UNGAR *et al.*, 2015, LAVOIE *et al.*, 2017), pouco se sabe sobre seus efeitos nos processos de decisão

Autor correspondente:
† Universidade Nove de Julho, São Paulo, SP, Brasil
E-mail: diego_dnr@hotmail.com
Ω Universidade Nove de Julho, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil
E-mail: elldijo@uol.com.br

Recebido: 05/02/2018.
Revisado: 04/03/2018.
Aceito: 06/04/2018.
Publicado Online em: 14/11/2018.

DOI: http://dx.doi.org/10.15728/bbr.2019.16.2.1

This work licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.

de compra (SITTENTHALER; TRAUT-MATTAUSCH; JONAS, 2015) e na avaliação de serviços (LIENEMANN; SIEGEL, 2016; WRIGHT; AGTARAP; MLYNSKI, 2015). Com isso, a principal contribuição teórica deste estudo é a identificação do papel da reatância psicológica nestes processos comportamentais.

Com o objetivo de identificar o efeito da reatância psicológica no comportamento do consumidor, em especial na satisfação manifestada em relação a um serviço, conduzimos um estudo quantitativo, por meio de um *survey* em corte transversal, junto a uma amostra de estudantes universitários usuários de planos de saúde suplementar de diferentes tipos de contratação do serviço – planos privados e planos corporativos. Os dados obtidos foram analisados com o auxílio da macro PROCESS, por meio dos quais se identificou o efeito moderador da reatância psicológica na satisfação do avaliador.

Embora o atendimento na ponta – quer seja nos hospitais, laboratórios ou consultórios – não faça discriminação entre os planos privados – nos quais o indivíduo faz a adesão por livre escolha – e os planos corporativos – nos quais o indivíduo é incluído em um grupo por fazer parte de uma organização ou associação –, a avaliação desse segundo grupo acerca dos serviços de saúde é menos positiva quando comparada à avaliação do primeiro grupo (KORSCHUN; BHATTACHARYA; SWAIN, 2014). Possivelmente, a falta de liberdade na contratação do plano resulte em uma avaliação menos positiva quando o empregado de uma organização utiliza os serviços de saúde a que tem direito. Até o ponto em que isso seja uma verdade, é possível que a reatância psicológica possa explicar esse comportamento.

A decisão de utilizarmos o setor de planos de saúde suplementar como cenário do nosso estudo também é justificada por sua relevância no contexto social atual. Dados da Agência Nacional de Saúde (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE - ANS, 2017) indicam que mais de 70 milhões de brasileiros são usuários dos planos de saúde suplementar com diferentes formas de adesão, sendo as principais a coercitiva (quando a empresa na qual o beneficiário labora decide pela prestadora) e a livre escolha (quando o próprio beneficiário escolhe qual plano adquirir). Dada essa importância, o setor de planos de saúde suplementar faturou mais de 130 bilhões de reais em 2016.

A satisfação dos clientes de serviços de saúde é um tema fundamental para a gestão das organizações e, cada vez mais, vem sendo utilizado como um indicador de desempenho-chave para as tomadas de decisões estratégicas e operacionais, refletindo diretamente o nível de qualidade dos serviços prestados pela organização e a quais níveis esta deseja chegar (ANDERSON, 1998, MILAN; TREZ, 2005).

O estudo é apresentado em quatro seções, além desta breve introdução. A segunda seção apresenta os pilares teóricos utilizados para suportar a pesquisa. A seção seguinte evidencia o método adotado na fase empírica. A quarta seção apresenta os resultados e, finalmente, na última seção, apresentam-se as considerações, sugestões para futuros estudos e também os limites que cercaram a pesquisa.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta seção, serão abordados os principais pilares teóricos que nortearam este estudo.

2.1 Reatância Psicológica

O precursor dos estudos da reatância psicológica foi Jack Brehm (DOWD; MILNE; WISE, 1991). Em seu trabalho de 1966 intitulado "*A theory of psychological reactance*", o autor afirmou que o efeito da reatância é diminuído quando a influência na tentativa de retirada ou limitação da liberdade for sutil, colaborativa, indireta ou justificada. Indicou também que a reatância é o paradigma teórico adequado para analisar e entender se a falta ou limitação da liberdade traz insatisfação aos indivíduos.

A reatância é mensurada em função das seguintes premissas: i) extrapolação da ameaça à liberdade atual para outras liberdades, ou seja, a pessoa está em um cenário no qual a sua liberdade é ameaçada e essa situação passa a ameaçar outras liberdades de escolha, o que aumenta ainda mais o estado emocional negativo da reatância; ii) o grau da ameaça direta aos comportamentos livres, ou seja, o nível de resposta motivacional do indivíduo será proporcionalmente maior quanto forem mais elevados os níveis das ameaças ao seu estado de liberdade; iii) a expectativa com relação à liberdade que o indivíduo possuía, ou seja, a liberdade não é reconhecida como antes, o que causará maior impacto na reatância, do contrário, em um cenário de menor expectativa quanto à liberdade, o indivíduo pouco ou nada sofrerá pela ameaça; e finalmente, iv) a importância das liberdades e comportamentos livres (SITTENTHALER; TRAUT-MATTAUSCH; JONAS, 2015, UNGAR *et al.*, 2015). Quanto mais importante for o comportamento que está sendo ameaçado, maior é o grau de reatância consequentemente observado no indivíduo (UNGAR *et al.*, 2015; LIENEMANN; SIEGEL, 2016).

Quando um indivíduo se depara com uma restrição à sua liberdade, seja em forma de ameaça ou um fato real, apresenta um estado de reatância psicológica, um estado motivacional que busca proteger a liberdade ameaçada (SANTOS, 2008; CHATTERJEE *et al.*, 2017).

Em um estudo publicado no *Journal of Consumer Marketing*, foram apresentados exemplos em que a agressão e outros atos de hostilidade se manifestavam quando a reatância ocorria em situações de consumo (CLEE; WICKLUND, 1980). Naqueles achados, os consumidores se voltavam contra as empresas e empregados destas, de modo a proteger a liberdade que julgaram estar ameaçada de alguma forma. Mesmo que a manifestação de agressão não seja percebida, sabe-se que a insatisfação do consumidor, gerada em consequência da falta ou limitação da liberdade, pode gerar avaliações menos favoráveis do que em um contexto no qual a reatância psicológica não esteja presente (DOWND *et al.*, 1991; CHATTERJEE *et al.*, 2017). Ou seja, a reatância causa impacto direto na satisfação do consumidor, e quanto maior a reatância, menor a satisfação (e vice e versa).

Dowd *et al.* (1991) desenvolveram uma escala psicométrica, denominada TRS (*Therapeutic Reactance Scale*), para mensuração do nível da reatância psicológica dos indivíduos. A escala proposta é composta por 28 itens e apresentou boa consistência interna e bom poder preditivo.

Posteriormente, Buboltz, Thomas e Donnell (2002) efetuaram um estudo com o objetivo de testar a escala TRS junto a uma amostra de 883 indivíduos, todos estudantes da graduação de uma universidade no sul dos Estados Unidos da América. Nesse trabalho, os autores identificaram quatro dimensões da reatância psicológica, sendo a) o ressentimento à autoridade (resistência do indivíduo a ser controlado por figuras autoritárias), b) a suscetibilidade à influência (quando o indivíduo é flexível à persuasão de terceiros), c) a exposição aos conflitos (tendência de o indivíduo acompanhar e concordar com os outros, para evitar desentendimentos), e d) a preservação da liberdade (desejo individual de se expressar opinião e ter as coisas aderentes às crenças). Mesmo que os autores tenham afirmado que somente uma medida multidimensional pode representar adequadamente o construto da reatância psicológica, a maioria das pesquisas utilizaram medidas unidimensionais da reatância (MITTAL, 2015, VAN PETEGEM *et al.*, 2015, STEPHEN, 2016, LAVOIE *et al.*, 2017; entre outras).

2.2 Satisfação do usuário

A satisfação dos clientes é um tema importante para as organizações, para os gestores e para os pesquisadores em geral (MILAN; TREZ, 2005), e essa resposta comportamental é cada vez mais utilizada como indicador de desempenho, norteando as tomadas de decisões

operacionais e estratégicas e, consequentemente, refletindo na qualidade da prestação dos serviços por toda a organização (GUMMESSON, 2014).

A satisfação corresponde à mensuração de uma ou mais dimensões de opiniões dos usuários, que incluem avaliações da qualidade dos serviços, a percepção do usuário sobre os próprios resultados clínicos e a satisfação geral com a organização de serviços de saúde (OLIVER, 1980).

É fato que organizações com níveis elevados de satisfação dos seus clientes têm maior lealdade e retenção (OREL; KARA, 2014), consequentemente, assegurando maior retorno financeiro e por mais tempo (FURSE *et al.*, 1994; GUMMESSON, 2014), além de garantir a elasticidade dos preços, reduzir custos com renovações futuras e ainda fidelizar os clientes em alguma situação de crise momentânea (BOJEI *et al.*, 2013, OREL; KARA, 2014).

Estudo anterior apontou que, quando há necessidade de avaliar somente a resposta global de satisfação, sem haver preocupação com dimensões operacionais, o modelo de multiplicidade de indicadores, como o de Oliver (2014), que fornece elementos interessantes, é recomendado, pois associa a rapidez na aplicação ao caráter genérico das aplicações, e ainda a intercambialidade em diversas situações e objetos estudados (MARCHETTI; PRADO, 2001, PASTORI FILHO, 2004).

O uso da perspectiva teórica da reatância psicológica na avaliação da satisfação do consumidor não é uma novidade. Um estudo anterior identificou, com apoio da teoria de Brehm (1966), as reações do consumidor com relação à ausência de estoques nos pontos de venda de estabelecimentos comerciais (FITZSIMONS, 2000). Nesse estudo, o autor identificou que indivíduos com baixos níveis de reatância psicológica eram menos afetados pela falta de produtos e demonstravam maior satisfação com o estabelecimento, quando foram comparados com indivíduos com alta reatância. Contudo, não ficou claro como a liberdade de escolha, ou mesmo a possibilidade de adiar a compra, poderia afetar a avaliação.

2.3 Operadoras de planos de saúde

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

O sistema de saúde suplementar brasileiro, no qual são enquadradas as operadoras de planos de saúde, beneficia cerca de 70,5 milhões de cidadãos, número equivalente a mais de 30% da população, e movimentou uma receita de R$ 131 bilhões de reais em 2016, representando 1.095 operadoras de planos de saúde (ANS, 2017).

O número de contratações de serviços de saúde entre 2015 e 2016 demonstrou uma queda de 10,58% no total de beneficiários, em todo o sistema de saúde suplementar, o que é justificado pela taxa de desemprego no país. Segundo o IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2016) –, a taxa de desemprego no mesmo período aumentou de 8,1% para 11,2%, maior índice obtido desde 2012, quando foi iniciada a contagem. Quando é observada a diferença em relação apenas aos planos de assistência médica do tipo coletivo empresarial (coercitivos), é confirmada a maior redução entre os dois períodos, com cerca de quase 887 mil indivíduos que deixaram de ter o benefício, redução diretamente ligada ao aumento do desemprego. Porém, mesmo se considerando esse fenômeno, os planos empresariais ainda abrangem a maior parte dos usuários da saúde suplementar no Brasil.

O mercado de operadoras de saúde no Brasil é amplo, tendo movimentado uma receita de cerca de R$ 131 bilhões de reais em 2016, contando com 1.095 operadoras, e mais de 52 mil opções diferentes de planos de saúde, divididos entre assistência médica, odontológica ou mista. O total de beneficiários do sistema de saúde suplementar ultrapassa os 69,9

Tabela 1 - Beneficiários por tipo de contratação – Período: março/2016.

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

Fonte: Agência Nacional de Saúde Suplementar (2017)

milhões de usuários, o que, grosso modo, representa mais de 30% do total da população brasileira (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR - ANS, 2017).

Sabe-se que uma considerável parcela dos cidadãos procura a assistência dos planos de saúde suplementar, devido à dificuldade de acesso ao atendimento do serviço público de saúde, e também por não disporem de recursos financeiros próprios para o pagamento da assistência à saúde privada (NELSON *et al.*, 1992; GERSCHMAN *et al.*, 2007; BRAGA *et al.*, 2017).

Os planos de saúde têm maior cobertura nas regiões urbanas, com índice superior entre as mulheres e entre os maiores de 40 anos, e sua adesão vem crescendo, especialmente, entre os indivíduos de maior renda. Ainda quanto à cobertura, esta é maior para os indivíduos que se declaram com saúde boa ou muito boa e menor para aqueles que se declaram com saúde ruim (PALMA, 2006; BRAGA *et al.*, 2017).

Os serviços de saúde passaram a ter a sua qualidade discutida com maior intensidade a partir da segunda metade do século XX, quando se iniciaram os estudos sobre a avaliação da assistência em saúde com foco na qualidade de atendimento (MACHADO; NOGUEIRA, 2008). Mesmo assim, a temática ainda suscita grande preocupação, tanto de gestores quanto de acadêmicos, e ainda está longe de ser esgotada (ASUBONTENG; MCCLEARY; SWAN, 1996, MOHAMMED *et al.*, 2016).

Já se sabe que, em grande medida, os planos de saúde suplementar são contratados pelas empresas e disponibilizados para os empregados como um benefício adicional ao pacote de remuneração pela atividade laboral (KOCHAN *et al.*, 2013). Esse cenário tende a aumentar, pois, na prática, várias operadoras de saúde suplementar deixaram de ofertar os planos diretamente para as pessoas físicas, por conta da regulação dos reajustes máximos estipulada pela Agência Nacional de Saúde (ANS, 2017) e passaram a disponibilizar somente planos direcionados a pessoas jurídicas (MARIANO, 2014).

É observado, na Tabela 1, que o total de beneficiários do sistema brasileiro de saúde suplementar que possuem planos de saúde coercitivos (fornecidos pelas organizações em que trabalham) é de 68,69%, enquanto os demais planos de saúde (subsidiados por recursos próprios) representam apenas 31,31% dos usuários.

2.4 Formulação das hipóteses

Finalizando esta seção, apresentamos as hipóteses que nortearam a fase empírica deste estudo.

Como foi visto na revisão teórica, alguns estudos já identificaram que a falta de liberdade de escolha pode influenciar negativamente a satisfação do consumidor. Acreditamos que, no contexto substantivo deste estudo, essa relação será evidenciada e, portanto, propõem-se:

H1 – Existe relação entre o tipo de escolha do plano de saúde e a satisfação do usuário.

Nesse sentido, propõem-se:

H1a – A satisfação com o plano de saúde será maior quando o usuário puder escolher a operadora de saúde suplementar.

H1b – A satisfação com o plano de saúde será menor quando o usuário não puder escolher a operadora de saúde suplementar.

Além disso, sabe-se que a reatância psicológica influencia a satisfação do consumidor e, no contexto deste estudo, pode influenciar a satisfação do usuário do plano de saúde. Com isso, propõem-se:

H2 – A reatância moderará a relação entre o tipo de contratação do plano de saúde e a satisfação do usuário.

Sendo que:

H2a – A alta reatância influenciará negativamente a satisfação do usuário quando a escolha do plano de saúde for coercitiva.

H2b – A baixa reatância influenciará positivamente a satisfação do usuário quando a escolha do plano de saúde for livre.

O modelo que será testado é apresentado na Figura 1.

3. MÉTODO

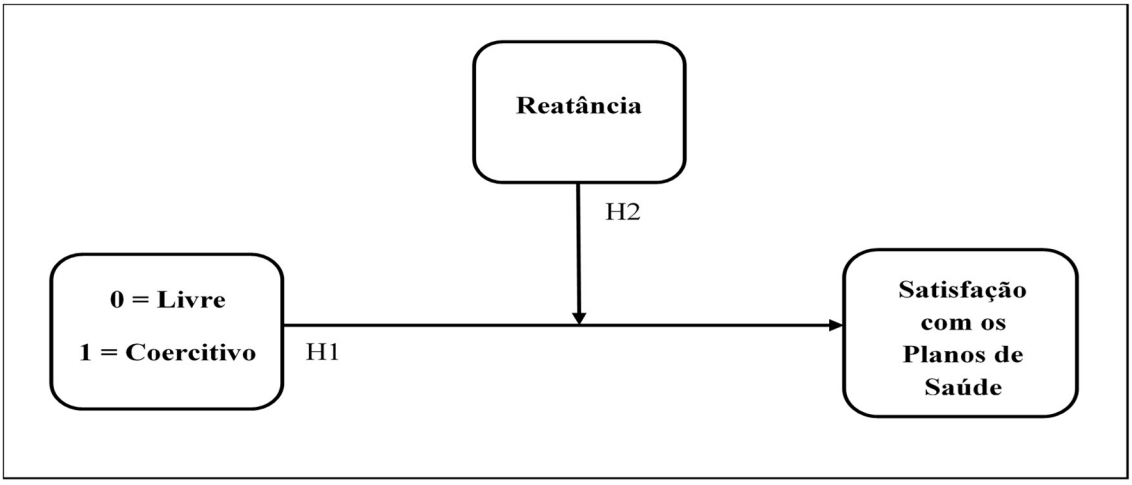
Nesta seção, será apresentado o método que norteou a fase empírica desse estudo.

3.1 Amostra

A amostra utilizada neste estudo foi composta por estudantes universitários de duas instituições de ensino superior – sendo uma pública e a outra, privada. A decisão pelo uso dos estudantes das duas instituições deu-se fundamentalmente pela necessidade de termos maior diversidade de respondentes, aumentando a representatividade do contexto brasileiro de adesão aos planos de saúde suplementar. Mesmo que acesso à amostra deva ser classificado, na taxionomia de Malhotra (2012), como por conveniência, a maior representatividade tem como objetivo central aumentar a validade externa do estudo (COOPER; SCHINDLER, 2016)

Embora possa haver relativa homogeneidade de respostas (Peterson, 2001), estudos anteriores já demonstram que amostras compostas por estudantes universitários são adequadas para pesquisas de comportamento de consumo (ZIMMERMAN; MARTINEZ-PONS, 1990, PETERSON, 2001, BRYMAN, 2015).

Figura 1 - Modelo teórico do estudo



3.2 Escalas e medidas

Identificamos, por meio de uma questão direta, o tipo de contratação de plano de saúde utilizado pelo respondente. Nessa questão, o participante deveria indicar se seu plano de saúde havia sido contratado diretamente (livre escolha) ou se houve adesão a um plano de saúde contratado pela empresa com a qual o respondente mantinha vínculo trabalhista (escolha coercitiva).

Em seguida, solicitamos aos participantes que avaliassem sua satisfação com o plano de saúde, utilizando a escala proposta por Oliver (1980), com os itens adaptados ao contexto deste estudo. As afirmativas são apresentadas na Tabela 2.

No terceiro bloco do instrumento de coleta de dados, estimamos a reatância psicológica dos respondentes, por meio da escala TRS proposta por Dowd *et al.* (1991). A escala utilizada é apresentada na Tabela 3.

Tanto a satisfação com o plano de saúde quanto a reatância psicológica do respondente foram estimadas por meio de uma escala do tipo Likert de 7 pontos (ancorados em 1= discordo totalmente e 7= concordo totalmente).

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

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

3.3 Procedimentos de campo

As escalas foram apresentadas aos participantes por meio de um formulário de autopreenchimento (em papel) na própria sala de aulas. Antecipadamente, alguns cuidados foram tomados, por exemplo, assegurar que naquele dia não houve aplicação de prova ou outra atividade avaliativa que atrapalhasse a rotina dos respondentes. Ainda se considerou quando houve algum tipo de evento adverso como mau tempo, falta de energia elétrica, entre outros.

Por meio da coleta de dados pessoal e direta (MALHOTRA, 2012), o *survey* foi conduzido em corte transversal (MALHOTRA, 2012; COOPER; SCHINDLER, 2016) e os participantes foram orientados a não conversarem durante o preenchimento do formulário, tendo sido assegurado que eram livres para participar (ou não) da atividade. Ressaltamos que, antes da condução do *survey*, um pré-teste com um número reduzido de respondentes (n=5) foi realizado, sem que nenhuma observação relevante tenha sido apontada. Os questionários preenchidos no pré-teste foram descartados do estudo.

Tabela 2 - Itens para mensuração da satisfação

Itens	Afirmativas
Sat1	Este foi um dos melhores planos de saúde o qual eu já utilizei.
Sat2	O plano de saúde é exatamente o que eu preciso.
Sat3	*O plano de saúde não funciona tão bem quanto deveria.
Sat4	Eu estou satisfeito com o plano de saúde.
Sat5	*Às vezes, eu não sei se devo continuar utilizando o plano de saúde.
Sat6	Minha escolha em usar o plano de saúde foi acertada.
Sat7	*Se eu pudesse fazer de novo, eu escolheria utilizar outro plano de saúde.
Sat8	Eu realmente estou gostando do plano de saúde.
Sat9	*Eu me sinto culpado por ter decidido utilizar o plano de saúde.
Sat10	*Eu não estou feliz por estar utilizando o plano de saúde.
Sat11	Ser cliente do plano de saúde tem sido uma experiência agradável.
Sat12	Eu estou certo de que fiz a escolha correta quando me tornei cliente do plano de saúde.

Nota: os itens assinalados com (*) são invertidos.

Fonte: escala adaptado de Oliver (1980)

Tabela 3 - Escala para mensuração da Reatância psicológica

Itens	Afirmativas
Reat1	*Eu não me incomodo em mudar meus planos porque alguém no grupo quer fazer outra coisa.
Reat2	*Eu não me importo quando outras pessoas me dizem o que fazer.
Reat3	Se alguém me pede um favor, eu penso duas vezes sobre o que esta pessoa realmente quer.
Reat4	Eu não sou muito tolerante com as tentativas dos outros em me convencer.
Reat5	*Eu estou muito aberto às soluções dos meus problemas quando vindo dos outros.
Reat6	*Eu não me importo em fazer alguma coisa para alguém, mesmo quando eu não sei por que estou fazendo isso.
Reat7	Se eu receber um prato frio em um restaurante, eu faço questão de reclamar sobre isso.
Reat8	Eu tenho um forte desejo de manter a minha liberdade pessoal.
Reat9	*Em discussões, eu sou facilmente persuadido pelos outros.
Reat10	*Às vezes, eu tenho receio de discordar dos outros.
Reat11	Eu gosto de debates com outras pessoas.
Reat12	*Eu frequentemente aceito as sugestões dos outros.
Reat13	*Eu costumo aceitar o conselho dos outros.
Reat14	Eu acredito que seja melhor defender o que eu acredito do que ficar em silêncio.
Reat15	Eu gosto de me passar por "advogado do diabo" sempre que posso.
Reat16	Nada me estimula tanto quanto um bom argumento!
Reat17	Eu tenho muita opinião.
Reat18	É importante eu estar em uma posição de poder perante os outros.
Reat19	Eu gosto de confrontar as pessoas que pensam que têm razão.
Reat20	Eu me considero mais competitivo do que cooperativo.
Reat21	Eu sou muito teimoso e firme nos meus pensamentos.
Reat22	Eu não gosto quando autoridades procuram me dizer o que fazer.
Reat23	Eu me vejo muitas vezes questionando autoridades.
Reat24	Eu gosto de ver mais alguém fazer alguma coisa que nenhum de nós deveria fazer.
Reat25	Seria melhor ter mais liberdade para fazer o que eu quero no trabalho.
Reat26	Se me obrigarem a fazer algo, muitas vezes eu faço o oposto.
Reat27	De fato, me incomodo quando os policiais impõem às pessoas o que fazer.
Reat28	*É muito importante que eu me dê bem com as pessoas com quem trabalho.

Nota: os itens assinalados com (*) são invertidos.
Fonte: escala adaptado de Dowd et al. (1991).

4. RESULTADOS DA PESQUISA

O objetivo principal desta seção é apresentar os resultados encontrados no *survey* realizado.

4.1 Caracterização da amostra

Na fase da coleta de dados, foram distribuídos e respondidos 201 questionários em duas universidades brasileiras, sendo uma privada e outra, pública. Do total dos respondentes, 27,9% (n=56) foram descartados, por não possuírem planos de saúde. Esses participantes afirmaram ser usuários (as) do Sistema Único de Saúde.

A amostra válida (n=145) foi formada, predominantemente, por mulheres (n=88; 60,7%), com idade média de 25 anos (dp=3,32 anos).

Entre os respondentes, 119 (82,1%) alegaram exercer alguma atividade remunerada. Mesmo sendo a amostra composta por estudantes universitários regularmente matriculados, quatro respondentes (2,8%) alegaram já terem finalizado um curso de especialização.

A maioria dos respondentes (77%; n=111) possui plano de saúde fornecido pelas empresas nas quais são colaboradores (opção coercitiva). Os demais (n=35) possuem plano de saúde contratado diretamente e pago integralmente com recursos pessoais (livre escolha).

Segundo os dados, 11% da amostra válida (n=14) possuem mais de um plano de saúde. Dentro deste total, 101 respondentes (69,7%) declararam ser titulares de seus planos de saúde, enquanto outros 42 respondentes (29%) declararam ser dependentes.

Embora tenham sido identificadas 34 operadoras de planos de saúde diferentes para a amostra válida, mais da metade dos participantes estão concentrados em apenas três (50,3%; n=73; n_{Amil}=30; $n_{Bradesco\ Saúde}$=27 e $n_{Sulamérica\ Saúde}$= 16).

De acordo com as respostas, 13,1% (n=19) da amostra tiveram um (ou mais de um) procedimento negado por sua operadora de saúde suplementar.

4.2 Análise inicial da escala de satisfação com as operadoras

Por meio de uma análise fatorial exploratória, conduzida por meio da rotação ortogonal varimax e análise de componentes principais (HAIR *et al.*, 2009), observamos a unidimensionalidade fatorial dos itens da escala de satisfação, com poder de explicação de 69,4% da variância da amostra e indicadores de qualidade adequados (KMO=0,907; teste de esfericidade de Bartlett significante ao nível de 1% [$c^2_{(28)}$= 753,24;p<0,01]).

4.3 Análise inicial da escala de reatância

A análise fatorial exploratória (AFE) da escala de reatância adaptada de Dowd *et al.* (1991) indicou a necessidade de eliminação de três itens por baixa comunalidade (h^2<0,5; Reat11, Reat18 e Reat19) e de outros cinco itens por carga fatorial cruzada (>0,5; Reat2, Reat7, Reat14, Reat21 e Reat28). Na segunda tentativa, a AFE identificou um fator com autovalor superior a 1, explicando 63,5% da variância da amostra e com indicadores de ajustamento adquados, segundo o entendimento de Hair *et al.* (2009) (KMO= 0,706; teste de esfericidade de Bartlett significante ao nível de 1% [$c^2_{(190)}$= 894,27;p<0,01]). A consistência interna da escala também mostrou-se adequada (α=0,704).

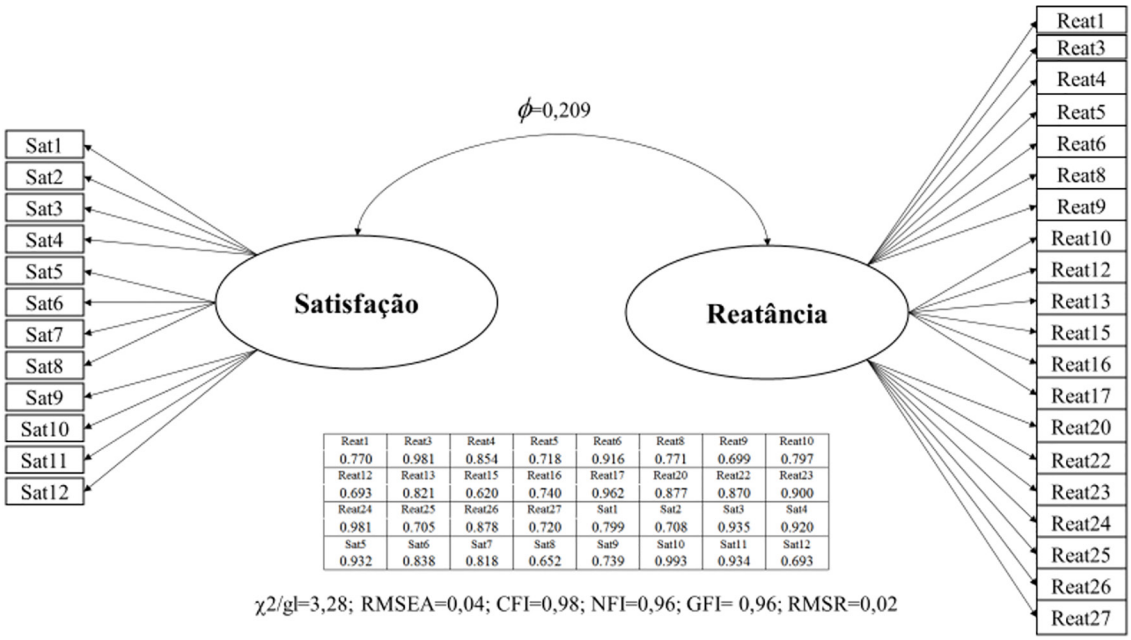
4.4 Análise fatorial confirmatória das escalas utilizadas

Visando garantir a robustez teórica do estudo, após a AFE realizamos uma análise fatorial confirmatória (AFC) na qual foi analisado o modelo de mensuração do conjunto de variáveis. Nesta fase, buscamos verificar sua validade convergente – o quanto os itens de um construto latente explicam sua variância total, expressa pelas matrizes lambda (λ) superiores a 0,60, – e também sua validade discriminante, ou seja, o quanto os construtos latentes são independentes entre si, validade expressa pelos valores da matriz phi (ϕ) inferiores a 0,60 (ANDERSON; GERBING, 1988; KLINE, 2005, MALHOTRA; LOPES; VEIGA, 2014). Por essa metodologia, os modelos são considerados apropriados quando, além das validades convergente e discriminante adequadas, apresentarem os índices de ajustamento CFI (*Comparative Fit Index*), GFI (*Goodness of Fit Index*), NFI (*Normed Fit Index*) superiores a 0,90 e o RMR (*Root Mean Square Residual*) padronizado menor que 0,05 (KLINE, 2005), e ainda quando o RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*) apresentar coeficiente menor que 0,08 para uma adequação razoável ou menor que 0,05 para uma boa adequação (ANDERSON; GERBING, 1988, MALHOTRA; LOPES; VEIGA, 2014).

Com o uso do Lisrel 8.72, confirmamos a constituição fatorial das escalas encontradas na fase exploratória. Todas as cargas (λ) apresentaram indicadores adequados (entre 0,652 e 0,993) garantindo a validade convergente, e a matriz phi, inferior a 0,60, sugeriu boa validade discriminante entre os construtos satisfação e reatância. Ademais, os indicadores de ajuste foram satisfatórios (c^2/gl=3,28, RMSEA= 0,04; CFI=0,98; NFI=0,96; GFI=0,96 e RMSR=0,02). A Figura 2 apresenta os resultados dessa análise.

Como todas as medidas foram elaboradas com base em um formulário de autopreenchimento, sendo os dados coletados simultaneamente em um corte transversal de

Figura 2 - Análise fatorial confirmatória



tempo (MALHOTRA, 2012), é possível que tenha ocorrido a variância comum ao método (WILLIAMS; BROWN, 1994; PODSAKOFF *et al.*, 2003; CRAIGHEAD *et al.*, 2011). Sendo considerada um viés da mensuração de escalas psicométricas, a variância comum ao método (VCM, desse ponto em diante) pode causar erros na estimação das relações causais, inflando ou subestimando as relações entre os construtos resultando em erros, tanto do tipo I quanto do tipo II (RICHARDSON; SIMMERING; STURMAN, 2009; CRAIGHEAD *et al.*, 2011). Mesmo que a operacionalização da coleta de dados tenha reduzido a possibilidade de ocorrência da VCM, pois houve randomização na apresentação dos itens das variáveis dependentes e independentes e também garantimos o anonimato aos participantes da pesquisa, nem sempre os procedimentos metodológicos garantem a erradicação desse viés.

Com o objetivo de mitigar essa dúvida, conduzimos o teste de fator único de Harman (PODSAKOFF *et al.*, 2003, RICHARDSON; SIMMERING; STURMAN, 2009) que consiste na realização de uma AFE das componentes principais (não rotacionada) na qual todos os indicadores são agrupados em uma única dimensão. A literatura indica que o teste de fator único de Harman é o mais utilizado para verificação da VCM (PODSAKOFF *et al.*, 2003), provavelmente pela simplicidade de sua operacionalização. Por essa metodologia, há a crença de que o efeito da VCM não é significativo caso a variância total explicada pelo único fator não rotacionado seja inferior a 50% da variância total da escala. Como o fator gerado apresentou variância explicada de 39,27%, inferior ao limite crítico do teste (50%), concluímos que o estudo não sofre desse viés.

Diante desses resultados, prosseguimos com a análise dos dados da pesquisa.

4.5 Análise descritiva da satisfação com as operadoras

Dada a característica unidimensional das escalas, a satisfação declarada pelos respondentes foi agregada por meio da média dos itens da escala de Oliver (1980) (α=0,764). A operadora com menor pontuação nesse construto foi a Santa Helena (Média=1,5). As operadoras com maiores pontuações foram Saúde Caixa e Omint, ambas com o *score* máximo (M=7), porém vale ressaltar que cada uma delas recebeu apenas uma avaliação. A satisfação média da amostra foi de 4,74 (dp=1,65).

Entre as três operados de maior concentração de respondentes, a Sulamérica (M=5,45) e a Bradesco Saúde (M=5,42) ficaram acima da média de satisfação declarada, ao passo que

a Amil (M=4,7), que figura em primeiro lugar em número de usuários da amostra, permaneceu levemente abaixo da satisfação média. A Figura 3 apresenta a satisfação declarada pelos usuários em relação às 34 operadoras.

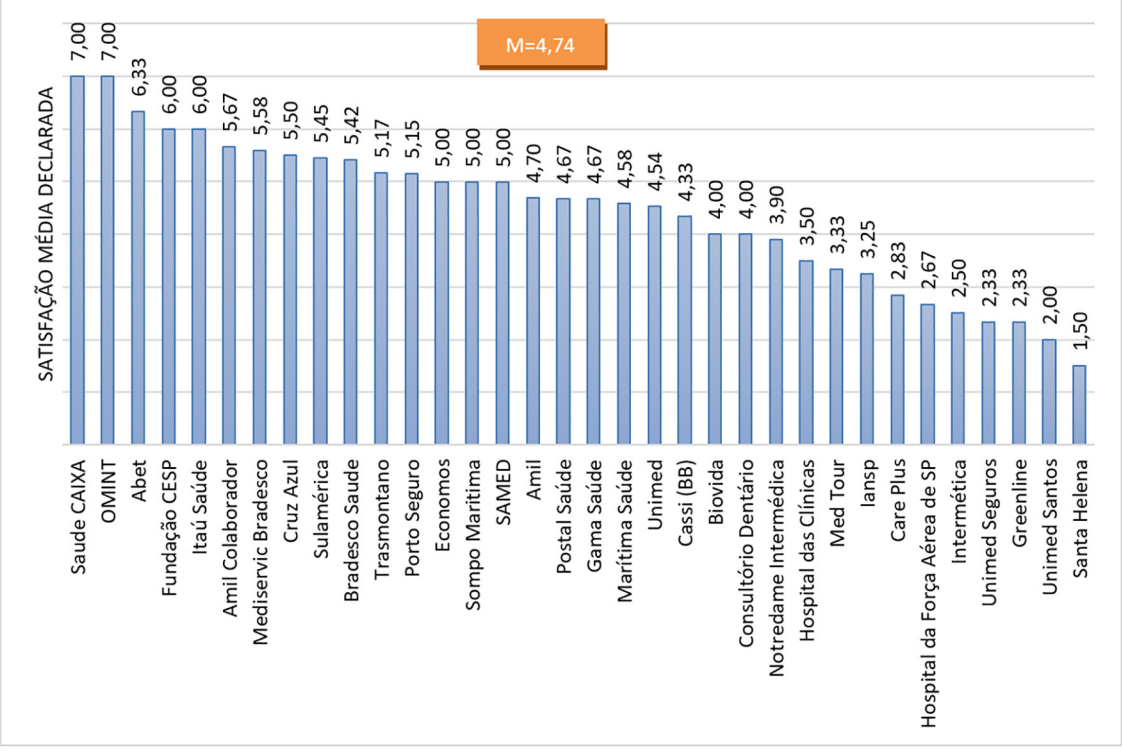
4.6 Análise regressiva e teste de moderação

Com o objetivo de verificarmos o efeito direto do tipo de escolha da operadora (coercitiva *versus* livre) e o possível efeito da moderação da reatância do respondente nessa relação, utilizamos o modelo 1 (moderação simples) da macro PROCESS (HAYES, 2013). Para isso, utilizamos uma variável *dummy* para o tipo de escolha da operadora – atribuindo "0" para os casos em que a escolha foi livre e "1" para os casos em que a escolha da operadora do plano foi decididade pela empresa. A opção pelo uso do PROCESS para a análise de moderação é justificada pela crescente utilização dessa técnica em estudos da área de ciências sociais aplicadas e psicologia dada a sua grande versatilidade, facilidade na interpretação de modelos relacionais complexos. Ademais, essa técnica de análise de dados tem sido amplamente utilizada em pesquisas do comportamento do consumidor publicadas em *journals* internacionais de alto fator de impacto (PRADO; KORELLO; SILVA, 2014).

O modelo regressivo encontrou efeito direto e negativo entre o tipo de contratação do plano e a satisfação declarada (β= -2,223, 95% IC[-3,880; -0,567]; $t_{(136)}$= -2,655; p<0,01). Identificou também efeito negativo entre a reatância psicológica e a satisfação do respondente (β= -0,592, 95% IC[-0,755; -0,322]; $t_{(136)}$= -4,929; p<0,01). Finalmente, o modelo identificou o efeito positivo da moderação da reatância na relação entre o tipo de contratação e a satisfação declarada pelo respondente (β= 0,667, 95% IC[0,228; 1,106]; $t_{(136)}$=3,008; p<0,01). Esses resultados estão demonstrados na Figura 4.

Os resultados indicaram que os respondentes demonstram maiores níveis de satisfação quando a escolha por sua operadora de saúde suplementar ocorre livremente, ao passo que os níveis de satisfação são menores quando a escolha é coercitiva. Indicaram também que a reatância exerce uma moderação positiva nessa relação. Portanto, é possível admitir que

Figura 3 - Satisfação declarada pelos respondentes



maiores níveis de reatância psicológica individual pioram os indicadores de satisfação nos casos de escolha coercitiva de operadores de saúde suplementar, ao mesmo tempo em que menores níveis de reatância psicológica individual minimizam esse efeito.

Encerrando a fase de análise, conduzimos o teste de Jonhson-Neyman (HAYES, 2013, HAYES; MONTOYA, 2017), com o objetivo de analisarmos detalhadamente o efeito da moderação da reatância psicológica. O resultado dessa fase é apresentado na Figura 5.

Identificamos dois pontos nos quais ocorre a significância da moderação. Para baixos níveis de reatância psicológica individual (menores que 2,06), os planos coercitivos suscitam maior satisfação, quando comparados com os planos de livre escolha. Por outro lado, altos níveis de reatância psicológica individual (acima de 4,21) em relação aos planos coercitivamente adotados suscitam níveis de satisfação menores do que os planos livremente escolhidos. Para os níveis medianos de reatância psicológica individual (2,06<Reatância<4,21), não há diferença significante na satisfação declarada, independentemente do tipo de contração do plano.

Com esse resultado, é possível propor que o nível de satisfação declarado não está somente associado ao tipo de contratação do plano, mas também, e em grande medida, que a satisfação é explicada pela reatância psicológica individual.

Finalmente, para os casos em que a escolha da operadora de saúde suplementar foi livre, o nível de reatância individual não exerce influência na satisfação declarada. Para qualquer nível de reatância, a satisfação foi sempre a mesma.

Figura 4 - Modelo regressivo identificado

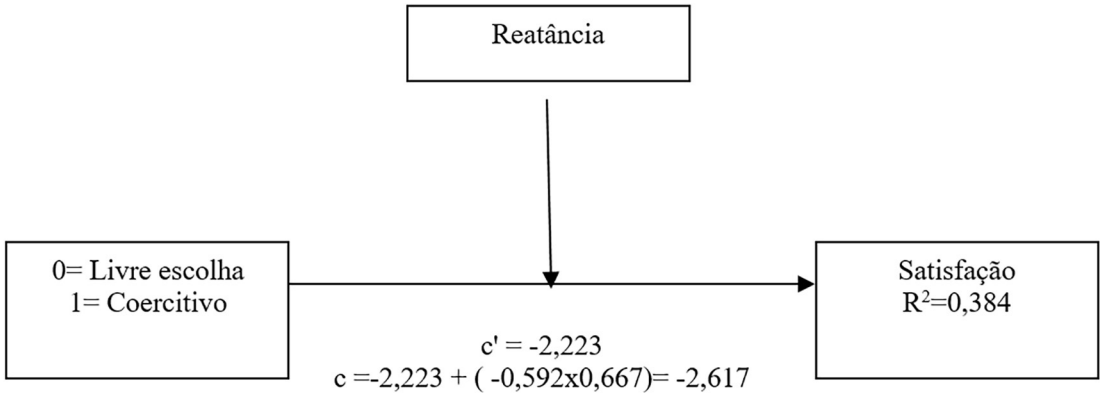
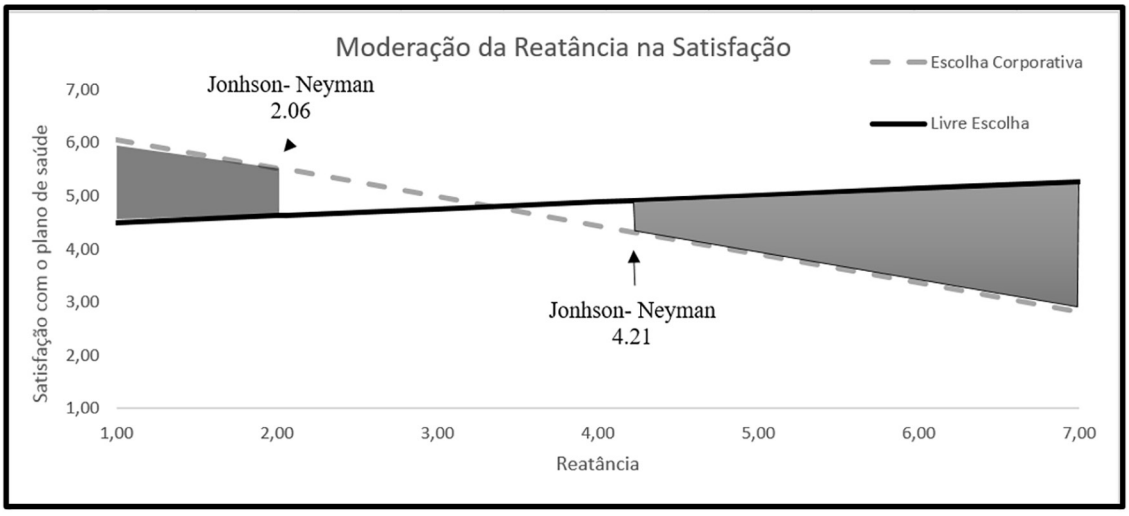


Figura 5 - Análise da moderação da reatância psicológica na satisfação



5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os achados deste estudo estão alinhados com trabalhos anteriores (FURSE *et al.*, 1994; SANTOS, 2008; CHATTERJEE *et al.*, 2017) no que se refere às consequências acerca da falta de liberdade na contratação de operadoras de saúde suplementar. Identificamos um efeito direto entre o tipo de contratação e a satisfação manifestada pela amostra. Os resultados indicam que a livre escolha da operadora resulta em maiores níveis de satisfação geral, enquanto a redução dessa liberdade resulta em níveis de satisfação mais moderados.

Também alinhado com os estudos anteriores que analisaram a reatância psicológica (BREHM; BREHM, 1981; KORSCHUN *et al.*, 2014; VAN PETEGEM *et al.*, 2015), encontrou-se um efeito de moderação entre esse traço de personalidade e a relação entre o tipo de contratação das operadoras de saúde suplementar e a satisfação dos consumidores com elas. Há indícios de que a alta reatância psicológica individual resulta em maior efeito negativo entre os planos coercitivos e a satisfação. Do mesmo modo, baixos níveis de reatância psicológica resultam em avaliações mais favoráreis no mesmo contexto. Esse achado aponta para uma questão que ainda não está na agenda dos gestores das operadoras. A falta de liberdade, *per si*, já resultará em menores níveis de satisfação, independentemente da qualidade real da operação, ao menos para uma parcela dos usuários (indivíduos com altos níveis de reatância).

De fato, o tipo de contratação da operadora já explica uma parcela da satisfação declarada. Contudo, nosso estudo identificou que a reatância psicológica do respondente influencia essa relação. Quando a reatância é maior, há uma redução da satisfação individual.

Um aspecto interessante, identificado por meio deste estudo, é a manutenção dos níveis de satisfação dos consumidores, não importanto seus níveis de reatância, quando a escolha da operadora de saúde suplementar é uma decisão individual e livre.

5.1 Contribuições gerenciais

Evidentemente, grande parte da satisfação do usuário dos serviços de saúde suplementar não foi explicada pelos construtos mensurados neste estudo. Afinal, o coeficiente de determinação estimado indica que, aproximadamente, 38% da satisfação declarada é resultante do tipo de plano contratado e da reatância psicológica do respondente. Com isso, é certo que grande parte da satisfação dos usuários está relacionada a outros fatores, como a qualidade dos serviços, a prontidão nos atendimentos, a acuracidade dos diagnósticos, entre outros. Com isso, é de suma importância que os gestores das operadoras de saúde suplementar empreendam esforços no sentido de garantir os padrões mínimos exigidos pelos consumidores.

Por outro lado, como há evidências de que os níveis de reatância psicológica individual influenciam fortemente a satisfação dos usuários, quando a contratação não é amparada pela liberdade de escolha, é razoável admitir que a oferta de algumas opções de "pacote de serviços" para escolha dos usuários, mesmo nos contextos de aquisição coercitiva, é uma forma de propor maior conforto psicológico, podendo resultar em maiores níveis de satisfação do usuário.

Do mesmo modo, gestores de recursos humanos, os quais fazem a contratação das operadoras de saúde suplementar para suas empresas, podem utilizar, como estratégia para aumentar os níveis de satisfação dos usuários, a oferta simultânea de mais de uma operadora. Com isso, mesmo que as operadoras sejam equivalentes, a maior liberdade de escolha contribuirá para a elevação dos níveis de satisfação individual.

5.2 Contribuições teóricas, limites e sugestões para futuros estudos

Uma das contribuições deste estudo é a adaptação da escala de satisfação (OLIVER, 1980) para o contexto dos serviços de saúde. Ainda sobre as operacionalizações dos construtos, outra contribuição é o uso da escala de reatância psicológica individual (DOWD *et al.*, 1991) para o cenário de consumo de serviços.

A principal contribuição teórica deste trabalho é a identificação do efeito da moderação da reatância psicológica individual no contexto de consumo coercitivo. De fato, o teste e a confirmação das hipóteses sugeridas possibilitaram a identificação dos efeitos da reatância, em seus diferentes níveis. Até onde se sabe, esse efeito, com esse nível de detalhamento, ainda não havia sido comprovado empiricamente.

Como em todos os trabalhos acadêmicos, vários limites cercaram este estudo. Um deles foi o tamanho da amostra. Mesmo que esta tenha sido adequada para atender ao rigor exigido pelos testes estatísticos, não foi possível, por exemplo, se fazer uma análise individual das operadoras de saúde suplementar estudadas. Outro ponto de atenção, também limitado pelo tamanho amostral, foi a impossibilidade de se estudar como o fenômeno se processa quando o respondente é o contratante ou quando ele é um dos dependentes do plano. Nesse sentido, nossa recomendação é a replicação deste estudo em outras amostras mais robustas.

Outra sugestão para a continuidade dos estudos dessa temática é a análise comparativa entre o efeito da reatância psicológica individual de usuários de planos de saúde suplementar e os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). A política atual de saúde pública não proporciona qualquer liberdade aos usuários. Mesmo no atendimento primário, o cidadão é acolhido no aparelho público que fica mais próximo de sua residência e, portanto, nem para procedimentos simples têm qualquer grau de liberdade de escolha. Então, possivelmente, uma parcela da menor satisfação teórica dos usuários do SUS possa ser explicada pela reatência psicológica dos respondentes, e não somente pelos atributos tácitos do serviço experimentado.

Finalizando este trabalho, tomamos a liberdade de deixar evidenciado que nossa motivação foi iniciar uma discussão acertada do efeito de um traço de personalidade, já identificado de longa data, no contexto dos serviços de saúde. Evidentemente, não foi nossa pretensão esgotar essa temática, mas sim inspirar outros pesquisadores no sentido de empreenderem esforços na construção de uma agenda de pesquisa sobre a reatância psicológica no consumo. Esperamos que esse objetivo tenha sido atingido.

Nota: os autores agradecem as excelentes sugestões de melhoria recebidas dos avaliadores anônimos e dos editores da BBR.

6. REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. A ANS: quem somos. Recuperado em 01 de abril, 2017, de http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos. 2017.

ANDERSON, Eugene W. Customer satisfaction and word of mouth. **Journal of Service Research**, v. 1, n. 1, p. 5-17, 1998.

ANDERSON, James C.; GERBING, David W. Assumptions and comparative strengths of the two-step approach: Comment on Fornell and Yi. **Sociological Methods & Research**, v. 20, n. 3, p. 321-333, 1992.

ASUBONTENG, Patrick; MCCLEARY, Karl J.; SWAN, John E. SERVQUAL revisited: a critical review of service quality. **Journal of Services Marketing**, v. 10, n. 6, p. 62-81, 1996.

BOJEI, Jamil et al. The empirical link between relationship marketing tools and consumer retention in retail marketing. **Journal of Consumer Behaviour**, v. 12, n. 3, p. 171-181, 2013.

BRAGA, Sonia Faria Mendes et al. Patient survival and risk of death after prostate cancer treatment in the Brazilian Unified Health System. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, 46, 2017.

BREHM, Sharon S.; BREHM, Jack W. **Psychological Reactance: A Theory of Freedom and Control**. Academic Press, 1981.

BRYMAN, Alan. **Social Research Methods**. Oxford university press, 2015.

BUBOLTZ, Walter C.; THOMAS, Adrian; DONNELL, Alison J. Evaluating the factor structure and internal consistency reliability of the therapeutic reactance scale. **Journal of Counseling & Development**, v. 80, n. 1, p. 120-125, 2002.

CHATTERJEE, Pabitra; CHOLLET, Barthélemy; TRENDEL, Olivier. From conformity to reactance: Contingent role of network centrality in consumer-to-consumer influence. **Journal of Business Research**, v. 75, p. 86-94, 2017

CLEE, Mona A.; WICKLUND, Robert A. Consumer behavior and psychological reactance. **Journal of Consumer Research**, v. 6, n. 4, p. 389-405, 1980.

COOPER, Donald R.; SCHINDLER, Pamela S. **Métodos de Pesquisa em Administração-12ª Edição**. McGraw Hill Brasil, 2016.

CRAIGHEAD, Christopher W. et al. Addressing common method variance: guidelines for survey research on information technology, operations, and supply chain management. **IEEE Transactions on Engineering Management**, v. 58, n. 3, p. 578-588, 2011.

DOWD, E. Thomas; MILNE, Christopher R.; WISE, Steven L. The Therapeutic Reactance Scale: A measure of psychological reactance. **Journal of Counseling & Development**, v. 69, n. 6, p. 541-545, 1991.

PASTORI FILHO, Odair. **A percepção de valor do consumidor frente ao recall de veículos no Brasil: um estudo exploratório em São Paulo**. 2004. Tese de Doutorado.

FITZSIMONS, Gavan J. Consumer response to stockouts. **Journal of Consumer Research**, v. 27, n. 2, p. 249-266, 2000.

FURSE, David H. et al. Leveraging the value of customer satisfaction information. **Marketing Health Services**, v. 14, n. 3, p. 16, 1994.

GERSCHMAN, Silvia et al. Estudo de satisfação dos beneficiários de planos de saúde de hospitais filantrópicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 487-500, 2007.

GUMMESSON, Evert. Productivity, quality and relationship marketing in service operations: A revisit in a new service paradigm. **International Journal of Contemporary Hospitality Management**, v. 26, n. 5, p. 656-662, 2014.

HAIR, Joseph F. et al. **Análise multivariada de dados**. Bookman Editora, 2009.

HAYES, Andrew F. **Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach**. Guilford Publications, 2017.

HAYES, Andrew F.; MONTOYA, Amanda K. A tutorial on testing, visualizing, and probing an interaction involving a multicategorical variable in linear regression analysis. **Communication Methods and Measures**, v. 11, n. 1, p. 1-30, 2017.

KLINE, R. B. Principles and practice of structural equation modeling (ed.). NY: Guilford Publication. 2015.

KOCHAN, Thomas A. et al. **Healing together: The labor-management partnership at Kaiser Permanente**. Cornell University Press, 2013.

KORSCHUN, Daniel; BHATTACHARYA, Chitra B.; SWAIN, Scott D. Corporate social responsibility, customer orientation, and the job performance of frontline employees. **Journal of Marketing**, v. 78, n. 3, p. 20-37, 2014.

LAVOIE, Nicole R. et al. Are graphic cigarette warning labels an effective message strategy? A test of psychological reactance theory and source appraisal. **Communication Research**, v. 44, n. 3, p. 416-436, 2017.

LEI n 9.656, de 03 de junho de 1998 (1998). Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF. Recuperado em 01 de abril, 2016 de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9656.htm.

LIENEMANN, Brianna A.; SIEGEL, Jason T. State psychological reactance to depression public service announcements among people with varying levels of depressive symptomatology. **Health Communication**, v. 31, n. 1, p. 102-116, 2016.

MACHADO, Nayana Pereira; NOGUEIRA, L. T. Avaliação da satisfação dos usuários de serviços de Fisioterapia. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 12, n. 5, 2008.

MALHOTRA, Naresh K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. Bookman Editora, 2012.

MALHOTRA, Naresh K.; LOPES, Evandro Luiz; VEIGA, Ricardo Teixeira. Modelagem de equações estruturais com Lisrel: uma visão inicial. **REMark – Revista Brasileira de Marketing**, v. 13, n. 2, p. 27, 2014.

MARCHETTI, Renato; PRADO, Paulo HM. Um tour pelas medidas de satisfação do consumidor. **Revista de Administração de Empresas**, v. 41, n. 4, p. 56-67, 2001.

MARIANO, Fernando G.. Consumidores encontram dificuldades para aderir a plano de saúde individual. *ZH Economia*. Disponível em: http://zh.clicrbs.com.br/rs/noticias/economia/noticia/2014/08/consumidores-encontram-dificuldades-para-aderir-a-plano-de-saude-individual-4571765.html. Último acesso em 14.04.2017.

MILAN, Gabriel S.; TREZ, Guilherme. Pesquisa de satisfação: um modelo para planos de saúde. **Revista de Administração de Empresas**, v. 4, n. 2, 2005.

MITTAL, Banwari. Self-concept clarity: Exploring its role in consumer behavior. **Journal of Economic Psychology**, v. 46, p. 98-110, 2015.

MOHAMMED, Khaled et al. Creating a patient-centered health care delivery system: a systematic review of health care quality from the patient perspective. **American Journal of Medical Quality**, v. 31, n. 1, p. 12-21, 2016.

NELSON, Eugene C. et al. Do patient perceptions of quality relate to hospital financial performance?. **Marketing Health Services**, v. 12, n. 4, p. 6, 1992.

OLIVER, Richard L. A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. **Journal of Marketing Research**, p. 460-469, 1980.

OLIVER, Richard L. **Satisfaction: A behavioral perspective on the consumer**. Routledge, 2014.

OREL, Fatma Demirci; KARA, Ali. Supermarket self-checkout service quality, customer satisfaction, and loyalty: Empirical evidence from an emerging market. **Journal of Retailing and Consumer Services**, v. 21, n. 2, p. 118-129, 2014

PALMA, José J. Lanceiro (Coord.). *Painel de Indicadores do SUS.* Brasília: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa / Ministério da Saúde, 2006.

PETERSON, Robert A. On the use of college students in social science research: Insights from a second-order meta-analysis. **Journal of Consumer Research**, v. 28, n. 3, p. 450-461, 2001.

PRADO, Paulo Henrique Muller; KORELO, José Carlos; SILVA, Danielle Mantovani L.. Análise de mediação, moderação e processos condicionais. **REMark- Revista Brasileira De Marketing**, v. 13, n. 4, 2014.

PODSAKOFF, Philip M. et al. 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, 2003.

RICHARDSON, Hettie A.; SIMMERING, Marcia J.; STURMAN, Michael C. A tale of three perspectives: Examining post hoc statistical techniques for detection and correction of common method variance. **Organizational Research Methods**, v. 12, n. 4, p. 762-800, 2009.

SANTOS, R. C. Um estudo sobre o valor e a reatância nas reações dos consumidores brasileiros frente ao recall de produtos. **GVPESQUISA Relatório**, v. 3, 2008.

SITTENTHALER, Sandra; TRAUT-MATTAUSCH, Eva; JONAS, Eva. Observing the restriction of another person: vicarious reactance and the role of self-construal and culture. **Frontiers in Psychology**, v. 6, p. 1052, 2015.

STEPHEN, Andrew T. The role of digital and social media marketing in consumer behavior. **Current Opinion in Psychology**, v. 10, p. 17-21, 2016.

UNGAR, Nadine et al. Intervention-elicited reactance and its implications: Let me eat what I want. **Zeitschrift für Psychologie**, v. 223, n. 4, p. 247, 2015.

VAN PETEGEM, Stijn et al. Rebels with a cause? Adolescent defiance from the perspective of reactance theory and self-determination theory. **Child Development**, v. 86, n. 3, p. 903-918, 2015.

WILLIAMS, Larry J.; BROWN, Barbara K. Method variance in organizational behavior and human resources research: Effects on correlations, path coefficients, and hypothesis testing. **Organizational Behavior and Human Decision Processes**, v. 57, n. 2, p. 185-209, 1994.

WRIGHT, Rex A.; AGTARAP, Stephanie D.; MLYNSKI, Christopher. Conversion of Reactance Motives Into Effortful Goal Pursuit. **Zeitschrift für Psychologie**, 2015.

ZIMMERMAN, Barry J.; MARTINEZ-PONS, Manuel. Student differences in self-regulated learning: Relating grade, sex, and giftedness to self-efficacy and strategy use. **Journal of Educational Psychology**, v. 82, n. 1, p. 51, 1990.