



Qualis A4 ISSN: 2675-0236

ARTIGO

Listas de conteúdos disponíveis em [DOAJ](#)

Revista Processus de Políticas Públicas e Desenvolvimento Social



Valor Percebido, Desigualdade Territorial e a Regulação da Saúde Suplementar sob uma Perspectiva Comportamental

Perceived Value, Territorial Inequality, and the Regulation of Supplementary Health Insurance from a Behavioral Perspective

ARK: 69772/ppds.v8i16.1778

Recebido: 19/05/2026 | Aceito: 29/07/2026 | Publicado on-line: 07/08/2026

Beatriz Amália Albarello¹

<https://orcid.org/0000-0002-7116-7428>

<http://lattes.cnpq.br/9267084024389682>

Universidade Católica de Brasília, DF, Brasil

E-mail: beatriz.albarello@p.ucb.br

Helga Cristina Hedler²

<https://orcid.org/0000-0003-3895-5200>

<http://lattes.cnpq.br/9878306773047270>

Centro Universitário IESB, DF, Brasil

E-mail: helgahedler@gmail.com

Rodrigo Santiago Pereira³

<https://orcid.org/0000-0002-9324-5482>

<http://lattes.cnpq.br/2496869649917684>

Centro Universitário IESB, DF, Brasil

E-mail: rrsantiagop@gmail.com

Simone de Araújo Góes Assis⁴

<https://orcid.org/0009-0005-9575-7341>

<http://lattes.cnpq.br/1014598931590283>

Centro Universitário IESB, DF, Brasil

E-mail: simone.a.assis@iesb.edu.br

Francisco Antonio Coelho Júnior⁵

<https://orcid.org/0000-0002-1820-5448>

<http://lattes.cnpq.br/2039484969238906>

Universidade de Brasília, DF, Brasil

E-mail: fercoepsi@yahoo.com.br



Resumo

Este artigo investiga o paradoxo distributivo observado nas operadoras de autogestão em saúde suplementar no Brasil, no qual beneficiários que contribuem financeiramente de forma equivalente recebem níveis distintos de assistência em função do município em que residem. Parte-se da premissa de que essa desigualdade não decorre exclusivamente de fatores organizacionais ou da atuação das operadoras, mas reflete limitações do modelo de governança regulatória que estrutura o setor. Com base nessa perspectiva, o estudo propõe um modelo conceitual capaz de explicar como fatores territoriais influenciam a percepção de valor, a satisfação e a lealdade dos beneficiários, além de discutir implicações para o aperfeiçoamento dos instrumentos regulatórios utilizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A

¹ Doutora em Psicologia pela Universidade Católica de Brasília (UCB).

² Doutora em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações na Universidade de Brasília (UnB).

³ Mestre em Gestão Estratégica de Organizações pelo Centro Universitário IESB.

⁴ Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo (USP).

⁵ Doutor em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações pela Universidade de Brasília (UnB).



construção do modelo fundamenta-se na integração do *Behavioral Perspective Model* (BPM) com as literaturas sobre qualidade em serviços, valor percebido, custos de mudança e governança dos sistemas de saúde. A partir dessa articulação teórica, são desenvolvidas quatro proposições passíveis de verificação empírica, cuja plausibilidade é ilustrada por evidências secundárias provenientes de um survey realizado com 3.942 beneficiários de uma operadora nacional de autogestão em saúde (Pereira et al., 2025). O modelo proposto demonstra que o cenário de consumo exerce influência decisiva sobre a distribuição dos reforçadores utilitários, produzindo desigualdades estruturais entre municípios de diferentes portes e configurando um gradiente territorial de valor percebido que extrapola a capacidade de compensação das operadoras individualmente. Os resultados também indicam que os reforçadores informativos constituem determinantes mais robustos da satisfação do que os benefícios utilitários, evidenciando a relevância das experiências relacionais e simbólicas na avaliação dos serviços. Além disso, verifica-se que a escolaridade exerce efeito moderador negativo sobre o valor percebido, reduzindo a inércia comportamental que frequentemente sustenta a lealdade aparente em mercados caracterizados por restrições de escolha. Embora as evidências apresentadas reforcem a consistência teórica do modelo, o estudo reconhece como limitação a utilização de dados secundários originalmente coletados para objetivos distintos daqueles aqui propostos. Assim, recomenda-se a realização de pesquisas longitudinais, comparativas e com delineamentos capazes de testar empiricamente os mecanismos causais sugeridos. Do ponto de vista prático, o modelo oferece subsídios para que operadoras de autogestão, a Agência Nacional de Saúde Suplementar, o Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais diferenciem situações de lealdade genuína daquelas decorrentes de inércia comportamental, permitindo direcionar políticas e investimentos para o fortalecimento de reforçadores relacionais e de mecanismos de coordenação territorial, para além da ampliação da infraestrutura assistencial. Como principal contribuição teórica, o estudo amplia o campo de aplicação do *Behavioral Perspective Model*, tradicionalmente utilizado para explicar o comportamento do consumidor, ao incorporá-lo como referencial analítico para compreender a interação entre fatores comportamentais, territoriais e regulatórios na saúde suplementar. Dessa forma, oferece uma interpretação inovadora das desigualdades territoriais, reposicionando-as como um desafio de governança regulatória e coordenação interfederativa, e contribuindo para o avanço da literatura sobre qualidade em serviços de saúde, comportamento do consumidor e políticas públicas.

Palavras-chave: Behavioral Perspective Model. Saúde suplementar. Valor percebido. Desigualdade territorial. Regulação em saúde. Administração pública.

Abstract

This article examines the distributive paradox observed in Brazilian self-managed supplementary health insurance plans, whereby beneficiaries who make equivalent financial contributions receive markedly different levels of healthcare depending on the municipality in which they reside. It argues that these disparities are not solely the result of organizational factors or individual operators' performance, but rather reflect limitations in the regulatory governance framework that structures the supplementary healthcare system. From this perspective, the study develops a conceptual model explaining how territorial characteristics shape perceived value, satisfaction, and beneficiary loyalty, while discussing implications for redesigning the regulatory instruments adopted by the Brazilian National Supplementary Health Agency (ANS). The proposed framework integrates the Behavioral Perspective Model (BPM) with the literature on service quality, perceived value, switching costs, and health system governance. This theoretical integration gives rise to four testable propositions whose plausibility is illustrated through secondary evidence from a survey of 3,942 beneficiaries enrolled in a nationwide self-managed health insurance provider (Pereira et al., 2025). The model demonstrates that the consumption setting plays a decisive role in determining the distribution of utilitarian reinforcers, generating structural inequalities across municipalities of different sizes and creating a territorial gradient of perceived value that individual health plan operators are unable to offset. The findings further indicate that informational reinforcers are stronger predictors of beneficiary satisfaction than utilitarian reinforcers, highlighting the importance of relational and symbolic



experiences in service evaluation. Moreover, educational attainment negatively moderates perceived value, weakening the behavioral inertia that often sustains apparent loyalty in markets characterized by limited consumer choice. Although the findings provide theoretical support for the proposed framework, the study acknowledges that its empirical illustration relies on secondary data originally collected for purposes other than testing the present propositions. Consequently, longitudinal and comparative studies employing causal research designs are needed to validate the mechanisms advanced in this article. From a practical perspective, the model offers guidance for self-managed health insurance providers, the Brazilian National Supplementary Health Agency (ANS), the Ministry of Health, and state and municipal health authorities to distinguish genuine loyalty from behavioral inertia. Such differentiation may support more effective policy interventions and resource allocation by prioritizing relational reinforcers and territorial coordination mechanisms alongside investments in healthcare infrastructure. The principal theoretical contribution of this study lies in extending the Behavioral Perspective Model beyond its traditional application to consumer behavior by positioning it as an analytical framework capable of integrating behavioral, territorial, and regulatory dimensions of quality in supplementary healthcare services. In doing so, the article provides a novel interpretation of territorial inequalities, reframing them as a challenge of regulatory governance and intergovernmental coordination, while advancing the literature on healthcare service quality, consumer behavior, and public policy.

Keywords: Behavioral Perspective Model. Supplementary health insurance. Perceived value. Territorial inequality. Health regulation. Public administration.

1. Introdução

O setor de saúde suplementar brasileiro enfrenta um problema regulatório que a literatura de qualidade em serviços raramente tratou com a profundidade necessária. O problema é como a regulação da saúde suplementar pode corrigir as desigualdades territoriais no valor que beneficiários formalmente idênticos recebem do sistema. Beneficiários cobertos pelo mesmo contrato, pagando contribuições financeiras idênticas, vivenciam assistência profundamente desigual conforme o município onde residem. Médicos especialistas permanecem concentrados nas capitais e regiões metropolitanas, que concentram cerca de 54% do total nacional (Scheffer et al., 2020). Lida sob a ótica do Behavioral Perspective Model (BPM), essa concentração constitui uma assimetria estrutural na distribuição territorial de reforçadores utilitários, gerando gradientes de valor percebido que os instrumentos gerenciais e regulatórios vigentes não capturam nem corrigem.

Isso não é apenas uma falha organizacional de operadoras individuais; é um problema de governança que envolve a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o Ministério da Saúde e os arranjos federativos que estruturam o sistema de saúde brasileiro. Os instrumentos regulatórios atualmente usados para avaliar operadoras, mais visivelmente o Programa de Qualificação das Operadoras (PQO), avaliam o desempenho no nível agregado da operadora, sem desagregação por porte de município, e sem capturar as dimensões relacionais do serviço que, como este artigo demonstra, predizem a satisfação de forma muito mais forte do que o acesso infraestrutural. Enfrentar a desigualdade territorial na saúde suplementar exige, portanto, mais do que boa gestão. Exige instrumentos regulatórios capazes de detectar, atribuir e corrigir um gradiente que se origina na distribuição histórica de recursos assistenciais no território brasileiro, e não na qualidade da administração de uma operadora isolada.

A literatura dominante oferece respostas parciais a esse problema. O modelo SERVQUAL (Parasuraman et al., 1985, 1988) mensura o gap entre expectativa e percepção, mas não especifica por que beneficiários com perfis distintos constroem esse gap de formas tão diferentes diante do mesmo produto e do mesmo preço. A teoria do valor percebido (Holbrook, 1994; Zeithaml, 1988) quantifica a equação benefício-sacrifício, mas não identifica o mecanismo pelo qual o cenário de consumo se transforma em valor subjetivamente percebido. A literatura sobre custo de mudança (Burnham et al., 2003; Verhoef, 2003) mapeia as barreiras à migração, mas não explica por que beneficiários com percepção equivalente de baixo valor fazem escolhas opostas conforme a escolaridade e a localização geográfica. Nenhum desses referenciais, além disso, dialoga



diretamente com as dimensões regulatórias e de governança do problema. Eles tratam qualidade e lealdade como resultados organizacionais, e não como objetos de equidade territorial e regulatória.

A lacuna explicativa comum a esses modelos reside na ausência de um referencial que integre o cenário ambiental de consumo, o repertório comportamental acumulado pelo beneficiário e as contingências de reforço e punição presentes nas diferentes regiões do país, conectando ao mesmo tempo esses mecanismos de nível micro à arquitetura de nível macro da governança em saúde. O Behavioral Perspective Model de Foxall (1990, 2005), fundamentado no behaviorismo radical de Skinner (1953), fornece esse referencial. No BPM, o comportamento de consumo resulta da confluência entre o cenário de consumo, o repertório comportamental do indivíduo e as consequências reforçadoras ou punitivas do comportamento de compra e uso. Aplicado à saúde suplementar, o modelo ajuda a explicar por que beneficiários em municípios menores percebem menos valor, permanecem no plano por inércia e não por satisfação, e respondem de forma distinta a estratégias de retenção idênticas conforme o nível de escolaridade. De forma crucial, também explica por que esses padrões constituem um problema de política pública que operadoras individuais não conseguem resolver sozinhas.

Essa discussão insere-se na organização mais ampla do sistema de saúde brasileiro, marcada pela coexistência tensionada entre o Sistema Único de Saúde (SUS), de caráter universal, e o setor suplementar privado regulado. Conforme argumenta Bahia (2005), a segmentação entre assistência pública e privada resulta de um processo histórico no qual o próprio Estado financiou a expansão da rede privada credenciada e dos esquemas assistenciais vinculados às empresas empregadoras, consolidando padrões diferenciados de acesso conforme renda, vínculo ocupacional e localização territorial. No setor de autogestão, essa dinâmica assume configuração particular, pois operadoras públicas e privadas dependem simultaneamente da infraestrutura assistencial regional e das redes historicamente concentradas nos grandes centros urbanos. Em consequência, as desigualdades territoriais observadas no SUS tendem a reproduzir-se também na saúde suplementar, especialmente em municípios de menor porte, onde a escassez de especialistas, hospitais e serviços diagnósticos limita tanto a oferta pública quanto a privada.

Esse cenário torna-se ainda mais crítico diante da inflexão estrutural atualmente vivenciada pela saúde suplementar brasileira, marcada pelo envelhecimento acelerado da carteira de beneficiários, pela incorporação contínua de tecnologias ao rol de cobertura obrigatória e pelos efeitos persistentes da pandemia de COVID-19 sobre os custos assistenciais (Avelar et al., 2018; Silva et al., 2020). Nessas condições, o debate sobre valor percebido, lealdade e desigualdade territorial ultrapassa a dimensão organizacional das operadoras e passa a refletir tensões estruturais do próprio sistema de saúde brasileiro, terreno próprio da pesquisa em administração pública e governança em saúde.

Este artigo propõe um modelo conceitual integrador, fundamentado no BPM, que articula quatro elementos estruturais, a saber, o cenário de consumo, os reforçadores utilitários e informativos, a história de aprendizagem do beneficiário moderada pela escolaridade, e a desigualdade territorial na distribuição de recursos assistenciais. A partir desse modelo, derivam-se quatro proposições teóricas testáveis. Em cenários de consumo estruturalmente fechados, como as operadoras de autogestão vinculadas ao vínculo empregatício formal, a lealdade comportamental é predominantemente produto de inércia sustentada pelo custo de mudança, e não de satisfação genuína (P1). A escolaridade modera negativamente a percepção de valor ao enriquecer o repertório avaliativo do beneficiário (P2). Os reforçadores informativos têm poder preditivo superior sobre a satisfação em comparação aos reforçadores utilitários (P3). E a desigualdade territorial na distribuição de reforçadores utilitários gera um gradiente estrutural de valor percebido que não pode ser equalizado por intervenções organizacionais isoladas (P4). O paradoxo é empiricamente documentado por Pereira et al. (2025) em survey com 3.942 beneficiários titulares, que corrobora a plausibilidade dessas proposições.

O artigo está organizado em seis seções. Após esta introdução, a segunda seção apresenta o referencial teórico em quatro eixos, a saber, o BPM e os cenários fechados de consumo; o comportamento do consumidor em saúde e a história de aprendizagem; o valor percebido, o custo de mudança e a dinâmica de lealdade; e a desigualdade territorial como assimetria de



reforçadores. A terceira seção apresenta o modelo conceitual e as proposições teóricas. A quarta articula evidências empíricas secundárias como ilustração da plausibilidade do modelo. A quinta discute implicações para gestão, regulação e política pública, e a sexta traz as considerações finais.

2. O Behavioral Perspective Model e os cenários fechados de consumo

O Behavioral Perspective Model foi desenvolvido por Foxall (1990, 1993, 2005) como uma estrutura analítico-comportamental para compreender o comportamento do consumidor em situações de mercado. Inspirado no behaviorismo radical de Skinner (1953, 1957), o BPM propõe que o comportamento de consumo resulta da interação entre três elementos fundamentais. O primeiro é o cenário de consumo, compreendido como o conjunto de estímulos discriminativos presentes no ambiente que sinalizam as consequências prováveis de determinados comportamentos. O segundo é o repertório comportamental do consumidor, formado por sua história de aprendizagem acumulada em situações de consumo anteriores. O terceiro são as consequências reforçadoras ou punitivas produzidas pelo comportamento de compra e uso (Oliveira-Castro e Foxall, 2005). O modelo parte da premissa de que o comportamento do consumidor não pode ser compreendido apenas por variáveis cognitivas internas, devendo ser analisado em função das contingências ambientais que o antecedem e o sucedem.

Foxall (2005) distingue dois tipos fundamentais de cenário de consumo. Os cenários abertos são aqueles em que o consumidor dispõe de múltiplas alternativas de escolha, podendo comparar fornecedores, mudar de prestador e negociar condições. Os cenários fechados são aqueles em que as alternativas são limitadas ou inexistentes, e o consumidor tem pouca ou nenhuma possibilidade de abandonar a relação de consumo sem incorrer em custos proibitivos. O cenário de consumo, que inclui o porte do município, a disponibilidade de rede assistencial e as características socioeconômicas do beneficiário, é estruturalmente fechado no contexto da autogestão, e atua como modulador dessas contingências, explicando parte das variações regionais na percepção de qualidade testadas nas hipóteses desta pesquisa.

Nesse contexto, as operadoras de autogestão por recursos humanos configuram o caso paradigmático de cenário fechado no setor de saúde suplementar, pois o beneficiário acessa o plano exclusivamente pelo vínculo empregatício, não pode contratar o mesmo produto no mercado aberto e, ao migrar, perde a rede de prestadores conhecidos e o subsídio patronal. Esse grau elevado de fechamento do cenário tem implicações diretas sobre a dinâmica de lealdade, pois distingue empiricamente a permanência motivada por satisfação genuína da permanência motivada por ausência de alternativas viáveis, distinção com relevância direta para a forma como reguladores interpretam indicadores de retenção, discutida adiante na Seção 5.

As consequências do comportamento de consumo classificam-se em quatro categorias no BPM. O reforço utilitário compreende os benefícios funcionais e instrumentais decorrentes do uso do serviço, tais como o acesso a consultas, exames e internações. O reforço informativo compreende os benefícios simbólicos, relacionais e de reconhecimento associados ao consumo, como o prestígio da rede credenciada, a qualidade percebida do atendimento e o reconhecimento como beneficiário prioritário. A punição utilitária abrange as consequências funcionais negativas, como negativas de cobertura, filas, falhas na rede, demora na liberação de procedimentos, erros cadastrais ou dificuldades de acesso à rede credenciada. A punição informativa compreende consequências simbólicas negativas associadas à experiência de consumo, como percepções de descaso, desvalorização, injustiça e invisibilidade. Tais experiências podem gerar desgaste emocional, expresso por sentimento de frustração, insegurança em relação ao atendimento e diminuição da confiança no plano de saúde (Foxall, 2005; Oliveira-Castro e Foxall, 2005). A interação entre reforços e punições presentes no ambiente de consumo é, assim, determinante para a configuração dos padrões comportamentais resultantes.

A distinção entre reforço utilitário e reforço informativo é especialmente relevante para a análise da lealdade em serviços de saúde. Os reforçadores utilitários dependem fundamentalmente da estrutura territorial de oferta assistencial disponível no município de residência do beneficiário, enquanto os reforçadores informativos dependem mais da qualidade dos processos relacionais entre a operadora e os prestadores. Essa assimetria nas fontes de cada tipo de reforçador tem implicação direta para a política regulatória, pois sugere que intervenções



sobre reforços informativos, como a humanização do atendimento e a responsabilidade às demandas, podem ter efeito independente da densidade assistencial territorial, estando, portanto, ao alcance das operadoras mesmo onde os reforçadores infraestruturais não estão.

2.1 Comportamento do consumidor em saúde e história de aprendizagem

O comportamento do consumidor em serviços de saúde distingue-se de outros domínios de consumo por combinar forte assimetria de informação entre prestadores e usuários, elevada carga emocional nas decisões e coprodução do cuidado (Fracasso et al., 2020; Sahoo e Ghosh, 2016). Essas características tornam o beneficiário de plano de saúde particularmente dependente de sua história de aprendizagem acumulada, pois, na ausência de condições para avaliar tecnicamente a qualidade dos serviços recebidos, o repertório de experiências anteriores torna-se o principal substrato de sua avaliação. Solomon (2008) e Blackwell et al. (2008) destacam que o comportamento do consumidor é moldado pela interação entre variáveis motivacionais, perceptuais, de aprendizagem e atitudinais, sendo que a história de aprendizagem condiciona todas as demais ao estabelecer as referências a partir das quais o indivíduo avalia novas experiências.

No referencial do BPM, quanto mais rica e diversificada essa história, mais refinada é a capacidade avaliativa do beneficiário e menor sua tolerância com inconsistências na prestação de serviços. Oliveira-Castro e Foxall (2005) argumentam que a análise do comportamento do consumidor deve considerar não apenas as contingências presentes no ambiente imediato, mas também o padrão de consequências acumuladas ao longo do tempo, pois são essas consequências passadas que estabelecem a sensibilidade diferencial do indivíduo aos reforçadores e punições do cenário atual.

Aplicado ao campo da saúde suplementar, o BPM revela dinâmicas que a perspectiva cognitivista frequentemente subestima. A experiência acumulada do beneficiário com o plano, incluindo episódios de atendimento, resoluções de conflitos, contatos com a rede credenciada, autorizações negadas, tempo de espera e qualidade da rede no município onde reside, constitui seu repertório comportamental como consumidor de saúde e sinaliza as probabilidades de consequências reforçadoras, como acesso ágil, atendimento humanizado e cobertura ampla, ou consequências punitivas, como negativas de cobertura, filas e reajustes, em situações futuras. Um atendimento resolutivo e acolhedor, por exemplo, pode atuar simultaneamente como reforçador utilitário, ao solucionar a necessidade prática do beneficiário, e como reforçador informativo, ao fortalecer sua confiança e vínculo com o plano. Em contrapartida, a recusa de um procedimento necessário pode representar uma punição utilitária, devido ao prejuízo objetivo ao cuidado, e simultaneamente desencadear punição informativa ao produzir sentimentos de abandono, injustiça ou vulnerabilidade. Beneficiários com maior tempo de vínculo possuem repertório mais denso e, conseqüentemente, expectativas mais calibradas. Aqueles com histórico de experiências punitivas, como negativas de cobertura, erros cadastrais e filas prolongadas, apresentam maior dissonância cognitiva e maior propensão à migração.

A escolaridade atua como moderador crítico da relação entre história de aprendizagem e percepção de valor. Prahalad e Ramaswamy (2004) observam que consumidores mais escolarizados são mais exigentes e menos tolerantes com inconsistências na prestação de serviços. Em termos analítico-comportamentais, isso significa que um repertório comportamental enriquecido pela educação amplia a sensibilidade do beneficiário às diferenças entre reforçadores efetivamente disponíveis e os esperados, tornando mais crítica sua avaliação e maior sua propensão à migração. Esse mecanismo explica o paradoxo encontrado por Pereira et al. (2025), em que maior escolaridade se associa a menor percepção de qualidade e menor retenção mesmo em cenário estruturalmente fechado. Cronin et al. (2000) corroboram essa perspectiva ao demonstrar que a qualidade percebida influencia diretamente a satisfação e indiretamente a lealdade por meio do valor percebido, mediação que é, ela própria, modulada pelo nível de sofisticação avaliativa do consumidor.

A dissonância cognitiva, formulada por Festinger (1957), complementa o referencial do BPM ao descrever o mecanismo de ajuste psicológico que ocorre quando o beneficiário percebe inconsistência entre o valor esperado e o efetivamente recebido. Em cenários fechados, o conflito



pré-decisório é menor, pois a escassez de alternativas reduz o número de cognições inconsistentes com a permanência. A insatisfação residual, no entanto, tende a ser maior e mais duradoura, pois a impossibilidade de correção da escolha impede a resolução natural da dissonância (Rosa et al., 2006; Tversky e Simonson, 1993). O resultado é o que Sirdeshmukh et al. (2002) denominam lealdade frágil, em que o beneficiário permanece no plano não por satisfação, mas pela ausência de alternativas que justifiquem o custo da migração.

2.2 Valor percebido, custo de mudança e a dinâmica de lealdade

O valor percebido pelo consumidor constitui construto central nas teorias de comportamento de compra e lealdade a serviços. Zeithaml (1988) o define como a avaliação geral da utilidade de um produto, baseada nas percepções do que é recebido e do que é dado. Holbrook (1994) acrescenta que esse valor é interativo, relativo e preferencial, variando entre indivíduos e contextos e envolvendo julgamento comparativo. Grewal e Parasuraman (2000) identificaram que, em serviços de saúde, o valor percebido é determinado predominantemente pela qualidade percebida do atendimento e pela adequação entre expectativas e serviços efetivamente prestados. Cronin et al. (2000) demonstraram que o valor percebido atua como mediador central entre qualidade e lealdade, de modo que não é a qualidade técnica per se, mas a avaliação subjetiva custo-benefício que determina as intenções comportamentais de permanência ou migração. Terres e Basso (2018) reforçam que, em serviços de saúde, o valor percebido é adicionalmente mediado por fatores emocionais e relacionais que escapam à mensuração técnica da qualidade, tornando a dimensão afetiva da interação prestador-usuário um componente indissociável da avaliação global do serviço.

A contribuição teórica central deste artigo nesse eixo é posicionar o valor percebido como resultante líquida dos reforçadores disponíveis no cenário de consumo. Nessa perspectiva, o valor percebido pelo beneficiário de um plano de saúde corresponde funcionalmente ao balanço entre reforços utilitários e informativos, descontadas as punições utilitárias e informativas presentes no cenário. Essa equivalência conceitual integra a literatura de valor percebido ao referencial do BPM e oferece base explicativa para o gradiente territorial documentado empiricamente, pois a diferença de valor percebido entre capitais e interior não resulta de diferenças na gestão da operadora, mas de diferenças estruturais na densidade de reforçadores utilitários disponíveis nos dois tipos de cenário.

Essa equivalência tem implicação metodológica relevante. Enquanto a literatura de qualidade em serviços mensura o valor percebido por meio de escalas de percepção declarada, o referencial do BPM sugere que o valor percebido é determinado pela estrutura objetiva de reforçadores disponíveis no cenário de consumo, anterior e independentemente da percepção declarada pelo beneficiário. Em contextos de elevada assimetria de informação, como o consumo de saúde suplementar, essa distinção é crítica, pois o beneficiário pode declarar satisfação com o plano sem que isso reflita adequadamente o balanço objetivo de reforçadores e punições a que está submetido, especialmente quando o cenário de consumo é estruturalmente fechado e as alternativas de comparação são inexistentes.

Essa equivalência permite ainda uma leitura analítico-comportamental da tipologia de Burnham et al. (2003), na qual os custos procedurais, o tempo e o esforço da busca por alternativas, correspondem funcionalmente a punições utilitárias da transição. Os custos financeiros, a perda de benefícios acumulados e diferenças de preço, correspondem a punições utilitárias da ruptura. Os custos relacionais, a perda de vínculos com prestadores e da identidade associada ao plano atual, correspondem precisamente às punições informativas que o BPM identifica como as de maior impacto sobre o comportamento de permanência em cenários fechados.

O custo de mudança, definido por Burnham et al. (2003) como o conjunto de custos percebidos associados ao processo de troca de fornecedor, classifica-se em custos procedurais, financeiros e relacionais. Verhoef (2003) demonstrou que custos de mudança elevados aumentam a retenção mesmo na presença de insatisfação, efeito especialmente pronunciado em serviços de saúde, onde a continuidade do cuidado e os vínculos com prestadores têm valor relacional significativo. No referencial do BPM, o custo de mudança equivale funcionalmente às punições



informativas da ruptura, pois a perda de reforçadores informativos acumulados, como a familiaridade com a rede, o reconhecimento pelos prestadores e o histórico de utilização, constitui punição simbólica que, combinada com a escassez de alternativas em cenários fechados, eleva o limiar de insatisfação necessário para precipitar a evasão efetiva. A combinação entre valor percebido insuficiente e custo de mudança elevado configura o mecanismo de retenção por inércia comportamental, que Sirdeshmukh et al. (2002) distinguem explicitamente da lealdade genuína fundamentada em satisfação e comprometimento afetivo. Essa distinção tem consequência direta para a avaliação regulatória das operadoras. Instrumentos que medem retenção como proxy de satisfação são incapazes de distinguir lealdade genuína de inércia comportamental, subestimando o risco de evasão em massa quando as condições que sustentam a inércia se alteram, seja pelo aumento da escolaridade da carteira, pela entrada de novos competidores no mercado ou por episódios críticos de falha assistencial que tornam visível o descompasso entre contribuição paga e valor recebido.

2.3 Desigualdade territorial, SUS e o gradiente de reforçadores

O sistema de saúde brasileiro é marcado por profunda desigualdade territorial na distribuição de recursos assistenciais, consolidada ao longo de décadas de desenvolvimento econômico concentrado e de políticas de saúde insuficientes para reverter as assimetrias regionais (Machado et al., 2017; Viacava et al., 2018). A concentração de médicos especialistas nas capitais e regiões metropolitanas, correspondente a 54% do total nacional (Scheffer et al., 2020), é a expressão mais visível de uma assimetria que se estende à distribuição de hospitais de alta complexidade, laboratórios de referência, equipamentos de imagem e demais recursos da atenção especializada. Travassos e Martins (2004) demonstraram que essa concentração gera iniquidade de acesso que ultrapassa a dimensão da cobertura formal, pois mesmo beneficiários nominalmente cobertos pelo mesmo contrato de saúde suplementar experimentam acesso substancialmente diferente à atenção especializada dependendo do município de residência.

A ANS (2022) documenta que a densidade de prestadores credenciados nas regiões Norte e Nordeste é sistematicamente inferior à das regiões Sul e Sudeste, criando um gradiente de acesso que se traduz, na pesquisa de Pereira et al. (2025), em menor confiança e menor empatia percebida pelos beneficiários residentes em municípios menores. Esse fenômeno coloca um desafio regulatório relevante. Os parâmetros de cobertura definidos pela ANS, embora uniformes em termos normativos, produzem experiências profundamente desiguais em função do território, achado que a evidência internacional sobre fragmentação do financiamento em saúde corrobora bem além do caso brasileiro. Evidências longitudinais recentes do sistema público duplo mexicano mostram que, mesmo quando direitos formais são nominalmente equalizados, a segmentação estrutural na arquitetura de financiamento reproduz iniquidade territorial e institucional ao longo de décadas, com ganhos de equidade obtidos durante períodos de reforma se mostrando frágeis e reversíveis na ausência de mecanismos redistributivos vinculantes (Serván-Mori et al., 2026). Diagnóstico comparável emerge de pesquisa com atores institucionais em sete países europeus, na qual a desigualdade territorial persiste não por falta de atenção política, mas por fragmentação da governança, fraca coordenação entre níveis de governo e um descompasso entre o discurso nacional e a capacidade local de implementação (Jubany et al., 2025). Ambos os estudos convergem para a conclusão a que este artigo chega por uma via analítico-comportamental. A cobertura contratual ou normativa uniforme não é suficiente para garantir valor equitativo, e corrigir gradientes territoriais exige instrumentos redistributivos e coordenativos que operem abaixo do nível do prestador ou da operadora individual.

Para as operadoras de autogestão, cujo modelo de financiamento solidário pressupõe que todos os beneficiários aportam contribuições equivalentes independentemente de sua localização, essa desigualdade na entrega de valor compromete a lógica mutualista que fundamenta o segmento. Sob a perspectiva do BPM, a desigualdade territorial na distribuição de recursos assistenciais corresponde a uma assimetria estrutural na disponibilidade de reforçadores utilitários para os beneficiários de saúde suplementar. O beneficiário residente em capital metropolitana dispõe de cenário rico em reforçadores utilitários, tais como acesso rápido a consultas, autorização eficiente de exames, rede credenciada ampla, presença de especialistas em



diversas áreas e hospitais de referência. O beneficiário residente em município de pequeno porte do interior dispõe de cenário empobrecido, com rede credenciada restrita, ausência ou escassez de especialistas e necessidade de deslocamento para centros maiores para o acesso a procedimentos de média e alta complexidade. Essa diferença estrutural no cenário de consumo produz, independentemente da qualidade da gestão da operadora, um gradiente territorial de valor percebido que os dados de Pereira et al. (2025) estimam em 0,47 ponto em escala de 5 pontos, com poder observado igual a 1,000.

O SUS, que poderia funcionar como sistema complementar de equalização do acesso assistencial, não cumpre essa função de forma uniforme no território nacional. Lima et al. (2015) documentaram que a oferta de serviços do SUS é ela própria geograficamente concentrada, com as regiões metropolitanas concentrando a maior parte dos serviços de média e alta complexidade. Menicucci e Marques (2016) descrevem um padrão de sobreposição entre os setores público e privado nas capitais e de lacuna nas regiões de menor densidade populacional, exatamente o arranjo que cria dupla punição utilitária para o beneficiário do interior, que contribui financeiramente pelo plano suplementar sem receber valor assistencial equivalente ao das capitais e, simultaneamente, não dispõe de retaguarda pública de qualidade.

Ugá e Santos (2006) demonstraram que o financiamento da saúde suplementar é regressivo em termos territoriais. As operadoras coletam contribuições de forma geograficamente distribuída, mas concentram os gastos assistenciais nas regiões onde a rede credenciada é mais densa, de modo que beneficiários do interior contribuem proporcionalmente mais do que recebem em retorno assistencial. Sob a perspectiva do BPM, esse arranjo configura uma relação de reforçamento negativo sistemático, em que os reforçadores utilitários disponíveis são estruturalmente insuficientes em relação às punições suportadas. Esse é um problema de política pública que extrapola a capacidade de intervenção das operadoras individuais e demanda resposta regulatória coordenada entre a ANS, o Ministério da Saúde e os governos estaduais (Menicucci e Marques, 2016). Trabalhos recentes sobre fragmentação do financiamento da atenção primária reforçam esse argumento a partir de uma perspectiva comparada, mostrando que desfragmentar mesmo uma pequena parte de um sistema de financiamento pode catalisar fluxos de recursos mais equitativos quando compras estratégicas e canais de financiamento alinhados ao governo são usados como ponto de entrada (Gatome-Munyua et al., 2025).

A coexistência entre SUS e saúde suplementar, contudo, não configura arranjo dual simples entre setor público e privado, mas um padrão historicamente híbrido de proteção social em saúde. Conforme argumenta Bahia (2005), a expansão da assistência suplementar no Brasil ocorreu de forma articulada à própria formação do sistema previdenciário estatal, consolidando modalidades diferenciadas de acesso conforme vínculo ocupacional, renda e localização territorial. Nesse processo, redes públicas e privadas passaram a coexistir de maneira assimétrica e complementar, frequentemente compartilhando infraestrutura, profissionais e capacidade instalada.

Nas operadoras de autogestão, essa tensão assume configuração específica, pois, embora estruturadas sob lógica mutualista e não estritamente mercantil, permanecem dependentes da mesma distribuição desigual de recursos assistenciais que condiciona o SUS. Em regiões metropolitanas, observa-se padrão de sobreposição entre oferta pública e suplementar, ampliando a disponibilidade de reforçadores utilitários. Em municípios menores, entretanto, tanto o SUS quanto a saúde suplementar tendem a operar sob escassez estrutural, limitando simultaneamente o acesso público e privado e aprofundando o gradiente territorial de valor percebido.

Esses fatores ampliam a dependência das operadoras em relação às redes territoriais já existentes e intensificam as desigualdades regionais na oferta de reforçadores utilitários, especialmente nas modalidades de autogestão, cujo equilíbrio econômico depende da manutenção de vínculos prolongados e da racionalização dos custos assistenciais.

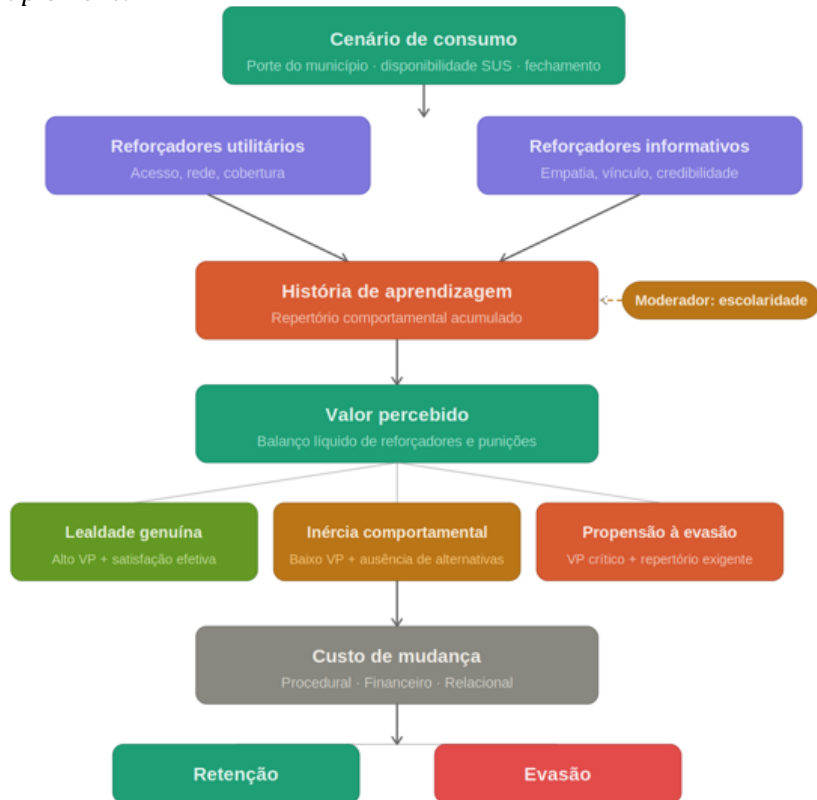
3. Modelo Conceitual e Proposições Teóricas

A partir da revisão dos quatro eixos teóricos apresentados, propõe-se um modelo conceitual integrador que articula o cenário de consumo, os reforçadores utilitários e informativos, a história de aprendizagem do beneficiário, o valor percebido e a dinâmica de

lealdade ou evasão em operadoras de autogestão. O modelo é apresentado na Figura 1 e desenvolvido a seguir em formato dissertativo.

Figura 1

Modelo Conceitual. Cenário de Consumo, Reforçadores e Dinâmica de Lealdade em Saúde Suplementar



Fonte: Elaborado pelos autores com base em Foxall (1990, 2005), Skinner (1953), Burnham et al. (2003) e Sirdeshmukh et al. (2002).

O ponto de partida do modelo é o cenário de consumo, compreendido, no referencial do BPM, como o conjunto de estímulos ambientais que sinalizam as consequências prováveis dos comportamentos de permanência ou migração em relação ao plano de saúde. No contexto das operadoras de autogestão, o cenário é definido por três dimensões estruturais, a saber, o porte do município de residência do beneficiário, que determina a densidade da rede credenciada disponível; a disponibilidade de serviços do SUS como alternativa ou complemento à assistência privada; e o grau de fechamento do cenário, que nas autogestões é elevado, uma vez que o beneficiário não pode contratar o mesmo produto no mercado aberto e a migração implica ruptura com a rede de prestadores conhecidos e perda do subsídio patronal.

O cenário determina a disponibilidade de reforçadores utilitários, como o acesso a especialistas, a resolutividade da rede e a cobertura de procedimentos, que variam diretamente com o porte do município, e de reforçadores informativos, como a empatia percebida, a credibilidade da operadora e o vínculo relacional com prestadores, que dependem mais da qualidade dos processos relacionais do que da densidade territorial. A evidência empírica de Pereira et al. (2025) indica que reforçadores informativos têm poder preditivo superior, pois o item EMP1, percepção de que o plano demonstra interesse em resolver os problemas do beneficiário, explica sozinho 92% da variância da satisfação geral no modelo de regressão stepwise, resultado consistente com a proposição do BPM de que reforçadores informativos são determinantes primários do valor percebido em serviços de natureza relacional.



Os reforçadores disponíveis no cenário não chegam ao beneficiário diretamente, mas são processados em função de sua história de aprendizagem, o conjunto de episódios anteriores com o plano e com o sistema de saúde. A história de aprendizagem estabelece o repertório comportamental do beneficiário, de modo que quanto mais rica e diversificada a experiência de consumo de serviços de saúde, mais refinada é a capacidade avaliativa e menor a tolerância com inconsistências na prestação. A escolaridade atua como moderador crítico desse processo, pois quanto maior o nível de instrução, mais sofisticado o repertório avaliativo e maior a exigência por reforçadores concretos para sustentar a permanência.

O resultado desse processamento é o valor percebido, que corresponde ao balanço líquido entre reforçadores utilitários e informativos e as punições utilitárias e informativas presentes no cenário. Conforme esse balanço, emergem três padrões de lealdade, a saber, lealdade genuína, quando o valor percebido é elevado e a história de aprendizagem é consistente com a experiência; inércia comportamental, quando o valor percebido é insuficiente, mas o cenário é estruturalmente fechado; e propensão à evasão, quando o valor percebido cai abaixo de um limiar crítico e o repertório comportamental enriquecido pela escolaridade torna mais visível a distância entre o que se paga e o que se recebe. O custo de mudança atua como moderador final, prolongando os períodos de inércia mesmo quando o valor percebido já caiu abaixo do patamar de satisfação.

Proposição 1 (P1), Inércia em cenários fechados. Em cenários de consumo estruturalmente fechados, como as operadoras de autogestão por recursos humanos, a lealdade comportamental é predominantemente produto de inércia, sustentada pelo custo de mudança elevado e pela ausência de alternativas, e não de satisfação genuína com os reforçadores disponíveis. Esse padrão é especialmente pronunciado em municípios de menor porte, onde a escassez de alternativas amplifica os custos percebidos da migração.

Proposição 2 (P2), Escolaridade como moderadora do valor percebido. A escolaridade amplia o repertório comportamental do beneficiário e aumenta a exigência avaliativa em relação aos reforçadores efetivamente disponíveis no cenário. Quanto maior o nível de instrução, mais crítica a avaliação dos reforçadores, menor o valor percebido em cenários assistencialmente empobrecidos e maior a propensão à migração, mesmo em cenários estruturalmente fechados e na presença de custos de mudança elevados.

Proposição 3 (P3), Primazia dos reforçadores informativos. Os reforçadores informativos, como a empatia percebida, o vínculo relacional e a percepção de equidade no tratamento, têm poder preditivo superior sobre a satisfação geral em comparação aos reforçadores utilitários, como acesso a especialistas e cobertura de procedimentos. Essa primazia implica que investimentos em processos relacionais têm retorno superior, em termos de retenção genuína, ao que se obtém com a simples ampliação de rede credenciada.

Proposição 4 (P4), Desigualdade territorial como problema de reforçadores. A desigualdade territorial na distribuição de reforçadores utilitários gera gradiente estrutural de valor percebido que não pode ser equalizado por intervenções organizacionais isoladas das operadoras. Esse gradiente configura problema de política pública que demanda resposta regulatória coordenada, com instrumentos de qualificação de operadoras que incluam métricas de equidade territorial no acesso e na qualidade dos serviços.

4. Evidência Empírica Ilustrativa

A plausibilidade do modelo pode ser avaliada à luz de evidências empíricas secundárias provenientes de Pereira et al. (2025), que investigaram a percepção de qualidade, o valor percebido e o custo de mudança em uma operadora de autogestão por recursos humanos vinculada a empresa pública do sistema financeiro nacional, com 288 mil beneficiários e cobertura nacional. O survey foi aplicado entre maio e junho de 2023 a uma amostra probabilística de 3.942 beneficiários titulares, estratificada por porte de município e categoria de vínculo funcional, com instrumento de 28 itens em escala Likert de 5 pontos cobrindo as cinco dimensões SERVQUAL, o valor percebido e o custo de mudança. As evidências a seguir ilustram a plausibilidade das quatro proposições e não constituem resultado original deste trabalho.

A Proposição 1, sobre inércia em cenários fechados, encontra suporte no padrão da dimensão Gestão da Mudança. Dos respondentes, 73,6% concordaram que, antes de trocar de



plano, avaliam o relacionamento e a importância que o plano tem em sua vida (MUD3), enquanto apenas 10,1% indicaram chance efetiva de migração (MUD5). A coexistência de alta valorização do vínculo com baixíssima propensão efetiva à troca é o padrão característico da inércia comportamental. A confirmação estatística de H7 (GES_M Sig = 0,000; f = 1,000) reforça esse achado, pois beneficiários de municípios maiores, paradoxalmente aqueles com maior qualidade percebida, apresentam menor tendência à migração, corroborando que a permanência nas autogestões opera por lógica distinta da satisfação.

A Proposição 2, sobre a escolaridade como moderadora do valor percebido, recebe suporte direto e robusto dos dados. O efeito moderador negativo da escolaridade é uniforme em todos os sete construtos avaliados ($p < 0,05$; poder observado = 1,000 em todos), com gradiente decrescente da percepção de qualidade, do valor percebido e da propensão à retenção à medida que a instrução aumenta. A diferença entre os grupos extremos de escolaridade chega a 0,46 ponto na dimensão confiabilidade, com média de 3,95 para o ensino fundamental e de 3,49 para a pós-graduação ($p < 0,001$). Como os dois grupos acessam os mesmos prestadores e a mesma rede credenciada, a diferença reflete o efeito moderador do repertório comportamental enriquecido pela escolaridade, que torna o beneficiário mais exigente em relação aos reforçadores efetivamente disponíveis.

A Proposição 3, sobre a primazia dos reforçadores informativos, encontra suporte direto no modelo de regressão stepwise. O item EMP1, que avalia se o plano demonstra interesse em resolver os problemas do beneficiário, emerge como primeiro preditor da satisfação geral e explica sozinho 92% da variância da variável dependente. O modelo final, com dez preditores, alcança R^2 ajustado de 0,945, com todos os preditores referentes a dimensões relacionais e de responsividade antecedendo os reforçadores utilitários.

A Proposição 4, sobre a desigualdade territorial como problema de reforçadores, encontra suporte direto no gradiente de valor percebido por porte de município, com $M = 3,27$ em capitais versus $M = 2,80$ no interior, diferença de 0,47 ponto ($p = 0,000$; f = 1,000). A magnitude dessa diferença, superior à diferença entre os grupos extremos de escolaridade, evidencia que o porte do município é o principal determinante estrutural do valor percebido, sobrepondo-se às diferenças individuais de perfil. A confirmação de H6 e H7 sustenta a proposição de que o gradiente territorial é estrutural e independe da gestão individual das operadoras.

5. Implicações para Gestão, Regulação e Política Pública

A distinção entre lealdade genuína e inércia comportamental proposta pelo modelo tem implicação gerencial imediata. Indicadores elevados de retenção podem mascarar insatisfação latente que se tornará evasão assim que o valor percebido cair abaixo do limiar de aceitabilidade, especialmente entre beneficiários mais escolarizados e residentes em municípios de menor porte. Gestores que tratam a baixa taxa de evasão como proxy de satisfação cometem erro sistemático, pois ignoram a inércia estrutural imposta pelo cenário fechado e pelo custo de mudança elevado.

A segmentação de beneficiários com base na combinação entre escolaridade e localização geográfica oferece perspectiva mais precisa do risco de evasão. Beneficiários com menor escolaridade e residentes no interior tendem a apresentar inércia mais intensa e são retidos com menor esforço, mas sua satisfação latente pode ser substancialmente mais baixa do que as métricas agregadas de retenção sugerem. Beneficiários mais escolarizados em capitais têm propensão à migração mais elevada, exigindo estratégias baseadas em reforçadores informativos concretos, como empatia, transparência e percepção de equidade. A primazia dos reforçadores informativos como preditores da satisfação (Pereira et al., 2025) indica que investimentos em humanização do atendimento têm retorno superior, em termos de retenção genuína, ao que se obtém com a simples expansão de rede credenciada.

O Programa de Qualificação das Operadoras (PQO), instituído pela Resolução Normativa ANS nº 505/2022, avalia operadoras predominantemente por indicadores técnico-assistenciais calculados no nível agregado da operadora, sem desagregação por porte de município. O modelo proposto aponta duas lacunas regulatórias estruturais. A primeira é a ausência de métricas de reforçadores informativos, como empatia, responsividade, transparência e percepção de equidade, que têm poder preditivo superior sobre satisfação e retenção em comparação aos



indicadores hoje mensurados. A segunda é a ausência de indicadores territorialmente desagregados, que impede a identificação do gradiente de valor percebido e sua atribuição à assimetria estrutural de reforçadores. A incorporação dessas métricas ao PQO criaria dois incentivos regulatórios hoje ausentes. O primeiro induziria operadoras a investir em processos relacionais mensuráveis, como responsividade, humanização e percepção de equidade, dimensões que os dados de Pereira et al. (2025) identificam como preditores dominantes da satisfação. O segundo induziria operadoras a reportar e justificar gradientes de qualidade percebida entre capitais e municípios do interior, tornando a assimetria territorial visível e auditável pelo regulador.

Essa tarefa regulatória tornou-se, na verdade, ainda mais urgente com a própria agenda recente de reforma da ANS para o segmento de autogestão. Por meio da Resolução Normativa nº 649/2025, que revisa a já defasada RN nº 137/2006 e entra em vigor em 1º de julho de 2026, a agência fortaleceu exigências de governança para operadoras de autogestão, incluindo órgãos administrativos, executivos e de fiscalização obrigatórios, e participação garantida dos beneficiários nas instâncias deliberativas (ANS, 2025). Essa atualização, centrada em governança, ainda que bem-vinda, não incorpora as métricas territoriais e relacionais que este artigo identifica como necessárias. Ela moderniza a estrutura da autogestão sem tratar da substância do que é medido como qualidade. O redesenho aqui proposto é, portanto, complementar à reforma de 2025, e não um substituto, representando um passo natural seguinte no mesmo ciclo regulatório.

O redesenho do PQO implicaria três ajustes instrumentais, a saber, desagregação geográfica dos indicadores de qualidade percebida por porte de município, permitindo identificar operadoras com gradiente territorial superior ao esperado dado o perfil de sua carteira; inclusão de itens que mensurem empatia, responsividade e percepção de equidade nos instrumentos de satisfação, dimensões que respondem por mais de 90% da variância da satisfação geral em operadoras de autogestão (Pereira et al., 2025); e criação de incentivos diferenciados para operadoras que demonstrem redução do gradiente territorial ao longo do tempo, premiando a equidade da distribuição da qualidade percebida no território.

É necessário reconhecer, contudo, que o redesenho do PQO enfrenta um limite estrutural. Os instrumentos regulatórios da ANS incidem sobre as operadoras, mas o gradiente territorial de reforçadores utilitários que determina o valor percebido é produto da distribuição histórica de recursos assistenciais no território, sobre a qual as operadoras têm capacidade de intervenção apenas marginal. Isso significa que mesmo uma operadora bem gerida, com processos relacionais de alta qualidade e responsividade elevada, não consegue equalizar o valor percebido entre beneficiários de capitais e do interior enquanto a densidade de especialistas, hospitais de referência e serviços de média e alta complexidade permanecer tão assimétrica. Nesse sentido, o BPM oferece um argumento que vai além da regulação setorial, pois a equidade de acesso à saúde suplementar é função da equidade na distribuição territorial de reforçadores. Isso coloca o problema no âmbito da coordenação entre a ANS, o Ministério da Saúde e os governos estaduais, e demanda instrumentos de planejamento regional que articulem a oferta pública e privada de serviços de saúde (Menicucci e Marques, 2016).

No plano da política pública mais ampla, Menicucci e Marques (2016) argumentam que a articulação entre o setor público e o privado na saúde brasileira demanda coordenação federativa que o arranjo institucional atual não provê, pois a ANS regula o setor suplementar, o Ministério da Saúde coordena o SUS e os governos estaduais e municipais implementam ambos, sem mecanismo eficaz de articulação que permita planejar territorialmente a distribuição de recursos de forma integrada. Essa ausência de coordenação não é exclusiva do Brasil. Evidências comparadas sobre arquiteturas fragmentadas de financiamento em saúde mostram que ganhos redistributivos obtidos durante períodos de reforma ativa tendem a se erodir assim que a atenção política se desloca para outra pauta, precisamente porque a equidade nunca foi ancorada em mecanismos institucionais vinculantes, e sim em esforço discricionário de política pública (Serván-Mori et al., 2026). Isso sugere que qualquer redesenho do PQO deveria ser acompanhado de mecanismos, como critérios de equidade juridicamente vinculantes ou metas plurianuais, capazes de sobreviver a mudanças na liderança regulatória.



A realização dessa coordenação se beneficiaria do envolvimento do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), os dois órgãos com mandato institucional para negociar arranjos de regionalização entre entes federativos. Um caminho regulatório concreto consiste em estender os instrumentos de regionalização já usados para organizar o SUS, como os planos regionais de saúde e as comissões intermunicipais, de modo a abranger o monitoramento conjunto da densidade assistencial disponível tanto para beneficiários do SUS quanto da saúde suplementar dentro da mesma região de saúde. Isso permitiria à ANS condicionar parte da pontuação regulatória de uma operadora à disponibilidade real de serviços especializados na região de saúde onde residem seus beneficiários, e não apenas à rede credenciada própria da operadora, deslocando a unidade de análise regulatória da operadora para o território. O conceito de cenário de consumo do BPM oferece linguagem analítica que articula as dimensões técnica e comportamental do acesso, contribuindo para um planejamento que considere não apenas a oferta de serviços, mas as condições sob as quais esses serviços são percebidos e valorados pelos diferentes perfis de usuários no território.

6. Considerações Finais

Este artigo propôs um modelo conceitual integrador que articula o cenário de consumo, os reforçadores utilitários e informativos do Behavioral Perspective Model, a história de aprendizagem moderada pela escolaridade e a desigualdade territorial para explicar a dinâmica de valor percebido e lealdade em operadoras de autogestão de saúde suplementar. Os resultados analíticos indicam que o cenário de consumo determina a disponibilidade diferenciada de reforçadores conforme o porte do município, gerando gradientes estruturais de valor percebido não equalizáveis por intervenções organizacionais isoladas, e que a escolaridade enriquece progressivamente o repertório avaliativo do beneficiário, tornando mais crítica sua percepção de valor e maior sua propensão à migração. Esse paradoxo, empiricamente documentado por Pereira et al. (2025), é explicado pelo modelo como dissolução da inércia comportamental pelo enriquecimento do repertório.

Quatro contribuições teóricas decorrem desse conjunto. Primeiro, uma equivalência funcional entre os reforçadores do BPM e as dimensões de valor percebido e custo de mudança da literatura de marketing de serviços. Segundo, a história de aprendizagem moderada pela escolaridade como mecanismo explicativo das diferenças individuais na percepção de valor diante do mesmo cenário. Terceiro, a distinção operacional entre lealdade genuína e inércia comportamental em cenários fechados, com implicações para a gestão da retenção. Quarto, e mais consequente para o campo da administração pública, o enquadramento da desigualdade territorial como problema de distribuição de reforçadores, o que reposiciona o debate sobre qualidade percebida em saúde suplementar de uma dimensão organizacional para uma dimensão de governança regulatória e política pública. Lida em conjunto com evidências internacionais convergentes sobre fragmentação de financiamento e iniquidade territorial (Jubany et al., 2025; Serván-Mori et al., 2026), esse reposicionamento sugere que o caso brasileiro não é uma falha regulatória isolada, mas uma instância de um desafio de governança mais amplo enfrentado por sistemas de saúde segmentados. Direitos formais uniformes não produzem, por si só, valor uniforme, e corrigir isso exige instrumentos que atuem sobre a arquitetura territorial da oferta, e não apenas sobre a conduta de prestadores ou operadoras individuais.

As limitações do artigo residem no uso de evidências empíricas secundárias, coletadas sem o propósito de testar as proposições formuladas, e na ausência de mensuração direta do repertório comportamental dos beneficiários, o que impede a verificação direta dos mecanismos mediadores propostos. A agenda de pesquisa prioritária inclui o desenvolvimento de instrumento de mensuração do repertório comportamental em saúde suplementar, com pesquisa qualitativa exploratória seguida de validação quantitativa. Estudos comparativos entre operadoras de autogestão e operadoras do mercado aberto permitiriam verificar se o padrão de inércia é de fato mais pronunciado em cenários fechados, conforme previsto por P1. Estudos longitudinais mapeariam a evolução do valor percebido ao longo da trajetória de utilização do plano, verificando se o enriquecimento progressivo do repertório comportamental pela escolaridade efetivamente



transforma inércia em evasão, conforme previsto por P2. Pesquisas futuras deveriam também examinar, empiricamente, se as reformas de governança introduzidas pela RN nº 649/2025 alteram os gradientes territoriais e relacionais aqui identificados, uma vez que as novas regras entrem em vigor em julho de 2026.

Em síntese, o artigo contribui para posicionar o Behavioral Perspective Model como referencial analítico capaz de integrar dimensões comportamentais, territoriais e regulatórias que os modelos dominantes de qualidade e lealdade em serviços de saúde têm tratado de forma fragmentada. A superação dessa fragmentação, pela incorporação de métricas territorializadas de acesso, responsividade e valor percebido aos instrumentos regulatórios da ANS, constitui condição necessária para que a avaliação das operadoras reflita não apenas o que é tecnicamente entregue, mas o que é efetivamente percebido e valorado pelos beneficiários em cada contexto territorial do país.

Referências

- Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Mapa Assistencial da Saúde Suplementar**, ANS, Rio de Janeiro, 2022.
- Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Resolução Normativa n. 505, de 22 de setembro de 2022**. Diário Oficial da União, Brasília, 2022. Disponível em <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/informacoes-e-avaliacoes-de-operadoras/qualificacao-ans>
- Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). **Resolução Normativa n. 649, de 31 de outubro de 2025**. Diário Oficial da União, Brasília, 2025.
- Avelar, F.S., Silva, M.A., Fouto, N.M.M.D. O modelo de remuneração definindo a forma de cuidar. **Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, v. 10, n. 2, p. 114-121, 2018.
- Bahia, L. O SUS e os desafios da universalização do direito à saúde in Lima, N.T., Gerschman, S., Edler, F.C., Suárez, J.M. (Orgs.), **Saúde e Democracia. História e Perspectivas do SUS**, Fiocruz, Rio de Janeiro, p. 407-450, 2005.
- Blackwell, R.D., Miniard, P.W., Engel, J.F. **Comportamento do Consumidor**, 9. ed., Cengage Learning, São Paulo, 2008.
- Burnham, T.A., Frels, J.K., Mahajan, V. Consumer switching costs. A typology, antecedents, and consequences. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v. 31, n. 2, p. 109-126, 2003.
- Cronin, J.J., Brady, M.K. e Hult, G.T.M. Assessing the effects of quality, value, and customer satisfaction on consumer behavioral intentions in service environments, **Journal of Retailing**, v. 76, n. 2, p. 193-218, 2000.
- Festinger, L., **A Theory of Cognitive Dissonance**, Stanford University Press, Stanford, CA, 1957.
- Foxall, G.R. **Consumer Psychology in Behavioural Perspective**, Routledge, London, 1990.
- Foxall, G.R. The Behavioral Perspective Model. Consensibility and consensuality, **European Journal of Marketing**, v. 27, n. 8, p. 7-29, 1993.
- Foxall, G.R. **Understanding Consumer Choice**. Palgrave Macmillan, Basingstoke, 2005.
- Fracasso, L.M., Nishijima, M., Sato, M.O., Trad, S. Qualidade percebida em serviços de saúde suplementar. Uma revisão sistemática, **Revista de Administração em Saúde**, v. 20, n. 78, 2020.
- Gatome-Munyua, A., Sparkes, S., Mtei, G., Sabignoso, M., Soewondo, P., Yameogo, P., Hanson, K., Cashin, C. Reducing fragmentation of primary healthcare financing for more equitable, people-centred primary healthcare. **BMJ Global Health**, v. 10, p. 1-12, 2025.
- Grewal, D. e Parasuraman, A. The impact of technology on the quality-value-loyalty chain. A research agenda. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v. 28, n. 1, p. 168-174, 2000.
- Holbrook, M.B. The nature of customer value. An axiology of services in the consumption experience, in Rust, R.T. e Oliver, R.L. (Eds.), **Service Quality. New Directions in Theory and Practice**, Sage, Thousand Oaks, CA, p. 21-71, 1994.
- Jubany, O., Sunderic, Z., Matkovic, G., Roiha, M., Hudson, R., Di Virgilio, M.M. e Chamusca, P. Between policy and perception. Stakeholder views on addressing territorial inequality in Europe. **Open Research Europe**, v. 5, art. 19221, 2025.



- Lima, L.D., Queiroz, L.F.N., Machado, C.V., Viana, A.L.D. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros. Condicionantes históricos e político-institucionais, **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2881-2892, 2015.
- Machado, C.V., Lima, L.D. e Baptista, T.W.F. Princípios organizativos e instâncias de gestão do SUS in Giovanella, L., Escorel, S., Lobato, L.V.C., Noronha, J.C. e Carvalho, A.I. (Orgs.), **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**, 3. ed., Fiocruz, Rio de Janeiro, p. 441-480, 2017.
- Menicucci, T.M.G., Marques, A.M.F. Cooperação e coordenação na implementação de políticas públicas. A regulação da saúde suplementar. **Dados**, v. 59, n. 3, p. 823-865, 2016.
- Oliveira-Castro, J.M., Foxall, G.R. Análise do comportamento do consumidor in Abreu-Rodrigues, J. e Ribeiro, M.R. (Orgs.). **Análise do Comportamento. Pesquisa, Teoria e Aplicação**, Artmed, Porto Alegre, p. 283-304, 2005.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., Berry, L.L. A conceptual model of service quality and its implications for future Research. **Journal of Marketing**, v. 49, n. 4, p. 41-50, 1985.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., Berry, L.L. SERVQUAL. A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. **Journal of Retailing**, v. 64, n. 1, p. 12-40, 1988.
- Pereira, R.S., Hedler, H.C., Assis, S.A.G., Coelho Júnior, F.A., Cortês, S.C., Souza, E.C.L. Qualidade em saúde suplementar. A visão dos usuários em uma operadora de autogestão. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, v. 18, n. 10, p. 1-26, 2025.
- Prahalad, C.K., Ramaswamy, V. **O Futuro da Competição**. Como Desenvolver Diferenciais Inovadores em Parceria com os Clientes, Elsevier, Rio de Janeiro, 2004.
- Rosa, I.M.V., Scholten, M., Carrilho, R. Dissonância cognitiva pós-decisão. Do modelo ao contexto de serviços. **Comportamento Organizacional e Gestão**, v. 12, n. 1, p. 5-26, 2006.
- Sahoo, D., Ghosh, T. Healthscape's role towards customer satisfaction in private healthcare. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 29, n. 6, p. 600-613, 2016.
- Scheffer, M., Cassenote, A., Guilloux, A.G.A., Biancarelli, A., Miotto, B.A., Mainardi, G.M. **Demografia Médica no Brasil**, FMUSP/CFM, São Paulo, 2020.
- Serván-Mori, E., Cerecero-García, D., Pineda-Antúnez, C., Jan, S., Hone, T., Flamand, L., Mohar-Betancourt, A., Mendoza, M.Á., Méndez, J., Garcia-Diaz, R., Gómez-Dantés, O. Health financing inequality in fragmented health systems. Evidence from Mexico, 2000-2023, **International Journal for Equity in Health**, v. 25, n. 1, art. 36, 2026.
- Silva, R., Bahia, L., Scheffer, M., Santos, I.S. Impactos da COVID-19 sobre o sistema de saúde suplementar brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. Supl. 1, p. 2484-2495, 2020.
- Sirdeshmukh, D., Singh, J., Sabol, B. Consumer trust, value and loyalty in relational exchanges, **Journal of Marketing**, v. 66, n. 1, p. 15-37, 2002.
- Skinner, B.F. **Science and Human Behavior**, Macmillan, New York, NY, 1953.
- Skinner, B.F. **Verbal Behavior**, Appleton-Century-Crofts, New York, NY, 1957.
- Solomon, M.R. **O Comportamento do Consumidor**. Comprando, Possuindo e Sendo, 7. ed., Bookman, Porto Alegre, 2008.
- Terres, M.S.; Basso, K. Qualidade percebida e satisfação em serviços de saúde. O papel das emoções e das relações. **Revista de Administração**. v. 53, n. 3, p. 295-306, 2018.
- Travassos, C.; Martins, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. Supl. 2, p. S190-S198, 2004.
- TVERSKY, A., SIMONSON, I. Context-dependent preferences. **Management Science**, v. 39, n. 10, p. 1179-1189, 1993.
- UGÁ, M.A.D., SANTOS, I.S. Uma análise da progressividade do financiamento do sistema de saúde brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1597-1609, 2006.
- VERHOEF, P.C. Understanding the effect of customer relationship management efforts on customer retention and customer share development. **Journal of Marketing**, v. 67, n. 4, p. 30-45, 2003.
- VIACAVA, F., OLIVEIRA, R.A.D., CARVALHO, C.C., LAGUARDIA, J., BELLIDO, J.G. SUS. Oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1751-1762, 2018.
- 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, p. 2-22, 1988.