



**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - UNIFOR**

FABIANA NOGUEIRA HOLANDA FERREIRA LEITE

**IMPACTO DAS EXPERIÊNCIAS EMOCIONAIS NA
SATISFAÇÃO DOS CLIENTES: UM ESTUDO EM
CONSULTÓRIOS MÉDICOS**

**Fortaleza-CE
2006**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.



**FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - UNIFOR**

Fabiana Nogueira Holanda Ferreira Leite

**IMPACTO DAS EXPERIÊNCIAS EMOCIONAIS NA
SATISFAÇÃO DOS CLIENTES: UM ESTUDO EM
CONSULTÓRIOS MÉDICOS**

**Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado em Administração de
Empresas da Universidade de
Fortaleza como requisito parcial para
obtenção do Título de Mestre em
Administração.**

**Professora Orientadora: Dra. Danielle M. de Oliveira Arruda
Gomes**

**Fortaleza-CE
2006**

Fabiana Nogueira Holanda Ferreira Leite

**IMPACTO DAS EXPERIÊNCIAS EMOCIONAIS NA
SATISFAÇÃO DOS CLIENTES: UM ESTUDO EM
CONSULTÓRIOS MÉDICOS**

Área de Concentração: Estratégia e Gestão Organizacional

Linha de Pesquisa: Estratégia Empresarial

Data de Aprovação: 03 de julho de 2006

BANCA EXAMINADORA

Professora Dra. Danielle Miranda de Oliveira Arruda Gomes
Orientadora e Presidente da Banca

Professor Dr. Heber José de Moura
Membro da Universidade de Fortaleza

Professor Dr. Salomão Alencar de Farias
Membro da Universidade Federal de Pernambuco

LEITE, Fabiana Nogueira Holanda Ferreira. **Impacto das experiências emocionais na satisfação dos clientes: um estudo em consultórios médicos**, 2006, 104 páginas. Dissertação (Mestrado em Administração). Universidade de Fortaleza – UNIFOR, CMA, Fortaleza, 2006.

Perfil da Autora: Bacharel em Comunicação Social pela Universidade Federal do Ceará; Especialista em Marketing pelo Instituto de Pós Graduação IPG, em associação com a Universidade do Tennessee (UTM) e professora da Faculdade Católica Rainha do Sertão – FCRS.

RESUMO

A concorrência no setor privado de saúde tem ressaltado a necessidade de se conhecer as dimensões de impacto sobre a satisfação dos pacientes. O objetivo desse trabalho foi verificar qual relação existe entre as experiências emocionais ativadas em consultórios médicos do setor privado de saúde e a satisfação do paciente com o serviço. Para tanto, buscou-se identificar e mensurar emoções ativadas em consultórios médicos, além da satisfação dos clientes com este tipo de serviço. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, de natureza qualitativa e quantitativa, desenvolvido por meio de pesquisa do tipo *survey*, com a realização de entrevistas e a aplicação de questionário a uma amostra de 375 clientes de consultórios da especialidade de ginecologia. Os resultados demonstraram altos índices de satisfação dos pacientes com o serviço e que há a ativação de estados emocionais na especialidade em estudo. Além disto, foi observado que 10% da variação da satisfação é explicada pelas emoções, verificando-se que há uma relação fraca, mas direta entre satisfação e emoções de alto astral e, também fraca, mas inversa, entre satisfação e emoções de baixo astral.

PALAVRAS-CHAVE: Satisfação do consumidor. Experiências Emocionais. Serviços de Saúde. Consultórios Ginecológicos.

*Ao meus pais, Valdeci e Selma,
e ao meu esposo, Cleison.*

*A verdadeira viagem não consiste em sair à procura
de novas paisagens, mas em possuir novos olhos.*

Marcel Proust

AGRADECIMENTOS

A Deus, princípio e fim.

À professora Dr^a. Danielle Miranda de Oliveira Arruda Gomes, por sua disponibilidade infinita e pela orientação competente e exemplar, fundamental para o êxito deste trabalho.

Ao professor Dr. Heber José de Moura, pelo exemplo enquanto professor e pelo ensino dos métodos quantitativos.

Ao professor Dr. Salomão Alencar de Farias, pelas valiosas contribuições no exame de qualificação deste trabalho e por ser referência como professor e pesquisador na área de marketing.

Ao professor Dr. Sérgio Forte, Coordenador do Mestrado, pelos ensinamentos nesta caminhada.

Ao professor Dr. Manoel Messias de Sousa, meu amigo e professor eterno, pois com sua força me incentivou desde o processo seletivo.

À Faculdade Católica Rainha do Sertão pela confiança depositada nesta titulação.

Aos funcionários do Mestrado em Administração da UNIFOR, Adriana, Socorro e Narciso, pelo apoio amigo e pela qualidade dos serviços prestados.

Aos meus pais, Valdeci e Selma, que nunca pouparam esforços e incentivos durante toda a minha vida, fazendo-me conquistar sonhos antes impossíveis.

Ao meu esposo, Cleison, co-responsável por esta conquista, em muito viabilizada por sua paciência infinita, pelo seu apoio incondicional e por sua confiança, justo por acreditar no caminho que propus trilhar.

Às minhas irmãs, Fernanda e Fabíola, e aos meus cunhados, Márcio e Daniel, bem assim à minha tia, Francina, pelo apoio, ajuda e incentivo, desde o início da caminhada.

À minha sogra, Cleides, e aos meus cunhados e concunhados, Udilson, Regene, Luciana, Paulo André, Udileide e Aglasiana, por todo apoio e compreensão.

Aos meus sobrinhos, Lucas, João Pedro e João Gabriel, que com suas infâncias puderam me alegrar em momentos de estresse.

À Simone e a todos os meus amigos da Turma X, com os quais suei e sofri, mas também com os quais compartilhei a alegria dos resultados provenientes da aprendizagem.

Aos meus queridos parentes e amigos, cuja existência, presença e alegria muito contribuíram para amenizar os momentos difíceis e estressantes desta jornada.

ABSTRACT

The competitive environment of the health sector has led to increased interest in the factors involved in patient satisfaction. The objective of the present study was to measure patient satisfaction and to identify emotions evoked during private medical consultations in order to verify the existence of a relation between the two variables. The investigation was exploratory-descriptive, qualitative and quantitative, and involved a survey with interviews and the application of questionnaires to a sample of 375 gynecological patients. The study found that there is a high level of satisfaction among the study subjects and that emotions are indeed evoked. Furthermore, it was observed that 10% of the variation in satisfaction could be attributed to emotions. A weak but direct association was observed between satisfaction and cheerful emotions, while a weak inverse association was observed between satisfaction and unhappy emotions.

KEY WORDS: Consumer satisfaction. Emotions. Health care. Gynecology.

SUMÁRIO

Introdução	14
-------------------------	----

Capítulo 1 - Satisfação do Cliente com Serviços de Saúde

1.1 Satisfação do consumidor: conceitos e evolução	20
1.2 Satisfação de pacientes.....	25

Capítulo 2 - Emoções em Ambientes de Serviço

2.1 A influência das emoções na satisfação	33
2.2 Identificando emoções: conceitos e diferenças	35
2.3 A perspectiva da Teoria Cognitiva das Emoções	36
2.4 Mensuração das emoções.....	37
2.4.1 Os modelos <i>DES (Diferencial Emotions Scale) e Emotion Profile Index</i>	38
2.4.2 O modelo <i>PAD (Pleasure-Arousal-Dominance)</i>	39
2.4.3 O modelo <i>CES (Consumption Emotion Descriptors)</i>	41

Capítulo 3 - Procedimentos Metodológicos

3.1 Natureza e tipo de pesquisa	46
3.2 Métodos, instrumentos e técnicas de coleta de dados	46
3.3 Variáveis do estudo	49
3.4 Processo de amostragem	51
3.5 Fontes de Informação	52
3.6 Localização e período da pesquisa.....	52
3.7 Técnicas de análise de dados	52

3.8 Pré - teste	53
3.8.1 Perfil das respondentes.....	54
3.8.2 Análise descritiva das escalas de emoções e satisfação	54
3.8.3 Análises fatoriais	55
3.8.4 Análise de regressão e variância	58

Capítulo 4 - Resultados

4.1 Fase exploratória- entrevistas em profundidade.....	62
4.1.1 Perfil das entrevistadas	62
4.1.2 Análise de conteúdo das entrevistas.....	64
4.2 Fase descritiva	67
4.2.1 Perfil das respondentes do questionário	67
4.2.2 Análise descritiva das escalas de emoções e satisfação.....	69
4.2.2.1 Análise descritiva da escala de emoções.....	69
4.2.2.2 Análise descritiva da escala de satisfação	70
4.2.3 Análises fatoriais..	71
4.2.3.1 Análise fatorial da escala de emoções	71
4.2.3.2 Análise fatorial da escala de satisfação	72
4.2.4 Análise de regressão e variância	73
4.2.5 Considerações sobre variáveis de influência	75

Conclusão	80
------------------------	-----------

Referências.....	85
-------------------------	-----------

Apêndices

Apêndice I - Roteiro de entrevista.....	100
Apêndice II - Questionário pré-teste	102
Apêndice III - Questionário final	104

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

QUADROS

1 - Classificação dos estabelecimentos de saúde no Brasil	27
2 - <i>Differential Emotion Scale</i> (DES II)	38
3 - Lista de emoções do modelo CES	42
4 - Desenho metodológico da pesquisa	47
5 - Distribuição das faixas etárias de clientes.....	50
6 - Variáveis da análise de regressão do pré-teste	58
7- Variáveis da análise de regressão do pré-teste	73
8- Recodificação das variáveis do perfil	76

FIGURAS

1 - Paradigma da Desconfirmação	24
2 - Modelo Geral do Processo de Consumo	34
3 - O modelo de Mehrabian-Russell.....	40
4 - Construtos investigados na pesquisa.....	43

TABELAS

1 - Estatística descritiva das emoções no pré-teste	55
2 - Estatística descritiva da satisfação no pré-teste	55
3 - Matriz de componentes da análise fatorial das emoções no pré-teste	56
4 - Matriz de componentes da análise fatorial da satisfação no pré-teste	58
5 - Estatísticas da análise de regressão no pré-teste.....	58
6 - Coeficientes de regressão no pré-teste	59
7- Média das emoções principais e dos respectivos descritores	70
8- Média das variáveis referentes à satisfação	71
9- Matriz dos componentes da análise fatorial das emoções.....	71

10- Matriz dos componentes da análise fatorial da satisfação	73
11- Estatísticas da análise de regressão.....	73
12- Análise de variância	74
13- Coeficientes de regressão.....	74
14- Equação da regressão estimada.....	75
15- Médias da satisfação por item recodificado	76
16- Componentes da análise fatorial das emoções quanto à faixa etária	77
17- Componentes da análise fatorial da satisfação quanto à faixa etária	78
18- Estatísticas de regressão quanto às categorias de faixa etária	78
19- Coeficientes de regressão por faixa etária.....	79

Introdução

No início do século XX, predominavam no Brasil os chamados médicos de família, que eram, em sua maioria, generalistas, e atendiam aos seus pacientes em consultórios ou em suas residências. Eram profissionais com tradicional envolvimento junto às famílias e, via de regra, recebiam, por consulta, um valor pago diretamente pelo cliente ou por seus responsáveis. Era comum o acompanhamento a vários membros de uma mesma família, por anos, sendo-lhes confiada, praticamente, a saúde de todos os seus entes.

Nos anos 60, com o surgimento das primeiras iniciativas de medicina de grupo, no caso, os convênios ou planos de saúde, vieram à tona novas formas de prestação de serviços. Entre o médico e o paciente passou a existir um intermediário, que permitia uma relação financeira diferenciada. Os pacientes podiam ter um atendimento, em saúde, pagando ao convênio valores relativamente inferiores aos da consulta particular, enquanto os médicos passavam a dispor de um maior número de clientes, estando vinculados à rede de usuários dos convênios. Como conseqüência, pessoas que antes não dispunham de recursos financeiros para atendimento na rede privada de saúde, passaram a ter opções, ampliando a demanda.

Simultaneamente à proliferação dos convênios, a partir da metade do século XX ocorreu no Brasil um incremento das escolas de medicina e, conseqüentemente, do número de profissionais da área. Segundo o Conselho Federal de Medicina (2006), entre 1955 e 1990 graduaram-se 156.212 médicos, o que equivale a mais de um terço do número de profissionais já inscritos no país, que é de 451.836 médicos. Além disso, nos anos de 2000 a 2004 foram registrados 44 novos cursos de medicina, o equivalente a 30% do total existente, representando o maior número de cursos desta área criados, por período, no Brasil.

Essa expansão, segundo a Associação Médica Brasileira (2005), é resultado do crescimento de instituições privadas e do desenvolvimento da prática médica no país. Nesse contexto, o gerenciamento da carteira de clientes, com a oferta de produtos e serviços direcionados à satisfação de necessidade de cuidados com a saúde, mostra-se como o caminho mais viável para o alcance dos objetivos de

organizações da rede privada, como hospitais, ambulatórios ou consultórios médicos. À luz das teorias da administração mercadológica, esses estabelecimentos realizam ações direcionadas ao público com o qual pretendem trabalhar, sendo necessário conhecer, *a priori*, o que constitui a sua satisfação.

O estudo da satisfação de consumidores é um tema que vem se desenvolvendo sob a influência de áreas diversas, como a economia e a psicologia. Ao longo dos últimos 40 anos, reconheceu-se que a satisfação decorre de processos avaliativos entre as expectativas do consumidor e a performance percebida. Nesse sentido, diversos estudos foram realizados para promover uma compreensão sobre os fatores de influência nas expectativas dos consumidores e na performance de produtos e serviços, em busca de proporcionar acréscimos nos índices de satisfação (OLIVER, 1980; OLIVER e De SARBO, 1988; OLIVER, 1997).

Outros enfoques de pesquisa têm buscado compreender os antecedentes e as consequências da satisfação, a partir da influência de variáveis diversas. Percebeu-se que, nas experiências de consumo, são ativados estados emocionais capazes de intervir na satisfação dos indivíduos. Tem-se que a satisfação é resultante não apenas de avaliações racionais, mas de processos afetivos decorrentes do consumo (OLIVER, 1997).

Nesse sentido, sendo a área da saúde um campo rico de atuação das ciências sociais aplicadas, e observando-se a ativação de estados emocionais nas experiências em serviços de saúde, pergunta-se **qual o impacto das experiências emocionais ativadas em consultórios médicos do setor privado de saúde na satisfação do paciente com o serviço?**

Este trabalho teve por **objetivo geral** verificar qual relação existe entre as experiências emocionais ativadas em consultórios médicos do setor privado de saúde e a satisfação do paciente com o serviço. Por consequência, para o desenvolvimento da pesquisa, foram fixados os seguintes **objetivos específicos**:

- Identificar e mensurar emoções ativadas em consultórios médicos do setor privado de saúde;
- Mensurar a satisfação dos pacientes em consultórios médicos do setor privado de saúde;
- Identificar quais emoções ativadas em consultórios médicos do setor privado de saúde oferecem maior impacto na satisfação.
- Verificar a influência das variáveis faixa etária, grau de instrução, utilização e estado de saúde (BRANSBURGER e GATES, 2002) na relação entre satisfação e estados emocionais, em consultórios médicos do setor privado de saúde.

Considerando-se que no Brasil existem 53 especialidades médicas reconhecidas (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2006), e pressupondo-se que os estados emocionais ativados em consultórios médicos podem variar de acordo com a especialidade profissional, selecionou-se, para o alcance dos objetivos desta pesquisa, a área de ginecologia. Tal escolha tem justificativa no fato de se considerar que, no atendimento ginecológico, questões relativas à intimidade da mulher são abordadas, fazendo aflorar emoções que podem surgir, de forma intensa, em cada momento, com possibilidades de influenciar a satisfação.

Trata-se, pois, o estudo, de uma pesquisa exploratório-descritiva, de natureza qualitativa e quantitativa, com abordagem do tipo *survey*, realizada por meio de entrevistas em profundidade e da aplicação de questionário estruturado a uma amostra de 375 clientes de consultórios médicos da especialidade de ginecologia, do setor privado de saúde. O questionário contém perguntas para identificação do perfil das respondentes e duas questões para aplicação de análise fatorial e regressão múltipla, envolvendo modelos teóricos que contemplam a mensuração de emoções e satisfação, a fim de proporcionar o alcance dos objetivos da pesquisa.

O estudo, em referência, contempla quatro capítulos. No Capítulo 1, faz-se uma explanação sobre o construto satisfação do consumidor, a partir da influência das teorias Econômica, Behaviorista e Cognitiva. Nele, são expostas definições conceituais sobre a satisfação de consumidores e as teorias desenvolvidas para

compreensão de seus antecedentes. Em seguida, são apresentadas as contribuições de autores que desenvolveram pesquisas no setor de saúde, analisando o construto satisfação aplicado a clientes de serviços de saúde, isto é, a satisfação de pacientes.

O Capítulo 2 apresenta os principais conceitos sobre emoções ativadas nas experiências de consumo, com os modelos propostos para mensuração. O Capítulo 3 refere-se à metodologia, com descrição do caminho metodológico desenvolvido para se chegar aos objetivos da pesquisa. No Capítulo 4 estão explicitados os resultados, seguidos das considerações finais.

Capítulo 1

Satisfação do Cliente com Serviços de Saúde

Pesquisas aplicadas junto às organizações do setor de saúde, como hospitais e clínicas, têm sido desenvolvidas para adequar os conceitos oriundos da teoria mercadológica ao ambiente de serviços de saúde. Este capítulo apresenta as principais contribuições teóricas pesquisadas sobre a satisfação do consumidor e descreve a aplicação deste conceito no setor em estudo.

1.1 Satisfação do consumidor: conceitos e evolução

O tema satisfação vem sendo pesquisado, desde meados do século XX, por profissionais de diversas áreas, tendo recebido influências das Teorias Econômica, Behaviorista e Cognitiva. Chauvel (1999) traçou um panorama das abordagens que foram sucessivamente utilizadas por essas teorias, apresentando seus conceitos e críticas. Assim, tem-se que os pioneiros na investigação sobre o tema foram os economistas, com o pressuposto de que toda compra envolve uma escolha, efetuada em função da busca de maximização de sua utilidade, com a distribuição mais adequada dos recursos disponíveis. O que se retira da compra não equivale ao valor do objeto e, sim, à sua utilidade para o comprador. Nesse sentido, utilidade é sinônimo de satisfação, sendo esta compreendida como resultante de um processo essencialmente racional (GREEN, 1971).

Essa visão foi, entretanto, contestada por Bennett e Kassarian (1975). Para os autores, ao fazer uma associação direta entre satisfação e utilidade, a teoria econômica do processo de consumo limita a compreensão do comportamento do consumidor. A ênfase dada à racionalização, pondo em destaque fatores como preço e renda, não condiz com a prática, ao menos que os consumidores agissem seguindo, exclusivamente, critérios econômicos. A visão dos economistas, portanto, não permite, de fato, que se entenda como os consumidores se comportam.

A partir da década de 50, teóricos da psicologia buscaram compreender a satisfação por meio do estudo do comportamento do consumidor, seguindo as perspectivas da Teoria Behaviorista (SKINNER, 2003). Dentro desse enfoque, o homem deixa de ser visto como um ser racional e passa a ser moldado pelo

ambiente. Os estímulos, recompensas e punições propiciados pelo meio constroem a organização de seu comportamento, independentemente de qualquer processo interno, racional ou não (NICOSIA, 1970). Essa abordagem resulta numa concepção de satisfação restrita ao reforço, isto é, à recompensa obtida em decorrência de determinada transação. A obtenção do reforço levará à repetição do comportamento, em busca de nova recompensa, e, portanto, à lealdade do consumidor (ZÜLZKE, 1997).

Em contrapartida à visão behaviorista, os psicólogos que compunham a Teoria Cognitivista propuseram um outro modo de compreender a satisfação. Para eles, o homem, ao longo de sua existência, constrói aprendizados e atitudes, que orientam suas respostas a determinados estímulos. Os estímulos, por si sós, não explicam a ocorrência de determinado comportamento, isto é, a reação não é simplesmente mecânica. Portanto, a satisfação não se reduz à obtenção do reforço, devendo ser vista como o resultado da comparação entre aspectos internos e pré-existentes, com os elementos resultantes da transação (PETER E OLSON, 1994; GARBARINO e EDELL, 1997).

Mesmo sendo discutido no contexto destas teorias e no trabalho de Cardozo (1965), o tema satisfação só foi legitimamente reconhecido como campo de pesquisa no ano de 1972 (CZEPIEL et al,1980). Desde então, várias têm sido as definições propostas por diversos pesquisadores para chegar ao conceito do que representa a satisfação do consumidor. Segundo Oliver (1980), satisfação pode ser entendida como a reação do consumidor à sua realização, no sentido de avaliar se as características do bem ou serviço atendem às suas necessidades. Ocorre que o consumidor, em sua experiência de consumo, estabelece uma comparação dos benefícios recebidos através do bem ou serviço, com as suas expectativas.

Tse e Wilton (1988) conceituam satisfação como a resposta do consumidor à avaliação de discrepância percebida entre expectativas anteriores e o desempenho do produto após consumo. Möwen (1995) define a satisfação como a atitude geral sobre um produto ou serviço, após a sua aquisição; Johnson (1995) considera, por sua vez, a satisfação como um construto abstrato que descreve as experiências

acumuladas de consumo com um produto ou serviço, ao longo do tempo. Para este autor, a satisfação é uma avaliação global do consumidor, em relação às suas experiências de consumo.

A evolução dessas pesquisas conceituais, acerca do construto satisfação do consumidor, fez ressaltar a necessidade de se compreender seus aspectos de influência. Nessa perspectiva, seis principais teorias foram propostas: a Teoria da Atribuição, a Teoria da Assimilação, a Teoria do Contraste, a Teoria da Equidade, a Teoria do Desempenho e a Teoria da Desconfirmação de Expectativas. Apresenta-se, brevemente, as principais idéias de cada uma dessas teorias, por constituírem a base conceitual sobre os antecedentes da satisfação. Ressalta-se, entretanto, a Teoria da Desconfirmação das Expectativas (Oliver,1980;1981), por ser anterior ao Modelo Geral do Processo de Consumo, proposto por Oliver (1997) e utilizado, neste estudo, como referência teórica para a relação entre emoções e satisfação, de acordo com os objetivos delineados.

Segundo a Teoria da Atribuição, quando os consumidores percebem problemas em seus processos de consumo, buscam atribuir causas para as falhas percebidas. A insatisfação ocorre quando a falha é atribuída ao produto, principalmente quando o grau de envolvimento com este é alto. Porém, de um modo geral, diante de uma experiência negativa, o consumidor tende a culpar uma fonte externa, como amigos influenciadores na decisão, propagandas ou vendedores, o que não ocorre quando a avaliação é positiva, situação em que se verifica uma auto-recompensa (OLIVER e DeSARBO, 1988).

Por outro lado, de acordo com a Teoria da Assimilação, percebendo discrepâncias na experiência de consumo e no pós-compra, os indivíduos dispõem esforços para diminuir a dissonância cognitiva, via justificação ou racionalização de suas decisões. Dessa forma, ocorrendo conflitos entre expectativa e performance, o indivíduo tende a minimizar as discrepâncias percebidas, ajustando suas percepções e reduzindo a dúvida (OLIVER e De SARBO, 1988; OLIVER, 1997). As críticas feitas a essa teoria baseiam-se na verificação de que os indivíduos

repetirão, continuamente, os seus erros, justificando-se a cada processo de compra equivocado, em busca de reduzir a dissonância pós-compra.

Apresentando-se oposta à Teoria da Assimilação, a Teoria do Contraste afirma que havendo uma excessiva disparidade entre expectativa e desempenho, o consumidor perceberá esse contraste e fará uma superestimação das diferenças entre o que foi recebido e o que era esperado. Como consequência, o consumidor tende a sentir insatisfação e a ter atitudes negativas quanto ao produto e à marca (OLIVER e DeSARBO, 1988).

De acordo com a Teoria da Equidade, o consumidor torna-se satisfeito quando percebe que, em uma transação, existe uma proporcionalidade entre o valor recebido para si e para a outra parte envolvida. Dessa forma, o consumidor compara o valor resultante, para si, da relação entre custos e benefícios oriundos da transação, com os dos resultados desta, para a outra parte, verificando se há justiça e/ou equidade entre as partes. Nesse sentido, o consumidor sente-se insatisfeito quando percebe que normas sociais foram violadas (EVRARD, 1995).

Para a Teoria do Desempenho, a satisfação do consumidor é influenciada pelo desempenho do produto ou serviço. Dessa forma, o desempenho é visto como um antecedente da satisfação, capaz de influenciá-la. Não obstante, existem, para alguns autores, diferenças na influência do desempenho, quando este diz respeito a um produto, com características tangíveis, ou a um serviço, predominantemente, intangível (OLIVER e DeSARBO, 1988).

Considerando que a satisfação é resultante de um processo comparativo e que as expectativas equivalem ao que o consumidor espera do produto ou serviço, a Teoria da Desconfirmação das Expectativas indica que o consumidor, por meio de expectativas prévias ao consumo, cria premissas com as quais fará a avaliação do produto ou serviço. É por meio da confirmação ou desconfirmação dessas expectativas que se estabelece, ou não, a satisfação (OLIVER, 1980; 1981).

De tal modo, há três possibilidades para a formação da satisfação em uma experiência de consumo: *desconfirmação positiva*, que ocorre quando o desempenho do bem ou serviço está acima do esperado; *desconfirmação negativa*, que significa insatisfação do consumidor, face ao desempenho do bem ou serviço estar abaixo do esperado; e *confirmação* das expectativas, quando há compatibilidade entre o desempenho do bem ou serviço e o esperado conforme figura 1.

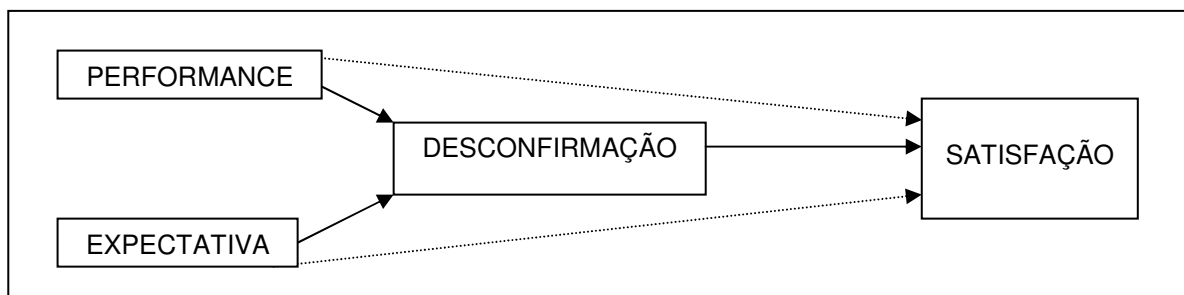


Figura 1- Paradigma da Desconfirmação
Fonte: Evrard (1995, p.2)

O modelo em referência, é, no entanto, questionado por Johnson et al. (1995). O fato de a satisfação ser decorrente da comparação entre performance e expectativa ressalta que apenas diferenças expressivas entre essas duas dimensões proporcionarão avaliações significativas. Ainda para os autores, o modelo da desconfirmação também é inadequado quando se trata de satisfação agregada. A comparação entre expectativas e performance, em um caso específico, como a compra de uma bicicleta, pode ser um caminho para a verificação da satisfação do consumidor com esta compra, mas torna-se difícil, enquanto mensuração da satisfação acumulada de um histórico de transações.

A despeito das críticas, o modelo da desconfirmação das expectativas, assim como os outros modelos teóricos descritos, têm influenciado pesquisas sobre a satisfação nas relações de consumo de bens físicos e serviços, inclusive dentro de uma perspectiva aplicada ao setor de saúde. A partir dos conceitos oriundos da teoria mercadológica, autores desenvolveram o que se denomina de Teoria da Satisfação de Pacientes, adequando as compreensões sobre o comportamento do consumidor, à realidade das organizações que prestam serviços de saúde.

Apresenta-se, a seguir, as principais discussões teóricas acerca do construto satisfação, no ambiente onde esta pesquisa foi desenvolvida.

1.2 Satisfação de pacientes

A definição do paciente como um consumidor de cuidados de saúde, uma perspectiva derivada do setor privado, tem dado um grande ímpeto na avaliação dos serviços e nas pesquisas de mercado deste setor. Os estudos de satisfação do paciente passaram a ser percebidos como um produto da orientação ao mercado, e como um reconhecimento da necessidade de diálogo entre os usuários e os provedores de serviços (BATCHELOR et al. 1994).

Por outro lado, autores como Carr-Hill (1992) e Williams (1994) questionam a adequabilidade na adoção de conceitos, como os de consumidor e cliente, no setor de saúde, considerando ser inapropriado tratar pacientes por essas denominações. Segundo Carr-Hill (1992), o atendimento em saúde pode intervir significativamente no psiquismo dos pacientes, envolvendo aspectos que não se pode verificar em situações de consumo de produtos. Os pacientes podem ser vitalmente afetados por suas doenças e tratamentos, ao passo que, nos processos de consumo, pressupõe-se que os indivíduos permaneçam ilesos.

Williams (1994) ressalta que, em determinadas situações, as expectativas de um paciente e seus desejos podem, se realizados, gerar uma expressão de satisfação que tem um baixo valor como algo relacionado ao consumo. Para o autor, a satisfação de um paciente pode, primeiramente, ser um reflexo do papel adotado em relação ao profissional de saúde, não estando relacionada à qualidade do serviço em si. Nesse sentido, para ele, há uma separação, mesmo que não relativa a todo o atendimento, entre o papel exercido pelo médico e o serviço de saúde.

Essas duas visões encontram divergência em autores como Braunsberger e Gates (2002) e Urdan e Huertas (2003), para os quais a relação médico-paciente é

parte do encontro de serviço de saúde, não podendo ser analisada como algo em separado. Para Urdan e Huertas (2003), em organizações de saúde, a qualidade percebida pelo paciente abrange aquilo que espera que se possa maximizar uma medida abrangente do bem-estar, levando-se em conta um balanço de ganhos e perdas intervenientes em todas as partes do processo de cuidado.

Nesse sentido, Urdan e Huertas (2003) reforçam que Donabedian (1985) afirmou que os pacientes percebem dois tipos de serviço: o técnico e o interpessoal. O campo técnico diz respeito à aplicação da ciência e da tecnologia à administração de um problema pessoal de saúde. É a capacidade técnica, o conhecimento do médico que está em questão. O campo interpessoal, por outro lado, refere-se à administração da interação social e psicológica entre o cliente e os profissionais, onde pesam atributos de presteza, conforto e cortesia, referindo-se aos aspectos emocionais da relação. São observados os cuidados e a atenção dispensados não apenas pelo médico, mas por todas as pessoas responsáveis em oferecer um atendimento de qualidade.

Segundo Donabedian (1985), os pacientes geralmente conhecem pouco sobre os detalhes do domínio técnico e avaliam esse campo, indiretamente, pelas evidências do interesse e da preocupação dos profissionais com sua saúde e seu bem-estar. Por outro lado, os pacientes não apresentam dificuldades em avaliar o campo interpessoal, nas condições sob as quais o cuidado é prestado e a maneira como se dá o tratamento, pelos profissionais. Assim, a avaliação quanto ao domínio interpessoal pode influenciar os resultados quanto ao domínio técnico, e vice-versa, sendo que um domínio não é eficaz sem o outro. Conforme destacam Urdan e Huertas (2003), o relacionamento interpessoal não curaria doenças orgânicas, mas também a competência técnica não é, por si só, suficiente.

Considerando-se que uma das características dos serviços é a variabilidade (BERRY, 1980; ZEITHAML, PARASURAMAN e BERRY, 1985; GRÖNROOS, 1990), pode-se perceber que as ofertas quanto aos campos técnico e interpessoal diferem de acordo com o tipo de organização. Segundo a pesquisa Estatísticas em Saúde - Assistência Médico-Sanitária (IBGE, 2002), os estabelecimentos de saúde, no Brasil,

podem ser identificados de acordo com a classificação apresentada, a seguir, no quadro 1:

Tipos de Estabelecimento de Saúde	Características
Estabelecimentos de saúde com internação	Possui um conjunto de elementos destinados à acomodação de pacientes internados (leitos) para permanência, por um período mínimo de 24 horas, com acompanhamento médico.
Estabelecimento de saúde sem internação	Possui um conjunto de elementos que permite o atendimento a pessoas, em regime de não internação, como o atendimento ambulatorial ou de urgência/emergência (centro de saúde, ambulatório, pronto atendimento, pronto socorro, clínica).
Estabelecimento de apoio ao diagnóstico e terapia	Realiza atividades que auxiliam a determinação do diagnóstico e/ou complementam o tratamento e a reabilitação de doentes, tendo, como responsável, um profissional de nível superior: médico, fisioterapeuta, psicólogo, fisiatra, enfermeira ou outros (clínica radiológica, clínica de reabilitação, centro de medicina nuclear, serviço de hemodiálise).

Quadro 1 – Classificação dos estabelecimentos de saúde no Brasil

Fonte: adaptado de Estatísticas em Saúde - Assistência Médico-Sanitária (IBGE, 2002)

Esta referida classificação revela que os estabelecimentos possuem características distintas, para atendimento a pacientes com necessidades variadas. Em situações de emergência, por exemplo, os pacientes podem ter expectativas quanto aos cuidados de saúde diferentes das relativas ao atendimento em consultórios médicos, como os de ginecologia, onde, geralmente, buscam a prevenção ou cura de enfermidades por vezes não urgentes. Portanto, para se avaliar os índices de satisfação de pacientes é necessário observar as características do atendimento em saúde, tanto em relação aos provedores dos serviços, quanto aos usuários. Nesse sentido, pode-se perceber que houve uma evolução nas pesquisas sobre satisfação desde meados do século XX, até o início do século XXI.

Na década de 50, surgiram os primeiros estudos nos Estados Unidos sobre esse tema, tendo como metodologia a aplicação de pesquisas do tipo *survey*, com enfoque nos provedores ou profissionais de saúde. Durante a década de 60, outros

estudos foram realizados no Reino Unido utilizando essa metodologia, como a pesquisa *Human Relations and Hospital Care* (CARTWRIGHT, 1964). Entre a década de 60 e a metade da década de 70, cerca de 200 pesquisas sobre satisfação do consumidor foram realizadas no Reino Unido. A maior parte desses estudos era conduzida por acadêmicos com agendas de pesquisa alternativas.

A partir da década de 80, estudos continuaram a ser desenvolvidos, com foco em uma abordagem mais ampla, verificando não apenas as avaliações dos provedores de serviços de saúde, mas também as dos pacientes, quanto às experiências com os serviços (LINDER-PELZ, 1982; MCALEXANDER et al., 1994; O'CONNOR et al., 1994; HALL e PRESS, 1996; JOOS et al., 1996; MEREDITH e WOOD, 1996; YOUNG et al., 1996; JACKSON e KROENKE, 1997). Os resultados dessas pesquisas puseram em evidência a disparidade entre as avaliações dos provedores e as dos pacientes, servindo para ressaltar a necessidade de aplicação dos conceitos da teoria mercadológica à realidade dos serviços de saúde (TUCKER, 2002).

Nesse contexto, Linder-Pelz (1982) desenvolveu o que foi denominado de Teoria da Satisfação do Paciente, distinguindo a satisfação dos clientes de organizações de saúde como uma atitude. Devido à sua natureza interpretativa ou afetiva, as atitudes são distintas de outros conceitos, como as percepções, e podem ser compreendidas como estados individuais afetados pela educação, pelo ambiente e pelas crenças. Com isso, tem-se que este construto pode ser medido pela totalidade das avaliações subjetivas dos atributos multidimensionais, associados à experiência de cuidado com a saúde, devendo-se esperar diferenças nas avaliações individuais.

As concepções de Linder-Pelz (1982) para a Teoria da Satisfação do Paciente foram confirmadas por diversos autores (JOHN, 1992; LEWIS, 1994; HALL e PRESS, 1996; MITTAL e BALDASARE, 1996; NORCROSS et al., 1996; RUTLEDGE e NASCIMENTO, 1996; ROTER et al., 1997; CHISICK, 1997; McKINLEY et al., 1997), sendo respaldadas por estudiosos da Teoria da Identidade Social, uma premissa da

Teoria da Psicologia Social¹. Para esta corrente teórica, as atitudes são moderadas por fatores demográficos, situacionais, ambientais e psicosociais (HASLAM et al.,1993; JACKSON et al.,1996; KOSMITZKI, 1996; PLATOW et al.,1997). Tem-se que as pessoas diferem em suas orientações para com os cuidados com a saúde por causa das orientações sociais, crenças individuais, percepções e quadros de referência, que são afetados pelas orientações culturais (CARR-HILL, 1992; COTHERN e COLLINS, 1992).

De acordo com essas perspectivas, no final do século XX, diversos estudos foram desenvolvidos, no intuito de verificar não só a influência de critérios sócio-demográficos na satisfação de pacientes, como idade, gênero, grau de instrução, raça, estado civil, classe social, dentre outros, mas também, a influência do estado de saúde e dos níveis de utilização dos serviços (SINGH, 1990; SOH, 1991; WILLIAMS e CALNAN, 1991; ROSS et al.,1993; LEWIS, 1994; MUMMALANENI e GOPALAKRISHNA, 1995; LEVISON, 1996; CHISICK, 1997). Antes da descrição dos resultados das pesquisas em referência, faz-se necessária a explanação desses dois últimos critérios, importantes para o setor em estudo.

Para autores como Hall et al. (1998), Tucker (2002) e Braunsberger e Gates (2002), a variável estado de saúde corresponde a uma auto-avaliação que o indivíduo faz para descrever sua condição de saúde, podendo, em uma escala com extremos, ir de muito bom a muito ruim. Acredita-se que o estado de saúde pode influenciar na avaliação da satisfação, tendo-se que pacientes com condições físicas saudáveis geralmente apresentam avaliações mais positivas, quanto à satisfação com o serviço.

Para os mesmos autores, a utilização do serviço de saúde diz respeito à frequência de uso, que pode ser mensurada em termos de quantidade de atendimentos por ano. Tem-se que a variável utilização também influencia a

¹ As teorias da Psicologia Social sugerem que as avaliações são moderadas, ou mesmo mediadas, pelos sentimentos pessoais de equidade na troca, desconfirmação entre desejos e resultados (ALFORD, 1998), preferências individuais (KLEIN, 1997; ULLMAN *et al.*, 1997) e comparações sociais (WILLIAMS et al., 1998).

satisfação, isso por se considerar que uma maior frequência de uso dos serviços de saúde pode levar a índices satisfatórios mais baixos. Vale ressaltar que a utilização é uma variável que pode diferir em relação ao tipo de estabelecimento de saúde e às necessidades de atendimento ao paciente.

Nos estudos realizados, as variáveis que geralmente estão associadas, positivamente, com a satisfação, são: idade (LEE e KASPER, 1999; PEYROT et al.,1993; HALL e PRESS, 1996; HANGASI et al.,1992); grau de instrução (CHISICK, 1997; MUMMALANENI e GOPALAKRISHNA, 1995); estado de saúde (BAYLEY et al.,1995; COHEN, 1996; ROSS et al.,1993) e utilização (SOH, 1991). Relações não muito claras existem entre a satisfação e gênero (BYLES et al.,1997), raça (COOPER-PATRICK et al.,1999; WILLIAMS, 1994), estado civil (CARVALHAL et al.,1999) e classe social (COHEN et al.,1996).

Essas pesquisas trouxeram contribuições quanto aos fatores de influência da satisfação de pacientes, prioritariamente, em hospitais. Braunsberger e Gates (2002), entretanto, apresentaram um estudo mais específico, aplicado a consultórios médicos. Além de procurar verificar a influência das variáveis gênero, idade, grau de instrução, estado de saúde e utilização, os autores estudaram o impacto da performance do serviço nas avaliações de satisfação, concluindo que maiores níveis de satisfação tendem a ser percebidos, em pacientes: do sexo masculino, mais velhos, com melhores estados de saúde, menores níveis de educação, com altas percepções da performance do serviço e com menor níveis de utilização do serviço de saúde. Considerou-se, nesta pesquisa, as contribuições destes autores, por focarem o tipo de serviço de saúde em estudo.

Tem-se percebido, portanto, que à luz das contribuições de Linder-Pelz (1982), essas pesquisas provêm um delineamento dos fatores de influência do construto satisfação de pacientes. Esta, mensurada pela totalidade das avaliações subjetivas dos atributos multidimensionais associados à experiência de cuidado com a saúde, pode receber influência de aspectos diversos, como as variáveis apontadas por Braunsberger e Gates (2002). Por outro lado, com a evolução das pesquisas da teoria mercadológica, observou-se que outras dimensões podem impactar a

satisfação do consumidor, como, por exemplo, os estados emocionais ativados no consumo.

A partir do final da década de 80, autores como Westbrook (1987); Westbrook e Oliver (1991) e Oliver (1997) ressaltaram o papel dos processos afetivos como fatores de influência da satisfação. Para esses estudiosos, as variáveis emocionais aumentam a força explanatória dos modelos cognitivos, contribuindo para o entendimento do comportamento dos consumidores. Essa perspectiva ampliou a compreensão de que a satisfação está relacionada a julgamentos cognitivos, assim como a reações emocionais trazidas à tona nas experiências de consumo. No capítulo 2, discute-se essas concepções na teoria mercadológica, como base teórica para o estudo das relações entre emoções e a satisfação de pacientes.

Capítulo 2

Emoções em Ambientes de Serviço

A dinâmica atual caminha no sentido de somar tudo o que já foi criado para se pesquisar o comportamento de consumo, à análise do sentimento que envolve as relações entre as pessoas, suas afinidades, paixões e emoções...o consumo não é mais definido pelo custo/benefício das escolhas, mas por experiências adquiridas através do consumo (Firat et al., 1995, p.41).

No presente capítulo, discute-se sobre as emoções no contexto do consumo, descrevendo-se as principais contribuições teóricas, com os conceitos e modelos de mensuração desenvolvidos.

2.1 A influência das emoções na satisfação

Os estudos sobre emoções no consumo tiveram início por volta da década de 80. Autores como Holbrook (1978), Holbrook e Hirschman (1982), Gardner (1985) e Havlena e Holbrook (1986) contribuíram para a compreensão das emoções ativadas em algumas situações de compra. Desde então, a identificação das emoções sentidas pelos clientes tem sido objeto de estudo em diversas pesquisas (WESTBROOK, 1987; WESTBROOK e OLIVER, 1991).

Segundo Richins (1997), esses estudos têm verificado as emoções como componentes das respostas de consumo, sendo sua importância firmemente estabelecida na esfera do comportamento do consumidor. Percebe-se a existência de relações intrínsecas entre os construtos satisfação e emoções ativadas nas interações com o produto ou ambiente de serviço, sendo de se ressaltar que essa união foi consolidada, aos poucos, com o amadurecimento das pesquisas sobre o tema.

Oliver (1997) propôs um modelo de satisfação do consumidor em que se observa ser esta influenciada, basicamente, por respostas afetivas (emocionais), positivas e negativas, e por desconfirmação, ressaltando também os processos psicológicos como intervenientes na satisfação. Tais processos, embora menos observáveis, são essenciais na compreensão do processo de satisfação e estão

baseados na dissonância cognitiva, que se traduz no temor de que o consumidor possa sentir que o produto ou serviço não atenderá às suas expectativas.

Nessa perspectiva, Oliver (1997) apresenta uma versão mais ampla do modelo anterior, da Desconfirmação das Expectativas (OLIVER,1980;1981), denominado de Modelo Geral do Processo de Consumo (ver figura 2). De acordo com esse modelo, a satisfação pode ser concebida em função de seis determinantes: eqüidade, performance, expectativas, desconfirmação, atribuição e emoções. Para avaliar a satisfação do consumidor, Oliver (1997) apresenta uma escala com 12 itens, a partir da qual o consumidor avalia, por meio de uma escala formato Likert, de cinco pontos, o grau de satisfação relativo à experiência de consumo.

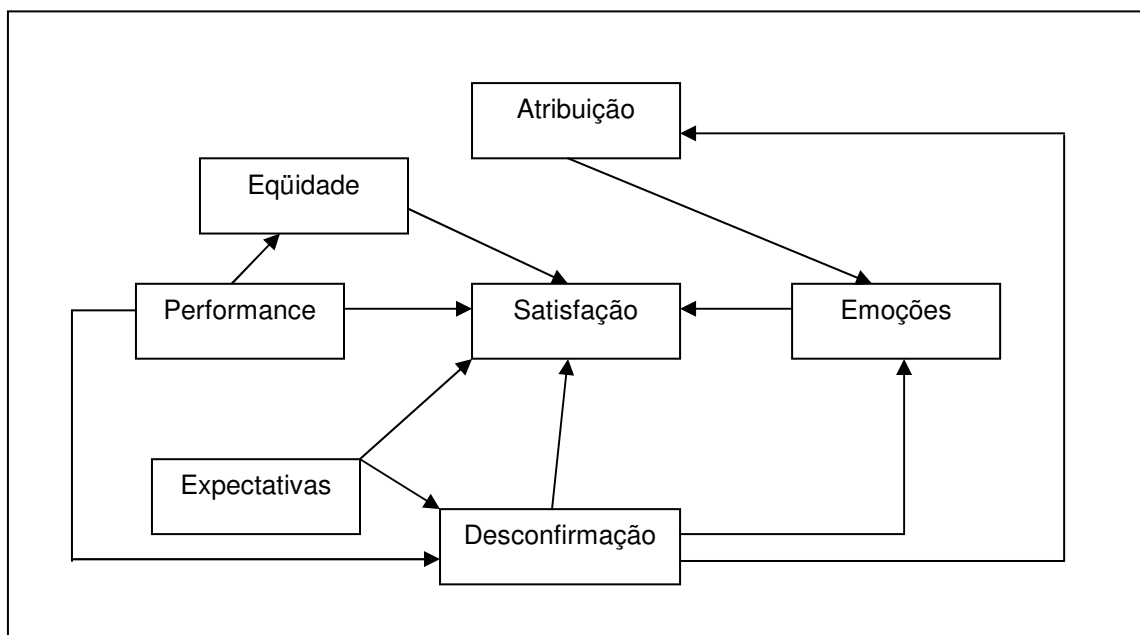


Figura 2: Modelo geral do processo de consumo
Fonte: OLIVER (1997, p.337).

Dos seis determinantes, os mais comumente utilizados em pesquisas de satisfação, são: performance, expectativas e desconfirmação; as emoções, no entanto, vêm constituindo um dos principais tópicos de interesse, no estudo da satisfação do consumidor (FARIAS et al., 1997; FARIAS e SANTOS, 2000; LARÁN e ROSSI, 2003; FARIAS e CORRADINI, 2004). Buscando compreender a formação das emoções no consumo, diversos autores têm proposto a identificação e

mensuração dos principais estados emocionais humanos, tal como se observa no tópico a seguir, em que são discutidas as suas contribuições.

2.2 Identificando emoções: conceitos e diferenças

Peter e Olson (1994), Oliver (1997) e Bagozzi et al.(1999) desenvolveram estudos em que apresentaram conceituações para sentimentos afetivos e estados emocionais. Conforme Spinoza (2003), os termos emoção, afeto e humor, muitas vezes utilizados como sinônimos, são descritos e diferenciados por esses autores, não obstante verificar-se que as conceituações não são convergentes.

Segundo Peter e Olson (1994), há de se compreender afeto como algo que pode ser sentido fisicamente e que é externalizado através de movimentos corporais. Dessa forma, o afeto pode apresentar respostas positivas ou negativas, mas, independentemente da valência, essas respostas são, geralmente, imediatas, automáticas e pouco controláveis. No entanto, as pessoas podem ter controle sobre os sentimentos afetivos, atuando sobre o estímulo que está causando a reação.

Oliver (1997) apresenta uma conceituação diferenciada descrevendo emoção como um grupo maior do qual o afeto faz parte. Para ele, afeto refere-se ao lado sentimental da consciência, sendo uma oposição ao raciocínio. Emoção, por sua vez, inclui ativação, várias formas de afeto e interpretações cognitivas de afeto que podem ser descritas de uma maneira simples (ex.: raiva, prazer, angústia). Por outro lado, estado de humor pode ser definido como um estado temporário de prazer ou desprazer, podendo apresentar muitas variações, tais como irritabilidade ou aborrecimento.

Contrariando Oliver (1997), Bagozzi et al.(1999) consideram afeto como um termo de maior amplitude para definir um conjunto de processos mentais mais específicos, e que incluem: emoções, humor e atitudes, estas também consideradas como estados emocionais. Dessa forma, afeto pode ser uma categoria geral para

processos mentais de sentimento, e não um processo psicológico, em si. Emoção é tida como um estado mental de prontidão, que surge das avaliações cognitivas de situações ou pensamentos, sendo acompanhada por processos fisiológicos e, freqüentemente, expressada através de reações físicas. Para esses autores, humor é entendido como algo mais duradouro e menos intenso que as emoções.

Conforme afirma Spinoza (2003), torna-se importante identificar semelhanças e diferenças entre as conceituações disponíveis na literatura, para entender a maneira como os pesquisadores fazem referência a sentimentos afetivos nos seus estudos. A revisão apresentada serve como uma amostra de que os conceitos, em questão, podem ser considerados variáveis diferentes, assim como, algumas vezes, são considerados sinônimos. Neste estudo, será utilizado o termo emoção, tal como é conceituado por autores da Teoria Cognitiva das Emoções.

2.3 A perspectiva da Teoria Cognitiva das Emoções

Segundo Peter e Olson (1994), entende-se por cognição os processos mentais, como pensamentos e significados, produzidos pelo sistema cognitivo. As principais funções do sistema cognitivo são interpretar os aspectos do ambiente e processar as informações. Muitas situações de consumo envolvem um mínimo de processamento cognitivo.

A Teoria Cognitiva das Emoções propõe que as emoções sejam consequência de avaliações que as pessoas fazem, em relação à significância de determinado evento, para o seu bem-estar (KUMAR E OLIVER, 1997). Nesse sentido, respostas afetivas têm se mostrado hábeis em influenciar processos, tais como avaliações, memória e julgamentos, além de produzir influencia também no comportamento (GARDNER, 1985). Dessa forma, têm-se que pensamento (cognição) e emoção são, de fato, inseparáveis.

De acordo com Peter e Olson (1994), um certo grau de independência entre o sistema afetivo e o cognitivo é plausível, mas é inegável a sua interconexão e

influência mútua. Burke e Edell (1989) afirmam que está cada vez mais evidente que aspectos afetivos e cognitivos estão entrelaçados e, embora sejam dois sistemas distintos, são interconectados e podem gerar influência recíproca. Desse modo, o estado afetivo é capaz de ativar o conhecimento do consumidor, a respeito de um produto, sendo que as reações afetivas dos consumidores influenciariam as suas cognições, durante o processo decisório.

De acordo com Lazarus (1991), a avaliação cognitiva - consciente ou não - é necessária e suficiente para o desencadear de alguma emoção. Assim, a percepção de um estímulo e a sua avaliação condicionam a manifestação da reação emocional, e determinam a natureza dessa reação. Quando ocorre algum evento que altera, significativamente, a probabilidade de atingir um objetivo, o mecanismo sinaliza ao sistema cognitivo, que se prepara para qualquer mudança. As pessoas experimentam esses sinais e o estado de prontidão, através do que se chama de emoção (OATLEY e JENKINS, 1992).

Segundo Ortony et al. (1988), caracteriza-se uma emoção como uma reação afetiva, com valência, à percepção de situações. Para Lazarus (1991), as emoções refletem uma mudança constante na relação pessoa-ambiente e surgem como resultado da avaliação da pessoa, quanto à significância de um evento. Bagozzi et al. (1999) confirmam Lazarus (1991) definindo emoções como um estado mental de prontidão que surge de apreciações cognitivas de eventos ou pensamentos. Nesse sentido, autores como Westbrook e Oliver (1991) e Mano e Oliver (1993) afirmam que as emoções nas experiências de consumo são prognósticos significativos na satisfação dos consumidores. Assim, têm sido propostas taxonomias para as emoções, bem como elaboradas escalas de mensuração dos estados emocionais ativados em experiências de consumo.

2.4 Mensuração das Emoções

Autores como Mehrabian e Russell (1974), Izard (1977), Plutchik (1980) e Richins (1997) propuseram modelos para mensurar emoções humanas. Apresenta-

se, a seguir, as principais contribuições desses autores, indicando os contextos em que preconizam suas aplicações, assim como a evolução das pesquisas.

2.4.1 Os modelos DES (*Diferencial Emotions Scale* ou Escala Diferencial de Emoções) e *Emotion Profile Index* ou Índice de Perfil de Emoções

Buscando ordenar o universo dos estados emocionais, alguns autores identificaram emoções consideradas “básicas” ou “fundamentais”. Dentro de uma perspectiva biológica, Izard (1977) e Plutchik (1980) ressaltaram o papel das emoções relativas à sobrevivência dos indivíduos, sendo que seus estudos deram importantes contribuições à área de comportamento do consumidor.

Baseando-se nas emoções que estão associadas às expressões faciais, Izard (1977) descreveu 10 emoções fundamentais: interesse, alegria, surpresa, tristeza, raiva, desgosto, desprezo, medo, vergonha e culpa. Tais emoções são mensuradas por meio de uma escala no formato Likert de cinco pontos e compõem o que a autora denominou de *Diferencial Emotions Scale II*, conforme quadro 2.

Emoções básicas	Descritores	Valência
Interesse	atento/concentrado/alerta	Positiva
Alegria	encantado/feliz/alegre	Positiva
Surpresa	surpreso/maravilhado	Neutra
Tristeza	abatido/ triste/desanimado	Negativa
Raiva	irritado/enfurecido/ enraivecido	Negativa
Desgosto	desagrado/desgostoso/revulsivo	Negativa
Desprezo	desprezado/ desdenhado/ menosprezado	Negativa
Medo	magoado/ apreensivo	Negativa
Vergonha	embaraçado/envergonhado/tímido	Negativa
Culpa	arrependido/culpado/acusado	Negativa

Quadro 2- Diferencial Emotions Scale (DES II)

Fonte: adaptado de Izard (1977, p.126) e de Westbrook (1987, p.259)

Segundo Westbrook (1987), consumidores são geralmente solicitados para expressar, em uma escala que varia de nunca a muito freqüentemente, suas experiências com essas emoções. Trata-se de uma escala apropriada à mensuração de emoções, em espaços multidimensionais, com diversos estudos desenvolvidos a

esse respeito, já demonstrando ser este um instrumento adequado para avaliar situações de consumo. Alguns autores têm ressaltado, no entanto, a predominância de emoções negativas na DES II, e a necessidade de uma amostragem mais ampla de emoções (Oliver, 1993; Laverie et al., 1993; Mano e Oliver, 1993).

Plutchik (1980) identificou oito emoções primárias, englobando: medo, raiva, alegria, tristeza, aceitação, repugnância, expectativa e surpresa, tendo afirmado, inclusive, terem estas uma significativa adequação à força de sobrevivência no reino animal. Visando aplicar ditas emoções, para a mensuração em seres humanos, o autor desenvolveu o *Emotions Profile Index*, uma escala contendo 62 pares descritores de emoções, cujas respostas são transformadas de forma a representar cada uma das oito emoções principais.

Izard (1977) e Plutchik (1980) afirmaram que outras emoções mais complexas são resultantes da combinação dessas emoções “básicas”. Richins (1997) argumenta, por sua vez, que os modelos DESII e *Emotions Profile Index* não explicam os mecanismos pelos quais emoções comumente sentidas, como amor, ódio, inveja, alívio e orgulho, são identificadas a partir dessas emoções básicas. Ortony e Turner (1990), após terem realizado uma revisão da literatura sobre emoções, chegaram à conclusão de que não existe uma noção coerente de emoções básicas como os elementos psicológicos primitivos pelos quais outras emoções podem ser explicadas. Essa afirmativa coloca, em discussão, a validade de escalas fundamentadas na noção de emoções básicas, não obstante serem utilizadas, por serem as mais testadas. (WESTBROOK, 1987; FARIAS e SANTOS, 2000; LARÁN e ROSSI, 2003; FARIAS e CORRADINI, 2004).

2.4.2 O modelo PAD (*pleasure-arousal-dominance*)

Donovan e Rossiter (1982) foram os primeiros autores a analisar a aplicação do modelo de Mehrabian e Russell (1974), para a compreensão dos fenômenos de consumo. Referido modelo propõe a compreensão dos processos interativos entre os seres humanos e as variáveis ambientais de um determinado meio, tomando por

base o seguinte pressuposto: aplicando-se um estímulo a um dado organismo, este o percebe e contribui com ele, a partir de um conjunto de variáveis mediadoras, ocorrendo, em seguida, algum tipo de resposta. Configura-se, assim, esse procedimento, como um modelo estímulo-organismo-resposta (S-O-R).

Como estímulo, entende-se os elementos do ambiente, tais como iluminação, funcionários, fluxo de pessoas, cores, música e aromas. É interessante destacar que todas as respostas a um determinado ambiente podem ser consideradas comportamentos de aproximação e de afastamento. O comportamento de aproximação ou de afastamento envolve três estados fundamentais de reações emocionais: prazer (*Pleasure*) ou desprazer; ativação (*Arousal*) ou sonolência e domínio (*Dominance*) ou submissão, dando nome ao modelo (PAD), de acordo com a Figura 3.

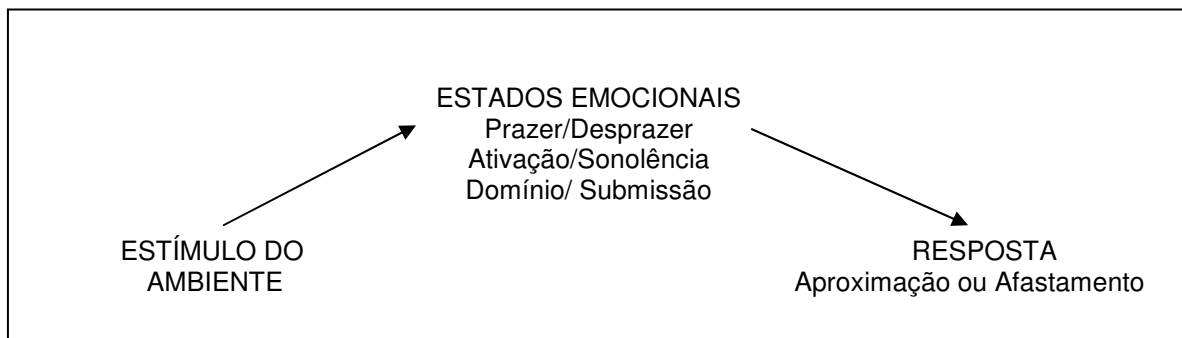


Figura 3: O modelo de Mehrabian-Russell
Fonte: Carvalho e Motta (2002, p.57)

De acordo com o modelo PAD, prazer e desprazer dizem respeito à medida pela qual a pessoa se sente bem, feliz ou satisfeita, em relação à interação com o ambiente; excitação e sonolência tratam do grau em que a pessoa se sente alerta, estimulada ou ativa na situação; a dimensão de aproximação ou afastamento relaciona-se ao desejo de permanecer no ambiente, explorar o meio, movimentar-se no cenário e retornar outra vez ao lugar. Por meio de uma escala de diferencial semântico, com 18 itens, igualmente distribuídos entre prazer, excitação e dominância, pode-se, com a aplicação deste modelo, medir as dimensões subjacentes dos estados emocionais, e não as emoções específicas que estão sendo experienciadas.

O modelo PAD (*pleasure-arousal-dominance*) tem sido usado para o acesso à resposta emocional de alguns tipos de estímulo de marketing. Desenvolvido para medir respostas emocionais aos estímulos ambientais, como espaços arquitetônicos, ele pode ser utilizado para avaliar respostas de consumidores a ambientes de loja. Nesse sentido, o PAD não se propõe a medir as emoções, em si, mas as percepções em termos de prazer, excitação e dominância produzidas pelos estímulos ambientais.

2.4.3 O modelo CES (*Consumption Emotion Descriptors*)

Segundo Richins (1997), embora as escalas apresentadas tenham demonstrado utilidade nos contextos para os quais foram desenvolvidas, existem algumas limitações, em cada uma delas, passíveis de observação. Primeiramente, ditas escalas ignoram algumas emoções, nunca excludentes na vida humana, como o amor, por exemplo. Por outro lado, contêm termos que não são familiares aos consumidores e que não fazem parte dos seus vocabulários diários.

A escala PAD utiliza itens de diferencial semântico, nos quais os dois principais pontos (extremos) nem sempre são claramente opostos, o que pode causar confusão. Além disso, a conveniência de se usar escalas existentes, para avaliar emoções elicitadas em situações de consumo, é desconhecida. Emoções são específicas aos contextos. As emoções que surgem, no contexto de relacionamentos interpessoais íntimos, são possivelmente diferentes, em intensidade e qualidade, às que são experienciadas na compra de um par de sapatos. Nessa perspectiva, algumas emoções ativadas no contexto de relações interpessoais podem, raramente, ser vivenciadas durante o consumo.

Richins (1997) afirma que algumas escalas, na tentativa de representar plenamente as emoções, deixaram de focá-las em contextos específicos. Referida autora propõe pesquisas empíricas, para identificar medidas mais apropriadas às situações de consumo. Para tanto, ela considera algumas observações: a escala de mensuração deve alcançar as emoções freqüentemente mais experienciadas em um

amplo leque de situações de consumo, conseguindo medir tais emoções, com um aceitável nível de confiabilidade; a escala deve ser suficientemente breve, para poder ser aplicada em *surveys* ou estudos de campo; a escala resultante deve refletir a diversidade de emoções tipicamente experienciadas, mas não avaliar todas as emoções de consumo possíveis; por fim, os itens descritores das emoções devem ser palavras familiares, corretamente compreendidas pelos consumidores.

Na tentativa de identificar as emoções dos consumidores, experienciadas durante o consumo, bem assim desenvolver uma escala preliminar, para essas emoções, Richins (1997) realizou diversos estudos e, a partir dos modelos PAD e DESII, elaborou uma escala de mensuração denominada CES (*Consumption Emotion Descriptors*), com 17 fatores principais (em letra maiúscula), constituídos por descritores (em letra minúscula), tal como descrito no quadro 3.

	EMOTIONS (Escala original)	EMOÇÕES (resultado de tradução reversa)
1	ANGER/ Frustrated/ Angry/ Irritated	RAIVA /Frustração/Fúria/Irritação
2	DISCONTENT/ Unfulfilled/ Discontented	DESCONTENTAMENTO/ Insatisfação/ Descontentamento
3	WORRY/ Nervous/Worried/Tense	PREOCUPAÇÃO/ Nervosismo/ Preocupação/ Tensão
4	SADNESS/ Depressed/ Sad/ Miserable	TRISTEZA/ Depressão/ Tristeza/ Infelicidade
5	FEAR/ Scared/ Afraid/ Panicky	MEDO/ Susto/ Temor/ Pavor
6	SHAME/ Embarrassed/ Ashamed/ Humiliated	VERGONHA/ Constrangimento/ Vergonha/ Humilhação
7	ENVY/ Envious/ Jealous	INVEJA/ Inveja/ Ciúme
8	LONELINESS/ Lonely/ Homesick	SOLIDÃO/ Solidão/ Saudade
9	ROMANTIC LOVE/ Sexy/ Romantic/ Passionate	PAIXÃO/ Sensualidade/ Romantismo/ Paixão
10	LOVE/ Loving/ Sentimental/ Warm hearted	AMOR/ Sentimentalismo/ Afeição
11	PEACEFULNESS/Calm/ Peaceful	TRANQUILIDADE/ Calma/ Tranqüilidade
12	CONTENTMENT/ Contented/ Fulfilled	CONTENTAMENTO/ Contentamento/ Satisfação
13	OPTIMISM/ Optimistic/ Encouraged/ Hopeful	OTIMISMO/ Otimismo/ Coragem/ Esperança
14	JOY/ Happy/ Pleased/ Joyful	ALEGRIA/ Felicidade/ Encantamento/ Alegria
15	EXCITEMENT/ Excited/ Thrilled/ Enthusiastic	EXCITAÇÃO/ Empolgação/ Vibração/ Entusiasmo
16	SURPRISE/ Supriessed/ Amazed/ Astonished	SURPRESA/Surpresa/ Admiração/ Espanto
17	GUILTY	CULPA
	PROUD	ORGULHO
	EAGER	ANSIEDADE
	RELIEVED	ALÍVIO

Quadro 3: Lista de emoções do modelo CES

Fonte: adaptado Richins (1997, p.144-145) e de Lobato et al. (2003, p.5)

Valendo-se de uma escala do tipo Likert de cinco pontos, os consumidores podem avaliar a intensidade da ativação dos descritores, durante os processos de consumo, os quais serão depois somados, para que possam representar os dezessete fatores. Entretanto, apesar de Richins (1997) ter proposto, por meio da CES, uma evolução dos modelos PAD e DESII, ainda persistem limitações de uso, como provam as pesquisas desenvolvidas para testar sua validade, servindo de exemplo a realizada, no Brasil, por Lobato et al. (2003).

Diante disso, optou-se nesta pesquisa pela utilização da escala de Izard (1977), por ser a que tem sido utilizada com maior freqüência, portanto a mais validada (WESTBROOK, 1987; FARIAS e SANTOS, 2000; LARÁN e ROSSI, 2003; FARIAS e CORRADINI, 2004). Observando-se o Modelo Geral do Processo de Consumo (OLIVER,1997), foi verificada a existência de relações entre emoções e satisfação, considerando-se a influência das variáveis apontadas por Braunsberger e Gates (2002), conforme ilustração contida na figura 4.

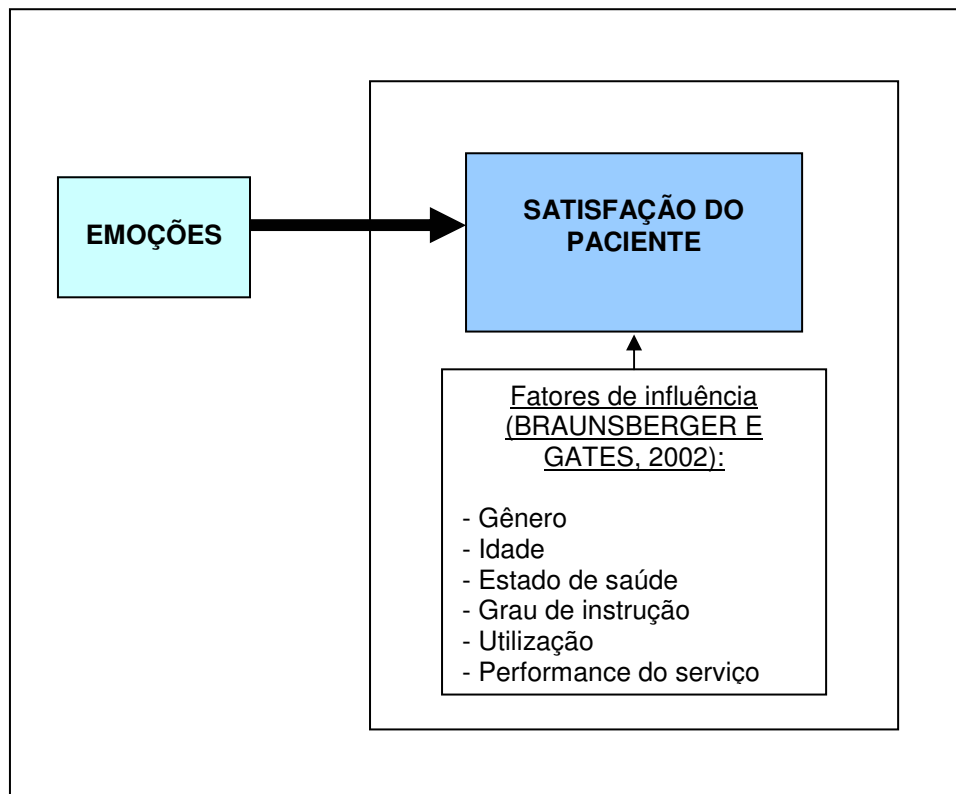


Figura 4: Construtos investigados na pesquisa

Fonte: elaborado pela autora

As considerações teóricas, aqui expostas, serviram de base ao alcance dos objetivos geral e específicos fixados na presente pesquisa, contextualizando os construtos, em análise, à realidade do setor de saúde. No próximo capítulo, são apresentados os procedimentos metodológicos, descrevendo-se as etapas desenvolvidas para o levantamento de dados e para análise dos resultados.

Capítulo 3

Procedimientos Metodológicos

Este capítulo tem, por objetivo, descrever os procedimentos metodológicos utilizados para o desenvolvimento deste estudo: natureza e tipo de pesquisa; métodos, instrumentos e técnicas de coleta de dados; variáveis do estudo; processo de amostragem; fontes de informação; localização e período da pesquisa; análise de dados e pré-teste.

3.1 Natureza e tipo de pesquisa

A discussão metodológica, no campo das ciências sociais aplicadas à saúde, envolve uma polêmica referente à dicotomia entre métodos quantitativos e qualitativos. Segundo Minayo (1994), é difícil trabalhar com números, uma vez que se caminha para o universo de significações, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores. No entanto, a mesma autora adverte que não se pode fazer dicotomias, sendo preciso trabalhar quantitativa e qualitativamente devido às interdependências e interações existentes.

Dessa forma, sabendo-se que os achados desta investigação dizem respeito à influência dos estados emocionais na satisfação de pacientes, para dotar de maior consistência, adotou-se uma metodologia de caráter exploratório-descritivo e de natureza qualitativa e quantitativa.

3.2 Métodos, instrumentos e técnicas de coleta de dados

Trata-se de uma pesquisa utilizando método *survey*, desenvolvida em duas fases: uma exploratória e outra descritiva, conforme consta no quadro 4. Inicialmente, foi realizada uma pesquisa bibliográfica, buscando promover o levantamento teórico acerca dos construtos satisfação e estados emocionais, além de dados sobre a realidade do setor em estudo. Em seguida, foram realizadas entrevistas em profundidade com clientes que freqüentam consultórios de atendimento, em ginecologia, buscando-se conhecer suas expectativas, os fatores de influência na satisfação e as emoções ativadas nesse tipo de serviço de saúde.

OBJETIVO GERAL			
Verificar qual relação existe entre as experiências emocionais ativadas em consultórios médicos do setor privado de saúde e a satisfação do paciente com o serviço.			
Objetivos Específicos	Métodos de pesquisa	Técnicas de análise	
EXPLORATÓRIA FASE 1	Identificar e mensurar emoções ativadas em consultórios médicos do setor privado de saúde;	Etapa 1- Pesquisa bibliográfica	Levantamento de dados secundários
		Etapa 2- Entrevista em profundidade com clientes de consultório de ginecologia do setor privado	Análise de Conteúdo
DESCRITIVA - FASE 2		Etapa 3 - <i>Survey</i> por meio da aplicação de questionário estruturado com clientes que já freqüentaram consultório de ginecologia do setor privado;	Distribuição de freqüência
	Mensurar a satisfação dos pacientes em consultórios médicos do setor privado de saúde;	Etapa 3- <i>Survey</i> por meio da aplicação de questionário estruturado com clientes que já freqüentaram consultório de ginecologia do setor privado;	Distribuição de freqüência
	Identificar quais emoções ativadas em consultórios médicos do setor privado de saúde oferecem maior impacto na satisfação.	Etapa 3- <i>Survey</i> por meio da aplicação de questionário estruturado com clientes que já freqüentaram consultório de ginecologia do setor privado;	Distribuição de freqüência; Análise Fatorial e Análise de Regressão Múltipla

Quadro 4: Desenho metodológico da pesquisa

Fonte: autora

Com base na fundamentação teórica, foi possível desenvolver um roteiro de entrevista, organizado em três partes (ver Apêndice II). Na primeira, sete questões fechadas se prestaram ao levantamento de dados sobre o perfil das pacientes, via questões sobre faixa etária, plano de saúde, tempo de consulta na área de ginecologia, freqüência anual de consultas nessa especialidade, tempo de permanência como cliente do profissional da clínica em análise, e quantidade de médicos com os quais já se consultou.

Na segunda parte do roteiro de entrevista, para permitir um conhecimento mais profundo acerca das expectativas e dos fatores de influência na satisfação das

pacientes, quanto ao atendimento em ginecologia, questões abertas levantaram os seguintes dados: o(s) motivo(s) da mudança de médico, no caso de a cliente afirmar já haver sido atendida por mais de um profissional; quais as expectativas quanto ao serviço prestado em um consultório de ginecologia; o que leva a cliente a se sentir satisfeita com esse serviço. Do roteiro constou ainda uma afirmativa, seguida de pergunta: existem dois serviços prestados pelo médico - o técnico, ligado ao conhecimento científico e o interpessoal, relacionado à interação social e psicológica com o cliente. Qual importância a senhora atribui a esses dois serviços?

A terceira parte do roteiro de entrevista incluiu a apresentação da escala DESII, de IZARD (1977), e da escala de satisfação de OLIVER (1997), adaptada para a pesquisa (conforme descrito a seguir), sendo solicitado o preenchimento, pelas entrevistadas, de par com o fornecimento de sugestões, acerca da adequabilidade das escalas utilizadas.

Com base na fundamentação teórica e nos achados da fase exploratória da pesquisa, foi possível desenvolver um questionário estruturado, contendo questões fechadas relativas ao perfil das respondentes; as emoções sentidas na experiência com serviço de saúde em ginecologia e a satisfação com esse serviço, conforme Apêndice III. Seguindo o proposto por MALHOTRA (2001), a pesquisa, de caráter descritivo, foi realizada para promover a verificação do tipo de relação existente entre emoções e satisfação, utilizando-se técnicas quantitativas.

As questões sobre perfil no questionário estruturado foram desenvolvidas a partir das contribuições de BRAUNSBERGER e GATES (2002), com o levantamento das variáveis: idade, grau de instrução, estado de saúde e utilização, conforme critérios explicados, a seguir, no item 3.3. A satisfação das clientes com o atendimento em ginecologia foi mensurada através de uma escala tipo Likert de 5 pontos (discordo totalmente – concordo totalmente), para avaliação de 3 dos 12 itens originais que compõem a escala proposta por OLIVER (1997), adaptados para pesquisa em consultórios médicos do setor privado de saúde.

Segundo BRUNER II e HENSEL (1998), a diminuição do número de itens, justifica-se pelo fato de que a escala mantém validade interna, mesmo com menos itens do

que os 12 originais, sendo esse procedimento já adotado em estudos que buscam associar a satisfação a outras dimensões, como em Anderson e Srinivasan (2003), Larán e Rossi (2003) e Farias e Corradini (2004).

A mensuração das emoções foi viabilizada a partir de uma escala de Likert de cinco pontos, numerada de zero a quatro, onde zero significa “não sente” e quatro “sente bastante”, por meio da qual as entrevistadas podiam avaliar os 30 descritores das emoções, segundo Izard (1977). A partir da avaliação pontual destes descritores, foi realizada a soma e o cálculo da média entre os três que compunham cada uma das 10 emoções principais, visando formar possível avaliação, a partir dos descritores.

3.3 Variáveis do estudo (construtos utilizados)

Para alcançar os objetivos desta pesquisa, as variáveis consideradas foram os estados emocionais ativados no encontro de serviço e a satisfação de pacientes, conforme ilustrado na figura 4, no final do capítulo 2. Foram levados, em consideração, os fatores de influência na satisfação de pacientes, segundo Braunsberger e Gates (2002), isto é: gênero, idade, grau de instrução, estado de saúde, utilização e performance do serviço, sendo necessária, entretanto, a observação dessas variáveis de acordo com a realidade de consultórios do setor privado de saúde, no Brasil, e, mais especificamente, da área de ginecologia.

Para tanto, analisou-se o levantamento realizado pelo IBGE, no ano de 2003, por meio da pesquisa intitulada Acesso e Utilização de Serviços de Saúde, no intuito de verificar o perfil dos pacientes de consultórios particulares, de acordo com as variáveis ressaltadas por Braunsberger e Gates (2002). Com isso, foi possível observar que tais variáveis tendem a ilustrar um perfil de clientes, com acesso aos serviços prestados por consultórios médicos privados, no Brasil, assim resumido: maiores de 19 anos, com melhores avaliações quanto ao estado de saúde e melhores níveis de escolaridade, usando, em maioria, para fins de atendimento, os planos de saúde.

Sabe-se que, nesse contexto, estão inseridos os consultórios de ginecologia, muito embora esta pesquisa não traga um detalhamento dessas variáveis aplicadas a esse tipo de atendimento específico. Para levar em consideração, neste estudo, as variáveis indicadas por Braunsberger e Gates (2002), diante da falta de dados estatísticos para referência, tentou-se realizar o levantamento da distribuição dessas variáveis a partir da composição de uma amostra-piloto, por meio da observação do banco de dados de um consultório de ginecologia situado na cidade de Fortaleza, o mesmo onde foram realizadas as entrevistas em profundidade da fase 1.

Constatou-se, com base nesta análise, que nas fichas padronizadas para atendimento médico em ginecologia não são coletadas informações sobre as variáveis grau de instrução, estado de saúde e utilização, havendo apenas informações sobre a faixa etária. Acreditou-se, a princípio, haver uma possibilidade de se identificar a variável utilização do serviço por meio da comparação entre as datas de atendimento das pacientes no referido consultório. Percebeu-se, porém, que as pacientes podem freqüentar, no mesmo ano, outro médico da mesma especialidade, e esta comparação pode deixar de indicar a utilização real.

Diante dessa constatação, a influência das variáveis indicadas por Braunsberger e Gates (2002) foi considerada tomando-se a variável faixa etária como critério para definição da amostra da pesquisa, observando-se, posteriormente, se as distribuições quanto a outras variáveis eram condizentes com os dados do IBGE (2003). Assim procedendo, observou-se a distribuição da faixa etária na amostra-piloto, composta por 2537 pacientes, encontrando-se os resultados descritos no quadro 5.

Faixa etária	Porcentagem
Até 24 anos	22%
De 25 à 39 anos	38%
De 40 a 59 anos	28%
Acima de 60 anos	12%
Total de pacientes	2.537

Quadro 5 -Distribuição das faixas etárias da amostra-piloto
Fonte: pesquisa em banco de dados

Dessa forma, a amostra da pesquisa foi constituída observando-se a distribuição percentual das faixas etárias, de acordo com processo de amostragem detalhado no item 3.4, a seguir. Vale ainda ressaltar que o efeito da variável performance do serviço, relacionada às características específicas de cada consultório médico, foi considerada, nesta pesquisa, a partir da mensuração do construto satisfação, cuja escala (OLIVER,1997) considera a avaliação da performance do serviço (ver Apêndice III).

3.4 Processo de amostragem

Considerando-se que, para alcançar os objetivos deste estudo, foram utilizadas, na etapa descritiva, técnicas quantitativas por meio de Análise Fatorial e Análise de Regressão Múltipla, calculou-se a amostra atendendo aos requisitos de uma quantidade, pelo menos 10 vezes maior, de observações em relação às variáveis para aplicação de Análise Fatorial (HAIR et al., 2005). Constatada a existência de 33 variáveis utilizadas para a coleta de dados sobre as dimensões emoção e satisfação, definiu-se uma amostra, tomando-se o cuidado de verificar a adequabilidade da proporção entre o número de variáveis e de observações, sendo coletados dados com 375 clientes.

Foi adotado o processo de amostragem não probabilístico por julgamento (MALHOTRA, 2001), sendo a amostra constituída de forma a atender à distribuição, em termos de faixa etária, conforme detalhado no item 3.3. Dessa forma, aplicou-se o questionário com mulheres, da cidade de Fortaleza, que já haviam se consultado pelo menos uma vez em consultório de ginecologia do setor privado de saúde. Ressalta-se que não foram entrevistadas pacientes grávidas, por se considerar que o serviço médico para este tipo de paciente pode proporcionar emoções diferentes das experienciadas em um atendimento convencional na área de ginecologia.

O instrumento de pesquisa foi elaborado de forma a ser auto-preenchível, para que as pacientes pudessem respondê-lo sem a necessidade de um aplicador. Wallbott e Scherer (1989) sugerem a utilização de questionários auto-aplicados, face

às informações serem de cunho emocional, pelo que podem suas respostas sofrer distorção, se na presença de um entrevistador.

3.5 Fontes de Informação

Para a realização da pesquisa foram considerados dados secundários, obtidos através dos periódicos disponibilizados nas bases *Proquest, Emerald e Ebsco*, assim como em Anais de encontros científicos, livros e *sites*. Foram utilizados também dados primários, coletados por meio dos instrumentos de pesquisa aplicados às pacientes.

3.6 Localização e período da pesquisa

A coleta de dados referente às fases exploratória e descritiva, foi desenvolvida entre os meses de dezembro de 2005 e maio de 2006, sendo realizada na cidade de Fortaleza, Estado do Ceará.

3.7 Técnicas de análise de dados

Os dados coletados por meio das entrevistas, em profundidade (fase exploratória), foram transcritos e analisados seguindo a técnica de Análise de Conteúdo. Segundo Bardin (1977), essa técnica consiste em um conjunto de procedimentos de análise das comunicações, que utiliza mecanismos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens. A par disso, ela possui três diferentes fases: a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados, com interpretação.

Na pré-análise, foram revistos os objetivos propostos inicialmente no trabalho, para que houvesse uma complementaridade de informações. Após essa etapa, realizou-se a exploração do material e a operação de codificação das informações

contidas nas entrevistas. Procedeu-se, então, ao tratamento dos resultados obtidos e à interpretação, a partir de uma grade aberta, mais adequada às pesquisas exploratórias (VERGARA, 2005).

Quanto aos dados coletados por meio do questionário estruturado (fase descritiva), foi realizada a tabulação utilizando-se dois *softwares* estatísticos: SPSS 11.5 e Microsoft Excell, para realização dos seguintes procedimentos:

- Análises descritivas;
- Análise fatorial dos resultados da questão referente à satisfação;
- Análise fatorial dos resultados da questão referente às emoções;
- Análise de regressão múltipla para verificar relação entre satisfação e emoções.

O objetivo da realização da análise fatorial consistiu em permitir a redução e sumarização de dados quanto às emoções e à satisfação, para um nível gerenciável (MALHOTRA, 2001). Utilizou-se regressão múltipla para verificar relação matemática entre a variável dependente (satisfação) e as variáveis independentes (estados emocionais), experienciados nos consultórios de ginecologia.

3.8 Pré-teste

Na elaboração do projeto de pesquisa deste estudo, para apresentação à banca de qualificação, foi realizado um pré-teste com aplicação de questionário estruturado (Apêndice I), contendo questões relativas às emoções e a satisfação de pacientes. Foram coletados dados de uma amostra de 100 mulheres, selecionadas por meio de processo de amostragem por conveniência, sendo excluídas as grávidas. Dos 100 questionários aplicados, dez apresentaram itens não preenchidos, sendo aproveitados 90 para a análise dos dados.

Com utilização do SPSS 11.5, foram desenvolvidas análises fatoriais, para reduzir as escalas de emoções e satisfação, permitindo a posterior análise de regressão múltipla. Os resultados do pré-teste estão descritos a seguir,

apresentando-se, ao final, as alterações realizadas para aplicação do questionário da pesquisa definitiva.

3.8.1. Perfil das respondentes

Em termos de faixa etária, 34 entrevistadas afirmaram que têm idades até 24 anos, enquanto 21 se situam entre os 25 e os 39 anos; 22 encontram-se entre 40 e 59 anos e cinco tem 60 anos ou mais. No que se refere a plano de saúde, 75 respondentes são usuárias de planos de saúde e 10 indicaram o contrário. Um número de 30 dessas mulheres frequenta consultórios de ginecologia há mais de 16 anos, seguidas de 20 que afirmaram um tempo menor de consulta, de 6 a 10 anos, o que demonstra que a amostra possui experiência nesse tipo de atendimento.

3.8.2 Análise descritiva das escalas de emoções e satisfação

A aplicação do questionário contendo a questão relativa ao processo de avaliação das 17 emoções do modelo de Richins (1997) e do modelo de mensuração de satisfação de Oliver (1997), permitiu, via utilização de escala de Likert de 5 pontos, a identificação das emoções percebidas com maior intensidade pelas entrevistadas e o grau de satisfação correspondente.

O coeficiente alfa para a escala de Richins (1997) foi de 0,71. Percebe-se, conforme tabela 1, que as emoções mais fortes correspondem a: alívio (2,96); preocupação (2,82); e ansiedade (2,42), o que demonstra o estado de tensão que permeia o atendimento médico. Vêm, em seguida: otimismo (2,24), contentamento (2,19), vergonha (2,17) e tranquilidade (2,10), que são emoções positivas segundo classificação de Richins (1997), à exceção da vergonha, sensação explicada pela exposição da mulher, durante a consulta ginecológica. Por outro lado, a emoção inveja (1,02) apresentou a média de menor valor, indicando a quase inexistência da ativação deste estado emocional no contexto em análise.

Tabela 1- Estatística descritiva das emoções no pré-teste

Estatística Descritiva	Média	DP	CV
RAIVA /Frustração/Fúria/Irritação	1,43	1,03	1,06
DESCONTENTAMENTO/ Insatisfação/ Descontentamento	1,53	1,05	1,11
PREOCUPAÇÃO/ Nervosismo/ Preocupação/ Tensão	2,82	1,39	1,95
TRISTEZA/ Depressão/ Tristeza/ Infelicidade	1,50	1,10	1,22
MEDO/ Susto/ Temor/ Pavor	1,96	1,33	1,77
VERGONHA/ Constrangimento/ Vergonha/ Humilhação	2,17	1,43	2,05
INVEJA/ Inveja/ Ciúme	1,02	0,15	0,02
SOLIDAO/ Solidão/ Saudade	1,18	0,66	0,44
PAIXAO/ Sensualidade/ Romantismo/ Paixão	1,30	0,95	0,91
AMOR/ Sentimentalismo/ Afeição	1,39	1,04	1,07
TRANQUILIDADE/ Calma/ Tranquilidade	2,10	1,46	2,14
CONTENTAMENTO/ Contentamento/ Satisfação	2,19	1,51	2,27
OTIMISMO/ Otimismo/ Coragem/ Esperança	2,24	1,49	2,23
ALEGRIA/ Felicidade/ Encantamento/ Alegria	1,79	1,32	1,74
EXCITAÇÃO/ Empolgação/ Vibração/ Entusiasmo	1,52	1,08	1,17
SURPRESA/Surpresa/ Admiração/ Espanto	1,68	1,12	1,25
CULPA	1,23	0,79	0,63
ORGULHO	1,54	1,15	1,33
ANSIEDADE	2,42	1,66	2,76
ALIVIO	2,96	1,68	2,81

Fonte: dados da pesquisa

Em relação à escala de satisfação, o coeficiente alfa encontrado foi 0,89, um índice considerado bastante satisfatório (MALHOTRA, 2001). A tabela 2 apresenta as médias para os itens da escala, sendo de se ressaltar que o quarto e o sexto itens foram invertidos. Os índices citados demonstram um alto grau de satisfação com as consultas realizadas, o que tradicionalmente é observado em pesquisas de comportamento do consumidor (OLIVER,1997).

Tabela 2: Estatística descritiva da satisfação no pré-teste

ITENS	Média	DP	CV
Estou satisfeita com minha decisão por esta consulta	4,52	0,85	0,72
Esta consulta era exatamente o que eu precisava	4,62	0,86	0,73
Minha escolha por esta consulta foi a mais sensata	4,26	1,21	1,47
Não estou feliz por ter feito esta consulta (R)	4,57	0,82	0,68
Estou segura de ter feito a coisa certa, ao fazer esta consulta	4,36	1,11	1,24
Sinto-me mal com a minha decisão por esta consulta (R)	4,73	0,63	0,40

Fonte: dados da pesquisa

3.8. 3 Análises fatoriais

Todas as escalas atenderam às exigências em relação ao Barlett's Test. Em relação à composição dos fatores, foram consideradas as variáveis com carga

fatorial maior que 0,50. As dimensões quanto à escala de emoções foram identificadas através do método dos componentes principais, com rotação Varimax, considerando *eigenvalue* maior que 1. Assim, foram identificados sete fatores, com um total de variância acumulada de 71,33% e KMO de 0,637, como demonstrado na Tabela 3.

A análise das cargas em cada um dos componentes permitiu a denominação de sete fatores. O primeiro fator (F1), denominado “emoções de alto astral”, foi definido pelos itens: otimismo, alegria, alívio e contentamento, apresentando um coeficiente alfa de 0,76. Todas essas emoções são consideradas positivas no trabalho de Richins (1997), representando aqui também essa dimensão. O segundo fator (F2), chamado de “emoções de baixo astral”, foi formado pelos itens: raiva, descontentamento e tristeza, com um coeficiente alfa de 0,79, também agregando itens considerados negativos pela autora. Já o terceiro componente (F3), foi constituído pelas emoções: amor, paixão e tranqüilidade, sendo denominado “emoções afetivas”, com alfa de 0,70.

Tabela 3- Matriz de componentes da análise fatorial das emoções no pré-teste

EMOÇÕES	1	2	3	4	5	6	7
OTIMISMO/ coragem/ esperança	0,864						
ALEGRIA/ felicidade/ encantamento	0,824						
ALÍVIO	0,716						
CONTENTAMENTO/ satisfação	0,615						
RAIVA /frustração/fúria/ irritação		0,858					
DESCONTENTAMENTO/ insatisfação		0,828					
TRISTEZA/ depressão/ infelicidade		0,719					
AMOR/ sentimentalismo/ afeição			0,836				
PAIXÃO/ sensualidade/ romantismo/ paixão			0,736				
TRANQUÍLIDADE/ calma			0,716				
PREOCUPAÇÃO/ nervosismo/ tensão				0,851			
VERGONHA/ constrangimento/ humilhação				0,697			
MEDO/ susto/ temor/ pavor				0,574			
SOLIDÃO/ saudade					0,718		
ORGULHO						0,709	
CULPA						0,705	
EXCITAÇÃO/ empolgação/ vibração/ entusiasmo							
SURPRESA/ admiração/ espanto							
INVEJA/ ciúme							0,736
ANSIEDADE							
Alpha de Cronbach	0,76	0,79	0,75	0,60	-	0,38	-
Média	1,48	1,48	1,34	2,49	1,18	1,38	1,02

Fonte: dados de pesquisa

O quarto componente (F4) foi chamado de “estado de tensão” e agrupou os itens: preocupação, vergonha e medo, apresentando alfa de 0,60, o que é considerado limítrofe para Malhotra (2001). Ressalta-se, entretanto que é o fator que registrou a maior média (2,57), revelando que os indivíduos da amostra tiveram com maior intensidade as emoções indicadoras de estado de tensão, evidenciada pelas emoções preocupação e vergonha.

Os componentes 5 e 7, batizados de “sensação de abandono” e “estado de posse”, respectivamente, apontaram apenas uma emoção com carga alta, sendo constituídos, nessa ordem, pelas emoções: solidão e ciúme. O componente 6, formado pelas emoções: orgulho e culpa, foi chamado de “emoções de auto-imagem”, se bem tenha apresentado coeficiente alfa de Cronbach abaixo do limite de 0,60, recomendado por Malhotra (2001). Entretanto, decidiu-se manter todos os componentes, com o objetivo de estabelecer, de uma forma mais completa, a relação entre emoções e satisfação.

A realização dessa análise fatorial, permitiu identificar que as emoções sentidas pelos clientes de um consultório médico de ginecologia, de acordo com as denominações atribuídas pelos pesquisadores, podem ser caracterizadas como: alto astral, baixo astral, afetivas, estado de tensão, sensação de abandono, estado de posse e auto-imagem. Vale ressaltar, entretanto, algumas observações quanto às médias dos componentes: a maior média encontra-se no componente estado de tensão, havendo um empate técnico entre os valores das médias, nos componentes alto astral e baixo astral, ocupando ambos, conjuntamente, o segundo lugar.

A escala com seis indicadores de satisfação foi avaliada, resultando em um único fator. A variância total descrita pelo fator é de 68%, e o índice KMO foi 0,84. Pode-se perceber que as cargas fatoriais variam de 0,930 a 0,666. Não houve rotação, pois somente um fator foi determinado e o coeficiente alfa registrado foi de 0,89. Os resultados são apresentados na tabela 4, destacando-se que os indicadores da escala original de Oliver (1997), com sentido negativo, foram revertidos na análise dos dados, para permitir o agrupamento correto dos fatores na matriz de componentes referente ao construto satisfação.

Tabela 4: Matriz de componente da análise fatorial da satisfação no pré-teste

ITENS	1
Estou satisfeita com minha decisão por esta consulta	0,887
Esta consulta era exatamente o que eu precisava	0,666
Minha escolha por esta consulta foi a mais sensata	0,788
Não estou feliz por ter feito esta consulta (R)	0,930
Estou segura de ter feito a coisa certa, ao fazer esta consulta	0,831
Sinto-me mal com a minha decisão por esta consulta (R)	0,821
Alfa	0,89

Fonte: dados da pesquisa

3.8.4 Análise de regressão e variância

Para a verificação da existência de relações entre emoções e satisfação no serviço médico ginecológico, um dos objetivos específicos deste trabalho, foi realizada uma análise de regressão múltipla, a partir dos dados das análises fatoriais. Malhotra (2001) aponta que esta técnica é indicada para avaliar as relações associativas entre variáveis independentes e uma variável dependente, de acordo com o quadro 6.

Variável dependente (y)	Satisfação
Variáveis independentes (x)	Emoções de alto astral, Emoções de baixo astral, Emoções afetivas, Estado de tensão, Sensação de abandono, Estado de posse e Auto-imagem.

Quadro 6- Variáveis da análise de regressão no pré-teste

Fonte: dados da pesquisa

A análise de regressão foi obtida através do procedimento *stepwise*, permanecendo apenas as emoções de alto astral e baixo astral, sendo os outros cinco fatores removidos da análise. Observou-se o comportamento do modelo, conforme a tabela 5

Tabela 5: Estatísticas da análise de regressão no pré-teste

Modelo	R	R ²	R ² Ajustado	Erro padrão da estimativa
2	0,37	0,14	0,12	0,78

Fonte: dados da pesquisa

Percebe-se que, nessas condições, o valor de R^2 , o coeficiente de determinação múltipla, mostra que 14% da variação da satisfação têm explicação por meio dessas variáveis independentes. O valor encontrado para o R de 0,37, indica que o modelo de regressão linear apresenta relação direta, mas fraca entre as variáveis (MALHOTRA, 2001).

Por outro lado, a análise de variância, para testar a hipótese nula de que não há relação linear entre as variáveis, apresentou o nível de significância menor que 0,05, indicando que a hipótese, segundo a qual não há relação linear entre a satisfação e os fatores de emoção, pode ser rejeitada. Apesar da inadequada explicação da variável satisfação, por estas duas únicas dimensões, existe uma relação linear significativa entre satisfação e emoções, o que pode indicar a existência de outros fatores que explicam a variável dependente.

Observando-se, ainda, os coeficientes de regressão (tabela 6), pode-se constituir a equação da regressão estimada entre satisfação e estes dois componentes emocionais:

Tabela 6- Coeficientes de regressão no pré-teste

Modelo	Variáveis	B	t	Sig
2	(Constante)	4,61	24,21	0,00
	Emoções de Baixo Astral	-0,23	-2,86	0,01
	Emoções de Alto Astral	0,12	2,24	0,03

Fonte: dados da pesquisa

$$Y = 4,61 - 0,23X_1 + 0,12 X_2, \text{ onde:}$$

Y= Satisfação, X1= Emoções de baixo astral e X2= Emoções de alto astral

Na equação, o valor de B indica o quanto a variável dependente é modificada, quando o valor de uma independente varia de uma unidade e o das outras variáveis independentes não é modificado (MALHOTRA, 2001). Sabendo-se que o valor positivo de B indica que a variável dependente aumenta, quando a independente também aumenta, e que, o valor negativo, indica a relação contrária, pode-se perceber que as emoções de baixo astral possuem uma relação contrária, em relação à satisfação, enquanto as emoções de alto astral evidenciam uma relação

direta. Mesmo com a baixa previsibilidade dessas duas dimensões, em relação a variável satisfação, ainda se torna possível perceber relações.

Os resultados deste pré-teste permitiram uma avaliação sobre a adequabilidade do questionário quanto aos itens sobre perfil e as escalas de mensuração de emoções (RICHINS, 1997) e satisfação (OLIVER, 1997). Na identificação das respondentes, observou-se que não havia questão que permitisse avaliar o estado de saúde da paciente, sendo incluída esta variável no questionário final. Observou-se, ainda, que as questões 4, 6 e 7 (ver Apêndice II) poderiam ser excluídas, por não estarem diretamente relacionadas as variáveis de Braunsberger e Gates (2002).

Percebeu-se ainda que a escala quanto aos estados emocionais não permitiu uma mensuração individual dos descritores de cada emoção, levando a uma identificação inadequada das emoções neste ambiente de serviços. Por outro lado, constatou-se, nos estudos teóricos, que a escala para mensuração de emoções proposta por Izard (1977) já foi mais testada (WESTBROOK, 1987), havendo críticas quanto a aplicação da escala de Richins (1997), no Brasil (LOBATO et al, 2003). Essas observações levaram à substituição da escala de Richins (1997), pela de Izard (1977), na pesquisa definitiva, tomando-se o cuidado de mensurar as emoções principais a partir da avaliação de seus descritores.

Em relação à mensuração do construto satisfação, visando uma melhor facilidade no preenchimento do questionário, decidiu-se reduzir a escala de seis, para três itens, por haver validade interna (BRUNER II E HENSEL, 1998). O próximo capítulo traz os resultados encontrados, a partir dessas modificações.

CAPÍTULO 4

Resultados

A análise dos dados coletados por meio da realização de entrevistas em profundidade, com clientes, e dos dados coletados por meio do questionário estruturado, da fase descritiva, estão, expostos, a seguir.

4.1 Fase exploratória - entrevistas em profundidade

Por meio da coleta de dados primários, com sete clientes de um consultório de ginecologia, levantou-se, em caráter exploratório, as expectativas e os fatores de influência na satisfação com o serviço de saúde. A etapa da pré-análise consistiu na preparação do material da entrevista, com a transcrição das fitas das falas das entrevistadas. Essa transcrição foi feita na íntegra. Após o cumprimento dessa etapa, foram realizados os seguintes procedimentos: exploração do material, tratamento e interpretação dos resultados. O perfil das sete entrevistadas, e a análise das entrevistas em profundidade, estão, a seguir, descritos.

4.1.1 Perfil das entrevistadas

Em termos de faixa etária, as entrevistadas apresentam as seguintes características: duas têm até 24 anos; duas estão na faixa de 40 a 59 anos; duas têm idade superior a 60 anos e uma encontra-se na faixa de 25 a 39 anos. Todas as entrevistadas possuem plano de saúde, fazendo uso deste para a realização da consulta. Vale ressaltar, entretanto, que apesar de todas as entrevistadas serem usuárias de convênios, a percepção, em relação ao consultório, apresentou diferenças, de acordo com experiências anteriormente vivenciadas.

Clientes que, por exemplo, já foram atendidas em serviços públicos, apresentaram exigências, quanto ao atendimento, voltadas à questão da higiene e da atenção dada pelo profissional de saúde. As demais entrevistadas citaram essas necessidades, mas foram além, mencionando um ambiente clínico com possibilidade de realização de exames no local de atendimento, um espaço climatizado, a disponibilidade de folhetos explicativos, mencionando, ainda, a importância do conhecimento técnico do profissional e da facilidade de diálogo.

Em relação à freqüência de consultas por ano, quatro clientes disseram ir ao médico uma vez por ano, duas afirmaram consultar-se duas vezes ao ano e uma afirmou realizar menos de uma visita ao ginecologista por ano. Quanto ao critério de tempo de consultas, em ginecologia, percebeu-se que a maior parte das entrevistadas (4) freqüentam médicos desta especialidade há mais de cinco anos. Esses dados ressaltam que a amostra evidencia um certo grau de experiência na área.

Quando indagadas sobre há quanto tempo freqüentavam a clínica, em estudo, para exames ginecológicos, percebeu-se que quatro são clientes há menos de 1 ano, duas são clientes de 1 a 2 anos e uma é cliente há mais de 5 anos. Com isso, observou-se que essa amostra é composta por clientes “experientes” em consultas médicas, na área de ginecologia, mas que são freqüentadoras “recentes” da clínica, onde a pesquisa foi aplicada.

Quando questionadas sobre a quantidade de profissionais com os quais já haviam se consultado, três respondentes disseram já haver sido atendidas por dois médicos, enquanto duas foram por apenas 1 médico; as outras pacientes indicaram atendimento por três ou mais profissionais. Quando indagadas sobre os motivos para as mudanças, as pacientes indicaram fatores diversos: mudança de moradia para outra cidade; mau atendimento no serviço público, como grandes filas de espera; falta de higiene; não valorização do aspecto interpessoal; e não acompanhamento do caso, por um mesmo médico.

Percebeu-se que as clientes com procedência do sistema público resolveram mudar por não dispor de um atendimento contínuo com o mesmo profissional. Por outro lado, as clientes atendidas em serviços do setor privado realizaram mudanças por não se identificarem com o atendimento do médico ou da atendente, resistindo a uma nova consulta. Houve, ainda, a percepção de que as clientes parecem querer estabelecer um vínculo de confiança com o profissional de saúde, principalmente na área de ginecologia. Isto parece sugerir a necessidade por um atendimento que pareça amigável, com alguém que passe segurança, demonstrando um interesse por não se querer mudar, constantemente, de médico.

4.1.2 Análise de conteúdo das entrevistas

As perguntas abertas do roteiro de entrevista, que buscavam uma compreensão acerca das expectativas e dos fatores de influência na satisfação das pacientes, foram transcritas e analisadas. As unidades de análise foram: palavras, frases e expressões, sendo as categorias de análise escolhidas a partir de uma grade aberta, recomendada para pesquisas exploratórias.

Quanto às expectativas e à satisfação das clientes, as respostas foram complementares e as categorias definidas com o andamento da pesquisa foram “humanização do atendimento” e “higiene”. Percebeu-se que a satisfação está relacionada com o atendimento às expectativas, observando-se, então, o quanto estão relacionadas ao serviço prestado pelo médico, haja vista a citação de palavras e expressões, como: ser atencioso, acolhedor, disponível para explicar, passar segurança e tranquilidade para o cliente:

Minha maior expectativa é que eu possa me sentir à vontade e que este profissional possa esclarecer todas as minhas dúvidas. Que ele me dê abertura para isso, não só no aspecto da saúde, como nas dúvidas sobre sexualidade, que não se procura tirá-las com todo o mundo. O consultório é meio um confissãoário (cliente 4).

Atenção do médico, chegar a ouvir, porque se chega com muitas queixas e sente uma certa tensão. O ato de ignorar a gente, se sente até no olhar, a forma como o médico olha o problema que você tem. A gente já vai pensando como será? Já vai com uma certa expectativa de não ser muito legal. E o exame é uma coisa chata mesmo, mas a conversa, durante o exame, relaxa mais, bem como na consulta (cliente 3).

A categoria humanização do atendimento também pôde ser observada nas respostas à indagação sobre a importância dada ao domínio técnico do conhecimento e ao estabelecimento de uma relação interpessoal. As clientes ressaltaram que o médico deve possuir as duas características; em uma análise das falas é revelado que as avaliações encontradas, quanto aos campos técnico e

interpessoal, estão em conformidade com o que foi apresentado por Donabedian (1985). Evidencia-se, assim, a observação dos aspectos técnicos, por meio da verificação do interesse e da preocupação dos profissionais com a saúde e o bem estar dos pacientes, de uma forma interligada aos aspectos de interação social e psicológica, que dizem respeito ao campo interpessoal, conforme pode ser verificado nas falas a seguir:

O atendimento do médico era muito rápido e havia atraso para o atendimento, pois se passa muito tempo esperando para que, quando se é atendido, apenas se pergunta o nome, o que você tem e pronto. Havia muita falta de profissionalismo. Não vale muito um profissional da saúde ter conhecimento técnico, se não tiver consideração pelo cliente (cliente 1).

Tanto o conhecimento técnico quanto o conhecimento psicológico são fundamentais para um atendimento de qualidade. Os médicos precisam estar dispostos a dar o maior número de explicações, novidades de anticoncepcionais, contraceptivos, doenças sexualmente transmissíveis (cliente 6).

O conhecimento técnico e o conhecimento interpessoal têm igual importância, atendendo bem ao cliente com diálogo, passar firmeza do assunto e passar tranquilidade na hora da consulta (cliente 7).

Com esses achados, percebe-se que é difícil separar as avaliações, em termos de serviços técnicos e interpessoais, porém, o que se pode verificar é o interesse pela humanização do atendimento, por meio de expressões como “...apenas se pergunta o nome, o que você tem e pronto”; “...consideração pelo paciente...” e “...atendendo bem o cliente com diálogo...”. Nota-se, ainda, que essas citações possuem uma carga emocional, diante do desejo de receber um cuidado de saúde eficaz por meio do interesse e da atenção.

Nesse sentido, podem ainda ser observadas as percepções das respondentes quanto aos serviços dos outros profissionais, como a atendente. Sendo esta a primeira pessoa com a qual as clientes têm contato, nesse tipo de serviço, é de se esperar uma conformidade técnica e um bom atendimento, envolvendo aspectos também relacionados a interesse e atenção.

Quando chego ao consultório médico, espero ser atendida na hora, ser bem atendida pela recepcionista. É necessário que haja o mínimo de profissionalismo (cliente 5).

Observou-se, ainda, uma diferença de expectativas para as pacientes que tiveram experiências em serviços da rede pública de saúde, destacando-se a categoria higiene:

O que me fez sair de lá do serviço público, em que era atendida, foi a higiene, porque o profissional que me atendia era bom. Outro fator que fez com que eu saísse foi o entra e sai de gente na sala de consulta e a bata (roupa de exame) estava geralmente suja. O local que a gente fica deitada também é sujo (cliente 2).

Quanto à escala de satisfação de Oliver (1997), as entrevistadas preencheram os itens adaptados para a pesquisa, sem acrescentar comentários. Porém, quanto à questão relativa às emoções sentidas, verificou-se uma certa inquietação das entrevistadas, pois muitas liam as questões e depois diziam que não sentiam nada, mas, logo em seguida, na maioria das vezes, afirmavam sentir raiva ou vergonha, e, a partir desse ponto, manifestavam diferentes reações, com alterações gestuais e mudanças de fisionomia. Outras pacientes, inclusive, à medida que liam o questionário, faziam comentários diversos, narrando experiências vivenciadas. Além disto, houve a indicação de que a escala de Izard (1977) era muito extensa, mas mesmo assim as entrevistadas responderam todos os itens.

Torna-se válido comentar dois casos extremos, que foram observados: o primeiro diz respeito a uma senhora que foi, pela primeira vez, ao ginecologista, com 72 anos, e afirmou não ter sentido absolutamente nada, dizendo-se indiferente em relação a qualquer sensação; o segundo, referente à outra senhora, também incluída na mesma faixa etária, que apontou as emoções de raiva, vergonha, preocupação, nervosismo, chegando a afirmar: “Eu tenho tanta raiva, muita raiva mesmo”, isso com notável expressão de angústia. Tais observações despertaram a

atenção para as questões subjetivas relacionadas às emoções, nesse tipo de atendimento.

Face aos resultados obtidos com as entrevistas em profundidade, foi possível ampliar, exploratoriamente, o entendimento sobre as expectativas, a satisfação e as emoções sentidas pelas clientes em relação aos serviços de um consultório médico de ginecologia. A presença de pacientes com experiências anteriores na rede pública de saúde, pôs à mostra a diversidade de influenciadores na formação da satisfação. Além disso, a humanização do relacionamento médico-paciente foi a categoria preferencialmente expressa pelas entrevistadas, tanto em relação às expectativas, quanto à satisfação, pondo em destaque a importância dos aspectos emocionais.

Portanto, foi possível, a partir do uso de método qualitativo, observar que parecem existir relações entre os aspectos emocionais ativados em consultórios de ginecologia e a satisfação das pacientes. Esse achado incitou o interesse para a verificação quantitativa dessas relações, reforçando a aplicação do questionário estruturado.

4.2 Fase descritiva – resultados do questionário

A utilização do SPSS 11.5, permitiu a realização das análises descritivas. Apresenta-se, a seguir, os resultados.

4.2.1 Perfil das respondentes do questionário

A amostra de 375 respondentes apresentou distribuições compatíveis, em termos de faixa etária, em relação à amostra piloto, conforme descrito no item 3.3, percebendo-se também uma compatibilidade entre as frequências das variáveis grau de instrução, estado de saúde e utilização, e os dados da pesquisa do IBGE (2003).

Em relação ao fator idade, os dados coletados mostraram o seguinte: 22,9% da amostra era constituída por entrevistadas na faixa até 24 anos; 38,9% tinham idades entre 25 e 39 anos; 27,5% estavam incluídas na faixa de 40 a 59 anos; e 10,7% apresentavam 60 anos ou mais.

Quanto ao grau de instrução, a amostra apresentou-se composta, em sua maioria, por mulheres com nível de educação mais elevado: 44,8% das respondentes referiram níveis colegial completo/ superior incompleto, e 34,4% haviam concluído curso superior. O restante da amostra estava dividida em ginásio completo/colegial incompleto (11,7%), primário completo/ ginásio incompleto (5,9%) e analfabeto/ primário incompleto (2,1%). Nota-se, portanto, que há uma semelhança com os dados do IBGE (2003), quanto à indicação do acesso a consultórios médicos do setor privado, por pessoas de grau de instrução mais elevado.

No que se refere à variável estado de saúde, também confirmou-se a predominância de pessoas com índices de auto-avaliação satisfatória (IBGE, 2003), considerando-se que 85,9% das respondentes indicaram as maiores pontuações para o estado de saúde, sendo que 55% indicaram bom e 30,9%, muito bom. Houve, no entanto, indicação das avaliações regular (12,7%) e ruim (1,3%), porém nenhuma respondente avaliou seu estado de saúde como muito ruim.

Em relação à utilização, 77,7% das entrevistadas afirmaram freqüentar consultórios de ginecologia uma ou duas vezes por ano, enquanto 11,5% freqüentam três ou mais vezes e um total de 10,7 % afirmam não buscar anualmente atendimento nesta especialidade. Estes dados condizem com as orientações do Ministério da Saúde (2006) para a realização, anual, dos exames de prevenção do câncer do colo do útero e de mama.

Quanto à forma de pagamento do último atendimento, em consultório privado de ginecologia, 76,3% das respondentes afirmaram ter utilizado plano de saúde, 19,2% indicaram ter efetuado desembolso próprio, e 3,6% das entrevistadas referiram ter sido atendidas de forma gratuita, por cortesia. A predominância de

atendimentos, via planos de saúde, também foi observada no perfil descrito pela pesquisa do IBGE (2003).

Os dados em referência apontam para o fato de que a amostra, composta por clientes da área de ginecologia, em termos qualitativos, está adequada, quanto às variáveis: idade, grau de instrução, estado de saúde e utilização, mantendo-se alinhada à realidade brasileira de acesso aos serviços privados. A partir dessas observações, deu-se continuidade às análises quantitativas, para alcance dos objetivos propostos, conforme descrito, a seguir.

4.2.2 Análise descritiva das escalas de emoções e satisfação

As avaliações das respondentes, por meio de escala de Likert, para os 30 descritores de emoções (IZARD, 1977) e para os itens adaptados da escala de mensuração da satisfação (OLIVER, 1997), permitiram a identificação e a mensuração das emoções e dos índices de satisfação com o atendimento.

4.2.2.1 Análise descritiva da escala de emoções

Em relação à escala de emoções (IZARD, 1977), o coeficiente alfa foi de 0,80 um índice considerado satisfatório (MALHOTRA, 2001). As dez emoções principais, segundo Izard (1977), foram identificadas a partir da média das respostas dos seus respectivos descritores, sendo, em seguida, calculada a média geral de cada uma dessas dez emoções. Os resultados estão contidos na tabela 7.

Conforme os dados da tabela 7, pode-se perceber que a maior média das respostas corresponde à emoção interesse (3,81), que foi formada, em maioria, pelo descritor “concentrada”, com média de 3,92. A predominância dessa emoção ressalta o estado de atenção das pacientes, durante o atendimento. Vêm, em seguida, as emoções: alegria (2,71), constituída, em sua maioria, pelo descritor “feliz” (2,85); e vergonha (2,29), constituída, também em sua maioria, pelos

descritores “envergonhada” e “tímida”, ambos com média de 2,44. A emoção surpresa apresentou média de 2,13, sendo constituída pelos descritores, segundo a escala, “surpresa” (2,17), “maravilhada” (2,11) e “admirada” (2,10).

Tabela 7
Médias das emoções principais e dos respectivos descritores

	Média-Emoção principal	Médias - Descritores			Alfa
1	Interesse 3,81	Atenta 3,83	Concentrada 3,92	Alerta 3,68	0,84
2	Alegria 2,71	Encantada 2,41	Feliz 2,85	Alegre 2,47	0,83
3	Surpresa 2,13	Surpresa 2,17	Maravilhada 2,11	Admirada 2,10	0,78
4	Tristeza 1,49	Abatida 1,55	Triste 1,46	Desanimada 1,47	0,85
5	Raiva 1,33	Irritada 1,46	Enfurecida 1,26	Enraivecida 1,27	0,84
6	Desgosto 1,46	Desagrada 1,59	Desgostosa 1,40	Revulsiva 1,40	0,74
7	Desprezo 1,20	Desprezada 1,21	Desdenhada 1,2	Menosprezada 1,2	0,84
8	Medo 1,91	Magoada 1,19	Com medo 2,16	Apreensiva 2,39	0,62
9	Vergonha 2,29	Embaraçada 1,99	Envergonhada 2,44	Tímida 2,44	0,84
10	Culpa 1,18	Arrependida 1,23	Culpada 1,15	Acusada 1,17	0,84

Fonte: dados da pesquisa

Todas as outras emoções obtiveram médias inferiores à nota 2. O cálculo da média das médias, relativas às dez emoções, resultou no valor de 1,95, ilustrando uma baixa pontuação geral quanto à intensidade das emoções sentidas. Por outro lado, vale destacar que nenhuma das emoções da escala de Izard (1977) deixou de ser apontada, por pelo menos uma, das entrevistadas.

4.2.2.2 Análise descritiva da escala de satisfação

Em relação aos itens da escala de mensuração da satisfação (OLIVER,1997), o coeficiente alfa encontrado foi 0,88. A tabela 8 apresenta as médias para os itens

da escala, demonstrando um alto grau de satisfação com os atendimentos, em ginecologia. Os altos índices de satisfação são tradicionalmente observados em pesquisas de comportamento do consumidor, como afirma Oliver (1997) e, neste caso, indicam uma avaliação alta também quanto a performance dos serviços.

Tabela 8
Médias das variáveis referentes à satisfação

Variáveis		Média
1	Estou satisfeita com minha decisão por este atendimento	4,28
2	Este atendimento era exatamente o que eu precisava	4,11
3	Estou feliz por ter feito este atendimento	4,26

Fonte: dados da pesquisa

4.2.3 Análises fatoriais

Todas as análises apresentadas, a seguir, atenderam às exigências em relação ao Barlett's Test. Em relação à composição dos fatores, foram consideradas as variáveis com carga fatorial maior que 0,50.

4.2.3.1 Análise fatorial da escala de emoções

As dimensões foram identificadas através da análise fatorial por componentes principais, com rotação varimax, considerando *eigenvalues* maiores do que 1. Dessa forma, foram identificados três fatores, com um total de variância acumulada de 64,15% e KMO de 0,71. A matriz dos componentes pode ser observada na tabela 9.

Tabela 9
Matriz dos Componentes - Emoções

Emoções principais	1	2	3
Desprezo	0,790		
Culpa	0,784		
Raiva	0,759		
Tristeza	0,652		
Desgosto	0,588		
Vergonha		0,848	
Medo		0,784	
Alegria			0,853
Surpresa			0,759
Interesse			0,557
Alfa	0,89	0,82	0,80
Média	1,33	2,1	2,88

Fonte: dados da pesquisa

A composição dos fatores demonstrou uma agregação de emoções com valências semelhantes (IZARD, 1977). O primeiro fator (F1) foi definido pelos descritores: desprezo, culpa, raiva, tristeza e desgosto, sendo denominado de “emoções de baixo astral”. Este fator apresentou um coeficiente alfa de 0,89 e média de 1,33. Destaca-se, por oportuno, que todas essas emoções são consideradas por Izard (1997) como tendo valência negativa.

O segundo fator (F2), chamado de “estado de tensão”, foi formado pelos itens vergonha e medo, apresentando um coeficiente alfa de 0,82 e média de 2,1, também agregando itens considerados negativos, pela autora. Já o terceiro componente (F3) foi constituído pelas emoções: alegria, surpresa e interesse, sendo a primeira e a última consideradas emoções de valência positiva, enquanto a surpresa é compreendida como neutra. O coeficiente alfa, para esse fator, foi de 0,80, apresentando, ainda, a maior média (2,88). Isso revela que os indivíduos da amostra tiveram, com maior intensidade, as emoções indicadoras de alto astral, evidenciadas pelos itens: alegria, surpresa e interesse.

A realização dessa análise fatorial permitiu identificar que as emoções sentidas pelos clientes de um consultório médico de ginecologia, de acordo com as denominações atribuídas pelos pesquisadores, podem ser caracterizadas como: baixo astral, estado de tensão e alto astral. Vale ressaltar, entretanto, algumas observações quanto as médias dos componentes: a maior média encontra-se no componente alto astral (2,88), e a menor, no denominado de baixo astral (1,33).

4.2.3.2 Análise Fatorial da Escala de Satisfação

A escala com três indicadores, para mensuração da satisfação, foi avaliada, resultando em um único fator. A variância total descrita pelo fator é de 81,81% e o índice KMO foi 0,74. Pode-se perceber que as cargas fatoriais variam de 0,917 a 0,896. Não houve rotação, pois somente um fator foi determinado e o coeficiente alfa registrado foi de 0,88. Os resultados estão apresentados na tabela 10.

Tabela 10
Matriz dos Componentes - Satisfação

Variáveis		1
1	Estou satisfeita com minha decisão por este atendimento	0,917
2	Este atendimento era exatamente o que eu precisava	0,901
3	Estou feliz por ter feito este atendimento	0,896
Alfa		0,88
Média		4,21

Fonte: dados da pesquisa

4.2.4 Análise de regressão e variância

Para a verificação da existência de relações entre emoções e satisfação, no serviço de consultórios privados de ginecologia, que se constituiu o terceiro objetivo específico deste trabalho, foi realizada uma análise de regressão múltipla, a partir dos dados das análises fatoriais. Malhotra (2001) aponta que essa técnica é indicada para avaliar as relações associativas entre variáveis independentes e uma variável dependente, de acordo com o quadro 7.

Variável dependente (y)	Satisfação
Variáveis independentes (x)	Emoções de Alto Astral, Estado de Tensão e Emoções de Baixo Astral

Quadro 7- Variáveis da análise de regressão

Fonte: dados da pesquisa

A análise de regressão foi obtida através dos procedimentos “*enter*” e “*stepwise*”, conforme tabela 11:

Tabela 11: Estatísticas da análise de regressão por tipo de procedimento

Procedimento	Modelo	R	R2	R2 Ajustado	Erro padrão da estimativa
<i>Enter</i>	2	0,318	0,10	0,94	0,95
	Variável dependente: satisfação Variáveis independentes: emoções de alto astral, estado de tensão e emoções de baixo astral				
<i>Stepwise</i>	2	0,317	0,10	0,96	0,95
	Variável dependente: satisfação Variáveis independentes: emoções de alto astral e de baixo astral				

Fonte: dados da pesquisa

Pode-se observar que os dados estatísticos da regressão são semelhantes para os dois métodos, havendo, entretanto, a remoção da variável estado de tensão, na análise por *stepwise*, indicando que as emoções de alto e baixo astral têm um “maior peso” na constituição da satisfação. Observando-se os resultados obtidos por este procedimento, tem-se, por meio do coeficiente de determinação múltipla (R^2), que 10% da variação da satisfação é explicada pelas variáveis independentes (emoções de alto e baixo astral). O coeficiente de correlação (R), com valor de 0,317, indica que o modelo de regressão linear apresenta relação direta, mas fraca entre estas variáveis (MALHOTRA, 2001); por outro lado, a análise de variância para testar a hipótese nula de que não há relação linear entre as variáveis, apresentou os resultados apresentados na tabela 12:

Tabela 12- Análise de variância

Modelo		Soma de quadrados	gl	Quadrado médio	F	Sig
2	Regression	37,628	2	18,814	20,787	0,000
	Residual	335,782	371	0,905		
	Total	373,410	373			

Variável dependente: satisfação

Variáveis independentes: emoções de alto astral e de baixo astral

Fonte: dados da pesquisa

Observa-se que o nível de significância, nesta análise, é menor que 0,05, indicando que a hipótese, segundo a qual não há relação linear entre a satisfação e os fatores de emoção, pode ser rejeitada. Verifica-se, assim, que existe uma relação linear significativa entre satisfação e emoções, apesar da baixa explicação da variável dependente pelas duas variáveis independentes.

Constituindo-se, a equação da regressão múltipla entre satisfação e estes dois componentes emocionais, percebe-se algumas relações, conforme tabela 13:

Tabela 13- Coeficientes de regressão

Modelo	Variáveis	B	t	Sig
2	(Constante)	-0,002	-0,042	0,967
	Emoções de Alto Astral	0,232	4,713	0,000
	Emoções de Baixo Astral	-0,217	-4,401	0,000

Variável dependente: satisfação

Variáveis independentes: emoções de alto astral e de baixo astral

Fonte: dados da pesquisa

Sabendo-se que o valor positivo de B indica que a variável dependente aumenta, quando a independente também aumenta, e, que o valor negativo indica a relação contrária, pode-se perceber que as emoções de baixo astral possuem uma relação contrária, em referência à satisfação, e as emoções de alto astral, uma relação direta. A partir desses dados, encontrou-se a equação da regressão estimada entre satisfação e os dois fatores relativos a emoções, conforme tabela 14. Mesmo com a baixa previsibilidade dessas duas dimensões, em relação à variável satisfação, ainda assim podem ser percebidas relações.

Tabela 14: Equação da regressão estimada

$Y = -0,002 + 0,232X1 - 0,217 X2$
Onde:
Y= Satisfação
X1= Emoções de alto astral
X2= Emoções de baixo astral
Fonte: dados da pesquisa

4.2.5 Considerações sobre variáveis de influência

Após essas análises, tentou-se observar a possibilidade de existência de variações na equação de regressão entre emoções e satisfação, caso os dados fossem analisados a partir de categorizações da amostra, quanto às variáveis: faixa etária, grau de instrução, utilização e estado de saúde. Procurou-se observar se, dentro da amostra da pesquisa, poderiam existir resultados distintos, analisando-se, separadamente, clientes com perfis diferenciados, quanto a essas variáveis.

Sabe-se, contudo, que os dados foram coletados a partir de processo de amostragem por julgamento, levando-se em conta as distribuições observadas quanto à faixa etária em uma amostra-piloto, e que as variáveis grau de instrução, utilização e estado de saúde foram coletadas de forma a indicar o perfil das entrevistadas. Consideradas essas condições e, ainda, o objetivo puramente exploratório, procedeu-se às análises, sendo primeiramente realizada uma recodificação dos itens utilizados para identificação, conforme descrito no quadro 8:

VARIÁVEL	ITENS INICIAIS	ITENS RECODIFICADOS
Faixa etária	Até 24 anos	Clientes de menor faixa etária
	De 25 a 39 anos	
	De 40 a 60 anos	Clientes de maior faixa etária
	Acima de 60 anos	
Grau de instrução	Analfabeto/ primário incompleto	Clientes de menor grau de instrução
	Primário completo/ ginásio incompleto	
	Ginásio completo/ colegial incompleto	
	Colegial completo/ Superior incompleto	Clientes de maior grau de instrução
Superior completo		
Utilização	1 vez ao ano	Clientes de menor utilização
	2 vezes ao ano	
	Não se consulta todos os anos	
	3 vezes ao ano	Clientes de maior utilização
	4 vezes ou mais	
Estado de saúde	Muito bom	Clientes com melhor estado de saúde
	Bom	
	Regular	Clientes com pior estado de saúde
	Ruim	
	Muito ruim	

Quadro 8 - Recodificação das variáveis do perfil

Fonte: dados da pesquisa

Para verificar se existem diferenças nas avaliações quanto à satisfação com o atendimento para clientes de perfis diferenciados, procedeu-se o cálculo das médias das respostas de avaliação dos itens da escala de satisfação, em cada categoria. A tabela 15 traz os resultados dessa análise, permitindo uma comparação:

Tabela 15
Médias da satisfação por item recodificado

VARIÁVEL	ITEM RECODIFICADO	MÉDIA SATISFAÇÃO
Faixa etária	MENOR	4,23
	MAIOR	4,19
Grau de instrução	MENOR	4,05
	MAIOR	4,24
Utilização	MENOR	4,21
	MAIOR	4,39
Estado de saúde	MELHOR	4,25
	PIOR	4,11

Fonte: dados da pesquisa

Pode-se perceber, de acordo com a tabela 15, que, nesta amostra, não há diferenças significativas nas avaliações da satisfação entre as categorias de faixa etária, grau de instrução, utilização e estado de saúde, com a indicação de altos e

semelhantes valores de avaliação. Comparando-se esses resultados com as contribuições de Bransburguer e Gates (2002), levanta-se uma pressuposição de que a influência dessas variáveis na satisfação de pacientes pode depender da especialidade médica, bem como da realidade de acesso a serviços de saúde no país onde a pesquisa foi desenvolvida, condições não discutidas por estes autores.

Por outro lado, mesmo diante de índices satisfatórios semelhantes, decidiu-se realizar procedimentos de análise fatorial e de regressão com os dados de clientes com menor e maior faixa etária, para se observar se a satisfação, nessas categorias, poderia ser influenciada por diferentes estados emocionais. Para facilitar as comparações, optou-se por descrever os resultados, quanto a essas duas categorias de faixa etária, em tabelas formatadas para dispor as informações lado a lado (ver tabelas 16, 17, 18 e 19).

Nos procedimentos de análise fatorial dos itens das escalas de emoções e de satisfação, observou-se que as exigências, em relação ao *Barlett's Test*, foram atendidas. As dimensões foram identificadas pelo método dos componentes principais, considerando-se *eigenvalues* maiores do que 1 e variáveis com cargas fatoriais maiores que 0,50. A tabela 16 sintetiza os dados encontrados quanto à escala de emoções, obtidos por rotação varimax.

Tabela 16
Componentes da análise fatorial dos itens quanto a variável faixa etária

MENOR FAIXA ETÁRIA				MAIOR FAIXA ETÁRIA			
	Emoções de baixo astral	Estado de Tensão	Emoções de alto astral		Emoções de baixo astral	Estado de Tensão	Emoções de alto astral
Culpa	0,788			Desprezo	0,837		
Desprezo	0,775			Culpa	0,799		
Raiva	0,746			Raiva	0,767		
Tristeza	0,648			Tristeza	0,605		
Desgosto	0,583			Desgosto	0,599		
Vergonha		0,890		Medo		0,810	
Medo		0,786		Vergonha		0,768	
Alegria			0,854	Alegria			0,856
Surpresa			0,779	Surpresa			0,741
Interesse			0,510	Interesse			0,592
KMO: 0,69				KMO: 0,71			
Alfa: 0,80				Alfa: 0,82			

Fonte: dados da pesquisa

Ressalta-se que além dos fatores serem semelhantes, entre as duas categorias de faixa etária, também são constituídos pelas mesmas emoções, conforme observação na análise da amostra geral da pesquisa. Esta semelhança nos resultados foi também observada quanto à análise fatorial dos itens da escala de satisfação, tal como descreve a tabela 17.

Tabela 17
Componentes da análise fatorial escala satisfação quanto a faixa etária

ESCALA SATISFAÇÃO	FAIXA ETÁRIA	
	MENOR	MAIOR
	Fator	Fator
Este atendimento era exatamente o que eu precisava	0,901	0,951
Estou satisfeita com minha decisão por este atendimento	0,871	0,948
Estou feliz por ter feito este atendimento	0,858	0,941
KMO	0,72	0,77
Alfa	0,84	0,94

Fonte: dados da pesquisa

Pode-se perceber que, em ambos os casos, a escala de satisfação também foi reduzida a um único fator, conforme os resultados já obtidos na amostra geral. A despeito do fato, ao se realizar o procedimento de análise de regressão com os dados obtidos a partir das duas categorias de faixa etária, surgiram algumas diferenças. Utilizando-se o método *stepwise*, em cada caso, foram eliminados fatores diferentes, resultando apenas uma variável independente, conforme tabela 18:

Tabela 18
Estatísticas de regressão quanto as categorias de faixa etária

MENOR FAIXA	Variável dependente	Variável independente	Estatísticas de regressão			
	Satisfação	Emoções de alto astral	R	R2	R2 Ajustado	Erro padrão da estimativa
			0,29	0,09	0,08	0,96
MAIOR FAIXA	Satisfação	Emoções de baixo astral	R	R2	R2 Ajustado	Erro padrão da estimativa
			0,43	0,19	0,18	0,90

Fonte: dados da pesquisa

Na categoria menor faixa etária, os fatores emoções de baixo astral e estado de tensão foram eliminados, restando apenas as emoções de alto astral, como variável independente, explicando 9% da variância da satisfação. Por outro lado, em

relação à maior faixa etária, tem-se a eliminação dos fatores emoções de alto astral e estado de tensão, sendo que as emoções de baixo astral explicam, sozinhas, 19% da variância da satisfação. Pode-se perceber, portanto, que apesar dos procedimentos de análise fatorial reduzirem os itens das escalas de emoções e de satisfação, em fatores semelhantes, relações distintas podem ser observadas em categorias diferentes de faixa etária.

Analisando-se esses dados a partir dos coeficientes de regressão (tabela 19), tem-se que, em relação às clientes de menor faixa etária, existe uma relação fraca, mas direta, entre satisfação e emoções de alto astral. Já entre as clientes de maior faixa etária, o que se percebe é que as emoções de baixo astral apresentam relação também fraca, mas inversa à satisfação.

Tabela 19
Coeficientes de regressão por faixa etária

MENOR FAIXA	Variáveis dependente	B	t	Sig
	Satisfação	-0,003	-0,054	0,957
Emoções de alto astral	0,292	4,624	0,000	
MAIOR FAIXA	Variáveis dependente	B	t	Sig
	Satisfação	3,216 E-16	4,2E-15	1
Emoções de baixo astral	-0,432	-5,7E+00	7,05E-08	

Fonte: dados da pesquisa

Os dados coletados na pesquisa não permitem uma análise capaz de justificar essas diferenças. O que se pode perceber é que na constituição da satisfação de pacientes, “pesam” emoções diferenciadas, considerando-se o critério faixa etária. Em mulheres mais jovens, experiências relacionadas às emoções de alto astral têm maior impacto na constituição da satisfação, enquanto que para pacientes de maior faixa etária, são as emoções de baixo astral que têm maior influência.

Observando-se, porém, conforme a tabela 15, que as médias avaliativas da satisfação para as duas categorias de faixa etária são semelhantes, pode-se compreender que, mesmo havendo o impacto de diferentes emoções em cada perfil de cliente, essas não geram influências significativas na constituição da satisfação das pacientes.

Conclusão

Na fase exploratória, a análise das entrevistas em profundidade ressaltou a ênfase das expectativas e da satisfação das pacientes acerca da categoria humanização do atendimento, caracterizando o desejo de se receber um serviço que considere não apenas o bem estar físico, mas também o psicológico. Essa necessidade de humanização fez destacar a ativação de emoções nos ambientes de serviço de saúde da especialidade de ginecologia, ressaltando o papel do médico como um dos pontos centrais do atendimento.

Observou-se que as expectativas das pacientes estão relacionadas não apenas às atitudes de cuidados técnicos dos profissionais de saúde, mas também às relações interpessoais. Para o gerenciamento da satisfação de pacientes em consultórios de ginecologia, os médicos devem desenvolver ações que busquem demonstrar atenção e interesse no atendimento. Por se tratar de uma especialidade médica relacionada à vida íntima da mulher, a satisfação das pacientes perpassa por expectativas dotadas de carga emocional, podendo-se, inclusive, observar uma distinção entre categorias emocionais que ativam experiências compreendidas como positivas ou negativas (IZARD, 1977).

Os resultados da fase descritiva serviram para esclarecer os estados emocionais ativados no ambiente de serviço de consultórios de ginecologia e as suas relações com a satisfação das pacientes. A necessidade de atenção (interesse), sugerida na fase exploratória, apresentou-se como emoção com maior média em termos de intensidade de ativação. Com o uso da escala de Izard (1977), levantou-se, contudo, outros estados emocionais ativados, havendo, em síntese, a divisão em três categorias principais: emoções de alto astral, estado de tensão e emoções de baixo astral.

Observando-se que a análise de regressão apresentou que 10% da variância da satisfação é explicada pelas emoções de alto e baixo astral, havendo uma relação direta e inversa, respectivamente, entre esses estados emocionais e a satisfação, reforça-se a necessidade de se gerenciar aspectos do encontro de serviço que levem à ativação/desativação dessas emoções. Assim, conhecer e incentivar os fatores do atendimento que conduzam a experiências que gerem

alegria, interesse e surpresa, pode elevar os índices de satisfação das pacientes; da mesma forma que minimizar os aspectos que gerem sensações de desprezo, culpa, raiva, tristeza e desgosto.

Vale destacar que as emoções denominadas de estado de tensão (vergonha e medo), apropriadas ao ambiente do estudo, foram excluídas pelo procedimento *stepwise*. Cabe observar, também, que as estatísticas de regressão com a presença (método *enter*) ou a ausência dessas emoções (método *stepwise*), não apresentaram mudanças expressivas de valores (tabela 11), o que indica que as emoções compreendidas como estado de tensão não influenciam, significativamente, a variável dependente (satisfação de pacientes).

Essa observação, se analisada em conjunto com os resultados da análise fatorial da escala de emoções de Izard (1977), que apresentou a separação das emoções negativas em duas categorias (emoções de baixo astral e estado de tensão), pode gerar um pressuposto: as pacientes, em ginecologia, distinguem categoriais emocionais com cargas compreendidas como negativas, estando as emoções de baixo astral relacionadas às experiências “ruins” e as emoções de estado de tensão relacionadas ao estado de nervosismo, à exposição física e ao temor quanto a possível existência de enfermidades. No contexto do atendimento, as emoções do estado de tensão (vergonha e medo) poderiam ser “esperadas” e, por isso, não apresentariam peso significativo na formação da satisfação das pacientes.

Nesse sentido, observa-se, nessa amostra, que o fator compreendido como emoções de alto astral apresentou a maior média dentre os três fatores, o que pode indicar que as experiências com o último atendimento em consultório privado de ginecologia foram, em geral, mais positivas, do que negativas. Dessa forma, o alto índice de satisfação indicado pode ser reflexo dessas experiências, o que reforça a gestão dos aspectos do serviço buscando estimular a ativação de emoções de alto astral. As expectativas apresentadas quanto à higiene do local e ao papel da atendente destacam que, não apenas no contato com o médico, mas em relação a

diversos aspectos do encontro de serviço, as pacientes devem vivenciar experiências o mais positivas possível.

Limitações e recomendações para futuros estudos

Por se tratar de uma amostra não-probabilística, os resultados não podem ser inferidos à população. Tendo sido essa pesquisa desenvolvida no contexto de consultórios de ginecologia, os resultados devem ser compreendidos para esse setor, mas novas pesquisas devem ser desenvolvidas levando em consideração outras especialidades médicas. Pode-se, ainda, a partir da comparação de resultados, verificar se existem relações diferentes entre os construtos emoções e satisfação de pacientes para cada tipo de atendimento em saúde. Uma outra idéia seria o desenvolvimento, dos mesmos objetivos desse trabalho, com pacientes de estabelecimentos públicos, verificando se há diferenças nas relações entre emoções e satisfação.

Percebe-se, ainda, que a baixa pontuação geral quanto à intensidade das emoções sentidas (tabela 7) pode ser resultante da decisão por entrevistar mulheres fora dos consultórios de ginecologia. Procedeu-se dessa maneira para evitar possíveis vieses pela influência do ambiente no momento de aplicação da pesquisa, mas o preenchimento em um contexto posterior ao atendimento médico pode ter gerado dificuldades relativas à recordação das emoções, e as entrevistadas podem não ter conseguido expressar, por meio da escala de *Likert*, as emoções ativadas. Por outro lado, há, ainda, de se supor, que o modelo DES II não se aplica, em sua totalidade, ao setor de saúde, o que levaria a uma não identificação das emoções listadas na escala, com as sentidas no atendimento.

Esses resultados podem reforçar as críticas de Ortony e Turner (1990), para os quais as emoções da escala de Izard (1977), compreendidas como básicas, não são suficientes para uma identificação completa dos estados emocionais. Novas pesquisas devem ser desenvolvidas utilizando outras escalas ou a partir do desenvolvimento de uma nova escala, apropriada para ambientes de saúde.

Por outro lado, pode ser que a explicação da variância da satisfação, a partir das emoções, em 10%, ressalte a idéia de que outras dimensões, como performance, atribuição e desconfirmação, influenciem a satisfação mais fortemente e seriam responsáveis pelos 90% da variância restante. Nesse sentido, novos estudos podem ser desenvolvidos para a mensuração dessas variáveis, com posterior comparação dos resultados. Além disso, não apenas à luz do Modelo Geral do Processo de Consumo (OLIVER, 1997), mas também das contribuições de autores como Linder-Pelz (1982) e Braunsberger e Gates (2002), pode ser elaborado um modelo dos antecedentes da satisfação dos pacientes, adequado à realidade de serviços de saúde, principalmente, no Brasil.

Nesse sentido, a pesquisa do IBGE sobre o perfil de acesso a serviços de saúde privada no Brasil pode auxiliar na compreensão das características brasileiras quanto as variáveis de influência na satisfação de pacientes. Além disso, a semelhança dos perfis observados entre a amostra-piloto desta pesquisa e os dados do IBGE podem auxiliar no desenvolvimento de ações mercadológicas direcionadas à especialidade de ginecologia. Espera-se que os resultados descritos possam contribuir para uma compreensão do comportamento do consumidor de serviços de saúde, auxiliando aos gestores nas tomadas de decisão. Conhecer os antecedentes da satisfação do paciente pode esclarecer fontes de vantagens competitivas, que, se administradas, dentro dos princípios éticos, podem proporcionar, às organizações de saúde, maior participação de mercado, com o conseqüente desenvolvimento do setor.

Referências

ALFORD, B. L. Affect, attribution and disconfirmation: their impact on health care services evaluation. **Health Marketing Quarterly**, v. 15, n. 4, p. 55-74,1998.

ANDERSON, R.; SRINIVASAN, S. E-Satisfaction and E-Loyalty: A Contingency Framework. **Psychology & Marketing**, v. 20, n. 2, p. 123-138, feb. 2003.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA, **Abertura de escolas médicas no Brasil**. Disponível em< <http://www.amb.org.br>> Acesso em: 16 mai. 2006.

BAGOZZI, R. P.; GODINATH, M.; NYER, P.U. The role of emotions in marketing. **Journal of The Academy of Marketing Science**, v.27, n.2, p.184-206, 1999.

BARDIN, L. **Análise do Conteúdo**. Lisboa: Edições Setenta, 1977.

BATCHELOR, C.; OWENS, D.J; READ, M.; BLOOR, M. Patient satisfaction studies: methodology, management and consumer evaluation. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v.7, n. 7, p. 22-30,1994.

BAYLEY, K. B.; LONDON, M.R.; GRUNKEMEIER, G.L.; LANKSY, D.J. Measuring the success of treatment in patient terms. **Medical Care**, v.33,supl 4, p. AS226-235, apr.1995.

BENNETT, P. D.; KASSARJIAN, H.H. **O Comportamento do Consumidor**, São Paulo: Atlas, 1975.

BERRY, L.L. Service marketing is different. **Business**, v.30, p.24-29, 1980.

BRAUNSBERGER, K.; GATES, R. Patient/enrollee satisfaction with healthcare and health plan. **Journal of Consumer Marketing**, v. 19, n. 7, p. 575-590, 2002.

BRUNER II, G. C.; HENSEL, P. J. **Marketing scales handbook: a compilation of multi-itens measures**. Chicago: American Marketing Association, v.2,1998.

BURKE, M. C.; EDELL, J. A. The impact of feelings on ad-based affect and cognition. **Journal of Marketing Research**, v. 26, n.1, p.69-83, feb.1989.

BYLES, J.E. ; HANRAHAN, P.F. ; SCHOFIELD, M.J. It would be good to know you`re not alone: the health care needs of women with menstrual symptoms. **Family Practice**, v.14, n. 3, p. 249-254, 1997.

CARR-HILL, R. The measurement of patient satisfaction. **Journal of Public Health Medicine**, v.14, n.3, p. 236-249, sept. 1992.

CARTWRIGHT, A. **Human Relations and Hospital Care**. London: Routledge & Kegan Paul, 1964.

CARVALHAL, G.F.; SMITH, D.S.; RAMOS, C.; KRYGIEL, J.; MAGER, D.E.; YAN, Y.; CATALONA, W.J. Correlates of dissatisfaction with treatment in patients with prostate cancer diagnosed through screening. **Journal of Urology**, v. 162, n. 1, p.113-118, 1999.

CARVALHO, J.L.F.S.; MOTTA, P.C. Experiências em cenários temáticos de serviços. **Revista de Administração de Empresas - RAE**, São Paulo, v. 42, n.2, p. 54- 65, abr/jun. 2002.

CHAUVEL, M. A. A satisfação do consumidor no pensamento de marketing: revisão de literatura . In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – ENANPAD, XXIII., 1999, Foz do Iguaçu, PR. **Anais...** Foz do Iguaçu: ANPAD, 1999. CD-ROM.

CHISICK, M. C. Satisfaction of active duty soldiers with family dental care. **Military Medicine**, v.162, n. 2, p. 105-108,1997.

COHEN, D.S; COLLIVER, J.A.; MARCY, M.S.; FRIED, E.D.; SWARTZ, M.H.
Psychometric properties of a standardized patient checklist and rating scale form used to assess interpersonal and communication skills. **Academic Medicine**, v. 71, n.1, p. 87-89,1996.

COHEN, G. Age and health status in a patient satisfaction survey. **Social Science and Medicine**, v. 42, n. 7, p.185-193, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, **Estatísticas**. Disponível em <
<http://www.portalmedico.org.br>> Acesso em: 16 mai. 2006.

COOPER-PATRICK, L.; GALLO, J.J.; GONZALES, J.J.; VU, H.T.; POWE, N.R.; NELSON, C.; FORD, D.E. Race, gender and partnership in the patient-physician relationship. **Journal of The American Medical Association**, v. 282, n.6, p. 583-589, 1999.

COTHERN, N. B.; COLLINS, M.D. An exploration attitude acquisition and reading instruction. **Reading Research and Instruction**, v. 31, n. 2, p. 84-97,1992.

CZEPIEL, J. A. ; ROSENBERG, L.J. ; SUPRENANT, C. The development of thought, theory, and research in consumer satisfaction. In: LAMB JR., C.W.; DUNNE, P. M. **Theoretical developments in marketing**. Chicago, IL: American Marketing Association, p. 216-219,1980.

DONOVAN, R.J.; ROSSITER, J. R. Store atmosphere: an environmental psychology approach. **Journal of Retailing**, v. 58, n. 3, p.34-57, spring, 1982.

DONABEDIAN, A. Explorations in quality assessment and monitoring: the methods and findings of quality assessment and monitoring. Michigan: **Healthy Administration Press**, v. 3, p-1771-1781,1985.

EVARD , Y. A. Satisfação dos Consumidores: Situação das Pesquisas. **Mimeo** PPGA/UFRGS, 1995.

FARIAS, S. A.; BOHNER, C.; DOLAN, J.; DWYER, L. Emoções e sentimentos na resposta de satisfação dos consumidores: o caso de um programa MBA. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – ENANPAD, 23.,1997,Rio de Janeiro,RJ. **Anais...**Rio de Janeiro: ANPAD, 1997. CD-ROM.

_____ ; CORRADINI, A. Emoções e satisfação em compras on-line: o “ser” é humano em ambientes intermediados por computadores? In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – ENANPAD, 28., 2004, Curitiba, PR. **Anais...** Curitiba: ANPAD, 2004. CD-ROM.

_____ ; SANTOS, R.; C. Influência da resposta afetiva na satisfação do consumidor: um estudo no segmento da terceira idade. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – ENANPAD, 26., 2000, Rio de Janeiro,RJ. **Anais...**Rio de Janeiro: ANPAD, 2000. CD-ROM.

FORTE, S.H.A.C. Manual de elaboração de tese, dissertação e monografia. Fortaleza: Universidade de Fortaleza, 2006.

FIRAT, A. F. ; DHOLAKIA, N. ; VENKATESH, A. Marketing in a postmodern world. **European Journal of Marketing**, v. 29, n.1, p.40-56, 1995.

GARBARINO, E.; EDELL, J. Cognitive effort, affect, and choice. **Journal of Consumer Research**, v.24, n.2, p.147-158, sep. 1997.

GARDNER, M. P. Mood states and consumer behavior: a critical review. **Journal of Consumer Research**, vol.12, n.3, p-281-300, dec. 1985.

GREEN, J.H.A. **Consumer theory**. Middlesex, England: Pinguin Books, 1971.

GRÖNROOS, C. **Service management and marketing: managing the moment of truth in service competition**. Lexington: Free Press Lexington Books, 1990.

HAIR, J. F.; ANDERSON, R.E.; TATHAM, R.L.; BLACK, W. **Análise multivariada de dados**. 5 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HALL, M.F.; PRESS, I. Keys to patient satisfaction in the emergency department results of multiple facility study. **Hospital and Health Services Administration**, v. 41, n.4, p. 515-532, 1996.

HALL, J.A.; MILBURN, M.A.; ROTER, D.L.; DALTRY, L.H. Why are sicker patient less satisfied with their medical care? Tests of two explanatory models. **Health Psychology**, v.17, n.1, p.70-75, 1998.

HANGASI, H.; CARLSSON, B.; BRISMAR, B. The urgency of care need and patient satisfaction at a hospital emergency department. **Health Care Management Review**. v.17, n.2, p.71-75,1992.

HASLAM, S.A.; McGARTY, C.; OAKES, P.J.; TURNER, J.C. Social comparative context and illusory correlation : testing between ingroup bias and social identity models of stereotype formation. **Australian Journal of Psychology**, v. 45, n. 3, p. 97-101, 1993.

HAVLENA, W. J.; HOLBROOK, M. B. The varieties of consumption experience: comparing two typologies of emotion in consumer behavior. **Journal of Consumer Research**. v.13, n.3, p. 394-404, dec. 1986.

HOLBROOK, M. B. Beyond Attitude Structure: Toward the Informational Determinants of Attitude. **Journal of Marketing Research**, v. 15, n.4, p. 545-556, nov.1978

_____ ; HIRSCHMAN, E. C. The Experiential Aspects of Consumption: Consumer Fantasies, Feelings and Fun. *Journal of Consumer Research*, v. 9, n.2, p. 132-140, sep.1982.

IBGE. **Acesso e utilização de serviços de saúde - ano 2003**. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2003/saude/default.shtm>> Acesso em: 16 mai. 2006.

IBGE. **Estatísticas em saúde assistência médico-sanitária - ano 2002**. Disponível em < <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams> > Acesso em: 16 mai. 2006.

IZARD, C. E. **Human Emotion**. Nova Iorque: Plenum Press, 1977.

JACKSON, J. L.; KROENKE, K. Patient satisfaction and quality of care. **Military Medicine**, v. 162, n. 4, p. 273-277,1997.

JACKSON, L.A.; SULLIVAN, L.A.; HARNISH, R.; HODGE, C.N. Achieving positive social identity : social mobility, social creativity and permeability of group boundaries. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 70, n.2, p. 241-254,1996.

JOHN, J. Patient satisfaction: the impact of past experience. **Journal of Health Care Marketing**. v.12, n. 3, p. 56-64,1992.

JOHNSON, M. D. The four faces of aggregation in customer satisfaction research. **Advances in Consumer Research**, v. 22, p. 89-93, 1995.

JOHNSON, M. D.; ANDERSON, E. W.; FORNELL, C. Rational and adaptive performance expectations in a customer satisfaction framework. **Journal of Consumer Research**, v. 21, n. 4, p. 695-707, mar.1995.

JOOS, S.K.; HICKAM, D.H. ; GORDON, G.H.; BAKER, L.H. Effects of physician communication intervention on patient care outcomes. **Journal of General Internal Medicine**, v. 11, n.3, p. 147-155,1996.

KLEIN, W.M. Objective standards are not enough: affective, self-evaluative and behavioral responses to social comparison information. **Journal of Personality and Social Psychology**, v.72, n.4, p. 763-774, apr. 1997.

KOSMITZKI, C. The reaffirmation of cultural identity in cross-cultural encounters. **Personality and Social Psychology Bulletin**, v. 22, n.3, p. 238-248, 1996.

KUMAR, A; OLIVER, R. L. Cognitive appraisals, consumer emotions and consumer response. In: **Advances in Consumer Research**. Provo: Association for Consumer Research, v.24, p.17-18, 1997.

LARÁN, J. A.; ROSSI, C. A. V. O Poder da Surpresa no Processo Emocional da Formação da Satisfação. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – ENANPAD, 27., 2003, Atibaia, SP. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2003. CD-ROM.

LAVERIE, D. A.; KLEINE III, R. F. ; KLEINE, S.S. Linking emotions and values in consumption experiences: an exploratory study. In: McALISTER, L.; ROTHSCILD, M. L. (ed). **Advances in Consumer Research**. Provo: Association for Consumer Research, vol. 20, p.70-75, 1993.

LAZARUS, R. S. Cognition and motivation in emotion. **American Psychologist**, v.46, n.4, p.352-367, apr. 1991.

LEE, Y; KASPER, J.D. Age differences in ratings of medical care among older adults living in the community. **Aging**, v. 11, n. 1, p. 12-20, 1999.

LEVISON, S.P. Multidisciplinary women`s health centers- a viable option? **International Journal of Fertility and Menopausal Studies**, v. 41, n. 2, p. 132-135, 1996.

LEWIS, J.R. Patient views on quality care in general practice: literature review. **Social Science and Medicine**, v. 39, n. 5, p. 655-670, 1994.

LINDER-PELZ, S. Toward a theory of patient satisfaction. **Social Science and Medicine**, v. 16, n. 5, p. 577-582, 1982.

LOBATO, A.; BORGES, A.; NIQUE, W. Avaliação da Aplicabilidade da Escala Consumption Emotions Set para Mensuração das Emoções em Experiências de Consumo na Cidade de Porto Alegre. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – ENANPAD, 27., 2003, Atibaia, SP. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2003. CD-ROM.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de Marketing**. São Paulo: Bookman, 2001.

MANO, H.; OLIVER, R. L. Assessing the dimensionality and structure of the consumption experience: evaluation, feeling and satisfaction. **Journal of Consumer Research**, v.20, n.3, p.451-466, dec. 1993.

McALEXANDER, J.H.; KALDENBERG, D.O.; KOENING, H.F. Services quality measurement. **Journal of Health Care Marketing**, v. 14, n. 3, p. 34-40, 1994.

McKINLEY, R. K. et al. Reliability and validity of a new measure of patient satisfaction with out of hours primary medical care in the United Kingdom: development of a patient questionnaire. **BMJ**, v. 314, n. 7075, p. 193-198, 1997.

MEHRABIAN, A.; RUSSELL, J. A. **An Approach to Environmental Psychology**. Cambridge: MIT Press, 1974.

MEREDITH, P; WOOD, C. Aspects of patient satisfaction with communication in surgical care: confirming qualitative feedback through quantitative methods. **International Journal for Quality in Health Care**. v. 8, n. 3, p. 253-264, 1996.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento- pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Vigilância em saúde* Disponível em < www.saúde.gov.br> Acesso em: 16 mai. 2006

MITTAL, V.; BALDASARE, P.M. Eliminate the negative. **Journal of Health care Marketing**, v. 16, n. 3, p. 24-31, 1996.

MÖWEN, J. C. **Consumer behavior**. Englewood Cliffs: Prentice Hall, 1995.

MUMMALANENI, V.; GOPALAKRISHNA, P. Mediators vs. moderators of patient satisfaction: the role of socio-demographic characteristics might be less significant than previously thought. **Journal of Health Care Marketing**, v. 15, n. 4, p. 16-23, 1995.

NICOSIA, F. M. **La decision del consumidor: y sus implicaciones en marketing y publicidad**. Barcelona: Gustavo, 1970.

NORCROSS, W.A.; RAMIREZ, C.; PALINKAS, L.A. The influence of women on the health care seeking behavior of men. **Journal of Family Practice**, v.43, n.5, p. 475-480,1996.

O`CONNOR, S. J.; SHEWCHUK, R.M.; CARNEY, L.W. The great gap. **Journal of Health Care Marketing**, v. 14, n. 2, p. 32-39, 1994.

OATLEY, K.; JENKINS, J.M. Human emotion: function and disfunction. **Annual Review of Psychology**, V. 43, n° 1, p. 55-85, 1992.

OLIVER, R. L. Cognitive, affective, and attribute bases of the satisfaction response. **Journal of Consumer Research**, v.20, p.418-430, dec.1993.

_____ A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. **Journal of Marketing Research**, v. 17, n.4, p.460-469, nov.1980.

_____ ; DeSARBO, W. Response determinants in satisfaction judgments. **Journal of Consumer Research**, v. 4, n.4, p. 495-507, mar.1988.

_____ The dimensionality of consumption emotion patterns and consumer satisfaction. **Journal of Consumer Research**, v.18, p.84-91, Jun. 1991.

_____ Measurement and evaluation of satisfaction processes in retailing settings. **Journal of Retailing**. v.57, n.3, p. 25-48, 1981.

_____ **Satisfaction: a behavioral perspective on the consumer**. New York: McGraw-Hill Company, 1997.

ORTONY, A.; CLORE, G.L. ; COLLINS, A. **The cognitive structure of emotions**. Cambridge: Cambridge University Press, 1988.

ORTONY, A.; TURNER, T.J. What's basic about basic emotions? **Psychological Review**, v.97, p. 315-331, jul.1990.

PETER, J. P.; OLSON, J. C. **Understanding consumer behavior**. Burr Ridge: Irwin, 1994.

PEYROT, M.; COOPER, P.D.; SCHNAPF, D. Consumer satisfaction and perceived quality of outpatient health services. **Journal of Health Care Marketing**, v. 13, n. 1, p. 24-33, 1993.

PLATOW, M.J.; HARLEY, K.; HUNTER, J.; HANNING, P. Interpreting in group favoring allocations in the minimal group paradigm. **British Journal of Social Psychology**, v. 36, n.1, p. 107-117, 1997.

PLUTCHIK, R. **Emotion: a psychoevolutionary synthesis**. New York: Harper & Row, 1980.

RICHINS, M. Measuring emotions in the consumption experience. **Journal of Consumer Research**. v. 24, p. 127-146, sep. 1997.

ROSS, C. K.; STEWARD, C. A.; SINACORE, J.M. The importance of patient preferences in the measurement of health care satisfaction. **Medical Care**, v. 31, n. 12, p. 1138-1149,1993.

ROTER, D.L.; STEWARD, M.; PUTNAM, S.M.;LIPKIN, M.; STILES, W.; INUI, T.S. Communication patterns of primary care physicians, **JAMA**, v. 277, n.4, p. 350-356, 1997.

RUTLEDGE, R. W.; NASCIMENTO, P. Satisfaction with HMOs: accessibility issues top the list for patients in commercial groups. **Journal of Health Care Marketing**, v. 16, n. 1, p. 22-27, 1996.

SINGH, J. A. multifaceted typology of patient satisfaction with a hospital stay. **Journal of Health Care Marketing**, v.10, n. 4, p. 8-21, 1990.

SKINNER, B. F. **Sobre o behaviorismo**. 8. ed. São Paulo: Cultrix, 2003.

SOH, G. Patient satisfaction with physician care. **Hawaii Medical Journal**, v. 50, n. 4, p.149-152,1991.

SPINOZA, F. S. Cognição e emoção em processos de comportamento do consumidor. In: Seminários em Administração – SEMEAD, 4.; 2003, São Paulo, S.P. **Anais...** São Paulo: Faculdade de Economia e Administração- FEA/USP, 2003.

TSE, G.K.; WILTON, P.C. Models of consumer satisfaction formation: an extention. **Journal of Marketing Research**. p.204-212, maio, 1988.

TUCKER, J. The moderators of patient satisfaction. **Journal of Management in Medicine**, v.16, n. 1, p-48-66, 2002.

ULLMAN, R.; HILL, J.W.; SCHEYE, E. C.; SPOERI, R.K. Satisfaction and choice: a view form the plans. **Health Affairs**, v.16, n. 3, p. 209-217, 1997.

URDAN, A. HUERTAS, M. O médico e a qualidade percebida. In: ENCONTRO ANUAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO- ENANPAD, 27., 2003, São Paulo. **Anais...**São Paulo: ANPAD, 2003, CD Rom.

VERGARA, S. **Métodos de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2005.

WALLBOTT, H.G.; SCHERER, K.R. Assessing emotion by questionnaire. In: PLUTCHICK, R.; KELLERMAN, H (ed). **Emotion: theory, research and experience**, Academic Press, v. 4, p.55-82, 1989.

WESTBROOK, R. A. Product/ consumption-based affective responses and postpurchase processes. **Journal of Marketing Research**, v. 24, p. 258-270, aug.1987.

_____ OLIVER, R. L. The dimensionality of consumption emotion patterns and consumer satisfaction, **Journal of Consumer Research**, v.18, p.84-91, jun.1991.

WILLIAMS, B. Patient satisfaction: a valid concept. **Social Science and Medicine**, v. 38, n. 2, p. 509-516,1994.

_____; COYLE, J.; HEALTY, D. The meaning of patient satisfaction: an exploration of high reported levels. **Social Science Medicine**, v.47, p.1351-1359, 1998.

WILLIAMS, S.J.; CALNAN, M. Convergence and divergence assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental and hospital care settings. **Social Science and Medicine**, v. 33, n. 6, p.707-716, 1991.

YOUNG, W.B.; MINNICK, A.F.; MARCANTONIO, R. How wide is the gap in defining quality care? Comparison of patient and nurse perceptions of important aspects of patient care. **Journal of Nursing Administration**, v. 26, n. 5, p.15-20, 1996.

ZEITHAML, V. A.; PARASURAMAN A.; BERRY, L.L. Problems and strategies in service marketing. **Journal of Marketing**, v.49, n.2, p.33-46, 1985.

ZÜLZKE, M. L. **Abrindo a empresa para o consumidor: a importância de um canal de atendimento**. 4.ed. Rio de Janeiro: Qualitymark,1997.

Apêndice

APÊNDICE I - QUESTIONÁRIO DO PRÉ-TESTE
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
Mestrado em Administração de Empresas
Questionário de Pesquisa

O objetivo desta pesquisa é identificar a satisfação e as emoções sentidas pelas pacientes em relação ao atendimento em consultório de ginecologia
Gostaríamos de solicitar a sua contribuição para responder as questões a seguir, informando que não é necessária a sua identificação:

1) Faixa etária:

() até 20 () de 21 a 30 () de 31 a 40 () de 41 a 50 () de 51 a 60 () 61 a 70 () 71 em diante

2) Grau de instrução:

() 1. Analfabeto/Primário incompleto () 2. Primário completo/ginásial incompleto
 () 3. Ginásial completo/colegial incompleto () 4. Colegial completo/ superior incompleto
 () 5. Superior completo

3) Possui plano de saúde? () sim () não Se sim, qual _____

4) Há quanto tempo consulta-se em ginecologia?

() até 1 ano () 2 a 5 anos () 6a 10 anos () 11 a 15 anos () de 16 anos em diante

5) Quantas vezes por ano consulta-se nesta especialidade?

() 1 vez () 2 vezes () 3 vezes () 4 vezes () 5 ou mais vezes

6) Há quanto tempo é cliente do(a) médico(a) atual?

() até 1 ano () 2 a 5 anos () 6a 10 anos () 11 a 15 anos () de 16 anos em diante

7) Com quantos médicos (as) da especialidade de ginecologia a senhora já se consultou?

() 1 () 2 () 3 () 4 () 5 ou mais profissionais

8) Marque com um X a nota que você daria a intensidade da emoção sentida no atendimento em 0 significa "não sinto" e 4 significa "sinto bastante"

EMOÇÕES		0	1	2	3	4
1	RAIVA /Frustração/Fúria/Irritação					
2	DESCONTENTAMENTO/ Insatisfação/ Descontentamento					
3	PREOCUPAÇÃO/ Nervosismo/ Preocupação/ Tensão					
4	TRISTEZA/ Depressão/ Tristeza/ Infelicidade					
5	MEDO/ Susto/ Temor/ Pavor					
6	VERGONHA/ Constrangimento/ Vergonha/ Humilhação					
7	INVEJA/ Inveja/ Ciúme					
8	SOLIDÃO/ Solidão/ Saudade					
9	PAIXÃO/ Sensualidade/ Romantismo/ Paixão					
10	AMOR/ Sentimentalismo/ Afeição					
11	TRANQUILIDADE/ Calma/ Tranquilidade					
12	CONTENTAMENTO/ Contentamento/ Satisfação					
13	OTIMISMO/ Otimismo/ Coragem/ Esperança					
14	ALEGRIA/ Felicidade/ Encantamento/ Alegria					
15	EXCITAÇÃO/ Empolgação/ Vibração/ Entusiasmo					
16	SURPRESA/Surpresa/ Admiração/ Espanto					
17	CULPA					
18	ORGULHO					
19	ANSIEDADE					
20	ALIVIO					

APÊNDICE I - CONTINUAÇÃO QUESTIONÁRIO DO PRÉ-TESTE

- 9) Marque com um X a nota que você daria para expressar a sua satisfação com o serviço do consultório ginecologia, sendo que 0 significa "discordo totalmente" e 4 "concordo totalmente".

SATISFAÇÃO		0	1	2	3	4
1	Estou satisfeita com minha decisão por esta consulta					
2	Esta consulta era exatamente o que eu precisava					
3	Minha escolha por esta consulta foi a mais sensata					
4	Não estou feliz por ter feito esta consulta					
5	Estou segura de ter feita a coisa certa ao fazer esta consulta					
6	Sinto-me mal com a minha decisão por esta consulta					

Muito obrigada pela atenção.

APÊNDICE II

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
Mestrado em Administração de Empresas
Questionário de Pesquisa

O objetivo desta pesquisa é conhecer as expectativas, a satisfação e as emoções sentidas pelas pacientes em relação ao serviço oferecido em consultórios de ginecologia

ROTEIRO DE ENTREVISTA

PARTE I

1) Faixa etária:

até 20 de 21 a 30 de 31 a 40 de 41 a 50 de 51 a 60 61 a 70 71 em diante

2) Grau de instrução:

1. Analfabeto/Primário incompleto 2. Primário completo/ginásial incompleto
 3. Ginásial completo/colegial incompleto 4. Colegial completo/ superior incompleto
 5. Superior completo

3) Possui plano de saúde? sim não Se sim, qual _____

4) Há quanto tempo consulta-se em ginecologia?

até 1 ano 2 a 5 anos 6 a 10 anos 11 a 15 anos de 16 anos em diante

5) Quantas vezes por ano consulta-se nesta especialidade?

1 vez 2 vezes 3 vezes 4 vezes 5 ou mais vezes

6) Há quanto tempo é cliente do(a) médico(a) atual?

até 1 ano 2 a 5 anos 6 a 10 anos 11 a 15 anos de 16 anos em diante

7) Com quantos médicos (as) da especialidade de ginecologia a senhora já se consultou?

1 2 3 4 5 ou mais profissionais

PARTE II

8) Caso já tenha se consultado por mais de um profissional, qual o motivo da mudança?

9) Quais as expectativas quanto ao serviço prestado em um consultório de ginecologia?

10) O que pode fazê-la sentir-se satisfeita com o serviço prestado em um consultório de ginecologia?

11) Existem dois serviços prestados pelo médico: o técnico, ligado ao conhecimento científico e o interpessoal, relacionado à interação social e psicológica com o cliente. Qual a sua opinião sobre esta afirmativa?

APÊNDICE II - ROTEIRO DE ENTREVISTA - CONTINUAÇÃO

PARTE III

- 7) Marque com um X o grau que você daria para a intensidade que você sentiu cada uma das emoções listadas a seguir, lembrando do último atendimento em ginecologia. Considere que 1 significa "não senti" e 5 significa "senti bastante"

	Você se sentiu...?	1	2	3	4	5
1	Atenta					
2	Concentrada					
3	Alerta					
4	Encantada					
5	Feliz					
6	Alegre					
7	Surpresa					
8	Maravilhada					
9	Admirada					
10	Abatida					
11	Triste					
12	Desanimada					
13	Irritada					
14	Enfurecida					
15	Enraivecida					
16	Desagradada					
17	Desgostosa					
18	Revulsiva (com repugnância ou aversão)					
19	Desprezada					
20	Desdenhada					
21	Menosprezada					
22	Magoada					
23	Com medo					
24	Aprensiva					
25	Embaraçada					
26	Envergonhada					
27	Tímida					
28	Arrependida					
29	Culpada					
30	Acusada					

- 8) Marque com um X a nota que você daria para expressar a sua satisfação com este atendimento em ginecologia, considerando que 1 significa "discordo totalmente" e 5 "concordo totalmente".

	SATISFAÇÃO	1	2	3	4	5
1	Estou satisfeita com minha decisão por este atendimento					
2	Este atendimento era exatamente o que eu precisava					
3	Estou feliz por ter feito este atendimento					

Muito obrigada pela contribuição!

APÊNDICE III- QUESTIONÁRIO FINAL

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - Mestrado em Administração de Empresas
Questionário de Pesquisa

O objetivo desta pesquisa é identificar a satisfação e as emoções sentidas pelas pacientes no atendimento em consultórios de ginecologia da rede privada de saúde.

Solicitamos a sua contribuição para responder as questões a seguir.

Não é necessária a sua identificação!

1) Você já se consultou em um consultório de ginecologia da rede privada de saúde?
() Sim () Não

2) Sua idade está em qual faixa:
1.() 20 a 24; 2.() 25 a 29; 3.() 30 a 34; 4.() 35 a 39; 5.() 40 a 44; 6.() 45 a 49
7.() 50 a 54; 8.() 55 a 59; 9.() 60 a 64; 10.() 65 a 69; 11.() 70 a 74; 12.() 75 a 79;
13.() 80 anos ou mais

3) Grau de instrução:
1.() Analfabeto/Primário incompleto 2.() Primário completo/ginásial incompleto
3.() Ginásial completo/colegial incompleto 4.() Colegial completo/ superior incompleto
5.() Superior completo

4) Quantas vezes por ano consulta-se na especialidade de ginecologia?
1.() 1; 2.() 2; 3.() 3 4.() 4 ou mais; 5.() não me consulto todos os anos

5) Como você poderia avaliar seu estado de saúde?
1.() Muito bom 2.() Bom 3.() Regular 4.() Ruim 5.() Muito ruim

**** Agora, por favor, lembre-se do seu último atendimento em consultório de ginecologia da rede privada de saúde. Responda as questões 6, 7 e 8 recordando este atendimento em todos os seus aspectos:**

- 6) Para realizar este atendimento o pagamento foi feito por meio de:**
1.() Plano de saúde, mesmo que em parte 2.() Desembolso próprio 3.() Cortesia
- 7) Marque com um X o grau que você daria para a intensidade que você sentiu cada uma das emoções listadas a seguir, lembrando do último atendimento em ginecologia. Considere que 1 significa "não senti" e 5 significa "senti bastante"**

Você se sentiu...?	1	2	3	4	5
1 Atenta					
2 Concentrada					
3 Alerta					
4 Encantada					
5 Feliz					
6 Alegre					
7 Surpresa					
8 Maravilhada					
9 Admirada					
10 Abatida					
11 Triste					
12 Desanimada					
13 Irritada					
14 Enfurecida					
15 Enraivecida					
16 Desagradada					
17 Desgostosa					
18 Revulsiva					
19 Desprezada					
20 Desdenhada					
21 Menosprezada					
22 Magoada					
23 Com medo					
24 Apreensiva					
25 Embaraçada					
26 Envergonhada					
27 Tímida					
28 Arrependida					
29 Culpada					
30 Acusada					

- 8) Marque com um X a nota que você daria para expressar a sua satisfação com este atendimento em ginecologia, considerando que 1 significa "discordo totalmente" e 5 "concordo totalmente".**

	SATISFAÇÃO	1	2	3	4	5
1	Estou satisfeita com minha decisão por este atendimento					
2	Este atendimento era exatamente o que eu precisava					
3	Estou feliz por ter feito este atendimento					

Muito obrigada pela contribuição!

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)