

FEAD-MINAS CENTRO DE GESTÃO EMPREENDEDORA
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO
MODALIDADE: PROFISSIONALIZANTE

**SATISFAÇÃO DE USUÁRIOS DE SERVIÇOS
MÉDICOS CONVENIADOS: UM ESTUDO
EMPÍRICO EM BELO HORIZONTE**

Gabriel Guimarães Henrique

Belo Horizonte
2004

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

Gabriel Guimarães Henrique

**SATISFAÇÃO DE USUÁRIOS DE SERVIÇOS
MÉDICOS CONVENIADOS: UM ESTUDO
EMPÍRICO EM BELO HORIZONTE.**

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado em Administração: Modalidade
Profissionalizante da FEAD - Minas –
Centro de Gestão Empreendedora, como
requisito parcial a obtenção do título de
Mestre em Administração.

Área de Concentração: Gestão Estratégica de
Organizações

Orientador: Prof. Dr. Cid Gonçalves Filho

Belo Horizonte
FEAD-MINAS
2004

AGRADECIMENTOS

Venho por meio desta prestar uma singela homenagem a todos aqueles que colaboraram para a conclusão desta pesquisa e conseqüentemente a superação de mais uma etapa rumo à vida acadêmica. Esta paixão pela sala de aula devo a meu pai, os passos dele foram seguidos convergindo a psicologia ao marketing. Muito obrigado a todos os familiares e amigos que apoiaram nesta caminhada, em especial minha mãe e meu irmão.

Não poderia esquecer dos amigos da agência que incorporaram o espírito de equipe em busca de tentar diminuir as limitações de tempo. Por fim, mas com a mesma importância o acompanhamento do prof. Dr. Cid Gonçalves Filho com o apoio teórico e psicológico necessário para a continuidade do trabalho e à equipe da Fead Minas pela cessão da estrutura e das condições de trabalho.

RESUMO

O ambiente organizacional é hoje caracterizado por uma alta competitividade, elevada turbulência ambiental, e pela ocorrência de mudanças rápidas e descontínuas no macroambiente das empresas. A globalização da economia acrescenta mais complexidade às organizações, fazendo com que os mercados percam fronteiras e fiquem ainda mais competitivos.

Esta nova realidade está contribuindo para que cada vez se torne mais caro obter novos clientes, o que faz com que manter clientes antigos seja mais atraente. Estima-se que atualmente, custa de três a cinco vezes menos manter um cliente do que obter um cliente novo.

Diversos estudos verificaram uma relação positiva entre satisfação e propensão do cliente à lealdade. Porém, embora a satisfação dos clientes seja primordial para qualquer empresa bem-sucedida, constata-se que a satisfação isolada não é suficiente para a manutenção de clientes leais.

Satisfação de clientes não deve ser simplesmente uma meta, mas sim uma forma das empresas melhorarem seu desempenho. Diversos estudos têm demonstrado as relações entre satisfação, lealdade e desempenho econômico, medido de diversas formas, como, por exemplo, retorno sobre investimento, preço das ações, valor agregado. Um profundo conhecimento sobre os fatores que levam a satisfação e a lealdade pode ajudar as empresas na alocação de recursos escassos, buscando a otimização de sua performance. Com base nestas premissas, o estudo proposto aplica o ACSI no setor médico. Sendo este, na percepção dos pacientes da região metropolitana de Belo Horizonte. Aborda-se os antecedentes de satisfação, sendo expectativas, valor percebido, qualidade percebida.

ABSTRACT

Nowadays, the organizational environment is characterized by a highly competitive, and increased workplace turbulence, due to the rapid and discontinuous changes in the macro environment of companies. The globalization of the economy adds more complexity to organizations, reducing barriers to markets and thereby making them more competitive.

This new reality is compounded by the fact that each and every day, it becomes more expensive to attract new clients. Therefore it is much more attractive to see what can be done in order to retain the existing or old clients. In today's business world it is estimated that the cost of maintaining an existing client is three to five times less than attracting new ones.

Many studies have indicated a distinct correlation between satisfaction and client's loyalty. Although, loyalty itself is not enough to keep clients.

Client or customer satisfaction should not be simply an objective, but a way for companies to improve their performance. Various studies have shown the relation between satisfaction, loyalty and economic performance, measured in various ways, such as for example, investment returns, share prices, and perceived value. A deep knowledge about the factors that bring satisfaction and loyalty may help companies to obtain smaller resources, trying to improve their performance. With these questions and hypotheses, the present work applies the ACSI (American Customer Satisfaction Index) in the medical sector, in Belo Horizonte's metropolitan area.

“ A retenção do cliente deve ser a meta de todas as empresas. Só é admissível perder um bom cliente com a morte dele”.

Ben Shapiro

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. PROBLEMA E JUSTIFICATIVA.....	11
3. OBJETIVOS.....	14
3.1 Objetivo geral.....	14
3.2 Objetivos específicos.....	14
4. REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
4.1. Conceituação e classificação de serviço.....	15
4.2. Estratégia de serviços.....	22
4.3. Serviços médicos.....	23
4.4. Comportamento do consumidor.....	25
4.5. O Índice Americano de Satisfação de Clientes.....	29
4.5.1. Propriedades dos Índices de Satisfação de Clientes.....	30
4.5.2. Propriedades do Modelo Americano (ACSI).....	32
4.5.3. Condicionantes dos modelos de medição da satisfação dos clientes.....	33
4.5.4. Metodologia do índice americano de satisfação de clientes.....	34
4.5.5. O modelo do Índice Americano de Satisfação do Cliente (ACSI).....	35
4.5.6. Itens determinantes do índice de satisfação do cliente.....	35
4.6. Qualidade.....	36
4.6.1 Qualidade de serviços.....	37
4.6.2 Qualidade de serviços médicos.....	39
4.7. Valor.....	44
4.8. Expectativas.....	46
4.9. Satisfação.....	48
4.10. Lealdade.....	51
5. HIPÓTESES DE TRABALHO.....	56
6. METODOLOGIA DE PESQUISA.....	58
6.1. Estratégia de pesquisa.....	58
6.2. Tipo de pesquisa.....	58
6.3. Universo, amostra e período de estudo.....	59

6.3.1. Unidade de análise.....	59
6.3.2. Unidade de observação.....	59
6.4. Método de pesquisa.....	59
6.5. Amostra de estudos.....	61
7. ANÁLISE DE DADOS.....	62
7.1. Fase exploratória.....	62
7.2. Fase descritiva.....	63
7.2.1. Análise exploratória dos dados.....	64
7.2.1.1. Análise de dados ausentes e valores extremos (<i>outliers</i>).....	64
7.2.1.2. Reversão de itens.....	64
7.2.1.3. Análise de valores extremos multivariados.....	65
7.2.2. Validade e confiabilidade das escalas.....	66
7.2.2.1. Análise de confiabilidade dos constructos por meio de Alpha de Cronbach....	66
7.2.2.2. Avaliação de dimensionalidade do constructo por meio de Análise Fatorial....	70
7.2.2.3. Análise de linearidade.....	76
8. APLICAÇÃO DE TÉCNICAS DE EQUAÇÕES ESTRUTURAIS.....	77
8.1. Análise de resultados.....	88
9. QUADRO RESUMO DE HIPÓTESES.....	91
10. CONSIDERAÇÕES SOBRE OS RESULTADOS.....	92
11. TESTE DO MODELO ALTERNATIVO.....	93
12. CONCLUSÕES FINAIS.....	95
13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	102
14. APÊNDICES.....	110

1. INTRODUÇÃO

Com um ambiente extremamente mutável, onde somente as empresas que tiverem estratégias claras terão vantagens sustentáveis em relação a seus concorrentes e com uma economia extremamente competitiva, necessita-se cada vez mais necessário que se mantenha os clientes ativos na organização. Ou seja, a empresa que almeja sucesso nos dias atuais tem que ter como uma de suas principais estratégias buscar a fidelização de seus clientes e para isso, é de suma importância que se possua a maior gama de informações possíveis acerca de seus clientes para, a partir daí, conhecer seu comportamento e tentar uma real aproximação (KOTLER, 2000).

É sabido que nesta nova realidade torna-se cada vez mais caro a obtenção de novos clientes, atendo-se aos valores de que se gasta cinco vezes mais para se obter um novo cliente em relação à manutenção de um antigo. Com base nestes números, torna-se bastante claro que a manutenção de clientes antigos é bastante atraente para as organizações independente de seu segmento (BATESON e HOFFMAN, 2001).

Inúmeros estudos, dentre eles os de Fornell (1992) e Anderson (1994) abordam a questão de que um cliente satisfeito é mais propenso a tornar-se leal, porém não é o único ponto a ser abordado. Griffin (1998) afirma que a satisfação tratada isoladamente não é fator suficiente para criar e manter clientes fiéis.

Levando-se em consideração o conceito de que o grau de satisfação é diretamente proporcional às expectativas do cliente em relação à experiência vivida (KOTLER, 2000), permeia este raciocínio uma série de questionamentos, dentre eles: Que fatores exercem impacto na satisfação? Após a descoberta destes fatores, questiona-se como transformar um cliente satisfeito em um cliente realmente fiel? Tendo estas respostas em mãos as empresas conseguiriam um importante diferencial competitivo, já que suas estratégias e decisões estariam de acordo com as aspirações de seus potenciais consumidores e conseqüentemente atingindo em cheio seu público alvo. É de grande importância para a empresa, o

pensamento que a satisfação de seus clientes não poderá se tornar o fim do processo, ou uma mera meta a ser cumprida, e sim que seja uma forma da empresa constituir sua estratégia e assim obter significativa melhora de desempenho. Com este profundo conhecimento daqueles fatores que podem levar à satisfação e à lealdade de seus consumidores, a empresa tem nítidas condições de alocar seus recursos de forma a otimizar sua performance, pois os esforços tornam-se direcionados (MARTENSEN, 2000).

Com o intuito de medir a satisfação dos clientes e sua conseqüente propensão à lealdade, surgiram os Índices Nacionais de Satisfação. Os estudos acerca destes índices surgiram em 1989, na Suécia. Seguido por diversos países que acompanharam este tipo de estudo, em ordem cronológica: Alemanha (1992), Estados Unidos (1994), Israel e Taiwan em 1995, e Nova Zelândia em 1996 também desenvolveram seus índices (BATESON, 2001).

Este estudo analisa o processo de fidelização dos clientes de serviços médicos conveniados e suas respectivas relações entre os antecedentes à satisfação global do cliente e seu respectivo impacto na propensão a lealdade. Para o cumprimento do proposto será utilizado um modelo de aferição de satisfação de clientes denominado Índice Americano de Satisfação de Clientes. Este modelo aborda a qualidade percebida, o valor percebido, as expectativas do cliente, a satisfação global do cliente e suas respectivas reclamações e propensão à lealdade.

A escolha pelo setor médico é devido a sua importância na sociedade e ao elevado grau de intangibilidade deste serviço. Neste segmento, o cliente, tende na maioria dos casos, a apresentar dificuldades de mensurar a qualidade e sua conseqüente satisfação. Para esta comprovação estão sendo feitas adaptações na escala, observar-se-á todos os itens citados no parágrafo anterior, com exceção das reclamações dos clientes por não fazer parte do objetivo deste estudo.

Com este estudo objetiva-se verificar as relações entre os constructos expectativa, qualidade de serviço, valor percebido, satisfação geral do cliente e sua conseqüente propensão à lealdade, tendo como base teórica os trabalhos realizados por diversos autores,

dentre eles Zeithaml, Berry e Parasuraman (1996), Fornell et. Al (1996) e Oliver (1997). Este estudo também compreende a adaptação das escalas para o setor médico conveniado com ênfase a aqueles profissionais instalados na região médico- hospitalar de Belo Horizonte.

Esta dissertação encontra-se dividida em etapas, iniciando-se por esta introdução.

O problema de pesquisa, juntamente com a justificativa da mesma, sendo estes trabalhados de forma detalhada. Em um terceiro momento os objetivos, tanto gerais como específicos são colocados com o intuito de direcionar os trabalhos dessa dissertação.

Após o problema inicia-se do referencial teórico, iniciando-se pela conceituação e classificação de serviços, assim como estratégia de serviços, serviços médicos e abordando o tópico comportamento do consumidor. Posteriormente é feita uma revisão acerca dos Índices de Satisfação de Clientes existentes no mundo e suas respectivas propriedades, dando-se uma maior ênfase ao de origem americana, pelo simples fato de ser o modelo utilizado neste estudo. Finalizando esta etapa é feita uma revisão de todos os constructos utilizados para aferição desta metodologia, sendo eles: expectativas, qualidade percebida, valor percebido, satisfação e lealdade de clientes.

Na apresentação da metodologia são contempladas as características das fases qualitativa e quantitativa da pesquisa, assim como detalhes do universo da amostra estudada. Subseqüente à demonstração da metodologia será feita uma análise dos dados coletados, de forma exploratória e para a validação de escalas. Finalizando a etapa de análise de dados é feito o teste das hipóteses propostas através de aplicação de técnicas de equações estruturais.

Após a demonstração da metodologia será feita a análise dos dados coletados, iniciando-se pela análise de dados ausentes valores extremos. Após esta, inicia-se a avaliação da dimensionalidade dos constructos por intermédio de análise fatorial. Visando garantir a confiabilidade e a validade dos constructos realiza-se a análise de confiabilidade com o uso do alfa de Cronbach, variância extraída e validade discriminante.

Conseqüentemente é constituída pela discussão dos resultados da pesquisa. Finalizando este estudo, as conclusões do estudo são relatadas, assim como suas implicações teóricas e gerenciais. Suas limitações e recomendações para futuras pesquisas encerram este trabalho.

2. PROBLEMA E JUSTIFICATIVA

Para Kotler (2002), a oferta excessiva de profissionais no mercado é afetada diretamente pelo ingresso em grande número de profissionais de nível técnico em algumas áreas, o que de certa forma ocupa um “espaço” no mercado anteriormente ocupado exclusivamente pelos profissionais especializados em áreas de elevado grau de especificidade. Neste momento em que a oferta excede a procura, começa uma competição cada vez mais acirrada pela conquista de clientes. Atualmente, aqueles profissionais que há pouco tempo não possuíam tempo para atender a toda a demanda, vêm-se obrigados a intensificar políticas de marketing com o intuito de atrair, e principalmente manter seus clientes. O mesmo autor explica que nesta era (era da informação), onde o conhecimento é um bem muito valioso, não deve-se considerar o cliente apenas como aquele com quem negocia-se, mas sim despender grandes esforços para conhecer os clientes, para que se possa oferecer produtos ou serviços cada vez mais próximos de seus anseios. Desta forma é possível alcançar a satisfação e conseqüentemente aumentar a propensão à fidelidade do mesmo. É necessário que se olhe para o cliente com maior atenção. Em vez de querer conquistar mais clientes, as empresas devem colocar a ênfase em reter e chegar ao ponto extremo de praticamente conquistar aqueles que são realmente valiosos para a organização e dar prioritariamente a eles os benefícios e um tratamento personalizado. Em um primeiro momento a organização terá que descobrir quais são seus clientes mais valiosos, quem são que podem proporcionar maior lucratividade em um relacionamento de longo prazo, e aqueles que estão dispostos a informar o que desejam, dispostos a indicar outras pessoas e até mesmo aqueles que possuem muito pouco tempo e desta forma valorizam mais o atendimento individualizado (PEPPERS e ROGERS, 1994).

Comprovando esta teoria dos benefícios de se buscar a fidelidade, Jill Griffin (1998) afirma que as recompensas da fidelidade são de longo prazo e cumulativas. Desta forma, quanto mais tempo o cliente permanecer fiel a empresa, maior lucratividade a organização poderá ter com ele. Estes clientes fiéis são mais propensos a comprar mais de uma vez e principalmente iniciar uma corrente de indicações, utilizando-se de propaganda positiva (ZEITHAML, BERRY e PARASURAMAN, 1996).

De acordo com Kotler (2000), a satisfação é oriunda do desempenho percebido pelo cliente e de suas expectativas antes, durante e depois do uso do bem adquirido. Desta forma a literatura postula que a satisfação ou insatisfação do indivíduo é o resultado de uma comparação de expectativas pré-compra com os resultados reais (OLIVER, 1980). É importante salientar que os estudo de Richard L. Oliver vem sendo constantemente comprovado empiricamente em diversos setores e segmentos de mercado, dentre eles o automobilístico.

Ao se tratar de serviço deve-se levar em consideração algumas características que dificultam a avaliação de qualidade por parte do cliente quando comparado com bens tangíveis. Estas características dizem respeito à sua intangibilidade, indivisibilidade no momento em que não é possível separar o serviço do prestador de serviço e, conseqüentemente, podendo variar de acordo com o profissional que o executa. A última característica relevante é que o serviço é executado naquele determinado momento, portanto não sendo guardado para um momento mais oportuno (ZEITHAML, 2003; KOTLER, 2002).

Os Índices Nacionais de Satisfação surgiram no início na década de 90 na Europa com o intuito de suprir esta lacuna na medição da satisfação dos clientes e sua conseqüente propensão à lealdade. Dentre uma gama de medidores de satisfação, neste sentido será utilizado o Índice Americano de Satisfação do cliente (FORNELL, JOHNSON, ANDERSON, CHA e BRYANT, 1996), por ser um índice relativamente recente, introduzido em meados de 1994 e com grande aceitação mundial.

O interesse pela escolha do segmento de serviços baseia-se em literaturas que colocam o serviço como uma megatendência mundial (KOTLER, 1994). Para se ter uma idéia, nos Estados Unidos e Canadá o setor de serviços representa 72% e 67% do seu Produto Interno Bruto (PIB), respectivamente (LOVELOCK e WRIGHT, 2003). Outro ponto que atenua os olhares para este setor, é o fato de que o mesmo será responsável por aproximadamente 90% dos novos empregos gerados na próxima década. Os dados brasileiros vão de encontro a esta tendência, pois os serviços respondem por 55% do Produto Interno Bruto (PIB) (LOVELOCK e WRIGHT, 2003). Com base nestes pressupostos nasce o intuito de medir em uma base empírica, o grau de satisfação em um serviço de fundamental importância para a sociedade, que é o serviço médico. Para comprovar a importância deste setor como atividade econômica, basta discriminar que os estoques anuais de empregos nas áreas de saúde e serviços sociais atingem a 1.120.905 de pessoas economicamente ativas, em uma estimativa preliminar realizada em 2002, ficando na frente de não menos importantes setores, como construção, ensino e agricultura, pecuária e silvicultura. (MTE/RAIS/CAGED, 2002).

Certo da relevância do setor de serviços, da considerável carência de pesquisas acerca da área de saúde, excetuando os consistentes estudos de André Urdan (1996). Este segmento, geralmente exercido por profissionais liberais, e “amargando” um elevado grau de informalidade devido ao enorme contingente de profissionais sem capacitação técnica para exercer a distinta profissão, e da exaltada necessidade de estudos a respeito do comportamento do consumidor, surge a questão fundamental desta pesquisa:

- Quais os antecedentes da satisfação em pacientes de serviços médicos conveniados, e o impacto desta na lealdade?

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Mensurar a satisfação no serviço de consulta médica conveniada e seu impacto na lealdade, assim como sua relação com os antecedentes: expectativas do cliente, qualidade de serviços percebida e valor percebido pelo cliente.

3.2. Objetivos específicos

- a) Adaptar e desenvolver escalas de medição para os constructos qualidade percebida, valor percebido, expectativas, satisfação e propensão à lealdade, com base na vasta literatura pertinente e em pesquisas anteriores voltadas para serviços médicos.
- b) Mensurar a qualidade percebida, valor percebido, expectativas, satisfação e lealdade do cliente, analisando a confiabilidade e validade das medições por análises estatísticas.
- c) Verificar as relações entre os construtos no escopo de serviços médicos no Brasil.

4. – REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 – Conceituação e classificação de serviço

O setor de serviços apresenta enorme importância em todos os países, independente de seu grau de desenvolvimento. Em termos sócio-econômicos pode-se afirmar que a maioria dos países se transformaram em economias de serviços. Colaborando para com esta afirmação, em meados da década de 80, o setor de serviço correspondia a 66% da economia americana e 58% dos países do Mercado Comum Europeu, sendo também responsável por cerca de 44 milhões de empregos nos Estados Unidos nos anos compreendidos entre as décadas de 60 e 80 (HESKETT, SASSER e HART, 1994).

Este espectro da importância do setor não é característica única dos países com elevado grau de desenvolvimento, no Brasil a tendência é semelhante. Em seu estudo, Kon (1994) traça um paralelo sobre o crescimento contínuo do setor de serviço na produção brasileira de 1950 a 1992, demonstrando claramente o aumento da representatividade do setor de serviços em uma economia basicamente constituída por setores primários e secundários. Fato este comprovado ao se observar que em 1996 o setor de serviço absorvia 61,27% do PIB brasileiro em comparação aos 38,73% dos setores primários e secundários (Instituto Brasileiro de geografia e Estatística – IBGE, 1998).

Vários fatores podem contribuir para uma melhor explicação do crescimento da produção de serviços. Nos países mais desenvolvidos a demanda por serviços pode ser causada pela diminuição das jornadas de trabalho, crescente aumento na expectativa de vida das pessoas, maior preocupação com questões ecológicas e ambientais e propriamente a constantes evoluções tecnológicas, entre diversos outros possíveis fatores. Já nos países menos desenvolvidos, a principal causa da excessiva demanda de serviços credita-se ao enorme êxodo dos trabalhadores rurais para os grandes centros urbanos, estimulando o crescimento, muitas vezes desordenado, da produção de serviços formais e informais (FALCONI, 1988).

Diversos autores, dentre eles Bateson (2001), Kotler (2002) e Lovelock (2003) estudam e divulgam publicações a respeito da importância do setor de serviços na economia moderna e suas variações atreladas ao marketing. Devido à sua intangibilidade, o conceito de serviço torna-se mais complexo do que definir um produto ou um setor de bens tangíveis. Antes de tentar compilar este conceito, é necessário que tenha-se dois conceitos iniciais trabalhados por Lovelock e Wright (2003).

- Serviço é um ato ou desempenho oferecido por uma parte à outra. Embora o resultado possa estar ligado à apropriação de um produto físico, o desempenho é essencialmente intangível e na maioria das vezes não resulta em apropriação de nenhum dos participantes;
- Serviços são atividades econômicas que criam valor e fornecem benefícios para clientes em tempos e lugares específicos.

Outra linha a se seguir define serviço como sendo ações, processos e atitudes (BITNER e ZEITHAML, 2003), ou mesmo uma conceituação de um gerente da gigante americana Procter & Gamble que diz: “Colocando a questão de maneira simples, um produto é algo que o consumidor compra e leva embora com ele ou consome, ou, de alguma outra maneira usa. Se não é físico, se não é algo que se pode levar embora ou consumir, então chamamos de serviço” (SCHORR, J.L., *Advertising Age*, January 15, 1979, 10-13).

Este conceito suscita a seguinte pergunta: o consumidor está pagando por um bem ou um serviço? Em termos práticos, o cliente adquire os dois no momento da transação, mas deve-se levar em conta que os benefícios são entregues ao consumidor por meio de um serviço em vez de um bem. Desta forma não seria errôneo afirmar que os benefícios do serviço são entregues por meio de uma experiência interativa envolvendo o cliente com diferentes níveis de intensidade (BATESON e HOFFMAN, 2001). Para tentar solucionar esta dicotomia pode-se pensar em um exemplo da maior pizzaria *delivery* do mundo, a conceituada empresa americana Domino's Pizza, que recentemente começou a atuar na capital mineira. Desta forma está-se adquirindo os dois, primeiramente o produto (bem) que

é a refeição, e conseqüentemente o serviço, que seria a entrega na porta da residência de forma rápida.

A classificação dos serviços é outra questão polêmica. Inúmeros autores abordam esta classificação, não existindo tipologias de serviços amplamente aceitas. Para um maior entendimento acerca dos serviços salienta-se que eles diferem de várias maneiras, não somente por ramo de atividades como muitos pensam. Alguns esquemas classificatórios propostos por conceituados autores possuem maior aceitabilidade. (LOVELOCK e WRIGHT, 2003).

- Grau de tangibilidade ou intangibilidade dos processos de serviço;
- Destinatário direto do processo de serviço: deseja-se separar se o cliente se envolve no processo ou não;
- Lugar e tempo de entrega do serviço: qual participante do processo se dirige ao serviço e os canais que devem ser utilizados para esta interação;
- Personalização versus padronização: é importante saber se os clientes devem receber os mesmos serviços ou serviços diferenciados de acordo com estratégias de segmentação;
- Natureza da relação com os clientes: se a organização tem conhecimento de quem é o cliente que está adquirindo aquele serviço, fato este muito complicado em se tratando de políticas de comunicação em massa;
- Medidas na qual a oferta e a demanda estão em equilíbrio: relativos ao grau de sazonalidade de determinados serviços, sejam eles serviços de uso constante ou por períodos determinados.

- Medida pela quais instalações, equipamentos e pessoal participam da experiência de serviço.

Para Kotler (1994), cinco categorias de ofertas, na relação com o cliente podem ser separadas:

- 1) Bem tangível: não há acompanhamento de nenhum serviço atrelado ao produto;
- 2) Bem tangível acompanhado de produto: o produto recebe um ou mais serviços para aumentar seu apelo de consumo;
- 3) Híbrido: Partes iguais de bens e serviços constituem na oferta;
- 4) Serviço principal acompanhado de bens e serviços secundários: consiste em oferecer um serviço principal com alguns serviços adicionais e/ou bens de apoio no momento da oferta.
- 5) Serviço: A oferta consiste basicamente em um serviço.

A seguir, (QUADRO 1) especifica-se outros vários esquemas classificatórios de serviços, além de ajudar a compreender os conceitos e classificações, muitas vezes obscuras, acerca dos serviços, demonstrando seu elevado grau de complexidade. A classificação utilizada sobre o serviço pode propiciar a precoce identificação de possíveis problemas, facilitando a confecção de estratégias para sua melhoria.

QUADRO 1 – Resumo de esquemas propostos para classificação de serviços

Autor	Esquemas classificatórios	Comentários
JUDD (1964)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Serviços de aluguel de bens (direito de propriedade e uso de um bem por um período definido de tempo) 2. Serviços a bens possuídos (criação sob medida, reparo e melhoria de bens possuídos pelo cliente) 3. Serviços não associados a bens (experiências pessoais ou “posse experimental”) 	Os dois primeiros são razoavelmente específicos, mas a terceira categoria é muito ampla e ignora serviços como os de seguro bancário, aconselhamento jurídico e contabilidade.
RATHMEL (1974)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tipo de vendedor 2. Tipo de comprador 3. Motivos de compra 4. A prática de compra 5. Grau de regulamentação 	Nenhuma aplicação específica a serviços; poderia também aplicar-se a bens.
SHOSTACK (1977) SASSER <i>et al.</i> (1978)*	Proporção de bens físicos e serviços contidos em cada “pacote” de produto.	Oferece oportunidade para modelagem com diversos atributos. Enfatiza que existem poucos bens puros ou serviços puros.
HILL (1977)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Serviços que afetam pessoas <i>versus</i> os que afetam bens 2. Efeitos permanentes <i>versus</i> efeitos temporários do serviço 3. Capacidade de reversão <i>versus</i> impossibilidade de reversão desses efeitos 4. Efeitos físicos <i>versus</i> efeitos mentais 5. Serviços individuais <i>versus</i> coletivos 	Enfatiza a natureza dos benefícios dos serviços e, no item 5, as variações no ambiente de entrega/consumo do serviço.
THOMAS (1978)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Primariamente baseado em equipamento <ol style="list-style-type: none"> a. Automatizado (por exemplo, lavagem automática de automóveis) b. Monitorado por operadores não-especializados (por exemplo, cinema) c. Operado por pessoal especializado (por exemplo, empresa aérea) 2. Primariamente baseado em pessoas <ol style="list-style-type: none"> a. Mão-de-obra não especializada (por exemplo, cuidado com jardins) b. Mão-de-obra especializada (por exemplo, mecânica) c. Profissional liberal (por exemplo, advogados, dentistas) 	Essa classificação, embora operacional em vez de orientada para o mercado, oferece uma maneira útil de compreender os atributos do produto.

QUADRO 1 – Resumo de esquemas propostos para classificação de serviços
(continuação)

Autor	Esquemas classificatórios	Comentários
CHASE (1978)	Extensão de contatos com o cliente necessários na entrega do serviço. a. Alto contato (por exemplo, cuidados com a saúde, hotéis, restaurantes) b. Baixo contato (por exemplo, serviço postal, venda por atacado)	Reconhece que a variabilidade do produto é mais difícil de controlar em serviços de alto contato, porque o cliente exerce mais influência sobre variação no tempo da demanda e as características do serviço, devido a seu maior envolvimento no processo de serviços.
GRÖNROOS (1979a)	1. Tipo de serviço a. Serviços profissionais b. Outros serviços 2. Tipo de cliente a. Indivíduos b. Organizações	Observa que os mesmos serviços, por exemplo, seguros e financeiros podem ser prestados tanto a indivíduos quanto a organizações.
KOTLER (1980)	1. Baseado em pessoas <i>versus</i> baseados em equipamentos 2. Extensão em que a presença do cliente faz-se necessária 3. Atende necessidades pessoais <i>versus</i> necessidades do negócio 4. Pública <i>versus</i> privada, com fins lucrativos <i>versus</i> sem fins lucrativos	Sintetiza o trabalho anterior, reconhece as diferenças no objetivo da organização prestadora de serviço.
LOVELOCK (1980)	1. Características básicas de demanda . Objeto atendido (pessoas <i>versus</i> propriedades) . Extensão do desequilíbrio demanda /suprimento . Relacionamentos descontínuos <i>versus</i> contínuos entre clientes e prestadores do serviço 2. Conteúdo e benefícios do serviço . Extensão do conteúdo dos bens físicos . Extensão do conteúdo de serviços pessoais . Serviço único <i>versus</i> pacote de serviços . Tempo e duração dos serviços 3. Procedimentos de entrega dos serviços . Entrega de um único local <i>versus</i> vários locais . Alocação de capacidades (reservas <i>versus</i> quem chegar primeiro) . Consumo independente <i>versus</i> coletivo . Transações definidas por tempo <i>versus</i> definidas por tarefas . Extensão da presença necessária do cliente durante a entrega do serviço	Sintetiza as classificações anteriores e acrescenta vários novos esquemas. Propõe várias categorias dentro de cada classificação. Conclui que a definição do objeto servido é o esquema de classificação mais fundamental. Sugere que <i>insights</i> valiosos em marketing podem ser provenientes da combinação de dois ou mais esquemas de classificação em uma matriz.

QUADRO 1 – Resumo de esquemas propostos para classificação de serviços (final)

Autor	Esquemas classificatórios	Comentários
LOVELOCK (1983)	<ol style="list-style-type: none"> 1. A natureza do ato do serviço <ol style="list-style-type: none"> a. Ações tangíveis a pessoas ou coisas b. Ações intangíveis a pessoas ou coisas 2. Relacionamento com clientes <ol style="list-style-type: none"> a. Entrega contínua b. Transações descontínuas c. Relacionamento com associados d. Nenhuma relação formal 3. Personalização e julgamento na entrega do serviço <ol style="list-style-type: none"> a. Julgamento feito por pessoas de contato com o cliente b. Personalização dos serviços 4. Natureza da demanda em relação ao... suprimento <ol style="list-style-type: none"> a. Extensão em que o suprimento é limitado b. Extensão das flutuações a demanda 5. Métodos de fornecimento de serviços <ol style="list-style-type: none"> a. Fornecimento único ou em vários locais b. Serviço fornecido nas dependências do fornecedor ou do cliente 	<p>Fornecer uma série de classificações que juntas ilustram a natureza complexa dos serviços e oferecem informações contextuais úteis para finalidades de gestão.</p>
SCHMENNER (1986)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grau de interação e personalização <ol style="list-style-type: none"> a. Baixo b. Alto 2. Grau de intensidade de mão-de-obra <ol style="list-style-type: none"> a. Baixo b. Alto 	<p>Reconhece que alguns serviços podem ser mais personalizados e envolvem um grau mais elevado na intensidade de uso da mão-de-obra. Pode ajudar o leitor a compreender as opções estratégicas e táticas disponíveis.</p>
VANDERMERWE e CHADWICK (1989)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grau de interação consumidor / produtor <ol style="list-style-type: none"> a. Mais baixo b. Mais alto 2. Envolvimento relativo de bens <ol style="list-style-type: none"> a. Serviços "puros" b. Serviços com alguns bens ou fornecidos através de bens c. Serviços incorporados nos bens 	<p>Reconhece a importância e o papel dos componentes dos bens nos negócios de serviços.</p>

Fonte: Gronroos (1995)

4.2. Estratégia de serviços

Davidow (1991), define as empresas mais capazes de oferecer serviços de maior qualidade, com maior eficiência e eficácia como sendo aquelas que conseguiram definir de forma bastante clara suas estratégias de serviços. Para que isso aconteça o autor destaca três etapas para o correto desenvolvimento de uma estratégia de serviços, sendo:

- Segmentação: O conceito de segmentação de serviço possui uma tênue diferença em relação ao conceito de segmentação do serviço ao cliente. No primeiro caso é o processo de dividir um mercado em grupos de potenciais compradores, com necessidades, desejos, anseios, valores, percepções ou comportamentos no processo de compra com relativo grau de similaridade (CHURCHILL e PETER, 2003), enquanto a segmentação de serviço ao cliente foca mais nas expectativas dos clientes. Vale ressaltar que podem existir vários segmentos do serviço ao cliente, porém é possível que existam vários segmentos de mercado em um único segmento de serviço (DAVIDOW, 1991). Os clientes segmentados podem ser agrupados de acordo com diversas variáveis, entre elas o custo de servi-los de forma satisfatória ou pelo seu próprio valor, que conceitualmente é o total da soma de todos os consumos do cliente em um mesmo estabelecimento durante toda sua vida de consumo (RUST, ZEITHAML e LEMON, 2001).
- Descoberta das expectativas dos clientes: Após a empresa possuir uma gama seletiva de clientes com base em seu processo de segmentação, chega o momento de se investir esforços em pesquisas que visem construir uma base de dados coerente a respeito do comportamento de compra dos consumidores. É necessário que neste momento vislumbre-se as expectativas do cliente em relação aos serviços relativos ao da empresa, tanto em relação ao mercado, quanto à concorrência. Aconselha-se que sejam utilizados métodos qualitativos (DAVIDOW, 1991), ou seja, pesquisas não estruturadas, exploratórias e com pequenas amostras, dando informações importantes para a compreensão do contexto do problema (MALHOTRA, 2001).

- Definir as expectativas dos clientes: Desenvolver um plano de comunicação que influencie o cliente e o faça ter expectativas menores em relação aos serviços oferecidos do que as que o serviço lhe oferecerá (DAVIDOW, 1991, p. 103 e 104). Conforme ilustrado na figura abaixo.

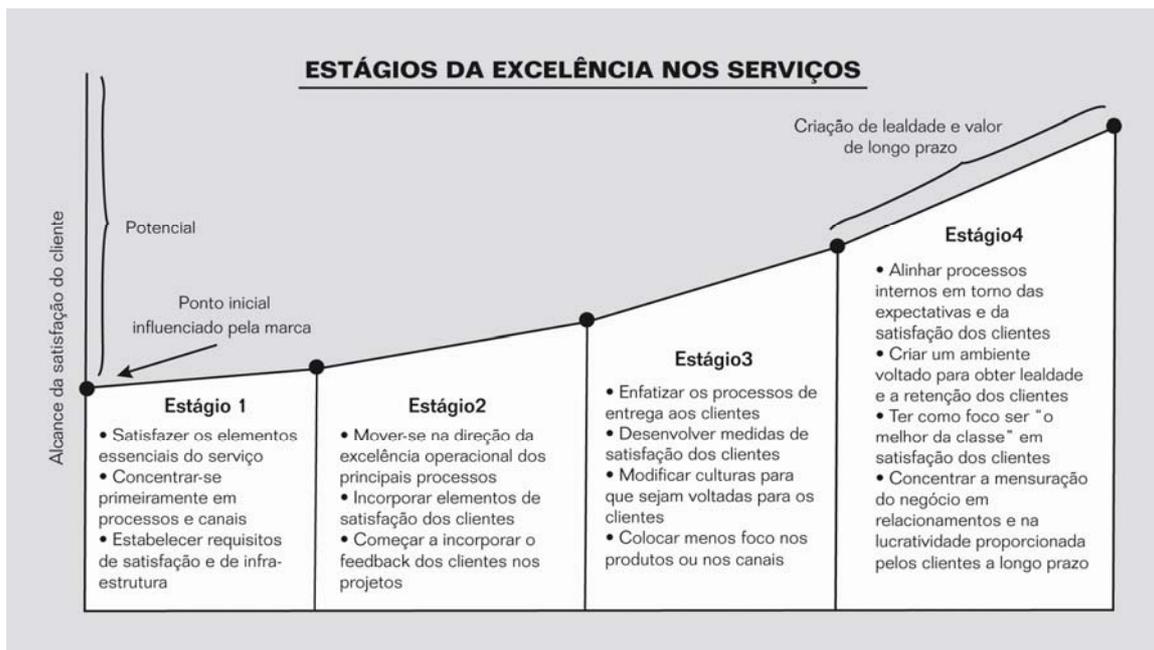


Figura 1: Estágios da excelência nos serviços.

Fonte: HSM Management ano 6, número 32, mai/jun 2002.

4.3. Serviços médicos

Este segmento envolve um elevado grau de intangibilidade, no qual o cliente geralmente possui enormes dificuldades em perceber, em um primeiro momento, se o serviço que recebeu realmente é de qualidade. Fato este também relacionado à necessidade de amplo conhecimento técnico para uma análise do serviço. Este setor é de complexa aquisição de informações, principalmente de seu profissional liberal, causado principalmente por rigorosas questões éticas e o elevado status atribuído à profissão (URDAN, 1996).

Em 1995 o Conselho Federal de Medicina demonstrou com base em uma pesquisa, que 83,5% dos médicos exercem, mesmo que não seja de forma exclusiva, a profissão sem vínculo com nenhuma instituição. Outro dado importante é que 87,4% dos médicos brasileiros dependem de planos de saúde e cooperativas médicas, entre outros, para manutenção de seus consultórios.

No decorrer dos anos o mercado de serviços médicos vem demonstrando certo esgotamento, aumentada à necessidade do profissional alocar-se em mais de um lugar para aumento de renda, e a própria diminuição salarial causada pelos baixos valores pagos pelos planos de saúde e serviço público.

A pesquisa publicada em 1995 pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) demonstra esta suposta crise no setor, onde aproximadamente 70% dos médicos possuem vínculo com o setor público, sendo raros aqueles que não dependem direta ou indiretamente do setor privado. A pesquisa também revela mudanças significativas em relação ao aumento da frequência do sexo feminino da profissão e o rejuvenescimento dos profissionais e sua cada vez maior inserção nos centros urbanos.

Machado (apud Goulart, 1998) indica algumas mutações pragmáticas que podem mudar de forma bastante profunda o arquétipo da profissão médica: o aumento da especialização acarreta a crescente fragmentação do conhecimento, conseqüentemente a diminuição do interesse de médicos com pouca formação por áreas básicas; a visível diminuição da credibilidade social e aumento da utilização de tecnologia na medicina, podendo segundo o autor, provocar uma perigosa dependência do profissional a estes recursos tecnológicos.

Restringindo o foco a questões regionais, temos no estado de Minas Gerais 39.208 médicos inscritos no Conselho Federal de Medicina, destes 28.843 ativos. A Região Sudeste do Brasil está representada por 234.015 médicos inscritos, o que corresponde 57,8% de todos os médicos do país. Com base nestes dados o estado de Minas Gerais representa aproximadamente 17% dos médicos da Região Sudeste, correspondendo, em dados aproximados, à metade dos profissionais alocados no estado do Rio de Janeiro e 1/3

do Estado de São Paulo. Completando o panorama da Região Sudeste, afirma-se que o estado mineiro possui mais de cinco vezes os valores atribuídos ao estado do Espírito Santo(CFM – Conselho Federal de Medicina, 2003).

Estudos relativos à classe médica investiram esforços para compreender a relação médico-paciente basicamente em torno de sua relação no consultório (CLARK e BLENDON ,2001). Brown e Swartz (1989) foram além ao desenvolver uma escala de qualidade percebida (QPC) que implica outros vários fatores. Além de aproveitar o raciocínio dos itens da escala SERVQUAL que serão vistas adiante, foram criados itens específicos. A operacionalização destes dois autores compreende 65 atributos, sendo estes alocados em nove fatores: profissionalismo, comunicações auxiliares, responsabilidade profissional, interação do médico, interações de auxiliares, diagnóstico, competência profissional, comodidade de horários e localização. Esta escala foi usada no Brasil pelo pesquisador André Torres Urdan (1996) em seu artigo com a aplicação desta em 344 pacientes ligados a 35 médicos, com implicações importantes visando um maior conhecimento da qualidade percebida pelo paciente em relação a seu médico. Várias conclusões foram retiradas pelo pesquisador, dentre elas vale salientar que as avaliações humanas de qualidade são subjetivas, influenciadas pelo particular referencial do avaliador, como valores, conhecimentos e interesses. O estudo mostra o elevado grau de complexidade do profissional de saúde em se colocar no lugar do paciente. Conclui que a melhor forma de alcançar esta sinergia necessária no setor de serviços, é dar voz própria ao paciente. Porém, Donabedian (1985) salienta que limites devem ser impostos à utilização das perspectivas dos pacientes no direcionamento dos trabalhos dos profissionais de saúde, fato este pelo pequeno conhecimento técnico dos mesmos. Sendo esta uma das limitações deste estudo, que em momento algum tem sua grande valia contestada.

4.4. Comportamento do consumidor

Foi comentada a necessidade das organizações em buscar informações a respeito das expectativas e anseios de seus clientes buscando a satisfação. Para isto é necessário que se conheça o comportamento de compra (aquisição do serviço) desses indivíduos.

Inúmeros autores escreveram sobre este assunto, relacionando ao comportamento como sendo direcionado a diversas bases teóricas. Para uma maior compreensão do tema, serão citadas algumas linhas de pensamento representativas. Em um segundo momento serão abordadas teorias de consagrados autores acerca do comportamento do consumidor (GIGLIO, 2001 e ENGEL, 1995).

Segundo Giglio (2001), as primeiras teorias que utilizaram pressupostos racionais são amplamente aplicadas no estudo de consumidores de empresas. Suas origens remontam à teoria da consciência do final do século XIX, segundo a qual o traço distintivo do ser humano é sua capacidade de consciência e raciocínio. O pressuposto mais forte consiste no conceito de que o ser humano distingue-se por sua capacidade de raciocínio, de solução lógica de problemas e de flexibilidade na busca de opções de soluções.

As teorias racionais consideram os afetos humanos secundários, que só controlariam pessoas anormais (indivíduos que fogem ao padrão de normalidade). Assim, a grande massa dos consumidores teria consciência de seu comportamento de consumo e estaria no controle desse comportamento. Segundo os racionalistas, considerar a emoção explicação do comportamento é colocar o maior dom humano num lugar secundário.

Desde o nascimento, os indivíduos encontram-se imersos num turbilhão de estímulos que se originam de muitas fontes, algumas externas ao sujeito. Ao estudar o consumo, portanto, não se pode perder de vista o todo, incluindo o social. O processo de escolha e o uso dos produtos tem aspectos individuais que se interpenetram com a história social e cultural das pessoas, as quais, exercem influência no comportamento de consumo e no ato de compra, teorias sobre tal influência não faltam. Uma das primeiras questões de reflexão refere-se ao

poder do grupo em criar ou modificar comportamentos de consumo das pessoas (GIGLIO, 2001).

A influência sofrida pelo indivíduo começa a ser compreendida com o entendimento de como os níveis de relações familiares, sociais e culturais são vivenciados pelos consumidores e de que forma influenciam seu processo de compra e uso. (GIGLIO, 2001).

Ao lado de teorias racionais e positivistas, desenvolveram-se algumas outras sobre a motivação do comportamento humano. O fundamento destas é a afirmação que o comportamento pode ser entendido no jogo das emoções, dos afetos que fluem nos sujeitos, deixando o racional em segundo plano.

Uma das teorias de motivação mais conhecida e utilizada em marketing é a da psicodinâmica de Freud. Infelizmente alguns testes com alunos e profissionais tem mostrado um certo desconhecimento sobre os fundamentos dela e uma inconsistência do uso de seus pressupostos. É referência que qualquer tentativa de resumir a obra de Freud está fadada ao fracasso, para uma absorção satisfatória da obra é necessário um amplo conhecimento acerca das teorias psicológicas, principalmente de Freud e compreender as necessidades do ser humano, teoria essa amplamente divulgada e estudada por Maslow. A teoria das necessidades básicas de Maslow (1998) tem sido discutida em todas as salas de aula como um pilar explicativo do consumo. Tal como a de Freud, Maslow não estava basicamente interessado em comportamento do consumo, mas sim em criar uma teoria geral da motivação. Sua tese principal é que as pessoas criam cinco planos básicos na sua vida: satisfazer necessidades fisiológicas, segurança, afeto, relacionamento e auto-realização.

As teorias comportamentais do comportamento do consumidor têm como seu pilar básico os estudos de B.F. Skinner , com sua teoria do condicionamento. Em um de seus primeiros artigos (Skinner, 1950), o autor questiona o uso de teorias que apresentam conceitos não-observáveis, como o fator inteligência. Era uma crítica a numerosos modelos em psicologia

que partem de pontos indefensáveis nos paradigmas das ciências.

Uma confusão muito freqüente sobre o uso do conceito de condicionamento está na diferença entre os estímulos que são apresentados antes da compra e os que são apresentados após. Os primeiros são estímulos eliciadores do comportamento, isto é, que pretendem levar a pessoa a comprar (nem que seja uma vez só), enquanto os segundos são os condicionantes do comportamento, isto é, estímulos que pretendem que as pessoas continuem a comprar após a primeira vez, ou aumentem sua freqüência de compra (SKINNER, 1965).

Esta breve passagem pelas bases teóricas do comportamento do consumidor permite um maior aprofundamento na teoria do comportamento do consumidor, que culmina na construção de um processo decisório de compra, sendo este válido para produtos ou serviços. De acordo com os autores o conceito de comportamento do consumidor é explanado abaixo.

“O comportamento do consumidor pode ser definido como aquelas atividades diretamente envolvidas na obtenção, consumo e disposição de produtos e serviços, incluindo o processo de decisão que precede e sucede estas ações” (Engel, Blackwel e Miniard, 1995).

Quando todas as forças sociais são levadas em consideração, elas fazem os consumidores comprar segundo determinados padrões, que é conceituado como o processo de decisão de compra. É uma espécie de mapa da mente do consumidor, que permite entender como ele toma as decisões e por que escolhe determinado fornecedor. Esse processo denominado de “processo de decisão de compra” tem normalmente seis etapas de acordo com Engel, Blackwell e Miniard (1995) (FIGURA 2):

- 1) A primeira é a de reconhecimento pelo consumidor de sua necessidade ou de seu problema; em outras palavras, a diferenças entre aquilo que os consumidores querem para si mesmos e o que percebem de suas situação atual.

- 2) A segunda etapa é a busca ou a coleta de informações que o ajudem a encontrar aquilo que satisfaça a necessidade detectada. Às vezes é uma busca passiva - ou seja, ele se limita a receber informações, como, por exemplo, as que vêm da propaganda. Em outras ocasiões, trata-se de uma busca ativa: ele percorre lojas, consulta seus amigos ou pesquisa na Internet.
- 3) Depois vem a terceira etapa: o consumidor avalia as opções disponíveis no mercado em função da importância que dá a certos atributos ou benefícios do produto que deseja comprar.
- 4) A quarta etapa do processo é o momento da compra propriamente dita, e alguns dos fatores que influem nele são a facilidade e a rapidez para efetuar a transação, quer seja numa loja convencional ou na Internet.
- 5) A quinta etapa é a do consumo ou uso do produto, que pode produzir satisfação ou insatisfação. A satisfação promoverá a fidelidade; a insatisfação, a busca de um produto diferente.
- 6) A sexta e última etapa está ligada ao potencial de “desinvestimento” do consumidor diante de problemas ambientais ou sociais que envolvam a empresa e seus produtos. Isso é mais e mais importante.

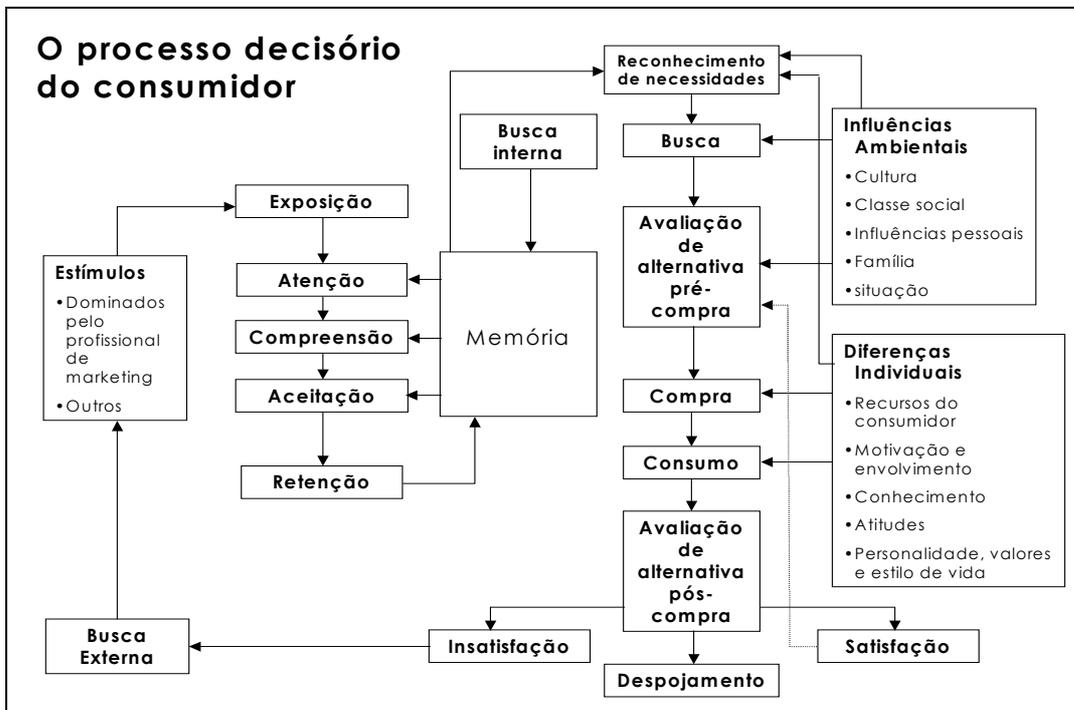


Figura 2: Processo de tomada de decisão de consumo

Fonte: Engel, J. F; Blackwell, R. D; Miniard, P. W. (1995).

4.5. O Índice Americano de Satisfação de Clientes

Com o advento da necessidade cada vez maior da personalização de produtos e serviços, a economia mundial começa a se ver pressionada a diferenciar. (BATESON, 2001). Diante das mudanças na forma de interação entre cliente – empresa, que passou de uma simples transação para um verdadeiro relacionamento, a economia passa a perceber a mudança de vários paradigmas (FIGURA 3).

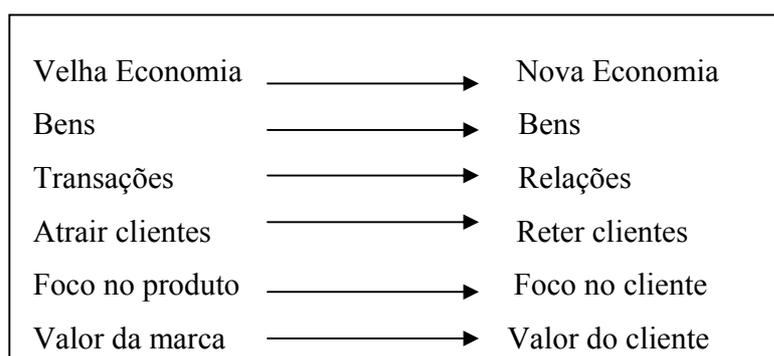


Figura 3: Tendências a longo prazo na economia

Fonte: RUST, Roland T.; ZEITHAML, V.; LEMON, Katherine N (2001).

Neste novo ambiente de negócios não é necessário produzir muito e disseminar no mercado os produtos e/ou serviços como eram feitas nas políticas de distribuição em massa para atingir o sucesso, e sim produzir os processos certos para os clientes certos. Com o intuito de possuir um parâmetro de desempenho das empresas com base em clientes para avaliação e os principais fatores de destaque nas empresas em seus respectivos setores (MAXIMIANO, 2002). Surge a partir desta necessidade o conceito de Índices de Avaliação de Satisfação dos Clientes.

Os precursores do conceito de mensuração de satisfação foram os suecos com o Barômetro Sueco de Satisfação de Clientes (SCSB – Swedish Customer Satisfaction Barometer) em 1989. Nesta iniciativa o índice contemplava 31 empresas suecas. Esta pesquisa vislumbra o Índice Americano de Satisfação do Cliente (ACSI – American Customer Satisfaction Index) sendo utilizado pela primeira vez em meados de 1994, com base em informações que contemplavam 40 indústrias americanas que despontavam nos principais setores de sua economia, e dentro de cada setor foram incluídas aquelas que representavam os maiores Produtos Internos Brutos (PIBs), sendo: (BATESON, 2001), nos seguintes segmentos:

- Fabricação de bens duráveis;
- Fabricação de bens não duráveis;
- Transporte, comunicações e serviços públicos;
- Varejo;
- Finanças e seguros;
- Serviços
- Administração pública e governo.

4.5.1. Propriedades dos Índices de Satisfação de Clientes

Para alcançar os objetivos dos índices de satisfação, a metodologia deve satisfazer um certo número de propriedades, conhecidas como critérios de desempenho, sendo::

- Precisão
- Capacidade de previsão de resultados financeiros
- Diagnóstico
- Comparabilidade

a) Precisão

A precisão refere-se ao nível de confiança com que os índices são estimados. Para uma dada dimensão da amostra, obtém-se um elevado nível de precisão prestando uma grande atenção à coleta de dados e um grande cuidado à especificação do modelo. Investigação referente ao ACSI – American Customer Satisfaction Index indica que a utilização de uma abordagem estrutural aumenta a precisão da estimação em cerca de pouco mais de 20% em relação à abordagem descritiva dos estudos de mercado (ANDERSON e FORNELL, 2000).

b) Capacidade de previsão de resultados financeiros

A idéia principal deste ponto gira em torno de que clientes satisfeitos e leais representam um ativo econômico da empresa, embora intangível. Por definição, um ativo econômico gera fluxos de receitas futuras para o detentor do ativo. Desta forma se os clientes satisfeitos forem, de fato, um ativo, deverá ser possível utilizar os índices de satisfação e de lealdade para prever e monitorar os impactos na saúde financeira da empresa. Com base em Anderson e Fornell (2000), tanto no caso do SCSB - Swedish Customer Satisfaction Barometer como no do ACSI, a investigação empírica realizada confirma estas hipóteses.

No caso do ACSI, a investigação já é abundante, sugerindo uma relação positiva e estatisticamente forte entre o valor do índice e a rentabilidade. Com efeito, estudos mostram, em particular, a existência de uma relação positiva e significativa entre o ACSI e:

- o rendimento contabilístico dos ativos;
- o valor de mercado das ações;
- os resultados financeiros ajustados da empresas.

c) Capacidade de Diagnóstico

Diz respeito à capacidade de se gerar informações com base nas relações entre os constructos e seus antecedentes.

Ao utilizar um modelo estrutural com relações de causalidade entre as suas variáveis, a abordagem utilizada no ACSI permite não só estimar os índices de satisfação do cliente, mas igualmente diagnosticar as razões dos valores assumidos e as suas conseqüências sobre a lealdade do cliente. A capacidade de diagnóstico aparece assim como uma das maiores vantagens desta abordagem, já que extrapola valores estatísticos visando um maior conhecimento acerca do cliente e dando maiores subsídios para tomadas de decisões corretas.

d) Comparabilidade

Outro ponto de suma importância é o fato da capacidade de comparar índices de satisfação de diferentes empresas, indústrias, setores ou mesmo países. Vale salientar que os indivíduos possuem suas particularidades de personalidade assim é necessário um grande cuidado para que as empresas não tomem como verdades inquestionáveis as aspirações de determinados grupos. É necessário uma sólida base de conhecimento sobre o segmento a ser trabalhado.

A metodologia abordada pelo ACSI procura garantir a comparabilidade dos índices, e abordando não somente as variáveis latentes e de percepção mais fácil como aquelas de mais difícil acesso por metodologias menos subjetivas. A este nível de abstração, existe, segundo Fornell (1996), uma base para comparar grandezas que são fundamentalmente diferentes.

4.5.2. Propriedades do Modelo Americano (ACSI)

Os índices de Satisfação ofereçam informações de elevada precisão (VILARES e COELHO, 1999a) e que tenha a capacidade de previsão dos futuros desempenhos das empresas e das economias. O índice tem também a capacidade de diagnóstico, uma vez que a abordagem adotada permite não só estimar os índices de satisfação do cliente, mas igualmente diagnosticar as razões dos valores assumidos (os antecedentes) e respectivas conseqüências sobre a lealdade dos clientes. Além disso, é fundamental garantir a comparabilidade destes índices entre empresas, setores e países ao longo do tempo. Finalmente, uma vez que as abordagens adotadas se encontram uniformizadas (entre empresas, setores e países), os índices de satisfação (calculados ao nível de cada empresa) podem ser posteriormente agregados para calcular os índices dos setores de atividade, e estes podem ainda ser agregados para calcular os Índices Nacionais.

4.5.3 Condicionantes dos Modelos de Medição da Satisfação dos Clientes

No modelo ASCI (American Customer Satisfaction Index), a satisfação de clientes é considerada como uma chave para a sua lealdade, que tem dois antecedentes, qualidade percebida e valor percebido. No entanto, vários autores argumentam que embora um elevado índice de satisfação possa conduzir à lealdade essa relação é amplamente afetada por outras variáveis (FORNEL, 1992). Esta observação assume uma importância acrescida quando o aumento da satisfação de clientes esta associada a custos elevados. Resta, portanto, saber até que ponto o modelo criado para estes índices é ou não inquestionável nas suas relações de causa-efeito.

Outros aspectos que devem ser levados em consideração são as diferenças e semelhanças entre produtos e serviços, no que diz respeito aos efeitos da satisfação no desempenho das empresas, pois é sabido que os produtos alcançam valores de qualidade percebida e de satisfação superiores aos serviços (FORNELL, 1992). Por outro lado, a satisfação tem um efeito mais diretamente observável na lealdade dentro do contexto de serviços do que nos

produtos (EDVARDSSON et al., 1999). Com base nas diferenças entre a produção de um produto e de um serviço, alguns autores (EDVARDSSON et al., 1999) argumentam que a lealdade é preferencialmente “conquistada” para o caso dos serviços e “comprada” para o caso dos produtos, pelo que a lealdade de um cliente a um produto não é, normalmente, tão rentável como a lealdade de um cliente a um serviço.

Construiu-se um modelo que procura relacionar a satisfação e lealdade dos clientes com o desempenho das empresas. Como construções para a Lealdade e a Satisfação de Clientes este modelo usa os índices das variáveis latentes presentes no SCSB. Os resultados obtidos parecem confirmar que o SCSB e o ACSI são previsores poderosos da lealdade e estão positivamente relacionados com retornos financeiros e contabilísticos. No entanto, este efeito é claramente mais forte no ramo dos serviços (EDVARDSSON et al., 1999).

Com os resultados destes modelos torna-se possível fazer comparações entre empresas de mesmos setores, em setores diferentes e até entre setores. O ACSI foi projetado para representar a economia dos Estados Unidos de uma forma geral.

4.5.4. Metodologia do Índice Americano de Satisfação de Clientes

Para se medir a satisfação do cliente em geral a literatura indica a necessidade de duas propriedades fundamentais em sua metodologia. Em um primeiro momento a metodologia deve reconhecer que o Índice Americano de Satisfação de Clientes (ACSI), assim como os constructos representados no modelo representam avaliações diferentes à cerca dos clientes, desta forma não podem ser medidos e analisados diretamente. Por esta questão o modelo utiliza-se de uma abordagem de indicador múltiplo para posicionar a satisfação como uma variável latente. Deste obtemos um índice ou valor da variável latente (satisfação) podendo ser fator de comparação entre áreas, setores e até países (BATESON, 2001).

4.5.5 O modelo do Índice Americano de Satisfação do Cliente (ACSI)

A figura abaixo (FIGURA 4) representa o modelo completo de mensuração baseada no Índice Americano de Satisfação de Clientes (ACSI).

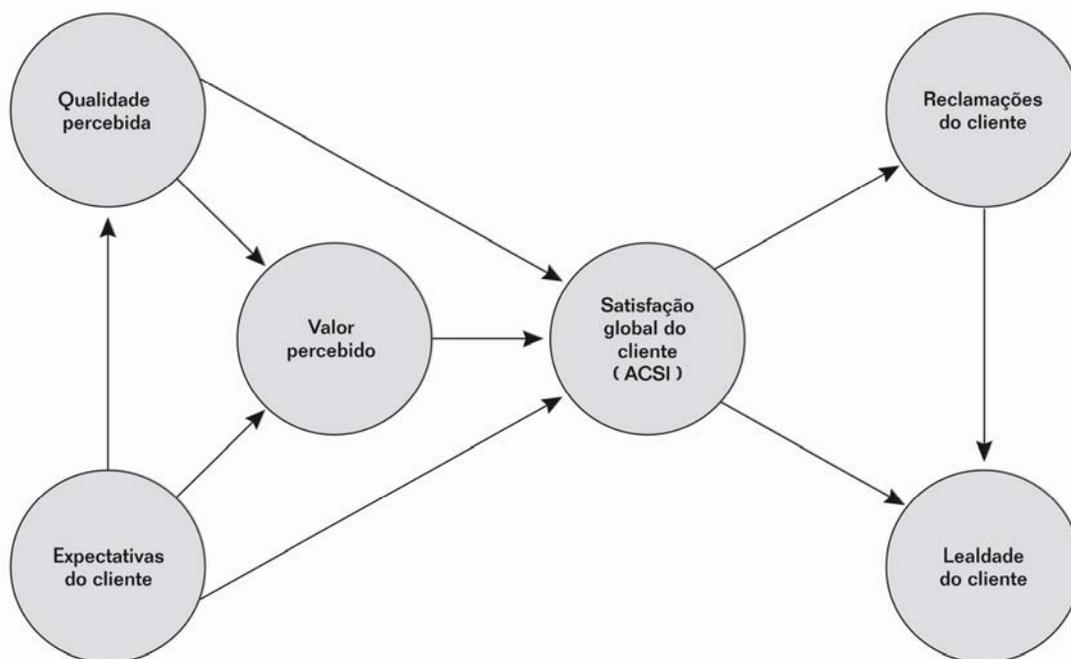


FIGURA 4: Modelo do Índice Americano de Satisfação do cliente.

Fonte: FORNEL, Claes.; JOHNSON, Michael D.; ANDERSON, Eugene W.; CHA, Jaesung e BRYANT, Barbara E.(1996).

4.5.6. Itens determinantes do Índice de Satisfação do Cliente

A satisfação global do cliente é apontada como variável central. São apresentados três antecedentes, ou fatores que influenciam na satisfação do cliente:

- Qualidade percebida pelo cliente;
- Valor percebido pelo cliente,

- Expectativas dos clientes.

A qualidade percebida é conceituada como o julgamento do cliente em relação a qualidade dos produtos ou serviços oferecidos pela empresa (PARASURAMAN e BERRY, 1991).

O valor percebido é representado pela avaliação feita pelos clientes da qualidade dos produtos e serviços da empresa, tendo agora que determinar o quanto deve ser pago por este bem. A relação abordada neste tópico é o quanto o cliente está disposto a pagar por determinado produto ou serviço tendo em vista a qualidade por ele percebida (RUST, ZEITHAML e LEMON, 2001).

As expectativas do cliente dizem respeito a todos aqueles anseios que precedem a aquisição, para que a empresa consiga alcançar a satisfação de determinado cliente é necessário um profundo conhecimento de suas expectativas, pois o grau de satisfação é diretamente proporcional às expectativas que foram supridas após a conclusão da vivência (FORNEL, JOHNSON, ANDERSON, CHA e BRYANT, 1996) .

4.6. Qualidade

Uma significativa gama da literatura existente trabalha o conceito de qualidade no âmbito industrial, como sendo a “excelência de seu produto, incluindo sua atratividade, ausência de defeitos, confiabilidade e segurança em longo prazo”(BATEMAN e SNELL, 1998).

A qualidade de um produto ou serviço é medida pela satisfação total do consumidor. Não se pode confundir qualidade com luxo. O conceito de qualidade está sempre num equilíbrio entre os fatores: qualidade intrínseca do produto ou serviço, custo e atendimento, não bastando satisfazer apenas e somente um desses fatores (FALCONI, 1988). Um conceito interessante relata que “qualidade é qualquer coisa que os clientes afirmam ser, e a qualidade de um produto ou serviço, em particular, é qualquer coisa que o cliente perceba como tal” (BUZZEL e GALE, 1987).

Este trabalho aborda o conceito de qualidade percebida, que tanto para serviço quanto produto envolve uma avaliação de excelência ou superioridade de uma oferta subjetivamente realizada pelo cliente (GARVIN, 1974). A qualidade percebida é constituída pela qualidade do produto e as qualidades do serviço acoplado a este produto. Estes dois conceitos se diferenciam na medida que a qualidade do produto pode ser medida objetivamente através de indicadores, como tempo de uso ou frequência de defeitos (CROSBY, 1987; GARVIN, 1984). A qualidade de serviço pode ser medida objetivamente de forma parcial devido a sua intangibilidade. Com base nesta afirmação conclui-se que a maneira mais adequada para se medir a qualidade de um serviço prestado é mensurando as percepções de qualidade dos clientes (PARASURAMAN, ZEITHAML e BERRY, 1988).

A qualidade percebida é definida como o julgamento do consumidor a respeito da excelência ou superioridade do produto ou serviço (ZEITHAML, 1988). Vale salientar que excelência é o melhor que se pode fazer ou o padrão mais elevado de desempenho em qualquer campo de atuação (MAXIMIANO, 2002). Uma qualidade percebida positiva ocorre quando a qualidade experimentada atende às expectativas do cliente, ou seja, a qualidade esperada. Desta forma as expectativas têm que ser realistas, pois caso contrário, mesmo a qualidade percebida sendo alta esta será ínfima em relação às elevadas expectativas (GRONROOS, 1993).

4.6.1. Qualidade de serviços

Lovelock e Wright (2003) afirmam que as avaliações cognitivas dos clientes em um prazo longo de tempo a respeito da entrega do serviço por uma empresa constituem a percepção da qualidade do serviço. O consumidor tende a julgar a qualidade do serviço pelo resultado final entregue pela complexidade do serviço. Muitas vezes o cliente não tem condições de avaliar a qualidade técnica do serviço, neste momento a alternativa que o consumidor possui é de avaliar a qualidade do processo como um todo. Nesse caso entra a percepção de

qualidade do indivíduo, ou seja, se achou ou não o serviço de qualidade (ZEITHAML e BITNER, 2003).

Com base em várias pesquisas chegou-se a conclusão que os clientes não percebem a qualidade como um conceito de uma dimensão, ou seja, a percepção de qualidade por parte dos clientes é baseada por fatores. (ZEITHAML, PARASURAMAN e BERRY, 1990). Os mesmos autores consideram cinco dimensões nas quais os clientes apóiam suas análises de qualidade de serviço, descritas abaixo:

- Confiabilidade: o serviço proposto será executado da forma acordada de modo seguro e preciso, ou seja, entregar o que foi prometido;
- Responsividade (sensibilidade): disponibilidade de auxiliar o cliente por parte da empresa;
- Segurança: os funcionários possuem conhecimento, simpatia e habilidade para executar o serviço de forma a passar confiança para o cliente;
- Empatia: o cliente recebe atenção personalizada da empresa;
- Tangíveis: aparência e condições das instalações físicas, pessoal, equipamentos e meios de comunicação da empresa.

Caso algumas destas dimensões não satisfaçam plenamente o cliente, ou se existe uma diferença entre o desempenho do fornecedor e as expectativas do cliente, ocorre o que Lovelock e Wright (2003) conceituam de lacunas da qualidade, podendo ser:

- Lacuna do conhecimento: diferença entre o pensamento do fornecedor do serviço sobre a expectativa do cliente e a real expectativa do cliente;
- Lacuna nos padrões: diferença entre as percepções do fornecedor sobre as expectativas dos clientes e os padrões de qualidade estabelecidos para a entrega do serviço;
- Lacuna na entrega: diferença ente a entrega acordada entre fornecedor e cliente e a entrega realizada;

- Lacuna nas comunicações internas: diferença entre o que é divulgado pelos meios de comunicação a respeito das condições e capacidades da empresa e o que realmente a empresa é;
- Lacuna nas percepções: diferença entre a percepção do cliente sobre o serviço e o que o foi realmente entregue;
- Lacuna na interpretação: diferença entre as promessas vinculadas por meios de comunicação e o que a empresa acha que foi prometido;
- Lacuna no serviço: diferença entre a expectativa do recebimento do serviço por parte do cliente e suas percepções após o recebimento.

Um importante estudo acerca da qualidade de serviços foi realizado pelos autores Zeithaml, Berry e Parasuraman (1995). Os autores apresentam um modelo conceitual onde indicam em que proporções à qualidade dos serviços prestados influenciariam em reações favoráveis ou desfavoráveis em seus clientes e como essas reações seriam manifestadas através de conseqüências comportamentais. (FIGURA 5)

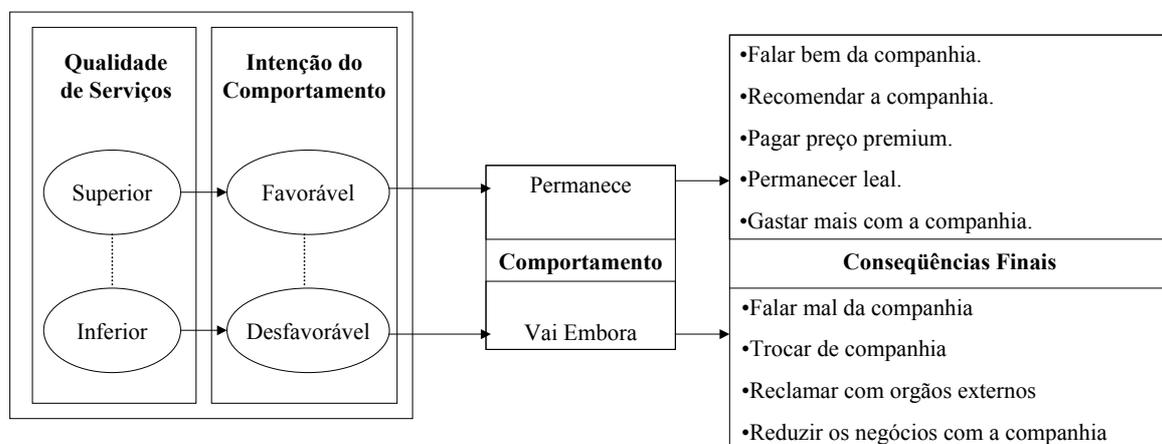


Figura 5 : Modelo de intenções comportamentais

Fonte: Zeithaml, Berry & Parasuraman (1995).

Neste estudo os autores afirmam que os laços com os prestadores de serviço são diretamente proporcionais às intenções comportamentais recebidas. Ou seja, se a percepção da qualidade do serviço for superior, a conseqüência comportamental é positiva, criando uma intenção do comportamento favorável, neste momento é provável e propícia à

instauração de um relacionamento com este consumido. Este tende a ser um canal de divulgação positivo da empresa, sendo menos suscetível a preço e conseqüentemente com maior propensão à lealdade, ainda diretamente acarretando uma boa reputação, diminuição de custos para obtenção de novos clientes e aumento progressivo de vendas (ZEITHAML, 2000). Caso contrário, quando uma percepção de qualidade de serviço é inferior, o caminho provável é completamente inverso e muitas vezes trágico.

4.6.2. Qualidade de serviços médicos

Existem dúvidas a respeito da forma de se mensurar a qualidade dos serviços médicos devido às particularidades deste processo. Primeiramente devemos pensar em relação à falta de clareza na relação entre entradas (*inputs*) e saídas (*outputs*) do sistema, devido ao tempo para conhecimento do resultado e a falta de conhecimento técnico por parte do cliente, tendo assim dificuldade de avaliar os aspectos técnicos e pelo fato dos hospitais de grande porte não trabalharem com uma linha de comando única. Assim o cliente muitas vezes não sabe a quem se reportar (GARVIN, 1992).

A especialização das áreas médicas pulverizou os conhecimentos médicos em diversos segmentos, mas de forma alguma tirou deste profissional a variedade de clientes que tem que atender. A necessidade de exercer a profissão em mais de um lugar tem dado ao médico a “oportunidade” de tratar diretamente com todos os tipos de clientes (BERWICK, GODFREY e ROESSNER, 1990). Independente do cliente que é tratado o médico se relaciona de duas formas, tendo que ter controle sobre duas vertentes; técnica e interpessoal. A primeira delas diz respeito ao domínio do conhecimento da ciência e sua aplicação e a segunda se refere aos aspectos da relação entre o médico e o paciente, assim como os aspectos do ambiente da prestação de serviço que influenciam nas questões de confiança e amenidade para o cliente. Estas vertentes se relacionam diretamente no momento em que o paciente desconhece a técnica utilizada ele tende a avaliar com base na inter-relação. O cliente busca um determinado médico pelo seu renome e pela

demonstração de domínio em sua área de atuação, assim como pela confiança que o mesmo remete (DONABEDIAN, 1985).

Diversos autores trabalharam com o intuito de se chegar a um modelo de mensuração de qualidade de serviços completo. Através de pesquisa empírica, Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985) identificaram dez dimensões da qualidade de serviços. Com base em análise fatorial as dimensões teóricas da qualidade de serviços foram reduzidas a cinco, sendo: (QUADRO 2).

QUADRO 2 – Dimensões de qualidade de serviços.

1. Tangíveis: aparência física das instalações, equipamentos, materiais de comunicação e divulgação e pessoal.
2. Confiabilidade: Capacidade de desempenhar o serviço prometido de modo confiável e com precisão.
3. Presteza: disposição no fornecimento do serviço e em possíveis ajudas que o cliente necessite.
4. Garantia: conhecimento, cortesia dos funcionários e a capacidade de transmitir confiança para o cliente.
5. Empatia: atenção cuidadosa e personalizada que a empresa proporciona para os clientes.

Fonte – Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985).

Três anos depois (1988), os mesmos autores propõem a SEVQUAL, composta de uma escala Likert de vinte e dois itens, conceitualmente sendo um formato de questionário que consiste em uma lista de afirmativas onde o respondente deverá responder se “concorda fortemente”, “concorda”, “discorda” ou discorda fortemente. Esta escala foi composta de módulos distintos para mensuração de percepções de qualidade e expectativas, com questões referentes a cada uma das dimensões de qualidade de serviço descritas na figura anterior. A escala SERVQUAL foi desenvolvida inicialmente em setores distintos, porém

por se tratar de uma escala padrão pode ser aplicado em quaisquer organizações de serviços ou varejo com devidas alterações nos itens abordados.

Os idealizadores da escala, Parasuraman, Berry e Zeithaml (1985), após diversas pesquisas chegaram a conclusão que a confiabilidade é a dimensão mais importante de qualidade de serviços, em contrapartida os aspectos tangíveis aparecem como o de menor importância.

Em 1994 surge outra alternativa para mensuração de qualidade de serviço com os autores Cronin e Taylor determinando que a operacionalização da qualidade de serviço é dada pela diferença entre percepções e expectativas. Com base nesta abordagem surge a escala SERVPERF. Esta escala limita a qualidade de serviço à qualidade percebida, abordando apenas vinte e dois itens do módulo de percepções da escala SERVQUAL.

Aplicações empíricas importantes ocorreram no serviço médico com a utilização destas duas escalas. Johnston (2000) realizou com base em mais de dois mil respondentes uma comparação a respeito da qualidade de serviços em quatro hospitais públicos brasileiros. Neste caso a validade de previsão da escala SERVPERF mostrou-se superior a SERVQUAL. Johnston (2000) apresenta as mesmas dimensões aplicadas na escala SERVQUAL. Mesmo demonstrando superioridade em um determinado atributo, o autor não conclui nenhuma superioridade em relação às escalas, pois neste caso específico a escala SERVPERF demonstrou um bom desempenho nos hospitais. Em contrapartida, as expectativas abordadas na escala SERVQUAL não demonstram uma qualidade elevada.

Parasuraman, Zeithaml e Berry (1997) concluem que as medidas baseadas em diferenças entre expectativas e percepções permitem um diagnóstico melhor acerca de problemas de qualidade e quais são as prioridades de melhoria, pelo fato de se basear em avaliações de expectativas e percepções separadamente, medidas estas usadas na escala SERVQUAL.

Outro trabalho de grande relevância em relação aos serviços médicos foi realizado por Brown e Swartz (1989) com o desenvolvimento de uma escala para mensurar a qualidade percebida pelo cliente de consultórios médicos (QPC), criando uma escala de variáveis que

contemplavam diretamente este serviço. A pesquisa chegou aos sessenta e cinco atributos de qualidade na visão do paciente, divididos em nove fatores: profissionalismo, comunicações auxiliares, responsabilidade profissional, interações do médico, interações auxiliares, diagnóstico, competência profissional, comodidade de horários e localização privilegiada. Aos respondentes foi apresentado um questionário em escala Likert, com cinco pontos que variavam em seus extremos em “discordo fortemente” e “concordo fortemente”.

Brown e Swartz (1989) concluíram que expectativas inconsistentes e as experiências podem e têm um efeito contrário em relação à avaliação do desempenho do serviço. Mais importante ainda, a avaliação do serviço médico é refletida diretamente pela diferença entre qualidade de serviço percebida pelo paciente e pelo profissional. Examinando as diferenças de percepções das partes envolvidas podemos identificar lacunas entre expectativas e experiências. Com a identificação destas lacunas é possível iniciar táticas e estratégias para alcançar uma maior proximidade entre expectativas e respectivas experiências. A compatibilização entre expectativas e experiências pode ser alcançada por meio da mudança de comportamento e das expectativas do prestador de serviço e/ou alterando as expectativas e experiências do cliente, para que isso aconteça é de suma importância que conheçamos as aspirações e os comportamentos de nossos clientes. O quadro seguinte demonstra a composição final da escala de qualidade percebida pelo cliente (QPC) com suas variáveis e fatores (QUADRO 3).

QUADRO 3 - Composição final da escala de QPC: fatores e variáveis

Var.	Atributos
	Fator 1: Interações do Médico e Diagnóstico
V01	O médico ouvir o que eu tenho a dizer.
V02	O médico normalmente dar informações suficientes sobre a minha saúde.
V03	O médico ser cuidadoso para me explicar o que eu tenho que fazer.
V04	O médico ser bastante minucioso em meu atendimento.
V05	O médico me dedicar o tempo necessário em meu atendimento.
V06	O médico me examinar cuidadosamente antes de concluir meu problema.
V07	O médico me inspirar total confiança.
V08	O médico ter real interesse pela minha pessoa.

QUADRO 3 - Composição final da escala de QPC: fatores e variáveis (continuação)

V09	O médico me dar total atenção quando estou com ele.
V10	O médico me tratar com respeito.
V11	O médico me explicar por completo as razões dos exames que eu terei de fazer.
V25	O médico explicar sempre os problemas de saúde que eu tenho.
V36	O médico falar com clareza, usar palavras que eu entendo.
V37	O médico ter um interesse sincero por mim.
V38	O médico me explicar pessoalmente os exames que terei de fazer, em vez de deixar a explicação por conta de recepcionistas e/ou enfermeiras.
	Fator 2: Competência Profissional
V18	O médico receitar somente os remédios necessários.
V20	O médico não incorrer em riscos desnecessários em meu tratamento.
V24	Não haver nada no tratamento que eu recebo do médico que possa ser melhor.
V26	O médico ter uma elevada qualificação profissional.
V27	O médico não cometer erros comigo.
V28	O médico se manter atualizado com os últimos avanços da medicina.
V29	O médico dar alternativas, quando elas existem, ao decidir sobre o meu tratamento.
V41	O médico tomar todas as decisões que são cabíveis a respeito de minha saúde.
V42	O médico se manter atualizado com os recursos tecnológicos mais avançados da medicina.
	Fator 3: Interações de Auxiliares
V12	As recepcionistas do médico terem um interesse pessoal por mim.
V13	As recepcionistas do médico me conhecerem individualmente.
V14	As recepcionistas do médico serem corteses.
V15	As recepcionistas do médico serem flexíveis para lidar com as minhas necessidades individuais.
V16	As recepcionistas do médico agirem de forma profissional.
V17	As recepcionistas do médico estarem mais interessadas em atender às minhas necessidades do que servir ao médico.
	Fator 4: Comodidade de Horários e Localização
V30	O médico raramente me fazer esperar além do horário marcado para me atender.
V31	Os horários de atendimento do consultório deste médico serem cômodos para as minhas necessidades.
V32	O consultório do médico ter uma localização cômoda (fácil acesso) para mim.
V33	O médico trabalhar num hospital cuja localização é cômoda (fácil acesso) para mim.
V34	Ser fácil e rápido marcar uma consulta com o médico.
	Fator 5: Profissionalismo e Responsabilidade Profissional
V19	O médico não pedir exames (laboratório, radiologia, etc.) além do necessário.
V21	O médico não ter como principal interesse ganhar tanto dinheiro quanto possível.
V22	O médico não conversar com funcionários como se eu nem estivesse presente no consultório.

Fonte: Brown e Swartz, 1989.

4.7. Valor

Kotler (1994) conceitua valor como sendo a estimativa de cada produto satisfazer a seu conjunto de necessidades. Porém seria menosprezar este conceito sem tratar suas nuances. O mesmo autor define o valor entregue ao consumidor como sendo a diferença entre o conjunto de benefícios esperados pelo cliente em relação a um produto ou serviço e o conjunto de custos esperados na avaliação, obtenção e uso do produto ou serviço.

O modelo em estudo analisa o valor percebido pelo cliente, que segundo Kotler (2000) é o valor atribuído pelos clientes em relação aos benefícios oriundos da aquisição do produto ou serviço e os custos de sua aquisição, sendo este conceito muito semelhante ao dado por Zeithaml (1988), que aborda a diferença entre benefícios recebidos pelo cliente e sacrifícios feitos para sua aquisição. A escolha por parte do cliente é influenciada por percepções cognitivas, objetivas e racionais de valor, formadas em sua maioria por percepções de qualidade, preço e conveniência (RUST, ZEITHAML e LEMON, 2001).

Segundo Prahalad e Ramaswamy (2004), com a mudança do papel do consumidor a sua noção de valor começou a mudar em proporção semelhante. Com o representativo aumento na quantidade de informações o consumidor diminuiu a passividade perante as ofertas de produtos e serviços. Eles passaram a ter acesso à informação, o que acarreta a possibilidade de tomar decisões com elevado grau de informações. Essas informações podem ser adquiridas dos ambientes mais longínquos pela facilidade do acesso, com a popularização e a proliferação das informações. Com maiores conhecimentos passam a se formar com maior facilidade as redes de contatos, o ser humano que, sempre teve a tendência de se aproximar dos demais por necessidades, agora ganha mais uma forma de aglutinação por conhecimento. E esses conhecimentos são cada vez mais compartilhados. Esta maior proximidade dos indivíduos conseqüentemente instiga a experimentação, e mais, passa-se a aprender diante das experiências dos outros. Finalizando, com esta mudança paradigmática, os indivíduos possuem maiores condições de fazer suas escolhas com maior qualidade.

Com isso pode-se concluir que os fornecedores de produtos e serviços não poderão mais agir com a autonomia de antes para conceberem seus portfólios e sim ter o seu consumidor como seu co autor da definição de valor. Desta forma salientamos que a premissa de que a empresa cria o valor de seu produto ou serviço começa a perder força diante da nova postura de seus consumidores e sim que a nova premissa é que o consumidor e a empresa criam valor de forma conjunta e essa experimentação da co-criação transforma-se na própria base de valor, tendo como principais fatores da criação de valor, os indivíduos e suas experiências (FIGURAS 6 e 7).

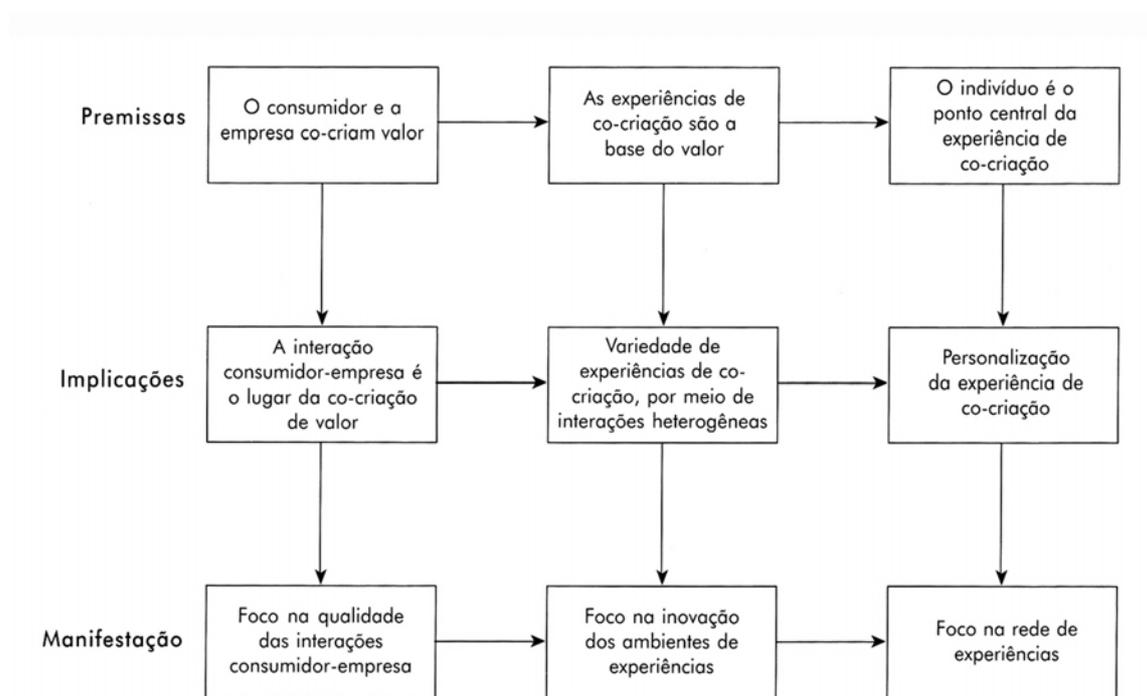


FIGURA 6 – Nova criação de valor - Dimensões de qualidade de serviços.

Fonte – Prahalad, Ramaswamy (2004).

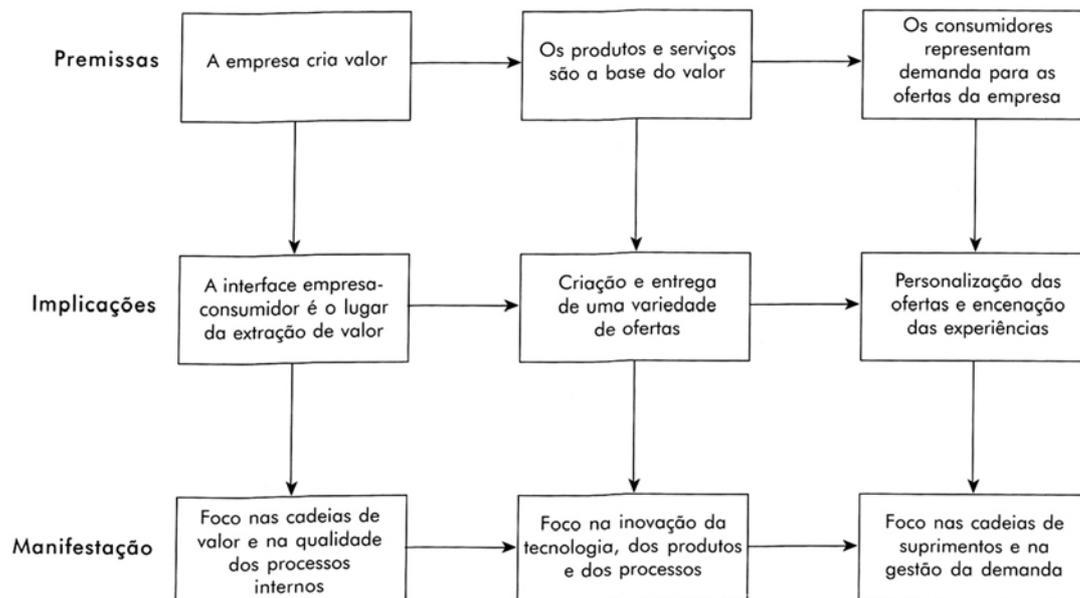


FIGURA 7 – Nova criação de valor - Dimensões de qualidade de serviços.

Fonte – Prahalad, Ramaswamy (2004).

4.8. Expectativas

De uma forma bastante clara pode-se conceituar expectativas como sendo padrões internos que os clientes utilizam para julgar a qualidade de um serviço (LOVELOCK, 2003). Estas expectativas são baseadas em sua grande maioria por experiências pessoais passadas. Caso o consumidor não tenha passado por nenhuma experiência é possível que a expectativa se forme com base nos processos de comunicação, seja ele formal ou informal.

As expectativas variam de acordo com uma série de fatores, sejam eles culturais, sociais, econômicos ou étnicos, porém é certo admitir que, de qualquer forma, esta variável apresenta um serviço desejado, um serviço adequado, um serviço previsto e uma lacuna aceitável entre eles, que é a zona de tolerância do cliente (FIGURA 8):

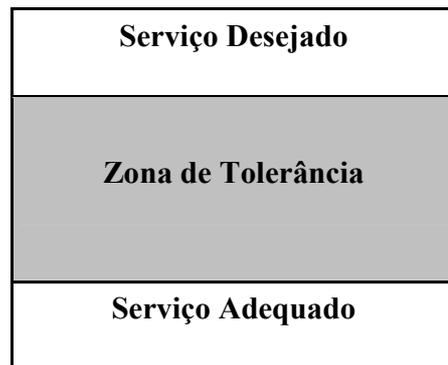


Figura 8: Zona de tolerância e os níveis de expectativas

Fonte – Parasuraman, Zeithmal e Berry (1985).

Sendo:

- Serviço desejado: o nível desejado de qualidade de serviço que o cliente acredita que possa e deva ser entregue;
- Serviço previsto: o grau de qualidade do serviço que um cliente acredita que será entregue pela empresa;
- Serviço adequado: o nível mínimo que o cliente aceitará sem ficar insatisfeito;
- Zona de tolerância: espaço em que o cliente está disposto a aceitar variações na entrega do serviço. Vale salientar que clientes diferentes possuem diferentes zonas de tolerância.

Para que o cliente realmente fique satisfeito é necessário que a organização consiga superar as expectativas dos clientes de duas formas: realizando um serviço de excelente nível ou diminuindo as expectativas deste cliente, podendo assim superá-las. Essas “soluções” não são mutuamente exclusivas, mas o ideal é que sejam usadas em conjunto. A literatura oferece uma série de sugestões para se administrar as expectativas do consumidor: assegurar que as promessas reflitam a realidade, colocar um prêmio para a confiabilidade e comunicar-se com os consumidores (PARASURAMAN e BERRY, 1991).

Quando o serviço alcança o desempenho esperado pelo cliente ele pode ser julgado de três formas de acordo com seu julgamento de desempenho (OLIVER, 1980).

- Desconfirmação positiva: o desempenho é melhor do que o esperado;
- Confirmação simples: o desempenho equivale às expectativas;
- Desconfirmação negativa: o desempenho é abaixo do esperado.

4.9. Satisfação

As experiências ocorrem após a concepção das expectativas, e a satisfação é diretamente ligada ao grau em que estas expectativas foram atendidas ou ultrapassadas (KOTLER, 2000).

Uma questão que deve ser abordada é a tênue diferença entre a qualidade percebida e a satisfação. Um exame da literatura sugere que a principal diferença entre esses dois construtos é que a satisfação é o resultado da avaliação que um consumidor faz de uma transação específica, enquanto que a qualidade percebida é geralmente vista como uma atitude; ou seja, a avaliação global que o consumidor efetua da oferta de um serviço (Parasuraman et al. 1988; Bitner 1990; Carman 1990; Grönroos 1990; Heskett et al. 1990; Bolton e Drew 1991a, b; Bateson 1991). Nesse sentido, poderia-se dizer que a satisfação do consumidor apresenta um caráter monoperíodo, ou seja, relacionado a uma transação específica. Por outro lado, a qualidade de serviços, como atitude, apresenta um caráter multiperíodo, que se estende ao longo de várias transações.

Bolton e Drew (1991) sugerem que a qualidade de serviços é análoga a uma atitude e que a qualidade percebida é, portanto, função de uma percepção prévia da qualidade do serviço e do nível de satisfação (ou de insatisfação) do consumidor em relação à performance atual do serviço. Oliver (1981), propõe que a satisfação influencia uma atitude global em relação à experiência de consumo. A satisfação pode ser considerada como a avaliação da surpresa que um cliente experimenta após a compra (no caso, a prestação do serviço). Essa surpresa pode tornar-se um início de uma atitude global. A satisfação expressa "o estado psicológico sintético que se produz quando a emoção ligada a expectativas desconfirmadas é associada

aos sentimentos prévios do consumidor em relação à experiência de consumo" (Oliver 1981, p. 27). Outro ponto importante é a relação entre estes dois conceitos: para alguns autores a qualidade percebida antecede a satisfação (Churchill e Surprenant (1982), Oliver e DeSarbo (1988) e Cronin e Taylor (1992, 1994), em contrapartida Bitner (1990) e Bolton e Drew (1991) posicionam a satisfação como antecedente à qualidade percebida.

Para Lovelock (2003) a satisfação dos clientes deve ser monitorada pela empresa com pesquisas que inicialmente identifiquem os fatores mais relevantes para a satisfação dos clientes e que, em um segundo momento, avaliem a empresa em relação a esses atributos. Para o mesmo autor são inúmeros os benefícios da satisfação do cliente, dentre eles:

- Promover o isolamento dos clientes em relação à concorrência;
- Reduzir os custos de atração de novos clientes;
- Ampliar a propaganda positiva por meio de boca a boca;
- Poder criar uma vantagem competitiva sustentável.

Oliver (1980) instituiu uma escala de mensuração de satisfação do consumidor, que no caso inicial foi utilizado para o setor de automóveis, porém o mesmo autor afirma que a mesma escala pode ser utilizada para qualquer tipo de produto ou serviço, contanto que o consumidor tenha feito a aquisição recentemente. Para demonstrar o modelo de processo de consumo de Oliver (1989) vale observar a escala multi-itens relacionando itens e conceitos, como podemos observar no quadro abaixo (QUADRO 4).

QUADRO 4– Escala de satisfação do consumidor de Oliver

#	Item da escala	Conceito relativo
1	Este automóvel é um dos melhores que já pude comprar.	Avaliação do desempenho geral e qualidade
2	Este automóvel é exatamente o de que necessito.	Realização das necessidades
3	Este automóvel não tem funcionado tão bem como pensei que faria.	Desconfirmação de expectativas (negativa)
4	Estou satisfeito com minha decisão de comprar este automóvel.	Satisfação
5	As vezes tenho dúvidas sobre se devo continuar com este automóvel.	Dissonância cognitiva
6	Minha escolha de comprar este veículo foi a mais sensata	Atribuição de sucesso
7	Se eu pudesse, compraria outra marca ou modelo.	Arrependimento
8	Eu tenho realmente gostado deste automóvel.	Afetividade positiva
9	Sinto-me mal com a minha decisão de comprar este veículo.	Atribuição de fracasso (remorso)
10	Não estou feliz por ter comprado este veículo.	Afetividade negativa
11	Ser dono deste veículo tem sido uma boa experiência.	Avaliação da compra (resultados)
12	Estou seguro de ter feito a coisa certa ao comprar este veículo.	Atribuição de sucesso

Fonte: Zuñiga (1999) adaptado de Oliver (1980)

Prestar um serviço de qualidade em ambientes cada vez mais competitivos obriga as empresas a investir cada vez mais na satisfação de seus clientes. Entretanto as evidências comprovam que não basta manter o cliente satisfeito para retê-lo como seu cliente fiel, pois as necessidades dos indivíduos mudam e sua conseqüente satisfação também. Com base nesta premissa surge o modelo das expectativas. Uma evolução deste modelo trata as

necessidades como fator primordial na busca da “plena” satisfação. Embora muito útil para entender as emoções dos clientes, este modelo possui limitações ao se tratar de indivíduos com carga emocional muito intensa. Acredita-se que, pautar-se apenas pelas expectativas dos clientes seria limitar as concepções do indivíduo (GRIFFIN, 1998). A satisfação ou insatisfação são oriundas da suplantação de três necessidades básicas adaptadas da teoria de Maslow (1954), sendo:

- a) Segurança: sentimento de preservação de danos físicos ou econômicos oriundos da prestação de serviço
- b) Justiça: necessidade de ser tratado corretamente. Este ponto possui três vertentes que devem ser consideradas:

- Tratamento justo partilhado: refere-se a avaliação do resultado pelo cliente.
- Tratamento justo no procedimento: os clientes julgam a equidade das regras e dos procedimentos usados para determinar os resultados.
- Tratamento justo na interação: refere-se ao modo de como os funcionários de uma empresa se relacionam pessoalmente com o cliente, sendo representados por manter promessas e compromissos, flexibilidade ao lidar com pedidos fora dos padrões, ajudar quando necessário, criar laços de amizade, agir com honestidade e tratar com educação e respeito.

- c) Auto-estima: é o desejo de manter e melhorar a auto-imagem (BOWEN, SCHNEIDER, 2000).

4.10. Lealdade

Para Griffin (1998) a abordagem da necessidade de fidelizar clientes veio para quebrar um paradigma que permeava a questão de satisfação. Na década de 80, os esforços para obtenção da satisfação dos clientes eram realizados na tentativa de influenciar na atitude dos clientes. No caso da fidelização, o foco é no comportamento do cliente, ou seja, ao se tornar fiel o indivíduo começa a ter comportamentos de compra definidos como não

aleatórios expressos ao longo do tempo por alguma unidade de tomada de decisão. Vale ressaltar a importância do termo não-aleatório, já que a fidelização parte do princípio da repetição do processo de compra em um determinado espaço de tempo.

O processo para fidelizar um cliente compreende cinco etapas de acordo com Griffin (1998), sendo elas:

- **Conscientização:** Neste momento se inicia a inserção de seu produto ou serviço na mente do consumidor. É o estágio em que a empresa passa as informações a respeito de seu produto ou serviço no mercado. Os meios de comunicação são fatores de suma importância nesta etapa do processo;
- **Compra inicial:** Momento da aquisição experimental, de suma importância para o conceito inicial do cliente em relação a sua aquisição;
- **Avaliação pós-compra:** Logo após a compra inicial o cliente de forma consciente ou inconsciente avalia sua aquisição;
- **Decisão de comprar novamente:** O pensamento de readquirir é, segundo a autora, a atitude mais importante em relação à fidelidade e afirma que não existe fidelidade sem uma clientela regular;
- **Reaquisição:** Etapa final do ciclo, para se considerar um cliente fiel é necessário que ele adquira o produto ou serviço novamente, para que o ciclo inicie novamente a partir das terceira e quarta etapas, avaliação pós-compra e decisão de comprar novamente respectivamente.

Para a mesma autora, o cliente fiel é aquele que realiza compras regulares e repetidas, adquirindo diversas linhas de produtos e serviços. Ele recomenda os produtos e serviços para outras pessoas e que demonstra ser imune aos apelos da concorrência, passando a ser mais que um cliente fiel, um defensor da empresa no mercado, estágio máximo de fidelidade.

Já Reichheld (2002) aponta a necessidade da fidelização em relação a todos aqueles envolvidos, demonstrando as vantagens do relacionamento entre funcionários, empresa e

mercado. Esta lealdade é sustentada por seis valores e preceitos que o autor denomina como princípios de lealdade. Estes princípios de lealdade abrangem excelência, todas as questões abstratas e os fundamentos que dão subsídios para a elaboração de uma estratégia de fidelização de clientes, sendo estes:

1. Jogue para que todos ganhem

A organização deve ter uma visão de crescimento contínuo e uma gestão participativa. Qualquer tentativa de tentar lucrar às custas dos parceiros é criar desconfiança, fator extremamente negativo e avesso ao processo de fidelização.

2. Escolha bem

É necessária a participação de todos no processo de fidelização, porém o engajamento é de suma importância para o correto andamento.

3. Não complique

A complexidade é inimiga da flexibilidade e da rapidez. Empresas lentas e com pouca flexibilidade tendem a não responder às mudanças de mercado na velocidade adequada e, conseqüentemente, passam a não acompanhar as alterações nos comportamentos de seus clientes.

4. Recompense os resultados certos

Parceiros de valor merecem objetivos de valor. A motivação é de suma importância para que a organização consiga absorver o que seus parceiros têm de melhor. A demonstração da satisfação por parte da empresa, seja por recompensas, benefícios ou

até mesmo um simples “parabéns” torna-se um fator extremamente motivador e fortalece a relação entre funcionário e organização.

5. Preste atenção e seja franco

As empresas não devem se iludir acerca da falta de conhecimento de seus parceiros. Relacionamentos duradouros são pautados pela clareza e pela honestidade, no ambiente organizacional não é diferente. Este respeito tem que ser mútuo entre todos os participantes do processo.

6. Diga o que faz

“Um gesto vale mais que mil palavras”, este ditado se aplica perfeitamente ao sexto princípio de lealdade. Porém, se usado em conjunto da força da palavra os resultados podem ser muito melhores. A forma de comunicar ao parceiro é a chave para que a empresa se faça entender e possa colocar sua estratégia em ação com base nos comportamentos de todos os participantes do processo de fidelização.

Com base nestes princípios é possível montar uma consistente estratégia que vise a fidelização de clientes. Para Griffin (1998), o ápice de fidelidade ocorre no momento em que o cliente passa a ser não somente consumidor e sim um ferrenho defensor da marca da empresa. Porém a criação de um cliente fiel passa por sete estágios, a saber:

- Estágio 1: Suspeito: Incluem todos aqueles que poderiam tornar-se consumidores dos produtos ou serviços da empresa. São conceituados como suspeitos pela carência de informações sobre este cliente sobre seu enquadramento ou não no perfil consumidor
- Estágio 2: Prospect: O prospect (ou comprador em potencial) é todo aquele que necessita do produto ou serviço oferecido, mas que ainda não o adquiriu.

- Estágio 3: Prospect desqualificado: Classificam-se como sendo aqueles que a empresa possui informações suficientes do cliente e certifica-se do não enquadramento no perfil consumidor.
- Estágio 4: Comprador: São todos aqueles que adquirem o produto ou serviço de determinada organização pela primeira vez. Vale ressaltar que neste estágio o consumidor não tem vínculo nenhum com a empresa, somente transacional, podendo adquirir produtos de empresa concorrentes simultaneamente.
- Estágio 5: Cliente eventual: Caracteriza-se pela execução da segunda aquisição de produto ou serviço da mesma empresa.
- Estágio 6: Cliente regular: São todos aqueles clientes que adquirem tudo que a empresa que ele é fiel coloca no mercado. É muito latente a solidez do relacionamento entre este tipo de cliente e a organização.
- Estágio 7: Defensor: Além de ser um cliente regular, este, estimula outros compradores a iniciar o ciclo de aquisição do produto ou serviço oferecido pela empresa que ele é fiel, tendo uma clara função de divulgador positivo desta organização.

Finalizando estes pontos aparecem os clientes inativos, representados por aqueles que em algum momento se tornaram compradores e não avançaram à fidelidade. Cabe aos responsáveis por atendimento a clientes descobrir o motivo deste abandono. Com base nestas questões torna-se cada vez mais claro que o processo de venda não se finaliza no momento do final da transação e sim extrapola para o conceito de relação, que determina a importância de um serviço de pós-venda feito com coerência e um real acompanhamento deste cliente e de todos aqueles que de alguma forma se tornam atraentes para a organização.

Apesar da notória importância das empresas buscarem a fidelidade, uma gama de especialistas abordam o processo de “commoditização” como um ponto de interrupção de lealdade. No momento que a competição se baseia exclusivamente na questão preço a lealdade inexistente, já que a princípio bastaria baixar os preços para que os clientes acompanhassem aquela com os menores preços.(Kotler, 2000).

5. HIPÓTESES DE TRABALHO

Com base na revisão teórica realizada, com o intuito de verificar de forma empírica as relações do modelo ASCI na percepção de clientes de serviços médicos conveniados da região hospitalar de Belo Horizonte, o modelo de pesquisa sofreu alterações, retirando-se o constructo reclamação. Desta forma, o modelo proposto apresenta as seguintes relações hipotéticas, conforme a figura abaixo (FIGURA 9).

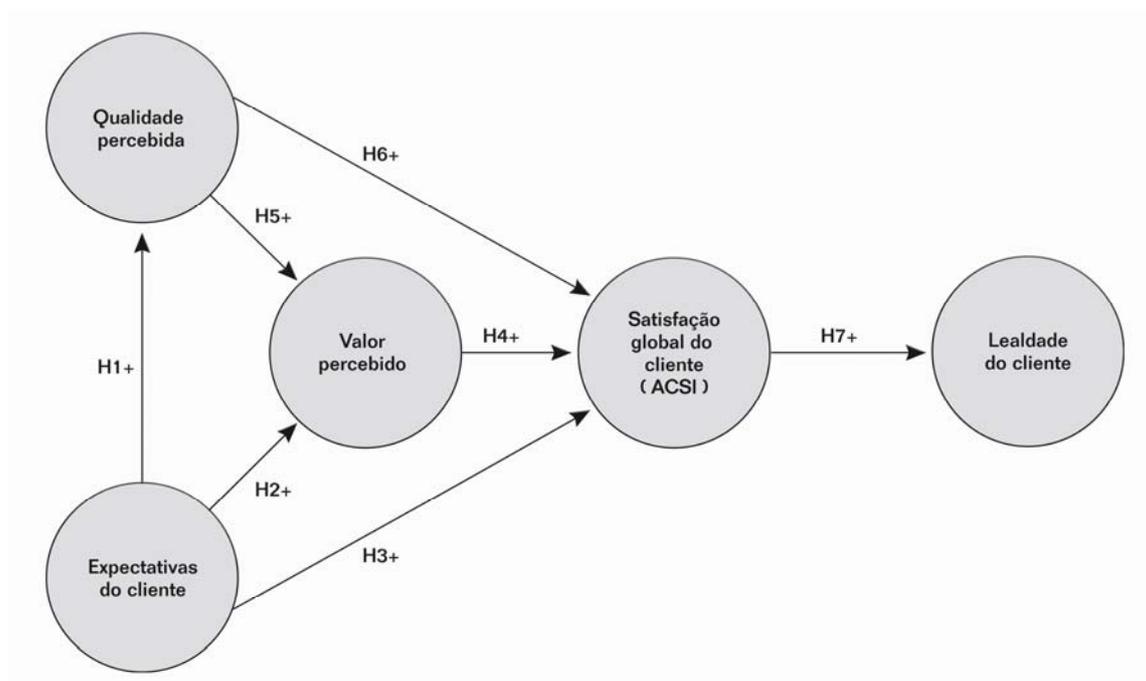


Figura 9: Modelo hipotético adaptado

Fonte: Dados de pesquisa

Com base no modelo as seguintes hipóteses foram propostas:

H1: Existe impacto positivo das expectativas do cliente na qualidade percebida pelo cliente;

H2: Existe impacto positivo das expectativas do cliente no valor percebido pelo cliente;

H3: Existe impacto positivo das expectativas do cliente na satisfação global do cliente;

H4: Existe impacto positivo do valor percebido pelo cliente na satisfação global do cliente;

H5: Existe impacto positivo da qualidade percebida pelo cliente no valor percebido pelo cliente;

H6: Existe impacto positivo da qualidade percebida pelo cliente na satisfação global do cliente;

H7: Existe impacto positivo da satisfação global do cliente na propensão a lealdade.

6. METODOLOGIA DE PESQUISA

6.1. Estratégias de pesquisa

A pesquisa foi organizada em duas fases. A primeira, de cunho exploratório, com o intuito de aumentar a familiaridade com o assunto, tornando o problema mais claro. Este momento foi constituído por entrevistas com especialistas em marketing e área médica, revisão de literatura, grupos de foco e entrevistas em profundidade com clientes.

A segunda fase da pesquisa foi quantitativa, com a utilização do método *survey*. Segundo Malhotra (1996) este método é o mais adequado, pois, possibilita pela quantificação de dados, uma generalização dos resultados, dando assim maior aplicabilidade da pesquisa em outros setores e segmentos.

6.2. Tipo de pesquisa

Do ponto de vista de sua natureza a pesquisa é classificada como aplicada, pois objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática dirigida para problemas específicos dos antecedentes da satisfação em pacientes de serviços médicos conveniados e seu impacto na lealdade.

Já pelo ponto de vista da forma de abordagem do problema a pesquisa possui dupla classificação: na fase exploratória ela é caracterizada como qualitativa. Neste momento a pesquisa aborda questões subjetivas, ocorrendo à interpretação dos fenômenos não podendo ser traduzido em números. No momento da coleta de dados por *survey*, a mesma classifica-se como quantitativa, por introduzir a quantificação, traduzindo em números as informações coletadas para uma análise posterior.

Ao se tratar da classificação de seus objetivos a pesquisa é descritiva, pois é um tipo de pesquisa conclusiva que tem como principal objetivo à descrição de algo (MALHOTRA, 2001).

Em relação aos procedimentos técnicos (GIL, 1991), no momento da análise dos materiais já publicados é conceituada como uma pesquisa bibliográfica. Nas fases quantitativa e qualitativa é classificada de levantamento, já que os comportamentos das pessoas foram questionados em painéis e entrevistas em profundidade.

Do ponto de vista da natureza da pesquisa esta pesquisa se enquadra do conceito de pesquisa aplicada, já que tem como seu objetivo agregar conhecimentos para aplicação prática e dirigida para a solução de problemas específicos independente do segmento proposto (MENEZES e SILVA, 2000).

6.3. Universo, amostra e período de estudo

6.3.1. Unidade de análise

Foram analisados os prestadores de serviços médicos conveniados na região hospitalar de Belo Horizonte visando mensurar a propensão à lealdade neste segmento. Optou-se por esta unidade de análise pela grande concentração de consultórios médicos nesta região.

6.3.2. Unidade de observação

Clientes que usaram serviços médicos conveniados. A aplicação do questionário foi realizada logo após a consulta para se ter uma melhor percepção do relacionamento no momento subsequente à experimentação do serviço.

6.4. Método de pesquisa

A fase exploratória teve como base abordagens qualitativas, com a utilização de entrevistas em profundidade, grupos de foco e entrevistas com especialistas. A pesquisa qualitativa é conceituada como sendo uma metodologia de pesquisa não-estruturada, sendo baseada em pequenas amostras, visando proporcionar *insights* e dando maior compreensão acerca do contexto do problema (MALHOTRA, 2001).

Foram seguidas as concepções do mesmo autor para realização das entrevistas exploratórias, sendo a entrevista individual realizada por um entrevistador treinado, tendo como objetivo descobrir motivações, crenças, atitudes e sensações acerca do serviço médico conveniado e suas nuances.

As entrevistas em profundidade podem ser divididas em dois tipos básicos, sendo semi – estruturadas e não-diretivas. No trabalho referido, foi feita a opção pela semi-estruturada,

visando cobrir uma série de assuntos específicos. Os roteiros para as entrevistas em profundidade foram elaborados com base na literatura pertinente, levando-se sempre em consideração o objetivo de constituição de uma relação de itens que deveriam constar no questionário. As entrevistas em profundidade foram realizadas com médicos conveniados na região proposta.

A realização dos grupos de foco com pacientes foram realizados devido à necessidade de um maior aprofundamento nos assuntos pertinentes às percepções dos mesmos. Os encontros foram realizados com pequenos grupos entre 8 e 12 pessoas, recrutadas de forma homogênea em termos das características demográficas e sócio-econômicas. Os grupos foram liderados por um moderador que foi treinado para em momento algum instituir suas opiniões ou mesmo direcionar a discussão. Dentre os inúmeros fatores positivos deste método de pesquisa estão os resultados inesperados e obtidos através de uma discussão livre (MATTAR, 1996).

Tendo como base os resultados da fase exploratória, foi realizada uma pesquisa de cunho quantitativo (*Survey*), que segundo Malhotra (2001) é caracterizada como um método no qual são entrevistados um número representativo de respondentes, tendo como ferramenta de coleta um questionário pré-definido e padronizado. Neste estudo o questionário foi parametrizado por uma escala tipo *Likert* de 10 pontos, conceituada como uma escala de medida com categorias de resposta que derivam de “discordo totalmente” e “concordo totalmente”, que exige que o respondente indique um grau de concordância ou de discordância com cada uma da série de afirmações relacionadas aos constructos qualidade percebida, valor percebido, expectativas, satisfação global e lealdade.

6.5. Amostra de estudo

A população considerada foi constituída de clientes de serviços médicos na região hospitalar de Belo Horizonte e para a definição da amostra foram selecionados aqueles oriundos de serviços médicos conveniados. Como dito anteriormente esta pesquisa possui duas etapas: exploratória e de validação dos instrumentos.

Na fase exploratória, amostragem foi feita de forma não probabilística por julgamento. Esta técnica de amostragem não utiliza seleção aleatória, confiando no julgamento pessoal do entrevistador.

Na validação dos instrumentos o julgamento por parte do entrevistador deveria seguir ao menos um determinado número de experiências médicas vividas pelo paciente.

A amostra inicialmente considerada como suficiente de 450 considerando como suficiente para 5% de erro e 95% de grau de confiança (população infinita com escala dicotômica). Após as 200 primeiras respostas (estudo piloto) foi calculada a amostra para média, população finita, baseada na média e desvio padrão estimado (respondentes iniciais). Para avaliação do modelo, considerou-se 10 respondentes por parâmetro a ser estimado.

Na fase quantitativa de validação dos instrumentos, os dados foram coletados por meio de um questionário estruturado aplicado no momento seguinte da consulta médica. Estes questionários foram realizados nos meses de agosto e setembro de 2004 por uma equipe de 10 entrevistadores.

7. ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados seguindo etapas. O intuito de verificar os pressupostos e a consistência dos dados, assim como a validade e a confiabilidade de suas escalas e medições, dando condições de teste das hipóteses propostas.

7.1. Fase Exploratória

A primeira fase da pesquisa foi constituída por uma revisão bibliográfica, pesquisas em profundidade e grupos de foco para dar maior conteúdo à parte teórica e maior familiaridade com ao segmento e ao problema.

As entrevistas em profundidade foram agendadas com médicos previamente selecionados tendo como base para recrutamento o tempo de experiência profissional. Cada entrevista teve duração média de 45 minutos, seguindo um roteiro previamente definido. Visando uma maior confiabilidade das informações obtidas, todas as entrevistas realizadas foram gravadas em fitas de áudio e arquivadas juntamente com as anotações feitas pelo entrevistador. Já os grupos de foco foram realizados em sala própria. Tendo como base os dados e informações coletadas em trabalhos de Oliver (1997), Brown e Swartz (1989), Zeithaml, Berry e Parasuraman (1996), dentre outros. Foi desenvolvido um questionário inicial com escalas de 10 pontos. Após a confecção do questionário, o mesmo foi apresentado à um painel de especialistas para analisar e propor possíveis alterações. Este painel foi composto por doutores, mestres e profissionais experientes na área médica conveniada.

QUADRO 5 - Operacionalização dos constructos

EXPECTATIVAS	Fornel,Johnson,Anderson,Cha,Bryant (1996), grupos de foco
QUALIDADE PERCEBIDA	Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988), Brown e Swartz (1989) e grupos de foco.
VALOR PERCEBIDO	Rust, Zeithaml e Lemon (2001) e grupos de foco
SATISFAÇÃO	Oliver (1981) e grupos de foco
LEALDADE	Reichheld (2002) , Griffin (1998), Parasuraman (1985) e grupos de foco

Fonte: Dados de pesquisa

Foi realizado um pré-teste de 30 questionários para verificar o entendimento completo das afirmações contidas.

Na fase quantitativa de validação dos instrumentos, os dados foram coletados por meio de um questionário estruturado aplicado no momento seguinte da consulta médica. Estes questionários foram coletados nos meses de agosto e setembro de 2004 por uma equipe de 10 entrevistadores. Estes dados assim que tabulados foram armazenados em um banco de dados para futuras análises.

7.2. Fase descritiva

A fase descritiva da pesquisa é constituída pelas seguintes análises:

- Análise exploratória dos dados;
- Análise de dados ausentes e valores extremos (*outliers*);
- Reversão de itens;
- Análise dos valores extremos multivariados;
- Validade e confiabilidade das escalas

- Análise de confiabilidade das escalas

7.2.1. Análise exploratória dos dados

7.2.1.1 Análise de dados ausentes e valores extremos (*outliers*)

Por meio da tabela abaixo, constata-se que 10 itens do questionário apresentaram dados ausentes. Entretanto, o número de ausentes não foi considerado relevante na medida em sua representação foi inferior a 1%. Dessa forma, optou-se pela imputação pela média para os casos que apresentaram dados ausentes.

TABELA 1 - Relação de itens que apresentaram dados ausentes.

Itens da escala	Casos válidos	Ausentes	Percentual
9) O médico me deu total atenção durante o atendimento	448	2	0.44%
13) O médico usou palavras que entendo	449	1	0.22%
20) O médico se mantém informado sobre os últimos avanços da medicina	449	1	0.22%
32) Minhas expectativas de uma forma geral não foram cumpridas	449	1	0.22%
34) Tinha muito receio deste atendimento	449	1	0.22%
37) Este serviço médico foi muito importante para mim	449	1	0.22%
40) Os benefícios que este serviço médico me dá valem mais que o valor que paguei pelo atendimento	449	1	0.22%
49) Estou arrependido(a) por ter vindo a este consultório	449	1	0.22%
53) Tenho grande propensão em realizar novas consultas com este médico	449	1	0.22%
56) Na minha próxima consulta, a qualidade do serviço será o principal item considerado	449	1	0.22%

Fonte: Dados de pesquisa.

7.2.1.2. Reversão de itens

Os itens contidos na tabela abaixo (TABELA 2) constam aqueles que necessitaram de reversão para uma análise mais coerente .

TABELA 2: Itens reversos

Construto	Itens reversos
Qualidade	Q26, Q30
Expectativas	E31, E32, E34
Valor	V38
Satisfação	S43, S44, S47, S49, S50
Lealdade	L58

Fonte: Dados de pesquisa

7.2.1.3. Análise de valores extremos multivariados

A análise de valores extremos multivariados foi realizada levando-se em conta a distância de Mahalanobis (MALHOTRA, 2001). Considerando as 58 variáveis, o valor mínimo da distância de Mahalanobis para suspeitar-se que uma observação é um *outlier* multivariado é igual 97, no nível de 0,1%. Por meio da análise foram detectados 25 casos que podem ser considerados valores extremos (*outliers* multivariados). Após a retirada dos *outliers* multivariados restaram 425 (450-25) casos válidos.

TABELA 3 - Relação de casos considerados valores extremos multivariados

Número do caso/questionário	Distância de Mahalanobis
4	132.65
5	110.48
9	124.84
10	116.08
11	102.55
82	144.25
83	148.40
84	156.56
85	114.84
86	98.52
88	198.44
123	112.17
124	149.22
127	102.08
129	119.81
143	107.75
165	156.82
170	100.11
214	121.50
220	105.53
266	429.61
279	120.74
298	99.71
390	97.50
395	116.66

Fonte: Dados de pesquisa.

7.2.2. Validade e confiabilidade das escalas

7.2.2.1. Análise de confiabilidade dos constructos por meio do Alfa de Cronbach

Da teoria da medida observa-se que o valor de uma medida qual pode ser representado pela seguinte equação:

$$V_o = V_v + E_a + E_s$$

Onde:

V_o representa o Valor Observado através da escala

V_v representa o Valor Verdadeiro da característica

E_a representa o Erro Aleatório

E_s representa o Erro sistemático

Para avaliar as propriedades psicométricas das escalas no presente estudo, será calculado o coeficiente Alpha de Cronbach (MALHOTRA, 2001).

Segundo HAIR *et all* (1998), um valor de pelo menos 0,70, reflete uma fidedignidade aceitável, embora reconheçam que esse valor não seja um padrão absoluto. Os autores esclarecem, ainda, que valores Alfa de Cronbach inferiores a 0,70 são aceitos se a pesquisa for de natureza exploratória. Já para MALHOTRA (2001) o valor de corte a ser considerado é 0,60, isto é, abaixo desse valor o autor considera que a fidedignidade é insatisfatória.

Nesse estudo, todas as dimensões que apresentaram valores que superaram o valor de 0,60 foram consideradas fidedignas (MALHOTRA, 1996).

Constructo Qualidade

TABELA 4 - Consistência-interna por meio do Alfa de Cronbach - Qualidade

	Média se item retirado	Variância se item retirado	Variância se item-itens	Correlação retirado	Alfa se item
Q1	12.9859	1.0187	.4818	.6317	
Q2	13.0729	.8083	.6404	.4179	
Q3	13.2259	.9017	.4189	.7233	
Alpha = .6911					

Fonte: Dados de pesquisa.

TABELA 5 - Consistência-interna por meio do Alfa de Cronbach - Qualidade

	Média se item retirado	Variância se item retirado	Correlação item-itens	Alfa se item retirado
Q8	18.3198	2.8830	.4250	.6094
Q12	18.9363	2.1631	.5468	.5038
Q13	19.1482	2.2020	.4751	.5580
Q18	18.8351	2.4162	.3402	.6613

Alpha = .6546

Fonte: Dados de pesquisa.

TABELA 6 - Consistência-interna por meio do Alfa de Cronbach - Qualidade

	Média se item retirado	Variância se item retirado	Correlação item-itens	Alfa se item retirado
Q27	10.5859	1.1677	.3381	.5359
Q28	10.7741	.9913	.5420	.2320
Q29	10.8612	1.0915	.2927	.6220

Alpha = .5730

Fonte: Dados de pesquisa

TABELA 7 - Consistência-interna por meio do Alfa de Cronbach - Qualidade

	Média se item retirado	Variância se item retirado	Correlação item-itens	Alfa se item retirado
Q20	5.4329	.4536	.3778	.
Q21	5.7193	.4047	.3778	.

Alpha = .5478

Fonte: Dados de pesquisa.

TABELA 8 - Consistência-interna por meio do Alfa de Cronbach - Qualidade

	Média se item retirado	Variância se item retirado	Correlação item-itens	Alfa se item retirado
Q10	6.6871	.4183	.4352	.
Q11	6.7153	.4070	.4352	.
Alpha = .6064				

Fonte: Dados de pesquisa.

TABELA 9 - Consistência-interna por meio do Alfa de Cronbach - Qualidade

	Média se item retirado	Variância se item retirado	Correlação item-itens	Alfa se item retirado
Q5	12.6918	1.4967	.5308	.6670
Q6	12.6141	1.1102	.6468	.5204
Q7	12.0682	1.5826	.4972	.7043
Alpha = .7292				

Fonte: Dados de pesquisa.

TABELA 10 - Consistência-interna por meio do Alfa de Cronbach - Qualidade

	Média se item retirado	Variância se item retirado	Correlação item-itens	Alfa se item retirado
V43	7.9256	3.2393	.5157	.
V49	8.5560	1.8497	.5157	.
Alpha = .6632				

Fonte: Dados de pesquisa.

Constucto Expectativas

TABELA 11 - Consistência-interna por meio do Alfa de Cronbach - Expectativas

	Média se item retirado	Variância se item retirado	Correlação item-itens	Alfa se item retirado
E31	13.8553	1.0615	.3399	-.0887
E32	13.9774	1.5055	.0689	.3212
E33	11.7377	1.6205	.0303	.3581
E34	14.7296	1.5744	.1588	.2139
Alpha = .2811				

Fonte: Dados de pesquisa.

Constructo Valor

TABELA 12 - Consistência-interna por meio do Alfa de Cronbach - Valor

	Média se item retirado	Variância se item retirado	Correlação item-itens	Alfa se item retirado
V36	11.7650	.8032	.1269	.3656
V37	11.4800	.6370	.1483	.3483
V39	11.9650	.4587	.3200	-.0720
Alpha = .3382				

Fonte: Dados de pesquisa.

Constructo Satisfação

TABELA 13 - Consistência-interna por meio do Alfa de Cronbach - Satisfação

	Média se item retirado	Variância se item retirado	Correlação item-itens	Alfa se item retirado
S41	18.4612	3.1736	.7079	.7027
S42	18.3906	3.2244	.6792	.7184
S45	18.0235	4.4287	.4334	.8269
S48	18.4588	3.3008	.6570	.7302

Alpha = .8014

Fonte: Dados de pesquisa.

TABELA 14 - Consistência-interna por meio do Alfa de Cronbach - Satisfação

	Média se item Retirado	Variância se item retirado	Correlação item-itens	Alfa se item retirado
S47	10.2733	2.2499	.3573	.7881
S49	10.7812	1.5487	.6130	.4893
S50	10.8804	1.4826	.6200	.4776

Alpha = .7040

Fonte: Dados de pesquisa.

TABELA 15 - Consistência-interna por meio do Alfa de Cronbach - Satisfação

	Média se item Retirado	Variância se item retirado	Correlação item-itens	Alfa se item retirado
S46	12.8071	1.3919	.4033	.5304
S51	12.9741	1.0960	.4796	.4187
S52	12.5247	1.6509	.3953	.5527

Alpha = .6093

Fonte: Dados de pesquisa.

Constructo Lealdade

TABELA 16 - Consistência-interna por meio do Alfa de Cronbach - Lealdade

	Média se item Retirado	Variância se item retirado	Correlação item-itens retirado	Alfa se item
L55	13.4771	.8487	.2239	.4107
L56	13.5506	.6348	.2676	.3423
L57	13.5453	.6632	.3119	.2505

Alpha = .4370

Fonte: Dados de pesquisa.

7.2.2.2. Avaliação da dimensionalidade do construtos por meio de Análise Fatorial

Análise fatorial é uma técnica estatística que objetiva a redução e/ou um resumo das informações analisadas. Malhotra (2001) sugere os seguintes passos para a realização de uma análise fatorial:

- Formulação do problema;
- Construção de uma matriz de correlação;
- Determinar o número de fatores;
- Realizar uma rotação para melhorar a visualização da estrutura fatorial;
- Interpretar os fatores discriminados;
- Determinar o ajustamento do modelo.

Nesse estudo o objetivo da análise fatorial foi analisar a presença das dimensões subjacentes presentes nos construtos Qualidade de Serviço, Expectativas, Valor, Satisfação e Lealdade. A existência de correlações significativas entre os itens será avaliada por meio do teste de Esfericidade de Bartlett. O objetivo dessa estatística é testar a hipótese nula de que não há correlação significativa entre os itens, isto é, a matriz de correlação é a matriz identidade. Se a hipótese não for rejeitada, a utilização da análise fatorial pode ser colocada em dúvida. Outra medida de importância fundamental é a medida de adequação da amostra,

também conhecida como KMO-Kaise-Meyer-Olkin.

Malhotra (2001) recomenda 0,50 como valor mínimo para a estatística KMO, isto é, valores iguais ou superiores a 0,50 indicam que a análise fatorial é uma técnica apropriada para o conjunto de dados em questão.

Outra decisão é quanto ao método de extração e tipo de rotação a serem utilizados na análise fatorial. Nesse trabalho utilizar-se-á como método a extração por eixos principais. Segundo Malhotra (2001) esse método é o mais indicado quando o objetivo principal é verificar a existência de dimensões latentes. Quanto ao método de rotação será utilizado o Oblíquo, pois esse método parte do pressuposto de uma relação entre os fatores o que perfeitamente aceitável nas ciências sociais onde os construtos apresentam intrinsecamente correlacionados.

Para se determinar o número de fatores que será considerado Malhotra (2001, p.508) apresenta 5 formas. Nesse estudo serão considerados os fatores cujo o autovalor superar 1 em conjunto com a quantidade de variação explicada.

Constructo Qualidade

Fatores extraídos – Qualidade de Serviços

Após cerca de 7 análises fatoriais os seguintes itens foram retirados pelas razões apontadas na tabela abaixo.

TABELA 17 - Relação de itens retirados no processo de refinamento da escala

Item da escala	Motivo da retirada
14,15,16,17	Não apresentou carga fatorial que superasse o valor mínimo de 0,3.
24,25,26,30	Não apresentaram sinal de correlação teoricamente justificado.
9	Não se agrupou em nenhum fator.

Fonte: Dados de pesquisa.

Após a retirada dos itens discriminados acima, obteve-se a estrutura dimensional mostrada na tabela abaixo.

TABELA 18 - Análise fatorial exploratória – Análise dos Agrupamentos – Qualidade de Serviços

	1	2	3	4	5	6	7
KMO-Medida de Adequação da amostra – 0,67							
Teste de Esfericidade de Bartlett – sig. <0,05							
Alfa de Cronbach	0,69	0,65	0,57	0,55	0,61	0,67	0,73
2)O médico me passou informações suficientes sobre minha saúde	0.91						
1)O médico ouviu atentamente o que eu tinha para dizer	0.62						
3)O médico foi cuidadoso ao explicar o que realmente tenho	0.41						
12) O médico explicou os problemas que eu tenho de forma bastante clara		0.78					
13) O médico usou palavras que entendo		0.68					
8)O médico demonstrou real interesse pelo meu caso		0.46					
18)O médico tem uma elevada qualificação profissional		0.40					
28)O localização do consultório é de fácil acesso para mim			0.99				
27) Os horários de atendimento deste consultório são cômodos para minhas necessidades			0.46				

TABELA 18 - Análise fatorial exploratória – Análise dos Agrupamentos – Qualidade de Serviços (continuação)

21)As ajudantes do meu médico me conhecem individualmente				0.97			
20)O médico se mantém informado sobre os últimos avanços da medicina				0.43			
11)O médico me explicou com paciência os motivos dos exames que irei realizar					0.82		
10) O médico me tratou com total respeito					0.52		
23)As ajudantes do meu médico agiram de forma profissional						0.82	
22)As ajudantes do meu médico são bastante flexíveis ao lidar com minhas necessidades individuais						0.59	
6)O médico me examinou cuidadosamente antes de concluir meu diagnóstico							0.89
5)O médico dedicou o tempo suficiente para meu atendimento							0.58
7)O médico me inspirou total confiança							0.58
Variância explicada em percentuais (Total = 66,99%)	18,6 3	13,2 3	8,42	7,73	6,75	6,25	5,99

Fonte: Dados de pesquisa

Constata-se por meio da tabela (TABELA 18) acima que a análise fatorial se mostrou adequada na medida em que o valor de KMO superou o valor de corte (0,50) e o teste de Esfericidade de Bartlett mostrou-se estatisticamente significativo no nível de 5%.

Em relação à consistência interna das escalas, comprova-se que os valores das dimensões 3 (0,57) e 4 (0,55) não superaram o valor de corte (0,60). As demais dimensões apresentaram valores que superaram o valor de corte (0,60).

Constructo Expectativa

Fatores extraídos – Expectativas

TABELA 19 - Relação de itens retirados no processo de refinamento da escala

Item da escala	Motivo da retirada
35	Não apresentaram sinal de correlação teoricamente justificado.

Fonte: Dados de pesquisa.

TABELA 20 - Análise fatorial exploratória – Análise dos Agrupamentos – Expectativas

	1	2
KMO-Medida de Adequação da amostra – 0,47		
Teste de Esfericidade de Bartlett – sig. <0,05		
Alfa de Cronbach	0,48	0,32
31) Esperava muito mais deste atendimento	0.64	
32)Minhas expectativas de uma forma geral não foram cumpridas	0.61	
34)Tinha muito receio deste atendimento		0.50
33)Minhas expectativas em conseguir uma maior rapidez e confiabilidade no diagnóstico com este serviço médico foram plenamente cumpridas		0.40
Variância explicada em percentuais (Total = 65,66%)	33,4 7	32,19

Fonte: Dados de pesquisa.

Por meio da tabela acima observa-se que as duas dimensões não apresentaram valores de Alfa de Cronbach superiores ao valor de corte (0,60). Assim sendo há que considerar com cuidado esses indicadores

Ademais, o valor de KMO foi inferior a 0,50 conforme sugerido por Malhotra (2001).

Constructo Valor

Fatores extraídos – Valor

TABELA 21 - Relação de itens retirados no processo de refinamento da escala

Item da escala	Motivo da retirada
V40	Não apresentou correlação estatisticamente significativa com outros.
V38	Não apresentaram sinal de correlação teoricamente justificado.

Fonte: Dados de pesquisa.

TABELA 22 - Análise fatorial exploratória – Análise dos Agrupamentos – Valor

KMO-Medida de Adequação da amostra – 0,46	1	2
Teste de Esfericidade de Bartlett – sig. <0,05		
Alfa de Cronbach	0,34	Não calculado
39)O valor que paguei pela consulta médica considero baixo	0.64	
37)Este serviço médico foi muito importante para mim	0.35	0.40
36)Paguei um preço justo pelo atendimento médico realizado	0.35	-0.40
Variância explicada em percentuais (Total = 77,87%)	43,33	34,54

Fonte: Dados de pesquisa.

Por meio da tabela acima observa-se que o construto se mostrou ambíguo e que a primeira dimensão menos ambígua apresentou um valor de alfa de Cronbach inferior ao valor de corte (0,60). Assim sendo há que considerar com cuidado esses indicadores.

Ademais, o valor de KMO foi inferior (0,46) a 0,50 conforme sugerido por Malhotra (2001).

Constructo Satisfação

Fatores extraídos – Satisfação

TABELA 23 - Relação de itens retirados no processo de refinamento da escala

Item da escala	Motivo da retirada
V43 e V44	Não apresentaram sinal de correlação teoricamente justificado.

Fonte: Dados de pesquisa.

TABELA 24 - Análise fatorial exploratória – Análise dos Agrupamentos – Satisfação

KMO-Medida de Adequação da amostra – 0,68	1	2	3
Teste de Esfericidade de Bartlett – sig. <0,05			
Alfa de Cronbach	0,80	0,70	0,61
41)O serviço deste médico é um dos melhores que já experimentei	0.83		

TABELA 24 - Análise fatorial exploratória – Análise dos Agrupamentos – Satisfação (continuação).

48)Eu geralmente tenho gostado dos serviços deste médico	0.73 1		
45)Estou satisfeito com a decisão de consultar neste médico	0.46 2		
49)Estou arrependido(a) por ter vindo a este consultório		0.84 2	
50)Não estou feliz por estar consultando com este médico		0.77 3	
47)Se eu pudesse voltar atrás, consultaria em outro médico sem a menor dúvida		0.44 9	0.38 2
46)Minha escolha em vir consultar neste médico foi sensata	0.43		0.59 5
51)Utilizar os serviços deste médico tem sido uma boa experiência			0.54 9
52)Estou seguro de ter feito a coisa certa em ter consultado com este médico			0.48 5

Fonte: Dados de pesquisa.

Por meio da tabela acima observa-se que as três dimensões apresentaram valores de Alfa de Cronbach superiores ao valor de corte (0,60). Ademais, o valor de KMO foi superior a 0,68 conforme sugerido por Malhotra (2001).

Constructo Lealdade

Fatores extraídos – Lealdade

TABELA 25 - Relação de itens retirados no processo de refinamento da escala

Item da escala	Motivo da retirada
54	Não apresentou carga fatorial que superasse o valor mínimo de 0,3.
58	Apresentou o menor número de correlações estatisticamente significativas
53	Não se agrupou em nenhum fator.

Fonte: Dados de pesquisa.

TABELA 26 - Análise fatorial exploratória – Análise dos Agrupamentos – Lealdade

KMO-Medida de Adequação da amostra – 0,58	1
Teste de Esfericidade de Bartlett – sig. <0,05	
Alfa de Cronbach	0,44
57) Considerarei este médico como minha primeira opção de escolha	0.601
56)Na minha próxima consulta, a qualidade do serviço será o principal item considerado	0.430
55)Indicarei este médico para parentes e amigos	0.348

Fonte: Dados de pesquisa

7.2.2.3. Análise de linearidade

Para avaliar o grau de correlação entre as variáveis utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson. Em anexo (APÊNDICE B) encontram-se todas as matrizes de correlação referentes a cada uma das dimensões extraídas. Acrescenta-se que a avaliação se o padrão de correlações é ou não relevante foi realizada por meio do teste de Esfericidade de Bartlett.

Feita a análise de validação do instrumento de pesquisa, parte-se então para a aplicação da técnica de equações estruturais, sendo esta uma técnica avançada de tratamento e análise estatística, conforme salienta Gosling e Gonçalves (2003).

8. APLICAÇÃO DE TÉCNICAS DE EQUAÇÕES ESTRUTURAIS

Equações estruturais têm sido utilizadas em diversos campos de estudo. A razão para este fato, de acordo com Gonçalves Filho (2001), se baseia em dois elementos: (1) provê um método para lidar com múltiplos relacionamentos simultaneamente, enquanto provê eficiência estatística; (2) sua habilidade em avaliar os relacionamentos de forma abrangente e prover uma transição da análise exploratória para a confirmatória.

Para se aplicar a técnica de equações estruturais, Hair et al. (1998), citado por Gonçalves Filho (2001) sugere sete etapas, que seriam:

- Desenvolvimento de um modelo com base na teoria;

A modelagem por equações estruturais é baseada em relacionamentos causais, nas quais a mudança em uma variável supostamente resulta em mudança em outra variável. A ciência aponta algumas possibilidades para se considerar uma relação causal: (1) associação suficiente entre as duas variáveis; (2) antecedência temporal de causa e efeito; (3) inexistência de variáveis alternativas causais e (4) uma base teórica para o relacionamento.

O erro mais crítico no desenvolvimento de um modelo teórico é o erro de especificação, ou seja, de omitir do modelo uma variável preditora importante, o que pode causar variações e problemas na avaliação da importância de outras variáveis (HAIR *et al.* 1998).

- Construção do diagrama de caminhos;

O diagrama de caminhos é usado para desenhar o modelo, apresentando os relacionamentos causais e as correlações entre construtos. Os construtos são geralmente representados por ovais e podem ser classificados como endógenos, que são construtos que têm o comportamento causado por outros construtos preditores. Conforme salienta Gosling e Gonçalves (2003) “uma característica importante de variáveis endógenas é o fato de que geralmente não se enxerga tal variável como perfeita e completamente explicada pelas variáveis que exercem influência sobre ela”.

Já os construtos exógenos, não são causados por nenhum outro construto no modelo, atuando como variáveis independentes.

- Conversão do diagrama de caminhos;

Após o desenvolvimento do modelo teórico, o pesquisador deve especificar o modelo de modo mais formal. Assim, deve-se especificar os indicadores, variáveis medidas pelos respondentes que medem as variáveis latentes ou construtos. Conforme HAIR *et al.* (1998), deve-se ter no mínimo dois indicadores, mas três é um número mínimo mais indicado. Não há um número máximo de indicadores, mas cinco ou sete são adequados. No caso de uso de escalas pré-existentes com muitos itens, é indicado verificar a unidimensionalidade do construto e verificar a existência de sub-dimensões e modelos fatoriais de segunda ordem.

- Seleção da matriz de entrada de dados e estimação do modelo;

Equações estruturais diferem das outras técnicas multivariadas, pois trabalha com a matriz de variância-covariância ou matriz de correlação (os dados das observações não são utilizados diretamente no método). O método compartilha os pressupostos das outras técnicas multivariadas (observações independentes, amostra randômica de respondentes e linearidade nos relacionamentos), mas é mais sensível às características de distribuição dos dados, especialmente desvio da normalidade multivariada. Assim estes testes devem ser aplicados na fase exploratória e preparatória dos dados.

Um importante elemento na interpretação dos dados refere-se ao uso da matriz de variância-covariância e matriz de correlação. Equações estruturais foram inicialmente elaboradas para utilizar a matriz de variância-covariância. A matriz de covariância tem a vantagem de prover comparações entre diferentes populações ou amostras, mas a

interpretação dos resultados é mais difícil, pois utiliza as unidades de medida dos construtos.

A matriz de correlação tem ganho popularidade em muitas aplicações, pois permite comparações entre os componentes do modelo, pois estes são padronizados, através da remoção das unidades de medida (as variâncias / covariâncias são divididas pelo produto dos desvios-padrão). O uso de correlações é apropriado quando o objetivo é somente conhecer as relações entre os construtos, mas não é necessário explicar a variância total do construto. Em geral aconselha-se o emprego das matrizes de variância-covariância.

A maneira mais utilizada para calcular correlações ou covariâncias entre variáveis é a correlação produto-momento de Pearson. Esta é a forma mais utilizada em análise multivariada, mas deve-se assumir que todas as variáveis são medidas de forma métrica. Se ambas as variáveis são ordinais com três ou mais categorias, deve-se usar correlação polychórica. Se ambas são binárias deve-se usar a correlação tetrachórica.

O tamanho da amostra, como em todo método estatístico, provê base para estimação do erro amostral. Existem, especialmente em Equações Estruturais, quatro elementos que influenciam o tamanho de amostra necessário:

- Problemas de especificação do modelo

Referem-se a omissão de construtos e indicadores. Nestes casos a amostra tem de ser aumentada.

- Tamanho do Modelo

O tamanho absoluto da amostra deve ser maior que o número de covariâncias ou correlações na matriz. Um número típico de 5 respondentes por parâmetro a ser estimado é aplicado, ter-se 10 respondentes é mais indicado.

- Pressupostos de normalidade

Quando são violados os pressupostos de normalidade, o número de respondentes por parâmetro deve aumentar, até 15 respondentes por parâmetro.

- Procedimento de Estimação

O método de estimação mais comum é o da Máximo Verossimilhança que exige amostras maiores que 50, tipicamente entre 100 e 150 observações como amostra mínima. A medida que a amostra cresce, o método aumenta sua sensibilidade e quando esta excede 400 a 500 o método torna-se muito sensível, e qualquer diferença encontrada pode resultar em um ajustamento pobre. Uma possibilidade é testar o modelo com 200 observações, de forma independente ao tamanho da amostra. Se uma estimação assintótica de distribuição livre for empregada, requer-se uma amostra bem maior.

- Estimação do Modelo

Utiliza-se a MME – estimação por Máximo Verossimilhança quando os pressupostos de normalidade multivariada são válidos. Quando a normalidade multivariada não é encontrada, técnicas alternativas são empregadas tais como WLS (mínimos quadrados ponderados), GLS (mínimos quadrados generalizados) e ADF (distribuição assintótica livre). A técnica ADF tem crescido em aplicação nos últimos anos, mas exige uma amostra significativa para produzir resultados.

- Processo de Estimação

Em adição à técnica de estimação empregada, o pesquisador deve escolher entre os diversos processos de estimação:

- Estimaco direta: o modelo é estimado diretamente das observaes de uma única amostra – cada parâmetro e intervalo de confiana é baseado no erro de amostragem da amostra empregada.
- *Bootstrapping*: Ao invés de basear-se em uma estimaco única, os parâmetros e intervalos de confiana so calculados com base em múltiplas estimaces. O bootstrapping segue geralmente 4 fases: (1) primeiramente a amostra é considerada como populao para os objetivos de amostragem; (2) a amostra original   re-amostrada um número especificado de vezes para gerar novas amostras, cada uma um subconjunto randômico da amostra original; (3) o modelo é estimado para cada nova amostra gerada; (4) Os parâmetros finais so calculados como a média dos parâmetros estimados em todas as amostras. O intervalo de confiana no é estimado pelo erro de amostragem, mas diretamente observado pela distribuio dos parâmetros em torno da média.
- Simulao: É similar ao *bootstrapping*, mas durante o processo de gerao de novas amostras o programa pode interferir de acordo com objetivos do pesquisador, que escolhe uma forma sistemática (e no randômica) de gerao de novas amostras.
- *Jackknifing*: também gera novas amostras, porém cria N novas amostras (n é o tamanho da amostra original), cada uma de tamanho n-1, onde em cada amostra uma observao   omitida.

- Avaliar a identificao do modelo

Durante o processo de estimaco, a causa mais comum de problemas com resultados pouco significativos ou ilógicos refere-se   identificao do modelo. Um problema de identificao é a incapacidade do modelo proposto gerar estimaces únicas. Para questões de identificao, o pesquisador está preocupado com o tamanho da matriz de covariâncias / correlaes quando comparada com o número de coeficientes a estimar em termos de graus de liberdade:

$$df = \frac{1}{2} ((p+q)(p+q+1)) - t$$

onde:

q = número de indicadores endógenos

p = número de indicadores exógenos

t = número de coeficientes estimados no modelo

O número de graus de liberdade deve ser maior ou igual a zero para que o problema esteja cumprindo a primeira condição de identificação, denominada condição de ordem. Um modelo “*overidentified*” é aquele com um número positivo de graus de liberdade, o que significa que tem-se mais dados na matriz de dados do que o número de parâmetros a estimar.

A segunda condição de identificação refere-se a condição de “*rank*” que requer que o pesquisador prove algebricamente que cada parâmetro é unicamente identificado, o que é muito difícil para o pesquisador. Deste modo existem algumas heurísticas, sendo que a principal afirma que cada construto com três ou mais indicadores é identificado.

- Avaliação de critérios de bom ajuste;

O primeiro estágio para avaliar os resultados é uma inspeção inicial em “*offending estimates*”. São coeficientes estimados que excedem limites aceitáveis. Os mais comuns são: (1) erros negativos ou insignificantes para a variância de qualquer construto; (2) coeficientes padronizados excedendo ou muito próximos de UM; (3) erros padrões muito altos associados a qualquer coeficiente.

- Ajuste Total do Modelo

As medições de ajuste globais do modelo podem ser classificadas em três tipos: (1) medidas de ajuste absoluto; (2) medidas de ajuste incremental e (3) medidas de ajuste de parcimônia.

- Medidas de ajuste absoluto

Determinam o ajuste geral do modelo (estrutural e de medições), ou seja, o grau para o qual o modelo prediz a matriz de covariância ou correlação. As principais medições são:

- Qui-Quadrado

É a medição mais fundamental. Um valor grande do qui-quadrado no que se refere aos graus de liberdade significa que a matriz observada e a estimada diferem consideravelmente. É bastante sensível ao tamanho da amostra, e mais apropriado para amostras entre 100 e 200. Para amostras maiores é menos confiável.

- Parâmetro de Não-Centralidade e Não-Centralidade em Escala

Como alternativa ao Qui-quadrado e como medição menos afetada pelo tamanho da amostra sugere-se o uso dos parâmetros:

$NCP = \text{qui-quadrado} - \text{graus de liberdade};$

$SNCP = \text{qui-quadrado} - \text{graus de liberdade} / \text{tamanho da amostra}.$

- Índice “goodness-of-fit” (GFI)

Uma medida provida pelo LISREL, varia de 0 (pobre) a 1 (perfeito ajuste). Representa o ajuste global, mas não é ajustado para os graus de liberdade. Não existe um limite de bom ajuste estabelecido.

- Raiz Quadrada do Resíduo Médio (RMSR)

É a raiz quadrada da média dos resíduos ao quadrado – uma média dos resíduos das matrizes de entrada observada e a estimada.. Não existe um valor estabelecido para esta métrica, mas o valor deve ser baixo.

- Raiz Quadrada da Média do Erro de Aproximação (RMSEA).

Representa a discrepância por grau de liberdade. O valor deve ser baixo. Valores entre 0.05 e 0,08 são considerados aceitáveis.

- Índice de Validação Cruzada Esperada (ECVI) e Índice de Validação Cruzada (CVI)

São índices mais aplicados em comparações de modelos competitivos.

- Medidas de Ajuste Incremental

A segunda classe de medidas compara o modelo proposto com o modelo nulo.

- Índice “goodness-of-fit” GFI ajustado

Trata-se de uma extensão do GFI, ajustado pelo número de graus de liberdade do modelo e do modelo nulo. O valor recomendado deve ser maior ou igual a 0,90.

- Índice Tucker-Lewis (TLI)

Também conhecido como NNFI (nonormed fit index) é um índice comparativo entre o modelo proposto e o nulo:

$$TLI = \frac{(\text{qui-quadrado}_{\text{nulo}} / \text{df}_{\text{nulo}}) - (\text{qui-quadrado}_{\text{proposto}} / \text{df}_{\text{proposto}})}{((\text{qui-quadrado}_{\text{nulo}} / \text{df}_{\text{nulo}}) - 1)} \quad (8)$$

O valor recomendado de TLI é maior ou igual a 0,90.

- Índice de Ajuste Normalizado (NFI)

Uma das medições mais populares, varia de 0 (sem ajuste) a 1 (ajuste perfeito) e é calculado como:

$$NFI = \frac{\text{qui-quadrado}_{\text{nulo}} - \text{qui-quadrado}_{\text{proposto}}}{\text{qui-quadrado}_{\text{nulo}}} \quad (9)$$

Um valor igual a 0,90 ou maior é recomendado.

- Índices de Ajuste de Parcimônia

As medidas de ajuste de parcimônia relacionam o ajuste do modelo com o número de coeficientes estimados requeridos para alcançar este nível de ajuste. O objetivo básico é diagnosticar se o ajuste do modelo foi alcançado por “*overfitting*” (“sobreajuste”) dos dados com excessivos coeficientes. Como não existem valores aceitos como definitivos para verificar ajustes, sua aplicação está limitada a comparar modelos alternativos.

- Índice de Ajuste de Parcimônia Normalizado (PNFI)

Trata-se de uma modificação do NFI. A parcimônia é definida como a obtenção de altos graus de ajuste por grau de liberdade utilizado (um grau de liberdade por coeficiente estimado).

$$\text{PNFI} = \frac{\text{df}_{\text{proposto}} \times \text{NFI}}{\text{df}_{\text{nulo}}} \quad (10)$$

Maiores valores de PNFI são desejáveis, e diferenças de 0,06 a 0,09 indicam diferenças substanciais entre modelos.

- Índice de Parcimônia de Bondade de Ajuste “Goodness-of-Fit” (PGFI)

É um índice que modifica o GFI da seguinte forma:

$$PGFI = \frac{df_{\text{proposto}} \times GFI}{\frac{1}{2} (\text{número de variáveis manifestas}) (\text{número de variáveis manifestas} + 1)} \quad (11)$$

Valores variam entre 0 e 1, com valores maiores indicando maior parcimônia do modelo.

- Qui-quadrado normalizado

JORESKOG e SORBORN (1996) propõem que o qui-quadrado deva ser ajustado pelos graus de liberdade para avaliar o ajuste de vários modelos. Esta medida é obtida dividindo o qui-quadrado pelo número de graus de liberdade. Modelos que não são muito representativos dos dados possuem valores maiores que 2 ou 3 (até 5 são aceitos), bem como valores menores que um.

Entretanto, alguns pesquisadores têm demonstrado que este indicador é relativamente pouco confiável, sendo aconselhável aplicado combinado com outros indicadores.

- Critério de Informação de Akaike (AIC)

Este índice é calculado da seguinte forma:

$$AIC = \text{qui-quadrado} + 2 \times \text{número de parâmetros estimados}$$

Valores próximos a zero indicam melhor ajuste e melhor parcimônia.

- Resumo das Medidas de Bom Ajuste em Equações Estruturais

Conforme HAIR, ANDERSON, TATHAN e BLACK (1998), um critério geral para indicar modelos com bom ajuste deve verificar:

- qui-quadrado não significativo (com $p > 0,05$, talvez 0.10 ou 0.20)
- Índices incrementais maior que 0.9 (NFI, TLI);
- baixos valores de RMSR e RMSEA, baseados no uso de correlações ou covariâncias;
- índices de parcimônia que indicam que o modelo proposto é mais “parcimonioso” que os modelos alternativos.

8.1. Análise dos resultados

Apresenta-se na figura abaixo (FIGURA 10) , o modelo de pesquisa executado no software Amos 4, com os pesos padronizados.

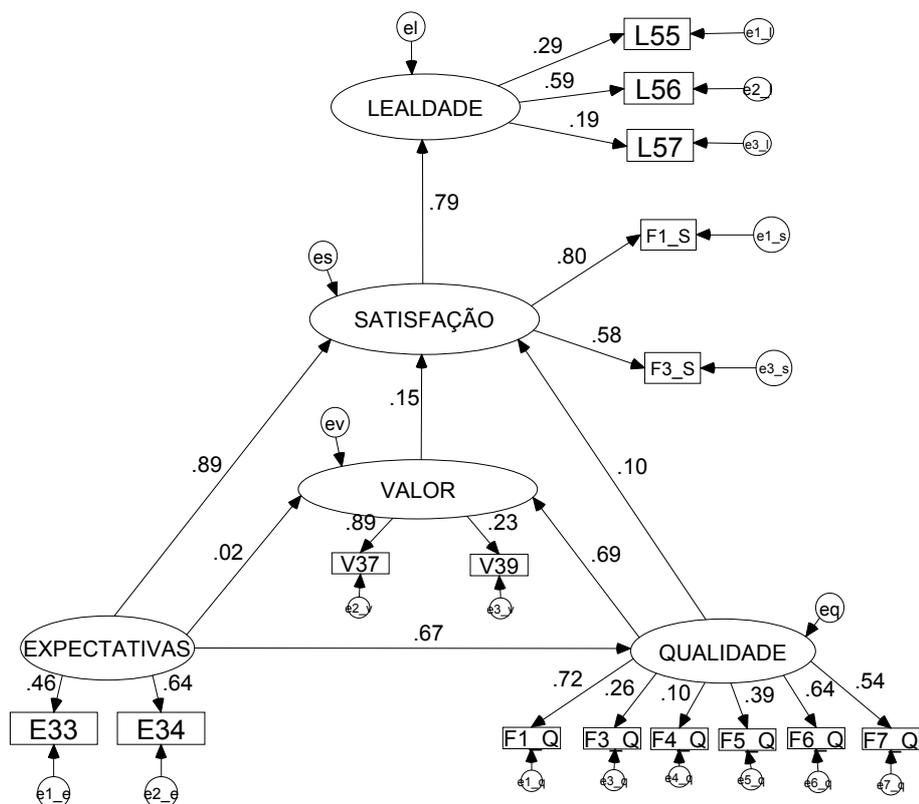


FIGURA 10 - Modelo de pesquisa.
 Fonte: Dados de pesquisa.

Em seguida, na tabela abaixo, apresenta-se os pesos estimados bem como a estatística, de modo a verificar a significância dos constructos.

TABELA 27 - Estimativas não-padronizadas

Relacionamento			Estimativa	Erro-padrão	Valor Crítico	Valor P
QUALIDADE	<-	EXPECTATIVAS	0.696	0.141	4.921	0.000
	-					
VALOR	<-	QUALIDADE	1.019	0.177	5.744	0.000
	-					
VALOR	<-	EXPECTATIVAS	0.027	0.194	0.138	0.891
	-					
SATISFAÇÃO	<-	VALOR	0.148	0.129	1.150	0.250
	-					
SATISFAÇÃO	<-	EXPECTATIVAS	1.334	0.368	3.629	0.000
	-					
SATISFAÇÃO	<-	QUALIDADE	0.140	0.286	0.489	0.625
	-					

LEALDADE	<- -	SATISFAÇÃO	0.599	0.079	7.610	0.000
F1_S	<- -	SATISFAÇÃO	1			
F3_S	<- -	SATISFAÇÃO	0.620	0.067	9.225	0.000
F7_Q	<- -	QUALIDADE	0.915	0.109	8.397	0.000

Fonte: Dados de pesquisa.

TABELA 28 - Estimativas não-padronizadas (continuação)

Relacionamento		Estimativa	Erro-padrão	Valor Crítico	Valor P	
L56	<--	LEALDADE	1			
L57	<--	LEALDADE	0.258	0.105	2.471	0.013
L55	<--	LEALDADE	0.371	0.099	3.745	0.000
V39	<--	VALOR	0.264	0.097	2.727	0.006
F1_Q	<--	QUALIDADE	1			
F3_Q	<--	QUALIDADE	0.398	0.094	4.261	0.000
F6_Q	<--	QUALIDADE	1.322	0.141	9.381	0.000
E34	<--	EXPECTATIVAS	1			
E33	<--	EXPECTATIVAS	0.836	0.133	6.296	0.000
F4_Q	<--	QUALIDADE	0.161	0.098	1.642	0.101
F5_Q	<--	QUALIDADE	0.600	0.100	6.017	0.000
V37	<--	VALOR	1			

Fonte: Dados de pesquisa.

Por meio da tabela acima verifica-se 3 hipóteses não foram confirmadas e 4 foram confirmadas. Esse resultado provavelmente seja fruto dos problemas ligados à consistência interna dos construtos.

Os pesos padronizados são apresentados na tabela abaixo:

TABELA 29 - Estimativas padronizadas

Relacionamento			Estimativa
QUALIDADE	<--	EXPECTATIVAS	0.665
VALOR	<--	QUALIDADE	0.689
VALOR	<--	EXPECTATIVAS	0.017
SATISFAÇÃO	<--	VALOR	0.154
SATISFAÇÃO	<--	EXPECTATIVAS	0.895
SATISFAÇÃO	<--	QUALIDADE	0.098
LEALDADE	<--	SATISFAÇÃO	0.790
F1 S	<--	SATISFAÇÃO	0.803
F3 S	<--	SATISFAÇÃO	0.584
F7 Q	<--	QUALIDADE	0.537
L56	<--	LEALDADE	0.592
L57	<--	LEALDADE	0.192
L55	<--	LEALDADE	0.293
V39	<--	VALOR	0.229
F1 Q	<--	QUALIDADE	0.725
F3 Q	<--	QUALIDADE	0.257
F6 Q	<--	QUALIDADE	0.643
E34	<--	EXPECTATIVAS	0.641
E33	<--	EXPECTATIVAS	0.462
F4 Q	<--	QUALIDADE	0.101
F5 Q	<--	QUALIDADE	0.388
V37	<--	VALOR	0.887

Fonte: Dados de pesquisa.

Já os indicadores de ajuste do modelo são agrupados na tabela abaixo:

TABELA 30 - Indicadores de ajuste do modelo.

Indicadores	Qui- quadrad o	Graus de liberdade	Valor P	Número de parâmetros	Qui- Quadrado/Graus de Liberdade	R M R	GFI	CFI	RMSE A
Valores	348.683	83	0,000	37	4.201	0.03 7	0.890	0.385	0.087

Fonte: Dados de pesquisa.

Por meio dos indicadores acima, constata-se que o modelo padece de um desajustamento na medida em que alguns valores não ficaram próximos a valores ideais. O CFI ficou abaixo de 0,90, valor de corte considerado ideal. Não obstante, outros valores ficaram próximos

aos valores ideais como o GFI (quanto mais próximo de 1 melhor) e o RMR, RMSEA (quanto mais próximo de zero melhor).

9. QUADRO RESUMO DE HIPÓTESES

O quadro abaixo resume as hipóteses abordadas e seu respectivo status (QUADRO 6).

QUADRO 6 - Avaliação dos relacionamentos hipotéticos

Hipótese	Relacionamento Hipotético	Resultado Obtido
H1: Existe um impacto positivo das expectativas do cliente na qualidade percebida pelo cliente.	Positivo	Confirmada ¹
H2: Existe impacto positivo das expectativas do cliente no valor percebido pelo cliente.	Positivo	Rejeitada ³
H3: Existe impacto positivo das expectativas do cliente na satisfação global do cliente.	Positivo	Confirmada ¹
H4: Existe impacto positivo do valor percebido pelo cliente na satisfação global do cliente.	Positivo	Rejeitada ³
H5: Existe impacto positivo da qualidade percebida pelo cliente no valor percebido pelo cliente.	Positivo	Confirmada ¹
H6: Existe impacto positivo na qualidade percebida pelo cliente na satisfação global do cliente.	Positivo	Rejeitada ³
H7: Existe impacto positivo da satisfação global do cliente na lealdade do cliente.	Positivo	Confirmada ¹

Fonte: Dados de pesquisa

Nota:

¹ Estimativa é positiva e significativa

² Estimativa é negativa e significativa

³ Estimativa não é significativa

10. CONSIDERAÇÕES SOBRE OS RESULTADOS

Analisando o modelo de mensuração adaptado pode-se concluir que existe um forte impacto da satisfação geral do cliente em sua propensão a lealdade ($\beta = 0,79$). Além disso, a satisfação é influenciada positivamente pelas expectativas dos clientes, valor percebido e qualidade percebida, sendo o primeiro com maior peso, $\beta = 0,89$. Com estes valores conclui-se que a expectativa dos clientes, em se tratando de serviços médicos conveniados, é extremamente relacionada à satisfação geral, já que este serviço carrega uma forte carga emocional e elevado grau de intangibilidade. Ou seja, se as expectativas dos clientes forem satisfeitas a propensão à lealdade do mesmo torna-se mais provável.

Com a utilização de equações estruturais tornou-se claro que o modelo necessita de ajustes globais para sua melhor adequação, sejam elas em relação à realidade brasileira e também ao segmento estudado, já que possui características bastante peculiares.

Após a análise do modelo proposto percebeu-se a possibilidade de haver um impacto direto da qualidade diretamente na lealdade, sem necessariamente ter que passar pelo constructo satisfação global do cliente, visando o aumento da confiabilidade do modelo (TABELA 31). Deste modo optou-se por testar um modelo alternativo.

11. TESTE DO MODELO ALTERNATIVO

O teste do modelo alternativo foi testado, obtendo-se as seguintes estimativas padronizadas conforme tabela abaixo (TABELA 31).

TABELA 31 – Estimativas padronizadas

			Estimativa
QUALIDADE	<--	EXPECTATIVAS	0,677
VALOR	<--	QUALIDADE	0,68
VALOR	<--	EXPECTATIVAS	0,031
SATISFAÇÃO	<--	VALOR	0,171
SATISFAÇÃO	<--	EXPECTATIVAS	0,948
SATISFAÇÃO	<--	QUALIDADE	0,035
LEALDADE	<--	SATISFAÇÃO	0,403
LEALDADE	<--	QUALIDADE	0,405
F1_S	<--	SATISFAÇÃO	0,807
F3_S	<--	SATISFAÇÃO	0,6
F7_Q	<--	QUALIDADE	0,558
L56	<--	LEALDADE	0,604
L57	<--	LEALDADE	0,238
L55	<--	LEALDADE	0,301
V39	<--	VALOR	0,22
F1_Q	<--	QUALIDADE	0,736
F3_Q	<--	QUALIDADE	0,249
F6_Q	<--	QUALIDADE	0,657
E34	<--	EXPECTATIVAS	0,652
E33	<--	EXPECTATIVAS	0,438
F4_Q	<--	QUALIDADE	0,114
F5_Q	<--	QUALIDADE	0,431
V37	<--	VALOR	0,902

Fonte: Dados de pesquisa

TABELA 32- Estimativas não padronizadas

			Estimativas	Erro padrão	Valor Crítico	Valor P
QUALIDADE	<--	EXPECTATIVAS	0,715	0,146	4,908	0
VALOR	<--	QUALIDADE	1,002	0,173	5,79	0
VALOR	<--	EXPECTATIVAS	0,049	0,196	0,249	0,803
SATISFAÇÃO	<--	VALOR	0,16	0,134	1,191	0,234
SATISFAÇÃO	<--	EXPECTATIVAS	1,379	0,406	3,397	0,001
SATISFAÇÃO	<--	QUALIDADE	0,049	0,304	0,16	0,873
LEALDADE	<--	SATISFAÇÃO	0,316	0,143	2,2	0,028
LEALDADE	<--	QUALIDADE	0,437	0,201	2,177	0,029
F1_S	<--	SATISFAÇÃO	1			
F3_S	<--	SATISFAÇÃO	0,642	0,067	9,649	0
F7_Q	<--	QUALIDADE	0,928	0,102	9,054	0
L56	<--	LEALDADE	1			
L57	<--	LEALDADE	0,313	0,101	3,092	0,002
L55	<--	LEALDADE	0,368	0,093	3,947	0
V39	<--	VALOR	0,246	0,09	2,724	0,006
F1_Q	<--	QUALIDADE	1			
F3_Q	<--	QUALIDADE	0,373	0,087	4,293	0

F6_Q	<--	QUALIDADE	1,306	0,131	9,989	0
E34	<--	EXPECTATIVAS	1			
E33	<--	EXPECTATIVAS	0,768	0,124	6,199	0
F4_Q	<--	QUALIDADE	0,174	0,092	1,905	0,057
F5_Q	<--	QUALIDADE	0,664	0,096	6,947	0
V37	<--	VALOR	1			

Fonte : Dados de pesquisa

Percebe-se pelo modelo hipotético alternativo abaixo (FIGURA 11) que a qualidade influencia positivamente na lealdade sem a mediação da satisfação ($\beta = 0.40$).

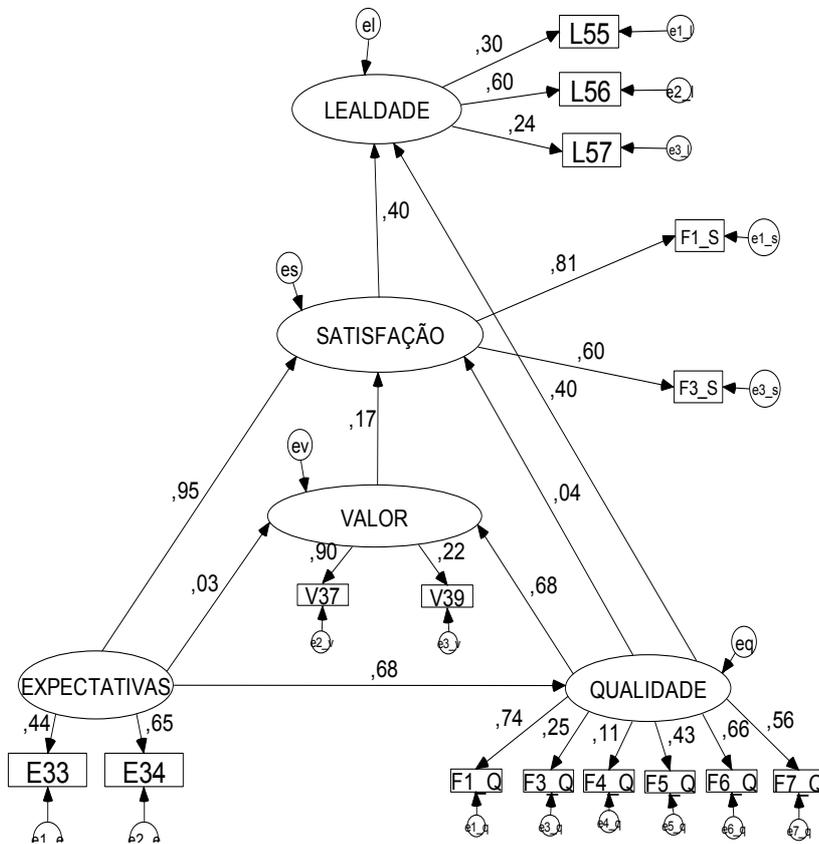


FIGURA 11 – Modelo de pesquisa alternativo
Fonte: Dados de pesquisa

12. CONCLUSÕES

Tendo em vista os resultados da pesquisa e o conceito formulado após a análise teórica dos constructos, conclui-se que o modelo americano de mensuração de satisfação, seus antecedentes e o impacto em lealdade necessita de uma melhor adaptação ao ambiente brasileiro no setor médico. Um melhor ajuste do modelo poderia ser alcançado por uma análise do ambiente no qual o mesmo será aplicado. Esta análise do ambiente deve abordar uma série de fatores relevantes, como: econômicos, competitivos, sociais, políticos / legais e tecnológicos, dentre outros. Esta análise do ambiente visa minimizar possíveis disfunções, sejam elas culturais ou até mesmo de necessidades mercadológicas.

Em relação às hipóteses apresentadas neste trabalho, verifica-se que estas foram confirmadas em partes pelos testes e suas respectivas análises, as hipóteses enumeradas H2, H4 e H6 não foram comprovadas, pois os caminhos estruturais não se mostraram significativos o suficiente. As hipóteses seguem pontuadas abaixo com suas análises:

- H1: As expectativas do cliente exercem forte impacto na percepção de qualidade ($\beta = 0.665$). Acredita-se que o elevado grau de intangibilidade do serviço e sua complexidade técnica tornam a expectativa cada vez maior por parte do contratante do serviço (paciente médico).
- H2: O fato da escolha dos planos de saúde colabora para o desconhecimento dos pacientes acerca do valor pago por determinados serviços médicos separadamente. ($\beta = 0.017$).
- H3: Neste relacionamento (expectativa e satisfação) foi constatado um impacto muito positivo pelo mesmo motivo citado na hipótese de número 1, assim como a equação de Kotler (1998) que cita que existe uma relação bastante direta entre expectativas cumpridas e grau de satisfação ($\beta = 0.895$).
- H4: A rejeição desta hipótese acredita-se que colabore para a certificação da dificuldade dos indivíduos mensurarem valor em serviços com elevado grau de intangibilidade ($\beta = 0.154$)

- H5: A qualidade percebida influencia na noção de valor de forma bastante significativa ($\beta = 0.689$), já que a experimentação ou vivência do serviço possui importante influência em serviços intangíveis. Ou seja, só será possível a percepção clara da relação entre qualidade percebida e valor percebido após a experimentação.
- H6: A qualidade percebida não exerce impacto na satisfação global do cliente ($\beta = 0.098$). Acredita-se que ocorra pelos mesmos motivos, da necessidade da intermediação da noção de valor. Esta não comprovação de hipótese foi primordial pela decisão do teste do modelo alternativo.
- H7: Comprovando a teoria de Griffin (1998), o cliente satisfeito tende a se tornar fiel no serviço médico. Acredita-se que as expectativas dos clientes sejam de suma importância para sua satisfação global e conseqüentemente sua maior propensão à lealdade ($\beta = 0.790$).

Os objetivos deste trabalho foram cumpridos pelo fato de todos os constructos terem sido mensurados de forma adequada, como uso de softwares estatísticos confiáveis.

Implicações acadêmicas

Com o trabalho conclui-se que o modelo de mensuração de satisfação global de clientes americano necessita de alguns ajustes. A inclusão de outros constructos que possam impactar a satisfação e conseqüentemente a lealdade poderiam ser aplicados para a confecção de um novo modelo específico para a área médica. Da mesma forma que este modelo demonstra parcialmente a realidade deste segmento e de que forma estas premissas são reais.

Outro ponto que deve ser salientado é que o comportamento do consumidor é extremamente suscetível a influências do ambiente. Verifica-se com isso que o modelo americano, por questões culturais, e até mesmo históricas, pode sofrer uma série de alterações ao ser transportado para a nossa realidade. Todos estes pontos devem ser levados

em conta pelo pesquisador para que não sejam tomadas como verdades absolutas questões estudadas sobre estas verificações de ambiente.

Algumas outras implicações são possíveis, entre elas: testar a mesma escala fazendo uma segmentação pela especialização dos profissionais médicos, visando verificar a existência de uma maior propensão à lealdade e seus respectivos antecedentes em relação ao serviço recebido.

Neste trabalho foi proposta e validada uma escala para mensuração de qualidade percebida com um pequeno número de fatores (7). Os principais fatores e as variáveis envolvidas são exibidos no quadro abaixo (QUADRO 7).

QUADRO 7 – Escala de fatores de mensuração de qualidade percebida

Comunicação
2)O médico me passou informações suficientes sobre minha saúde 1)O médico ouviu atentamente o que eu tinha para dizer 3)O médico foi cuidadoso ao explicar o que realmente tenho
Informação e qualificação
12) O médico explicou os problemas que eu tenho de forma bastante clara 13) O médico usou palavras que entendo 8)O médico demonstrou real interesse pelo meu caso 18)O médico tem uma elevada qualificação profissional
Comodidade
28)O localização do consultório é de fácil acesso para mim 27) Os horários de atendimento deste consultório são cômodos para minhas necessidades 29)É fácil marcar horário com meu médico
Envolvimento
21)As ajudantes do meu médico me conhecem individualmente 20)O médico se mantém informado sobre os últimos avanços da medicina
Atendimento
11)O médico me explicou com paciência os motivos dos exames que irei realizar 10) O médico me tratou com total respeito
Staff
23)As ajudantes do meu médico agiram de forma profissional 22)As ajudantes do meu médico são bastante flexíveis ao lidar com minhas necessidades individuais
Dedicação
6)O médico me examinou cuidadosamente antes de concluir meu diagnóstico 5)O médico dedicou o tempo suficiente para meu atendimento 7)O médico me inspirou total confiança

Fonte: Dados de pesquisa

Os fatores apresentam confiabilidade aceitável em sua maioria conforme tabela abaixo, exceto os fatores comodidade e envolvimento. (TABELA 32)

TABELA 32- Análise de fidedignidade das escalas dos 7 fatores de QP detectados

Fator da Escala	Alfa Padronizado do Fator
1º - Comunicação	0,691
2º - Informação e qualificação	0,654
3º - Comodidade	0,573
4º - Envolvimento	0,547
5º - Atendimento	0,606
6º- Staff	0,729
7º- Dedicção	0,663

Fonte: Dados de pesquisa

Esta conclusão vem de encontro com o estudo de André Urdan (1996) que foi precursor neste segmento no Brasil que teve como sua principal conclusão a concepção de um modelo de mensuração da qualidade percebida de consultório (QPC) com seis fatores (TABELA 33), englobando 40 atributos .

TABELA 33 - Análise de fidedignidade das escalas dos 6 fatores de QPC detectados

Fator da Escala	Alfa Padronizado do Fator
1º - Interações do Médico e Diagnóstico	0,957
2º - Competência Profissional	0,939
3º - Interações de Auxiliares	0,879
4º - Comodidade de Horários e Localização	0,792
5º - Profissionalismo e Responsabilidade Profissional	0,763
6º- Comunicações Auxiliares	0,688

Fonte: O Médico e a Qualidade Percebida pelo Paciente Urdan A., Melby, K. e Huertas (1996)

O índice mais atual poderia ser utilizado para esta mensuração. Em 1998, a EFQM (European Foundation for Quality Management) e a CSI University Network, com o apoio da Comissão Europeia, definiram as bases para o lançamento de um projeto piloto do Índice Europeu de Satisfação de Cliente, designado como ECSI (European Customer Satisfaction Index) a que aderiram os seguintes países europeus: Portugal, Bélgica, Dinamarca, Espanha, Finlândia, França, Grécia, Islândia, Itália, Reino Unido, Suécia e Suíça. Este índice é o mais atual dentre aqueles que tem como escopo principal a medição dos índices de satisfação dos clientes e um estudo interessante poderia vislumbrar a aplicação deste modelo no setor médico.

O Modelo Estrutural adotado na metodologia ECSI considera como determinantes para a Satisfação dos Clientes e a propensão a Lealdade dos mesmos, os seguintes elementos: Imagem; Expectativas dos Clientes; Qualidade percebida (antecedente dividido em dois componentes, dizendo respeito à qualidade percebida dos produtos e dos serviços, respectivamente) e Valor percebido. Estas variáveis não são diretamente observáveis, pelo que cada uma delas está associada a um conjunto de indicadores (variáveis de medida) obtidos através de um questionário.

Um ponto que deve ser abordado seria a definição do melhor momento para se coletar os dados junto aos entrevistados. De acordo com Kotler (2000), a satisfação consiste na sensação de prazer, o desapontamento resultante da comparação do desempenho (ou resultado) percebido em relação às expectativas do comprador. De acordo com o mesmo autor as expectativas dos clientes se formam com base em experiências anteriores e informações adquiridas anteriormente. Com base nesta premissa, a aplicação foi realizada logo após a consulta médica. Porém, André Urdan, em seu conceituado estudo em 1996 conclui que os aspectos emocionais podem afetar os resultados obtidos, assim como uma possível pressa para responder os questionários. Em seu estudo ele realiza a pesquisa contemplando ambas as situações, o entrevistado sendo abordado logo após a experimentação do serviço e após, outros entrevistados levando o questionário para suas residência para poder responder.

A falta de confiabilidade de algumas escalas pode ser causada pelo método de coleta, pelo fato de se tratar de uma experiência que carrega uma forte carga emocional, acredita-se que com o decorrer do tempo os aspectos emocionais impactem de forma menos significativa nas respostas do indivíduo como afirma André Urdan (1996).

Vê-se como importante aos profissionais atuantes na área de saúde, pois como as percepções acerca de qualidade, expectativas, valores e satisfação tendem a ser distintas entre profissional e paciente (CARSON et al., 1998), pelo elevado grau de subjetividade e pela diferença de conhecimento. E por estas diferenças torna-se incompatível a colocação de ambos em lugares inversos. Aconselha-se que limites sejam impostos. O jeito é dar voz própria ao paciente. Limites precisam ser impostos à utilização da perspectiva dos pacientes no direcionamento do trabalho nos serviços de saúde, pois o paciente quase sempre conhece bem pouco os detalhes da acerca da qualidade técnica do processo e do profissional (DONABEDIAN, 1985). Um paciente, desprovido deste conhecimento, não poderia, por exemplo, apontar falhas num diagnóstico clínico. Mas poderia analisar o serviço que lhe foi prestado.

Embora muitas fontes devam ser usadas para delinear o esforço de melhoria de qualidade de serviços de saúde, Berwick, Godfrey e Roessner (1990) assinalam que a melhor das fontes está nos próprios pacientes, com suas percepções e anseios. Nada que contraponha a teoria da geral gestão da qualidade, como filosofia gerencial orientada para o cliente e que toma este como ponto de partida para a organização e encaminhamento da gestão (JUN, PETERSON e ZSIDISIN, 1998). Para se ter uma idéia da importância desta visão na área da saúde vislumbra-se o exemplo americano onde está sendo implementado um sistema nacional privado de pesquisa sobre a avaliação de pacientes sobre o desempenho não-clínico dos médicos, ou seja, sua satisfação além das questões técnicas. Estas informações são de enorme validade para os planos de saúde e para os médicos mensurarem a qualidade de seus serviços na percepção do consumidor (DUKE, 2000).

Assim, acredita-se que a ligação entre médico e paciente deve sofrer uma mudança em relação ao seu foco, de uma pseudo-relação para um genuíno relacionamento, marcado por

maior envolvimento do paciente e um real compartilhamento de informações (JOHNSON e RAMAPRASAD, 2000). Mesmo que as escalas necessitem de ajustes, é necessário que as mesmas seja aplicadas, para que produza benefícios e possa perceber seu real valor (ANDERSON, 1995). Afinal, serviços, tal qual bens, de alta qualidade ocupam posição competitiva privilegiada no mercado; não é diferente com serviços de saúde (QUALITY,2001).

Implicações gerenciais

A escala de mensuração de qualidade percebida mostrou-se razoavelmente confiável e adequada para mensurar a qualidade de serviço, que é exatamente o produto oferecido pelos prestadores de serviço. Podemos concluir que a ferramenta é de grande valia para dar corpo a questões de difícil tangibilidade, com estas informações o corpo gerencial pode ter condições de balizar suas estratégias com base em um maior conhecimento das percepções de seus clientes e de seus respectivos anseios.

O modelo pode ser utilizado, independente do setor e sofrendo possíveis alterações para mensurar qualidade de produtos, pela sua relativa aplicação simples, podendo ser criado um fundamentado banco de dados sobre o comportamento de seus consumidores e suas percepções ao longo do tempo. Assim as organizações (médicos, planos de saúde , hospitais e governo) poderiam ter condições de uma maior compreensão dos antecedentes e conseqüentes que se relacionam à satisfação global do cliente.

Limitações e Recomendações para pesquisas futuras

As primeiras limitações deste trabalho são relacionadas à escassez de recursos, em contrapartida, encontrou-se um enorme apoio da equipe de pesquisa e principalmente da

classe médica, que de forma bastante colaborativa abriram seus consultórios para o presente estudo

Acredita-se que com um aporte financeiro mais adequado seria possível o desenvolvimento de um modelo vislumbrando as segmentações pela especialização profissional e outras aplicações seguindo as premissas de Urdan (1996).

Outra limitação da pesquisa gira em torno da generalização dos resultados (KERLINGER, 1973), já que os pacientes estudados foram todos provenientes de basicamente uma região (hospitalar) e de uma cidade (Belo Horizonte), além das questões relativas aos planos de saúde. Recomenda-se promover o teste das questões desta pesquisa com pacientes de outras cidades e regiões brasileiras.

Outra recomendação é dar seqüência ao estudo analisando os índices e suas variações no decorrer do tempo. Nos Estados Unidos e na Europa este estudo múltiplo é realizado pelas entidades que instituíram os índices. Com a continuidade das pesquisas, aumentariam os subsídios para desenvolver-se modelos de mensuração de acordo com a realidade brasileira. O aumento do número de constructos poderia dar subsídios para a confecção de um novo modelo de medição.

13. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AAKER, David A.; KUMAR, V.; DAY, George S. Pesquisa de Marketing. São Paulo: Atlas, 2001.

ANDERSON, Elizabeth A. Measuring service quality at a university health clinic. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v.8, n.2, p.32-37, 1995.

ANDERSON, E. W.; FORNELL, C.; LEHMANN, D. R.. Customer satisfaction, market share and profitability: findings from Swedem. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 55, p. 53-66, 1994.

ANDERSON, E. W.; FORNELL, C. Foundations of the American Customer Satisfaction Index: **Total Quality Management**, p. 869-882. 2000.

BATEMAN, Thomas S.; SNELL, S. A. Administração – construindo vantagem competitiva. São Paulo: Atlas, 1998.

BATESON, John E. G.; HOFFMAN, K. Douglas. Marketing de Serviços. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

BERWICK, Donald M., GODFREY, A. Blanton, ROESSNER, Jane. **Curing health care - new strategies for quality improvement: a report on the National Demonstration Project on Quality Improvement in Health Care**. San Francisco: Jossey-Bass, 1990.

BLENDON, Robert J., SCHOEN, Cathy, DONELAN, Karen, OSBORN, Robin et al. Physician's views on quality of care: a five-country comparison. **Health Affairs**, v.20, n.6, p.29, mar 2001.

BOLTON, R. N. e DREW, J. H. A Longitudinal Analysis of the Impact on Service Change Customer Attitudes. **Journal of Marketing**, v. 55 (january), p. 1-9, 1991.

BOWEN, D. E. e SCHNEIDER, B. Understanding customer delight and outrage. **HSM Management**, v.4, n.23, p.64-72, nov 2000.

BOYETT, J. e BOYETT, J. O guia dos gurus II. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

BROWN, Stephen W., SWARTZ, Teresa A. A gap analysis of professional service quality. **Journal of Marketing**, v.53, n.2, p.92-98, apr 1989.

BUZZELL, R. D.; GALE, B. T. The PIMS principles. Linking strategy to performance. New York: The Free Press, 1987.

CARMAN, J. M. Customer Perceptions of Service Quality: an Assessment of the SERVQUAL Dimensions. **Journal of Retailing**, 66, p. 33-55, spring 1990.

CARSON, Paula P., CARSON, Kerry D., ROE, C. William. Toward understanding the patient's perception of quality. **Health Care Supervisor**, v.16, n.3, p.36-42, 1998.

CRONIN, J. J. e TAYLOR, S. A. SERVPERF versus SERVQUAL: Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service Quality. **Journal of Marketing**, v. 58 (january), p. 125-131, 1994.

CROSBY, L. A.; Stephens V. Effects of relationship marketing on satisfaction, retention, and prices in the life insurance industry. **Journal of Marketing Research**, p. 404-411, 1987.

CHURCHILL, Gilbert A. Jr.;PETER, J. P. Marketing – criando valor para os clientes. 2. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

_____ e SUPRENANT, C. An Investigation into The Determinants of Customer Satisfaction. **Journal of Marketing Research**, v. XIX, p. 491-504, 1982.

CLARK, Liana R. How do we get back our humanity? **Medical Economics**, v.78, n.9, p.96-98, may 2001.

CRONBACH, Lee J; MEEL, Paul E. Construct Validity in Pshychological Tests. **Pshychological Bulletin**. V. 52, 1955.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Perfil dos médicos no Brasil.** Pesquisa em colaboração com Federação Nacional dos Médicos, Associação Médica Brasileira, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro:, 1995.

DAVIDOW, Willian H.; UTALL, Bro. Serviço total do cliente: a arma decisiva. Rio de Janeiro: Campus, 1991.

DONABEDIAN, Avedis. Explorations in quality assessment and monitoring. V.I, The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: Health Administration Press, 1985.

DUKE, Suzanne. Patients nationwide will rate your nonclinical skills. **Medical Economics**, v.77, n.16, p.22, aug 2000.

EDVARDSSON, Bo, JOHNSON, Michael D., GUSTTAFSSON, Anders e STRANDVIK, Tore, The Effects of Satisfaction and Loyalty on Profits and Growth – Products versus Services, Total Quality Management & Business Excellence, Set. 1999.

ENGEL, J., BLACKWELL, R.D., MINIARD, P.W. Comportamento do Consumidor. Rio de Janeiro: LTC, 1995.

FALCONI, Vicente. Gerência de qualidade total. Belo Horizonte: Fundação Cristiano Ottoni, 1988.

FERREL, O.C., HARTLINE, M.D., LUCAS, G.H., LUCK, D. Estratégia de Marketing. São Paulo: Atlas, 1999.

FORNELL, Claes. A National Customer Satisfaction Barometer: The Swedish Experience, **Journal of Marketing**, 56 (January), p. 6-21, 1992.

FORNELL, Claes, JOHNSON, M.D., ANDERSON, E.W., CHA, J., BRYANT, B.E. The American Customer Satisfaction Index: Nature, Purpose and Findings. **Journal of Marketing**. New Yoork: AMA, Oct. 1996, vol.60, p7-18.

GARVIN, D. A. What does “products quality” really means, **Sloan Management Review**, Vol. 26, n. 1, p.23-43, Fall 1974.

GARVIN, D.A. Gerenciando a qualidade: uma visão estratégica e competitiva. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1984-1992.

GIGLIO, Ernesto. Comportamento do consumidor. São Paulo: Pioneira, 2001.

GIL, Antonio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 1991.

GOULART, Flávio A. de Andrade. Os médicos e a saúde no Brasil. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.

GRIFFIN, JILL. Como conquistar e manter o cliente fiel. São Paulo: Futura, 1998.

GONÇALVES FILHO, Cid. O Impacto da Gestão do Conhecimento de Marketing na Inovação e Vantagem Competitiva de Novos Produtos. 2001. Tese – Curso de Doutorado da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2001.

GRONROOS, Christian. Marketing – gerenciamento e serviços. 13. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1993.

HAIR Jr., Joseph F., ANDERSON, Rolph E., TATHAM, Ronald L., BLACK, William C. Multivariate data analysis with readings. 5th ed. New York: Macmillan, 1998.

HESKETT, J. L., SASSER JR., W. E. e HART, C. W. L. Serviços revolucionários: mudando as regras do jogo competitivo na prestação de serviços. São Paulo, Pioneira, 1994.

HOOLEY, Graham. J; SAUNDERS, John A.; PIERCY, Nigel F. Estratégia de marketing e posicionamento competitivo 2. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2001.

JOHNSON, Grace L., RAMAPRASAD, Arka. Patient-physician relationships in the information age. **Marketing Health Services**, v.20, n.1, p.20-27, Spring 2000.

JUN, Minjoon, PETERSON, Robin T., ZSIDISIN, George A. The identification and measurement of quality dimensions in health care: focus groups interview results. **Health Care Management Review**, v.23, n.4, p.81-96, 1998.

KON, Anita. A produção Brasileira de Serviços. 2. ed. Anais da XX ENANPAD, 1994.

KERLINGER, Frederick N. Foundations of behavioral research. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1973.

KOTLER, Philip. Administração de Marketing. São Paulo: Prentice-Hall, 2000.

KOTLER, Philip. Marketing de serviços profissionais. 2. ed. São Paulo: Manole, 2002.

KOTLER, Philip. Administração de marketing: análise, planejamento, implementação e controle. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

LOVELOCK, C. ; WRIGHT, L. Serviços, marketing e gestão. São Paulo: Saraiva, 2003.

MATTAR, F. N. Pesquisa de Marketing. São Paulo: Atlas, 1996.

MALHOTRA, N. K. Marketing Research: an applied orientation. Second edition. Prentice Hall, 1996

MALHOTRA, Naresh. K. Pesquisa de Marketing – uma orientação aplicada. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MARTENSEN, Anne; GRONHOLDT, Lars; KRISTENSEN, Kai. The drivers of customer satisfaction and loyalty: cros-industry findings from Denmark. **Total Quality Management**. V. 11, n. 4,5 e 6, 2000.

MASLOW, A. H. Toward a psychology of being. New York: John Wiley Professio, 1998.

MAXIMIANO, Antonio, C. A. Teoria geral da administração – da revolução urbana à revolução digital. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MENEZES, Estera Muszkat , SILVA, Edna Lúcia. Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2000. 118p.

MICKLETHWAIT, J, WOLDRIDGE, A. Os bruxos da administração.4. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

OLIVER, R.L. A Cognitive Model of The Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions, **Journal of Marketing Research**, vol. XVII, November 1980, pp. 460-469.

OLIVER, R.L. Measurement and evaluation of satisfaction processes in retail settings. **Journal of Retailing**, v. 57, p. 25-48, 1981.

OLIVER, R.L., Satisfaction: a Behavioral Perspective on the Consumer, McGraw-Hill, 1997.

PARASURAMAN, A., ZEITHAML, Valarie A. & BERRY, Leonard L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. **Journal of Marketing** , 49 (fall), 1985, p. 41-50.

PARASURAMAN, A., ZEITHAML, Valarie A. & BERRY, Leonard L. Delivering Quality Service- Balancing Customer Perceptions ans Expectations. New York: The Free Press, 1988.

PARASURAMAN, A., ZEITHAML, Valarie A. & BERRY, Leonard L. The nature and determinants os customer expectations of service. New York: Marketing Science Institute, 1991.

PARASURAMAN, A., Reflections on gaining competitive advantage through customer value. Journal of the Academy of Marketing Science, 25 (2), 1997. p. 154-161.

PARASURAMAN, A., GREWAL, D. The impact of technology on the quality-value-loyalty chain: a research agenda. **Journal of the Academy of Marketing Science**, 28 (1), 2000. p. 168-174

PEPERS, Don., ROGERS, Martha. Marketing um a um. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

PORTER, Michel E. Vantagem competitiva. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

PRAHALAD, C.K. e RAMAWASKY V. O futuro da competição. Rio de Janeiro: Campus, 2004.

QUALITY and service are paramount: a survey of healthcare purchasing trends. **Healthcare Financial Management**, v.55, n.6, p.72-76, june 2001.

REICHHELD, Frederick F. Princípios da lealdade. Rio de Janeiro: campus, 2002.

RUST, Roland T.; ZEITHAML, Valerie.; LEMON, Katherine N.; O valor da marca. Porto Alegre: Bookman, 2001.

SALOMON, M.R. , Consumer behavior, New Jersey: Prentice Hall, 1996.

SOAR, E.J. A interação médico – cliente. **Revista da Associação Médica Brasileira**, n 44, São Paulo, 1988, p 35-42.

SCHORR, J,L., Advertasing Age, January 15, 1979, 10-13.

SKINNER, B.F. Science and human behavior. New York: Free Press, 1965.

SWARTZ, Tereza A.; BROWN, Stephen W. A gar analysis of professional service quality. **Journal of Marketing**. Vol. 53, Apr. 1989. p. 92-98.

URDAN, André T., MAGRO, Alexandre S. Uma comparação empírica de duas bases de mensuração da qualidade de serviços percebida: desconformidade versus desempenho. In: ENANPAD, 20, 1996, Angra dos Reis. Marketing.. Rio de Janeiro: ANPAD, 1996. p.47-69.

VILARES, M.J. e Coelho, P.S., Índice Nacional de Satisfação de Clientes – Distribuição, 24º Colóquio da APQ, Lisboa, 1999a.

ZEITHAML, V.A.; BERRY, Leonard L., PARASURAMAN, A. The behavioral consequences of service quality. **Journal of Marketing**. Vol. 60. Chicago, Abr. 1996,

ZEITHAML, V.A.; PARASURAMAN, A.; BERRY, L.L. Delivering quality service: balancing customer perceptions and expectations. New York: Free Press, 1990, 164. In BERRY, LL. Serviços de marketing: competindo através da qualidade. 3ª ed. São Paulo: Maltese, 1995

ZEITHAML, Valarie A., PARASURAMAN, A. e BERRY, Leonard L. (1985). Problems and strategies in services marketing. **Journal of Marketing**, vol. 49, Spring, pp. 33-46.

ZEITHAML, Valarie A. Consumer Perception of Price, Quality and Value : a means-end model and synthesis of evidence. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 52, julho de 1988.

ZEITHAML, Valarie A. Services Marketing. New York: McGraw Hill, 2000.

ZEITHAML, Valerie A.; BITNER, Mary J. Marketing de services: a empresa com foco no cliente. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

ZUÑIGA, Melby Karina. A Satisfação do Consumidor com os Serviços de Pós-Venda e a Lealdade ao Fabricante: um estudo no ramo de concessionárias de automóveis em Belo Horizonte. 1999. Dissertação (Mestrado). Curso de Mestrado em Administração

APÊNDICE A

Análise descritiva dos dados

TABELA A1 – Análise descritiva dos dados.

Item da escala	Validos	média	desvio-padrão	variância
1)O médico ouviu atentamente o que eu tinha para dizer	425	6.6565	0.50899	0.25907
2)O médico me passou informações suficientes sobre minha saúde	425	6.5694	0.5626	0.31651
3)O médico foi cuidadoso ao explicar o que realmente tenho	425	6.4165	0.61676	0.38039
5)O médico dedicou o tempo suficiente para meu atendimento	425	5.9953	0.65154	0.42451
6)O médico me examinou cuidadosamente antes de concluir meu diagnóstico	425	6.0729	0.77511	0.6008
7)O médico me inspirou total confiança	425	6.6188	0.62993	0.39681
8)O médico demonstrou real interesse pelo meu caso	425	6.76	0.49887	0.24887
10) O médico me tratou com total respeito	425	6.7153	0.63793	0.40696
11)O médico me explicou com paciência os motivos dos exames que irei realizar	425	6.6871	0.6468	0.41835
12) O médico explicou os problemas que eu tenho de forma bastante clara	425	6.1435	0.72399	0.52416
13) O médico usou palavras que entendo	425	5.9316	0.76018	0.57787
18)O médico tem uma elevada qualificação profissional	425	6.2447	0.78089	0.60979
20)O médico se mantém informado sobre os últimos avanços da medicina	425	5.7193	0.63618	0.40472
21)As ajudantes do meu médico me conhecem individualmente	425	5.4329	0.67352	0.45363
27) Os horários de atendimento deste consultório são cômodos para minhas necessidades	425	5.5247	0.62191	0.38677
28)O localização do consultório é de fácil acesso para mim	425	5.3365	0.6044	0.36529
29)É fácil marcar horário com meu médico	425	5.2494	0.69967	0.48953
31) Esperava muito mais deste atendimento	425	4.2447	0.71135	0.50602
32)Minhas expectativas de uma forma geral não foram cumpridas	425	4.1226	0.66875	0.44722

33)Minhas expectativas em conseguir uma maior rapidez e confiabilidade no diagnóstico com este serviço médico foram plenamente cumpridas	425	6.3624	0.62984	0.39669
--	-----	--------	---------	---------

Fonte: Dados de pesquisa.

TABELA – Análise descritiva dos dados.(continuação)

Item da escala	Validos	média	desvio-padrão	variância
34)Tinha muito receio deste atendimento	425	3.3704	0.52948	0.28035
36)Paguei um preço justo pelo atendimento médico realizado	425	5.84	0.41527	0.17245
37)Este serviço médico foi muito importante para mim	425	6.125	0.55025	0.30277
39)O valor que paguei pela consulta médica considero baixo	425	5.64	0.59463	0.35358
41)O serviço deste médico é um dos melhores que já experimentei	425	5.9835	0.81392	0.66246
42)Este serviço médico é exatamente o que necessito	425	6.0541	0.81807	0.66923
45)Estou satisfeito com a decisão de consultar neste médico	425	6.4212	0.6019	0.36229
46)Minha escolha em vir consultar neste médico foi sensata	425	6.3459	0.72058	0.51923
47)Se eu pudesse voltar atrás, consultaria em outro médico sem a menor dúvida	425	5.6941	0.68377	0.46754
48)Eu geralmente tenho gostado dos serviços deste médico	425	5.9859	0.80961	0.65546
49)Estou arrependido(a) por ter vindo a este consultório	425	5.1863	0.81304	0.66104
50)Não estou feliz por estar consultando com este médico	425	5.0871	0.83804	0.70231
51)Utilizar os serviços deste médico tem sido uma boa experiência	425	6.1788	0.82188	0.67549
52)Estou seguro de ter feito a coisa certa em ter consultado com este médico	425	6.6282	0.58933	0.34731
55)Indicarei este médico para parentes e amigos	425	6.8094	0.4647	0.21595
56)Na minha próxima consulta, a qualidade do serviço será o principal item considerado	425	6.7359	0.60348	0.36419
57) Considerarei este médico como minha primeira opção de escolha	425	6.7412	0.55697	0.31021

Fonte: Dados de pesquisa

APÊNDICE B

TABELA B1 - Análise de linearidade para o construto Expectativas

		31	32	33	34
Correlação	31	1	0.319	0.060	0.188
	32	0.319	1	-0.157	-0.082
	33	0.060	-0.157	1	0.191
	34	0.188	-0.082	0.191	1
Sig. (1-tailed)	31		0.000	0.110	0.000
	32	0.000		0.001	0.046
	33	0.110	0.001		0.000
	34	0.000	0.046	0.000	

Fonte: Dados de pesquisa.

TABELA - Análise de linearidade para o construto Valor

		36	37	39
Correlação	36	1	-0.036	0.225
	37	-0.036	1	0.224
	39	0.225	0.224	1
Sig. (1-tailed)	36		0.229	0.000
	37	0.229		0.000
	39	0.000	0.000	

Fonte: Dados de pesquisa.

TABELA - Análise de linearidade para o construto Satisfação

		41	42	45	46	47	48	49	50	51	52
Correlação	41	1	0.699	0.322	0.404	-0.085	0.612	0.008	-0.115	0.167	0.036
	42	0.699	1	0.366	0.284	-0.173	0.532	-0.008	-0.103	0.087	0.061
	45	0.322	0.366	1	0.408	0.016	0.433	0.033	-0.026	0.176	0.05
	46	0.404	0.284	0.408	1	0.239	0.57	-0.029	-0.167	0.385	0.27
	47	-0.085	-0.173	0.016	0.239	1	0.031	0.318	0.331	0.148	0.109
	48	0.612	0.532	0.433	0.57	0.031	1	0.04	-0.235	0.209	0.122
	49	0.008	-0.008	0.033	-0.029	0.318	0.04	1	0.651	-0.113	-0.15
	50	-0.115	-0.103	-0.026	-0.167	0.331	-0.235	0.651	1	0.022	-0.125
	51	0.167	0.087	0.176	0.385	0.148	0.209	-0.113	0.022	1	0.381
	52	0.036	0.061	0.05	0.27	0.109	0.122	-0.15	-0.125	0.381	1
Sig. (1-tailed)	41		0.000	0.000	0.000	0.039	0.000	0.433	0.009	0.000	0.227
	42	0.000		0.000	0.000	0.000	0.000	0.439	0.017	0.036	0.103
	45	0.000	0.000		0.000	0.373	0.000	0.250	0.296	0.000	0.151

	46	0.000	0.000	0.000		0.000	0.000	0.275	0.000	0.000	0.000
	47	0.039	0.000	0.373	0.000		0.265	0.000	0.000	0.001	0.012
	48	0.000	0.000	0.000	0.000	0.265		0.203	0.000	0.000	0.006
	49	0.433	0.439	0.250	0.275	0.000	0.203		0.000	0.010	0.001
	50	0.009	0.017	0.296	0.000	0.000	0.000	0.000		0.327	0.005
	51	0.000	0.036	0.000	0.000	0.001	0.000	0.010	0.327		0.000
	52	0.227	0.103	0.151	0.000	0.012	0.006	0.001	0.005	0.000	

Fonte: Dados de pesquisa.

TABELA - Análise de linearidade para o construto Satisfação

		55	56	57
Correlação	55	1	0.148	0.210
	56	0.148	1	0.259
	57	0.210	0.259	1
Sig. (1-tailed)	55		0.001	0.000
	56	0.001		0.000
	57	0.000	0.000	

Fonte: Dados de pesquisa.

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](#)