

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE TECNOLOGIA
PROGRAMA DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

**FATORES DA SATISFAÇÃO, FIDELIDADE E RECOMENDAÇÃO EM SERVIÇO
DE SAÚDE: ESTUDO EM SETOR AMBULATORIAL DE HOSPITAL**

por

ARIVALDA BEZERRA DA SILVA
BACHAREL EM CIÊNCIAS CONTÁBEIS, 1988, UNP
PÓS-GRADUAÇÃO EM CONTABILIDADE GERENCIAL, 2000, UFRN

TESE SUBMETIDA AO PROGRAMA DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE COMO PARTE DOS
REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE

MESTRE EM CIÊNCIAS EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

SETEMBRO, 2007

© 2007 ARIVALDA BEZERRA DA SILVA.
TODOS OS DIREITOS RESERVADOS.

O autor, aqui designado, concede ao Programa de Engenharia de Produção da Universidade Federal do Rio Grande do Norte permissão para reproduzir, distribuir, comunicar ao público, em papel ou meio eletrônico, esta obra, no todo ou em parte, nos termos da Lei.

Assinatura do Autor: _____

APROVADO POR:

Prof. Rubens Eugênio Barreto Ramos, D.Sc. – Orientador, Presidente

Prof^a. Anátalia Saraiva Martins Ramos, D.Sc. – Membro Examinador

Prof. Kleber Cavalcanti Nobrega, Dr. – Membro Examinador Externo

MEMBRO CONVIDADO DA SOCIEDADE

Dr. Domício Arruda Câmara Sobrinho, Hospital UNIMED Natal

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

Divisão de Serviços Técnicos

Catálogo da Publicação na Fonte. UFRN / Biblioteca Central Zila Mamede

Silva, Arivalda Bezerra da.

Fatores da satisfação, fidelidade e recomendação em serviço de saúde: estudo em setor ambulatorial de hospital / Arivalda Bezerra da Silva. – Natal, RN, 2007.

106 f.

Orientador: Rubens Eugênio Barreto Ramos.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Tecnologia. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção.

1. Qualidade – Serviços de Saúde – Dissertação. 2. Satisfação – Serviços de saúde – Dissertação. 3. Fidelidade – Serviços de Saúde – Dissertação. I. Ramos, Rubens Eugênio Barreto. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/UF/BCZM

CDU 658.56(043.3)

SOBRE O AUTOR

Arivalda Bezerra da Silva é Bacharel em Ciências Contábeis (UnP/1988) e especialista em Contabilidade Gerencial (UFRN/2000); atuou como monitora das disciplinas Estatística (1985/1988) e Contabilidade Geral (1987) na Universidade Potiguar – UnP; foi Professora Substituta junto ao Departamento de Ciências Contábeis da UFRN (1997/2000) e (2003/2005), tendo ministrado as disciplinas de Contabilidade Aplicada à Administração, Contabilidade Geral II, Contabilidade Gerencial, Contabilidade Intermediária I e II, Contabilidade Hoteleira, Contabilidade da Construção Civil e Imobiliária, Perícia Contábil, Análise das Demonstrações Contábeis II e Estágio Supervisionado em Contabilidade; foi Professora da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte – FARN (2000), tendo ministrado as disciplinas de Contabilidade Intermediária I e II; foi Professora da Universidade Potiguar – UnP (2000/2006), tendo ministrado as disciplinas de Contabilidade Introdutória, Contabilidade Geral, Contabilidade Hospitalar, Análise das Demonstrações Contábeis, Teoria da Contabilidade, Contabilidade Avançada, Estágio Supervisionado I e II; foi Coordenadora do Curso de Ciências Contábeis da Faculdade Natalense de Ensino e Cultura – FANEC (2004/2006); foi Sócia Administradora da empresa ASTEC – Auditoria e Assessoria Empresarial Contábil Ltda (2001/2005) e Perita Contábil da Justiça Federal de Primeira Instância da Seção Judiciária do Rio Grande do Norte - 5ª Vara (2000/2006); é Chefe da Unidade Setorial Administrativa Financeira da Fundação Cultural Capitania das Artes (2005/____).

*Aos meus filhos, Luíza Emília Bezerra de Medeiros,
Alberto Augusto Bezerra de Medeiros e Anna Beatriz Bezerra Ramalho,
a quem dedico este trabalho.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, agradeço pelo dom da vida, pela força interior resgatada para continuar nos momentos difíceis, pelas alegrias... pela graça de ter podido realizar mais uma etapa em minha vida.

Ao Programa de Engenharia de Produção – PEP, pela oportunidade de desenvolver este trabalho e pela concretização deste sonho.

À Universidade Potiguar – UnP, pelo apoio financeiro que me concedeu durante o curso.

Ao professor Dr. Rubens Eugênio Barreto Ramos, pelo seu entusiasmo, seriedade, apoio e orientação.

A todos os professores do PEP.

A todos os alunos da turma de 2002.

Ao meu esposo Severino Jó Batista Neto, pela compreensão e incentivo para a conclusão deste trabalho.

Ao Dr. Domício Arruda Câmara Sobrinho e a toda a sua equipe, pela confiança depositada em permitir a aplicação da pesquisa no Hospital UNIMED Natal.

Aos entrevistados que se dispuseram a participar da pesquisa.

A todos que direta ou indiretamente apoiaram. Muito obrigada!

Resumo da Tese apresentada à UFRN/PEP como parte dos requisitos necessários para a obtenção do grau de Mestre em Ciências em Engenharia de Produção.

FATORES DA SATISFAÇÃO, FIDELIDADE E RECOMENDAÇÃO EM SERVIÇO DE SAÚDE: ESTUDO EM SETOR AMBULATORIAL DE HOSPITAL

ARIVALDA BEZERRA DA SILVA

Setembro, 2007

Orientador: Prof. Rubens Eugênio Barreto Ramos, D.Sc.

Curso: Mestrado em Ciências em Engenharia de Produção

Esta Tese de Mestrado investiga os fatores que afetam a satisfação, a fidelidade e a recomendação de clientes no setor de serviços de saúde. Utiliza-se um modelo estrutural baseado no modelo proposto por Johnson et al. (2001) contendo fatores antecedentes da satisfação e da fidelidade/ recomendação. A pesquisa consiste em questionários com variáveis e escala de 10 pontos aplicados a uma amostra de 109 pacientes de ambulatório de hospital em Natal-RN. Conduz-se uma análise descritiva e multivariada, usando-se análise de regressão múltipla para cada variável dependente — satisfação, fidelidade, recomendação. Os principais achados relacionados à satisfação são que os fatores de qualidade de profissionalismo dos médicos, eficiência dos funcionários, conforto da sala de consulta, além de outros fatores como tempo para o atendimento e localização do hospital, foram os mais significativos. Em relação à fidelidade pessoal, os fatores mais significativos foram satisfação com o hospital ou funcionários e comprometimento afetivo com o hospital. Para recomendação, apareceram como os principais fatores satisfação, imagem e marca. O modelo geral usado explica satisfatoriamente os resultados de satisfação, fidelidade e recomendação, com fatores diferentes para fidelidade e recomendação.

Abstract of Master Thesis presented to UFRN/PEP as fulfillment of requirements to the degree of Master of Science in Production Engineering

FACTORS AFFECTING SATISFACTION, LOYALTY AND RECOMMENDATION IN HEALTH CARE: A STUDY ON A HOSPITAL AMBULATORY SECTOR

ARIVALDA BEZERRA DA SILVA

September, 2007

Thesis Supervisor: Professor Rubens Eugênio Barreto Ramos

Program: Master of Sciences in Production Engineering

This thesis deals with the factors affecting customer satisfaction, loyalty and recommendation in the health care sector. It is adapted a model proposed by Johnson et al. (2001) of quality and loyalty antecedent factors and it is conducted a survey with a sample of 109 customers of a hospital on the ambulatory in Natal city, a capital of a Northeastern State of Brazil. It is carried descriptive and multiple regression statistical analysis. The main findings related to satisfaction are that quality factors of doctor professionalism, clerical staff efficiency, consultancy room comfort, time to provide the medical consultancy but also hospital localization are the most significant factors affecting satisfaction. Regarding personal full loyalty, satisfaction with the hospital and affective commitment are the main factors yet for partial loyalty image and calculate commitment play the main role. For recommendation satisfaction, image and brand are the main factors. The overall model used fairly explains the satisfaction, loyalty and recommendation outcomes with varying factors regarding each final purpose, e.g. loyalty or recommendation.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	INTRODUÇÃO	1
1.1	CONTEXTUALIZAÇÃO	1
1.2	OBJETIVO	3
1.3	RELEVÂNCIA	3
1.4	ORGANIZAÇÃO DA TESE	3
CAPÍTULO 2	QUALIDADE E SATISFAÇÃO EM SERVIÇOS DE SAÚDE	4
2.1	QUALIDADE EM SERVIÇOS	4
2.2	CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS	7
2.3	A SATISFAÇÃO DO CLIENTE EM SERVIÇOS	8
2.4	A VISÃO DE ESPECIALISTAS SOBRE A QUALIDADE DE SERVIÇOS	9
2.4.1	<i>A Abordagem de Juran</i>	9
2.4.2	<i>A Abordagem de Deming</i>	10
2.4.3	<i>A Abordagem de Crosby</i>	12
2.4.4	<i>A Abordagem de Albrecht</i>	12
2.5	FIDELIDADE DO CLIENTE	14
2.5.1	<i>O modelo de Dick e Basu (1994)</i>	14
2.5.2	<i>O Modelo Teórico de Oliver</i>	16
2.6	ÍNDICES NACIONAIS DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE	18
2.6.1	<i>Índice nacional Sueco</i>	19
2.6.2	<i>Índice nacional Americano</i>	19
2.6.3	<i>Índice nacional Europeu</i>	21
2.6.4	<i>Modelo Proposto por Johnson et al. (2001)</i>	21
2.7	QUALIDADE EM EMPRESAS DO SETOR DE SAÚDE	23
2.8	ESTUDOS SOBRE SATISFAÇÃO E FIDELIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE	25
2.9	SÍNTESE PARA A PESQUISA	27
CAPÍTULO 3	METODOLOGIA DA PESQUISA	29
3.1	MÉTODO DA PESQUISA	29
3.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA	30
3.3	PLANO AMOSTRAL	30
3.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	31
3.5	COLETA DE DADOS	33
3.6	TÉCNICAS DE ANÁLISES	34
CAPÍTULO 4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
4.1	VALIDAÇÃO DA PESQUISA	365
4.1.1	<i>Validação da Amostra Obtida</i>	365
4.1.2	<i>Validação do Questionário</i>	398

4.2	ANÁLISE DESCRITIVA.....	40
4.2.1	<i>Fator de Marketing</i>	40
4.2.2	<i>Fatores de Qualidade</i>	41
4.2.3	<i>Satisfação</i>	44
4.2.4	<i>Imagem</i>	46
4.2.5	<i>Marca</i>	46
4.2.6	<i>Compromisso Afetivo</i>	476
4.2.7	<i>Compromisso Calculado</i>	487
4.2.8	<i>Preço</i>	48
4.2.9	<i>Fidelidade</i>	49
4.3	ANÁLISE DE REGRESSÃO PARA SATISFAÇÃO.....	51
4.3.1	<i>Fatores da Satisfação – todos pesquisados</i>	51
4.4	ANÁLISE DE REGRESSÃO PARA FIDELIDADE.....	54
4.4.1	<i>Fidelidade Total</i>	54
4.4.2	<i>Fidelidade Parcial</i>	55
4.4.3	<i>Recomendação do Hospital</i>	56
4.4.4	<i>Recomendação da UNIMED</i>	58
4.5	SÍNTESE DA ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	59
CAPÍTULO 5 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES.....		61
5.1	PRINCIPAIS RESULTADOS DA PESQUISA.....	61
5.2	ANÁLISE CRÍTICA QUANTO AOS OBJETIVOS.....	62
5.3	IMPLICAÇÕES TEÓRICAS.....	62
5.4	IMPLICAÇÕES GERENCIAIS.....	62
5.5	LIMITAÇÕES DA PESQUISA.....	63
5.6	DIREÇÕES DA PESQUISA.....	63
5.7	RECOMENDAÇÕES.....	63
5.8	CONCLUSÃO.....	64
REFERÊNCIAS.....		65
ANEXOS.....		70
ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO DA PESQUISA.....		71
ANEXO 2 – ANÁLISE DE CONFIABILIDADE.....		73
ANEXO 3 – ESTATÍSTICA DESCRITIVA.....		82
ANEXO 4 – REGRESSÃO MÚLTIPLA PARA SATISFAÇÃO.....		98
ANEXO 5 – REGRESSÃO MÚLTIPLA PARA FIDELIDADE E RECOMENDAÇÃO.....		104

LISTA DE TABELAS

Tabela 3.1 Margens de erro e tamanhos de amostra.....	31
Tabela 3.2 Fatores Antecedentes da Satisfação	32
Tabela 3.3 Fatores da Fidelidade e Recomendação	33
Tabela 4.1 Teste de Confiabilidade de Itens/Escala (Cronbach) e Uniformidade (Fatorial)	40
Tabela 4.2 Regressão para Satisfação, métodos <i>backward e forward stepwise</i>	52
Tabela 4.3 Multicolinearidade para a Regressão de Satisfação	52
Tabela 4.4 Regressão para Fidelidade Total	54
Tabela 4.5 Fidelidade Parcial ao Hospital	55
Tabela 4.6 Regressão para Recomendar Hospital	57
Tabela 4.7 Regressão para Recomendação à UNIMED	58
Tabela 4.8 Fatores da Fidelidade	59

LISTA DE FIGURAS

Figura 2.1 Modelo sueco SCSB, baseado em Johnson et al., 2001.....	19
Figura 2.2 Modelo Americano ACSI, Baseado em Fornell(1996).....	20
Figura 2.3 Modelo Europeu ECSI (Eklof, 2000).....	21
Figura 2.4 Modelo proposto por Johnson et al., 2001.	22
Figura 2.5 Modelo da Pesquisa.....	28
Figura 3.1 Distribuição esperada em pesquisas de qualidade, satisfação e fidelidade do cliente (Johnson e Gustafsson, 2000)	34
Figura 4.1 Distribuição por sexo – Pesquisa, Brasil, RN (IBGE, PNAD 2005).....	37
Figura 4.2 Distribuição por Faixa Etária – Pesquisa, Brasil, RN (IBGE, PNAD 2005)	38
Figura 4.3 Distribuição por Renda – Pesquisa, RN (IBGE, PNAD 2005)	38
Figura 4.4 Distribuição por Educação – Pesquisa, RN (IBGE, PNAD 2005).....	39
Figura 4.5 Avaliação da Localização.....	41
Figura 4.6 Avaliação do tempo para atendimento na recepção	42
Figura 4.7 Avaliação do Tempo para Ser Atendido pelo Médico	42
Figura 4.8 Avaliação da Simpatia dos Funcionários	43
Figura 4.9 Avaliação da Simpatia dos Médicos	43
Figura 4.10 Avaliação do Profissionalismo dos Médicos.....	44
Figura 4.11 Grau de Confiança no Hospital	44
Figura 4.12 Satisfação com os Funcionários	45
Figura 4.13 Satisfação com os Médicos	45
Figura 4.14 Satisfação com o Hospital	46
Figura 4.15 Imagem da UNIMED	46
Figura 4.16 Marca (comparação à marca Bradesco, acima de 6 é superior)	47
Figura 4.17 Compromisso Afetivo (ir à praia com camisa)	47
Figura 4.18 Compromisso Calculado – Outro Hospital	48

Figura 4.19 Preço da Consulta.....	49
Figura 4.20 Fidelidade Total.....	49
Figura 4.21 Fidelidade Parcial.....	50
Figura 4.22 Recomendar Hospital.....	51
Figura 4.23 Recomendar UNIMED.....	51
Figura 4.24 Regressão para Satisfação.....	53
Figura 4.25 Regressão para Fidelidade Total.....	55
Figura 4.26 Regressão para Fidelidade Parcial.....	56
Figura 4.27 Regressão para Recomendar Hospital.....	57
Figura 4.28 Regressão para Recomendar UNIMED.....	58
Figura 4.29 Fatores da Satisfação e Fidelidade na Pesquisa.....	60

LISTA DE EQUAÇÕES

Equação 3-1 Cálculo do tamanho da amostra.....	30
Equação 3-2 Erro Amostral	31

LISTA DE SIGLAS, NOMES E ACRÔNIMOS

UNIMED – SOCIEDADE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO

Capítulo 1

Introdução

Este trabalho apresenta uma análise dos conceitos e modelos relacionados à satisfação e fidelidade do cliente para realizar um estudo dos fatores relacionados à satisfação e fidelidade no setor de serviços de saúde. O estudo foi realizado no Hospital Unimed, situado em Natal-RN.

Neste capítulo, é feita uma contextualização sobre a satisfação e fidelidade do cliente, a importância da qualidade para empresas do setor de saúde, os objetivos que se pretendem alcançar com esta pesquisa, sua relevância, a metodologia utilizada e a estrutura geral do trabalho.

1.1 Contextualização

A globalização, a rapidez na difusão de informações e as interconectividades criaram um ambiente propício para o aguçamento da percepção do cliente. E, nesse constante processo de mudanças ambientais, criam-se novos cenários competitivos para as organizações, exigindo delas respostas rápidas às mudanças que ocorrem. Essas turbulências ambientais estão revolucionando o modo de gerenciamento das organizações, principalmente no que se refere às relações com os clientes. Cada vez mais, concentram-se esforços para transferir valor aos clientes, através de produtos que correspondam às suas necessidades e desejos (DAHMER & ESTRADA, 2002). Para Dias e Melo (2001), a satisfação do cliente é considerada importante para o bom funcionamento da empresa, uma questão de sobrevivência.

Qualidade de serviços e satisfação do cliente têm sido assuntos de grande interesse entre muitos pesquisadores em anos recentes, pelo fato de proporcionarem uma potencial vantagem competitiva ao mercado. A importância

do estudo da satisfação também pode ser medida pelo fato de diversos países estarem começando a fazer avaliação geral de satisfação de seus consumidores e utilizando índices de satisfação do cliente para medir o desempenho de suas economias.

Segundo Kotler & Fox (1994, p.48), “satisfação é o resultado da experiência de uma pessoa quando um desempenho ou resultado atendeu a suas expectativas”. Assim, a satisfação é uma função relativa de expectativas e desempenho percebido. Dessa forma, se o serviço ou bem atinge as expectativas, o consumidor fica satisfeito; se as expectativas são excedidas, fica muito satisfeito e, se o bem ou serviço não atinge as expectativas, o cliente fica insatisfeito. Para Kotler (2003), a maioria das empresas dedica mais atenção para a participação no mercado do que à satisfação do cliente, não tendo a percepção de que, ao cair o nível da satisfação, terá início, conseqüentemente, o desgaste da participação no mercado. O autor afirma que, para se alcançar à satisfação do cliente, é necessário “criar uma cultura empresarial em que todas as pessoas da empresa estejam dispostas a encantar o consumidor” (KOTLER, 2003, p. 125).

De acordo Crosby (1999, p. 79), “clientes devem ser identificados a cada dia; suas necessidades devem ser examinadas e atendidas a cada momento; e eles devem ser cultivados de forma que o considere seu fornecedor preferido.” Nesse caso, o cliente deve ser inserido no centro de tudo, e, ao colocá-lo em primeiro lugar, a qualidade surge como uma das expectativas, tanto do produto que compraram como do grau de serviço que desejam e merecem receber.

Acredita-se que a melhor maneira de se saber se as expectativas do cliente estão sendo atendidas é ouvindo-o, observando o que ele valoriza, estando atento aos detalhes que fazem a diferença e analisando os pontos que podem ser melhorados, para que seja possível surpreendê-lo positivamente, antes que o concorrente o faça. Isso quer dizer que a completa satisfação dos clientes e dos consumidores exige que os profissionais que tomam as decisões compreendam, primeiramente, as necessidades e os desejos do seu público consumidor, para vender um produto ou serviço que realmente o satisfaça. Dessa forma, a pesquisa de satisfação é uma função de suporte à tomada de decisão. Está voltada para a análise dos clientes e dos consumidores, bem como de suas necessidades e do seu nível de satisfação (DAHMER & ESTRADA, 2002).

1.2 Objetivo

O principal objetivo deste trabalho é investigar os fatores que afetam satisfação e a fidelidade do cliente no setor de serviços de saúde, aplicando-se, na análise, modelos estruturais de satisfação e fidelidade do cliente.

1.3 Relevância

Na área acadêmica, este estudo soma-se aos estudos de fatores que afetam a satisfação e fidelidade do cliente em geral, em serviços e num setor de serviços em particular; contribui também para a discussão de modelos teóricos que podem servir de base para a construção de índices de satisfação e fidelidade de clientes no setor de serviços de saúde. Em termos práticos, este trabalho contribui para um maior conhecimento da clientela de serviços de saúde no Brasil e em Natal.

1.4 Organização da Tese

O presente trabalho está dividido em mais quatro capítulos além desta Introdução.

O segundo capítulo é dedicado à revisão de literatura sobre os conceitos de satisfação e fidelidade do cliente e sobre a evolução dos modelos índices de satisfação do cliente.

O terceiro capítulo apresenta a metodologia utilizada no setor no qual foi aplicada a pesquisa, a população-alvo, o plano amostral, o instrumento de coleta de dados e as técnicas utilizadas para a análise dos dados.

No quarto capítulo, são apresentados os resultados da pesquisa de campo com a análise do modelo utilizado.

O quinto capítulo é composto pelas conclusões e recomendações, assim como suas limitações e indicações para pesquisas futuras.

Capítulo 2

Qualidade e Satisfação em Serviços de Saúde

Neste capítulo, é realizada uma revisão teórica a respeito da satisfação e da fidelidade do cliente, tendo como foco principal os modelos nacionais de índices de satisfação.

Destacam-se, inicialmente, os conceitos, as características, a satisfação do cliente em serviços e a visão de especialistas sobre a qualidade de serviços. A seguir, são descritos os índices nacionais de satisfação do cliente: sueco, americano, alemão, norueguês, europeu e o modelo proposto por Johnson et al. (2001), que é utilizado neste estudo. Destaca-se, também, a importância da qualidade para empresas do setor de saúde; por último, é apresentada a conclusão deste capítulo.

2.1 Qualidade em Serviços

Embora já se conheça o termo ‘qualidade’ há bastante tempo, Vilela (1995) afirma que só recentemente o seu conceito surgiu como função de gerência formal. Em sua forma original, era relativa e voltada para a inspeção; hoje, as atividades relacionadas com a qualidade se ampliaram e são consideradas essenciais para o sucesso estratégico. A consciência no meio empresarial de que tão ou mais importante do que produzir com qualidade é oferecer ao cliente o que ele deseja, é atender às suas necessidades, o colocou como foco das atenções. O crescente aumento do nível de exigência dos clientes nos

últimos anos impulsiona cada vez mais as organizações a buscarem mecanismos que possibilitem uma constante melhoria dos seus serviços.

Segundo Grando et al. (2002), a cultura empresarial, de modo geral, vem alcançando sucesso na absorção e na ampliação dos conceitos da qualidade. Os autores afirmam que, diante da competição do mercado atual, as empresas devem desenvolver novos produtos/ serviços para se manterem na vanguarda de seu segmento de mercado. Para isso, é necessário contar com um sistema gerencial realmente voltado à qualidade em serviço, ser ágil ao introduzir inovações e promover o desenvolvimento dos recursos humanos. Téboul (1999) corrobora que, à medida que os bens produzidos se parecem cada vez mais com os de seus concorrentes, o único meio de obter uma vantagem competitiva reside, inevitavelmente, ora em desenvolver a dimensão do serviço em sua oferta, ora em associar novos serviços à oferta. Albrecht (1992) afirma que uma das formas que dão mais resultado para conseguir uma diferenciação no mercado consiste em relacionar a qualidade do serviço com a qualidade do produto. Para Feigenbaum (1994), o propósito da qualidade é determinar e avaliar o grau ou nível com o qual o produto ou serviço corresponde a essa combinação total.

Uma das grandes dificuldades na área de serviços é a simples definição do que é serviço. Isso tem dificultado maiores avanços em temas que abordem a qualidade dos serviços. Grönroos (1995) relaciona uma série de definições de serviços propostas por vários autores. O autor afirma que existe deficiência nas definições, já que, em geral, elas encaram de forma muito restrita o fenômeno dos serviços e incluem, em maior ou menor proporção, apenas os serviços prestados pelas chamadas empresas de serviços. Algumas definições de serviços contidas na obra de Grönroos (1995, p.98) são as seguintes:

- Serviço: Atividades, benefícios ou satisfação que são colocados à venda ou proporcionados em conexão com a venda de bens (*American Marketing Association*, 1960).
- Serviços representam ou satisfações intangíveis apresentadas diretamente (transporte, acomodação), ou satisfações intangíveis apresentadas indiretamente quando da compra de mercadorias ou de outros serviços (crédito, entrega) (REGAN, 1963).

- Para o consumidor, serviços são quaisquer atividades colocadas à venda que proporcionem benefícios e satisfações valiosas; atividades que o cliente não possa ou prefira não realizar por si próprio (BESSOM, 1973).
- Um serviço é uma atividade colocada à venda que gera benefícios e satisfações, sem levar a uma mudança física na forma de um bem (BLOIS, 1974).
- Um serviço é uma atividade ou uma série de atividades que tem lugar nas interações com uma pessoa de contato ou com uma máquina física e que provê satisfação ao consumidor (LEHTINEN, 1993).
- Um serviço é qualquer atividade ou benefício que uma parte possa oferecer à outra que seja essencialmente intangível e que não resulte em propriedade de coisa alguma. Sua produção pode ou não estar ligada a um produto físico (KOTLER & BLOOM 1984; e KOTLER 1998).
- Serviço é algo que pode ser comprado e vendido, mas que você não consegue deixar cair sobre o pé (GUMMESSON, 1987; referindo-se à fonte não identificada).
- O serviço é uma atividade ou uma série de atividades de natureza mais ou menos intangível – que normalmente, mas não necessariamente, acontece durante as interações entre clientes e empregados de serviços e/ou recursos físicos ou bens e/ou sistemas do fornecedor de serviços – que é fornecida como solução ao(s) problema(s) do(s) cliente(s). (GRÖNROOS, 1995).

Para Giansesi & Corrêa (1994), a qualidade em serviços pode ser definida como o grau em que as expectativas do cliente são atendidas/ excedidas por sua percepção do serviço prestado. Segundo os autores, as expectativas e a percepção do cliente de um serviço prestado, estão relacionadas com os seguintes critérios:

- a) **Consistência:** conformidade com experiência anterior; ausência de variabilidade no resultado ou processo.
- b) **Competência:** habilidade e conhecimento para executar o serviço. Relaciona-se com as necessidades “técnicas” dos consumidores.
- c) **Velocidade de Atendimento:** prontidão da empresa e seus funcionários em prestar o serviço. Relaciona-se com o tempo de espera (real e percebido).

- d) **Atendimento/Atmosfera:** atenção personalizada ao cliente; boa comunicação; cortesia;
- e) **Flexibilidade:** capacidade de mudar e adaptar a operação, devido a mudanças nas necessidades dos clientes, no processo ou no suprimento de recursos.
- f) **Credibilidade/Segurança:** habilidade de transmitir confiança, baixa percepção de risco.
- g) **Acesso:** facilidade de contato e acesso; localização conveniente; horas de operação.
- h) **Tangíveis:** qualidade e/ou aparência de qualquer evidência física (bens facilitadores, equipamentos, instalações, pessoal, outros consumidores).
- i) **Custo:** fornecer serviços a baixo custo.

É importante destacar, em relação ao aspecto custo, que se o consumidor não obtiver informações adequadas sobre um bem ou serviço, passará a associar o seu valor ao nível de qualidade, que o levará a avaliá-lo mal, caso este tenha um preço baixo. Para Cavalcante (1997), proporcionar uma oferta de bens e/ou serviços de qualidade a preços justos pode ser um fator de sobrevivência organizacional, permanência no mercado, ou ainda de maximização da imagem organizacional junto com o cliente.

2.2 Características dos serviços

A natureza de um serviço apresenta características que devem ser entendidas para a compreensão de suas particularidades. Grandó et al. (2002), afirma que para os serviços as características de qualidade são intangíveis, diferentemente do que ocorre em produtos, onde há tangibilidade e onde se pode visualizar com maior facilidade os problemas apresentados pelos produtos. As características de qualidade em serviços na maioria das vezes são imperceptíveis, na ação, mas sensível apenas nos efeitos, o que representa no mínimo uma desconfortável situação.

Para Silva & Varvakis (2003), as características presentes nos serviços não dão uma segunda chance para conquistar o cliente, porque elas são definitivas, neste momento da verdade, devido ao fato delas apresentarem peculiaridades como:

- O serviço humano é um bem indivisível, imprimindo um caráter intangível;
- Não pode ser armazenado ou reproduzido, não podem ser assegurados;

- Medidas próprias adequadas a cada situação são requeridas como base;
- Produção, consumo e uso são feitos ao mesmo tempo e espaço;
- A avaliação dos resultados é feita simultaneamente, estando muito exposta aos clientes, e sem possibilidade de checar os resultados previamente, corrigindo falhas eventuais;
- O serviço é altamente dependente do pessoal. Com isso, cultura, habilidades técnicas, aptidões, conhecimentos, disposição, humor e até o nível educacional dos prestadores de serviços podem afetar a qualidade do serviço.

Gianesi & Corrêa (1994) corrobora que a intangibilidade dos serviços, juntamente com a necessidade da presença do cliente e a simultaneidade da produção e consumo do serviço, formam as principais características especiais das operações em serviços, que irão definir a avaliação dos resultados e a qualidade dos serviços prestados. Muitas vezes essa avaliação é dificultada pela intangibilidade, uma vez que é difícil a padronização dos serviços, tornando a gestão do processo mais complexa. Para Grönroos (1995), os serviços que constituem uma série de processos mais ou menos intangivelmente vivenciados, em que a produção e o consumo não podem ser totalmente separados e em que o cliente, com frequência, participa ativamente no processo de produção, são provavelmente percebidos como sendo de extrema complexidade. No entendimento de Albrecht (1998), a intangibilidade, a inseparabilidade e a heterogeneidade tornam os serviços perecíveis, irreversíveis e irreprodutíveis, ou seja, não pode ser armazenado, não pode ser consertado e não é possível garantir sua repetição. Para o autor isso deve ser considerado durante a interface com o cliente, pois é fundamental para buscar formas de satisfazê-lo.

2.3 A satisfação do cliente em serviços

De acordo com Kotler (1998), a satisfação pós-compra do cliente e/ou consumidor depende do desempenho da oferta em relação às expectativas do comprador. O autor destaca que satisfação é o sentimento de prazer ou de desapontamento resultante da comparação do desempenho esperado em relação às expectativas da pessoa, ou seja, a satisfação é estabelecida em função do desempenho percebido e das expectativas. A insatisfação acontece quando o desempenho fica longe das expectativas, porém se o desempenho atender às expectativas, o cliente ou consumidor estará satisfeito, e se superá-las, estará amplamente satisfeito ou até mesmo ‘encantado’.

Para Kotler (1998), as expectativas são influenciadas pela experiência anterior de compra, pela propaganda de terceiros, pela recomendação de amigos, colegas e conhecidos e também pelas promessas das empresas e dos concorrentes. É preciso ter cuidado para não criar expectativas muito altas para, em seguida, ter seus clientes desapontados. Por outro lado, empresas que criam expectativas muito baixas não atraem os compradores.

No entendimento de Oliver (1997, p. 28), “satisfação é a resposta de preenchimento do consumidor. É o julgamento de que um aspecto de um produto ou serviço, ou o próprio produto ou serviço, oferece (ou está oferecendo) um nível prazeroso de preenchimento relacionado ao consumo, incluindo níveis de preenchimento baixos e altos”.

Para Cobra (2000), a razão do sucesso em qualquer ramo de negócios depende do grau de relacionamento da empresa com seus clientes. Essa integração é fruto do adequado atendimento, portanto, prestar serviços com qualidade significa estreitar com os clientes um importante elo. O autor cita que um cliente satisfeito terá sempre boa vontade com seus fornecedores, e que embora não haja garantias de que através de um serviço de boa qualidade as relações com os clientes sejam sempre harmônicas, fica difícil supor que sem qualidade de atendimento os relacionamentos sejam adequados.

Reis (1998) salienta que, hoje, o cliente não só está mais ciente dos seus direitos constitucionais, como está dando, cada vez mais, valor ao seu dinheiro, exigindo dos prestadores de serviço pelos quais ele paga o cumprimento do prometido. Reis (1998) destaca que ouvir os clientes e cuidar de suas reclamações ou sugestões torna-se um aspecto de fundamental importância na qualidade de serviço. O foco, além de captar clientes e aumentar a sua área de atuação, deve ser o de manter os clientes plenamente satisfeitos com os serviços prestados. O autor afirma que a gestão das reclamações de clientes destaca-se como um dos mais eficazes e fáceis métodos de melhorar o padrão da qualidade propiciado aos clientes, sendo também uma ferramenta poderosa, capaz de aferir e gerenciar, de forma global, a própria gestão da qualidade, principalmente ao se considerar o seu baixo custo e alto benefício.

2.4 A Visão de Especialistas sobre a Qualidade de Serviços

2.4.1 A Abordagem de Juran

Juran (1988) utiliza, para conceituar serviços, uma classificação das empresas de manufatura e não-manufatura, encontrando-se esta última subdividida em prestadoras de

serviços e não prestadoras de serviços. O autor define serviço como “trabalho realizado para alguém”. Estabelece como características principais das organizações prestadoras de serviço aspectos como:

- Venda direta;
- Contato com o usuário;
- Cumprimento de prazos;
- Não estocabilidade;
- Não transportabilidade;
- Simultaneidade entre produção e consumo; e.
- Intangibilidade do produto fornecido.

O conceito de qualidade em serviços é abordado por Juran (1988) através de sua conhecida definição de qualidade como **adequação ao uso**. Em se tratando de serviços, a adequação ao uso deve ser entendida como “a capacidade de um serviço corresponder satisfatoriamente às necessidades do cliente quando o serviço é prestado”. Para o autor as características principais da qualidade em serviços podem ser classificadas em “psicológicas, baseadas no tempo, éticas, contratuais (garantia), e tecnológicas”, sendo os três primeiros consideradas mais importantes pelo autor.

Juran (1988) dá ênfase muito forte no planejamento da qualidade, estabelecendo a fase de projeto como etapa crítica para a obtenção da qualidade desejada. O projeto de serviços deve visar heterogeneidade, assistência técnica, simplicidade, serviços auxiliares, características temporais, bem-estar do cliente e a continuidade do serviço.

2.4.2 A Abordagem de Deming

Segundo Deming (1990, p.195), as opiniões acerca da qualidade estão mudando, não permanecem estáticas. Para o autor “a qualidade só pode ser definida em termos de quem a avalia”. O autor afirma que a qualidade começa com a alta administração e é uma atividade estratégica. O ponto-chave da abordagem de Deming é o “sistema de saber profundo”, em que o autor propõe o conhecimento profundo dos processos para controlar a variabilidade destes visando satisfazer as necessidades dos clientes. Deming (1990) afirma

que a qualidade e a produtividade aumentam à medida que a ‘variabilidade do processo’ (imprevisibilidade do processo) diminui.

Deming (1990) propõe uma abordagem sistêmica e fortemente comportamental como processo para alcançar o saber profundo. Esta abordagem está representada em seus 14 princípios, enumerados a seguir:

- crie constância de propósitos;
- adote nova filosofia;
- termine com a dependência da inspeção em massa;
- cesse a prática de escolher fornecedores pelo preço;
- encontre os problemas e defina suas causas;
- introduza métodos modernos de treinamento no trabalho;
- institua liderança;
- afaste o medo do trabalho;
- elimine barreiras entre departamentos;
- elimine *slogans* e exortações;
- elimine quotas ou padrões de trabalho;
- faça com que as pessoas sintam orgulho pelo trabalho;
- institua amplo programa de educação e treinamento e
- coloque todos para trabalhar pelo atendimento das metas.

O autor afirma que para se obter melhoria na qualidade e produtividade, os 14 princípios devem ser implementados em conjunto, ou seja, não pode haver a implementação de algumas e de outras não.

Deming (1990) explica que um sistema de melhoria da qualidade é útil a qualquer um que lance um produto ou esteja comprometido com um serviço, ou com pesquisas, e deseje melhorar a qualidade de seu trabalho e, ao mesmo tempo, aumentar sua produção, tudo com menos mão-de-obra e a custos reduzidos. Para o autor, o cliente deve ser visto como importante peça da linha de produção, e a satisfação de suas necessidades sejam elas presentes ou futuras, deve ser a tônica da qualidade.

2.4.3 A Abordagem de Crosby

Em seu livro *Qualidade é Investimento*, Crosby (1992) afirma que um dos princípios que fundamentam a filosofia da administração da qualidade é o cumprimento dos requisitos; não se trata, pois de uma adequação aos requisitos, mas de uma fiel conformidade aos mesmos. Os requisitos são: respostas a perguntas formuladas pelos clientes; tais requisitos devem ser facilmente compreendidos por todos, respeitados e jamais alterados, a não ser por intermédio de acordo entre aqueles que os criaram. Para que todos os requisitos dos clientes sejam cumpridos e com isso se obtenha a qualidade dos produtos e serviços que eles querem, cabe à gerência realizar três tarefas básicas:

- estabelecer os requisitos que os empregados devem cumprir;
- fornecer o material de que necessitam para cumprir tais requisitos; e
- permanecer incentivando e ajudando os empregados a cumprir tais requisitos.

Segundo Crosby (1992), devemos despertar a conscientização sobre a qualidade e a preocupação pessoal de todos os empregados. Isto caracteriza a idéia de que as pessoas têm que ser inseridas no processo muito mais do que apenas fisicamente. A sua valorização fará com que haja um empenho maior em qualquer atividade a ser desenvolvida, caracterizando o que se chama de comprometimento.

Crosby (1992, p. 98), afirma que “a qualidade talvez não seja o que você pensa”. Para o autor, a gerência da qualidade não é tão simples assim, embora também não se configure como algo difícil. O grande problema da gerência da qualidade “não é o que as pessoas ignoram, mas o que elas pensam que sabem”.

Para Crosby (1992 p. 79), “qualidade é um fator atingível, mensurável, lucrativo, que pode ser estabelecido, desde de que haja compromisso, compreensão e você esteja disposto a trabalhar arduamente”.

2.4.4 A Abordagem de Albrecht

Qualidade em serviços, segundo Albrecht (1992, p.52), “é a capacidade que uma experiência ou qualquer outro fator tenha para satisfazer uma necessidade, resolver um problema ou fornecer benefícios a alguém.”.

Albrecht (1995) propõe que a estrutura da organização de serviços voltada para o cliente deva se construir no que denominou de uma estrutura de triângulo de serviços. O triângulo de serviços (Figura 2.1) mostra a importância do cliente dentro da administração de serviços, sendo colocado no círculo central. As informações estratégicas de serviços, percebidas pelos clientes mostram como agir para satisfazê-los. O pessoal da organização é orientado no sentido de atender às verdadeiras prioridades do cliente, e os sistemas devem apoiar os funcionários em seus esforços para criar e entregar valor. Precisa ser favorável ao cliente, projetado para apoiar a entrega de valor para o cliente, ao invés de causar-lhe desconforto ou frustração.

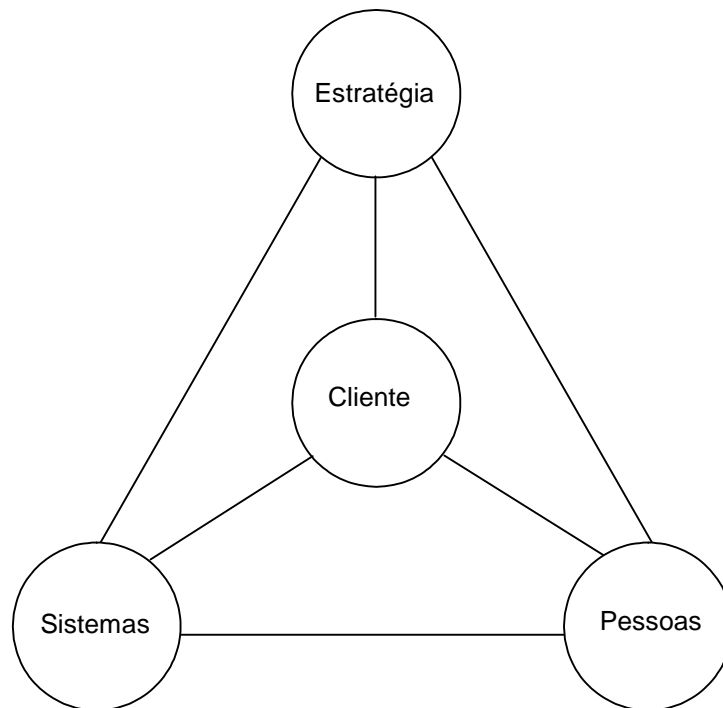


Figura 2.1 – Triângulo de Serviços de Albrecht (Albrecht, 1995)

Estes três componentes mostram uma estratégia clara de serviço, pessoal de linha de frente orientado para o cliente, e sistemas voltados para o cliente, todos conceitos relativamente simples e de fácil compreensão. No entanto transformá-los em realidade quase sempre é uma tarefa complexa, especialmente em empresas de grande porte. Albrecht (1995, p.39) afirma que “o objetivo final de qualquer iniciativa organizacional de foco no cliente deve ser o de alinhar esses três componentes – estratégia, pessoas e sistemas – ao redor das necessidades do cliente”.

Na concepção de Albrecht (1992) é através do treinamento que as pessoas adquirirem habilidades que poderão ser aplicadas no futuro, pois se trata de um elemento-chave não só no desenvolvimento da cultura como também na aplicação da qualidade, independentemente de outros fatores organizacionais. Os cursos de educação podem ser medidos e avaliados, mas só depois que as habilidades aprendidas forem aplicadas no futuro.

Albrecht (1992) afirma que na administração de serviços todos têm um papel a desempenhar no esforço de garantir que as coisas funcionem bem para o cliente. O autor afirma que “as empresas centralizadas nos clientes vêem o cliente como ponto de partida, posto de escuta e árbitro final para tudo aquilo que fazem. Elas partem das necessidades e expectativas do cliente, os atributos que são desejados. Então desenvolvem e aperfeiçoam produtos e serviços para satisfazê-los” (ALBRECHT,1995, p.41).

2.5 Fidelidade do Cliente

2.5.1 O modelo de Dick e Basu (1994)

Dick & Basu (1994) propuseram um *framework* para fidelidade que tinha como base os aspectos cognitivos, afetivos e conativos apresentados por Jacoby & Chestnut (1978), porém introduzia uma discussão sobre a atitude relativa na questão da fidelidade do consumidor. O conceito de atitude relativa é entendido como o grau com que a avaliação do consumidor de uma marca é dominante sobre a outra. Mesmo que aspectos comparativos posicionem marcas próximas umas das outras, a dominação de uma marca sobre as demais pode levar o cliente a tolerar adversidades para conseguir uma marca específica.

O posicionamento relativo de uma marca em relação a uma outra é o que deve ser considerado e não a avaliação absoluta. Podem existir situações onde diversas marcas podem ter ótimas avaliações individualmente, porém com atitudes relativas baixas. Em uma situação ideal onde todas as marcas recebessem uma avaliação máxima, não haveria atitude relativa e todas seriam substituíveis entre si. Essa situação ocasionaria uma fidelidade a múltiplas marcas. A fidelidade a uma única marca também pode ocorrer em uma situação onde a avaliação as marcas seja baixo, porém uma se destaque sobre as demais gerando uma atitude relativa.

Dick & Basu (1994) correlacionam atitude relativa e repetição de compra, de forma a identificar quatro comportamentos distintos do consumidor: fidelidade real, fidelidade latente, fidelidade espúria e ausência de fidelidade.

A Fidelidade Verdadeira é aquela em que o consumidor apresenta uma alta atitude relativa em relação à determinada marca e um alto comportamento de recompra. A Fidelidade Latente é definida como sendo aquela em que o consumidor possui uma forte preferência ou atitude em relação à marca, porém apresenta um baixo comportamento de repetição de compra devido à circunstâncias ambientais ou situacionais. A Fidelidade Espúria ocorre quando o consumidor freqüentemente adquire uma mesma marca, porém não considera a marca com atributos significativamente diferentes das demais. A recompra periódica pode ocorrer em situações onde não há alternativas de escolha ou a escolha é realizada com base em hábitos passados. A Ausência de Fidelidade ocorre quando os consumidores não diferenciam as marcas e apresentam baixo comportamento de recompra. A Figura 2 ilustra a relação existente entre a atitude relativa e a repetição de compra.

		REPETIÇÃO DE COMPRA	
		ALTA	BAIXA
ATTITUDE RELATIVA	ALTA	FIDELIDADE VERDADEIRA	FIDELIDADE LATENTE
	BAIXA	FIDELIDADE ESPÚRIA	AUSÊNCIA DE FIDELIDADE

Figura 2 – Framework de Dick e Basu (1994)

A atitude relativa é influenciada diretamente pelos antecedentes cognitivos, afetivos e conativos. Fatores sociais podem também influenciar negativamente na atitude relativa, na medida em que a opção por uma marca pode estar indo contra algum princípio. Fatores situacionais como ausência da marca preferida e incentivo promocionais para experimentação e consumo de outros produtos também afetam diretamente a atitude relativa.

2.5.2 O Modelo Teórico de Oliver

Segundo Oliver (1993), o consumidor para ser fiel pode requerer um movimento para um diferente plano conceitual que, provavelmente, transcende a satisfação. Esta distinção leva a definição de fidelidade proposta por Oliver (1993) onde um profundo comprometimento de recompra existe, independente de influências situacionais e efeitos de marketing que possibilitem uma potencial causa para um comportamento de troca.

Nesse caso, a fidelidade é visualizada ocorrendo de forma crescente, se desenvolvendo em fases até chegar a um comprometimento profundo com um produto ou serviço. Um *framework* é introduzido apresentando quatro níveis de fidelidade: cognitiva, afetiva, conativa e de ação. Primeiramente o consumidor torna-se fiel no sentido da cognição, passando posteriormente para o estágio da afetividade, conatividade e ação. Deve existir uma sincronia entre os estados, porém alguns autores apontam que isto não é necessário para todos os casos.

Fidelidade Cognitiva: Primeira fase da fidelidade, destacada pelas informações disponíveis sobre o produto que o coloca como uma opção preferencial sobre as demais alternativas. Esta fidelidade é baseada na crença que a marca em questão é superior as demais. Como este nível de fidelidade está restrito ao desempenho dos atributos nas transações que não geram um estado de satisfação interior (ex. coleta de lixo) o avanço aos estágios superiores de fidelidade não ocorre.

Fidelidade Afetiva: A segunda fase do desenvolvimento da fidelidade ocorre a partir do acúmulo de momentos de satisfação pelo uso do produto/serviço e tem o afeto como base. É encontrado neste estágio a idéia da satisfação como um preenchimento de alguma necessidade gerando, assim, um estado de prazer. O comprometimento com a marca está associado a aspectos afetivos e na mente do consumidor permanecem retidos a cognição e a afetividade. Apesar de existir uma correlação forte entre satisfação e intenção de recompra, apenas a intenção ou a recompra esporádica não caracterizam de fato a situação de fidelidade, mas apenas um início da relação de fidelidade. Reichheld (1993) indica que de 65%-85% de desertores em diversos segmentos estavam plenamente satisfeitos com os respectivos fornecedores. “Algo a mais” deve necessariamente existir, além da satisfação, para uma fidelidade real emergir.

Fidelidade Conativa: O ‘algo a mais’ citado por Oliver (1993) é apresentado como a dimensão da conação presente na fidelidade, isto é, a intenção comportamental ou comprometimento por um objetivo perseguido de uma forma particular pelo consumidor. A fidelidade conativa é definida como o estado de fidelidade que contém um comprometimento profundo de compra, conforme descrito na definição de fidelidade por Oliver. Este tipo de comprometimento vai além do afeto, pois considera “propriedades motivacionais” para perseguir a marca desejada.

Fidelidade de Ação. Nesta fase o *framework* de Oliver (1993) é complementado pela tentativa de entender como intenções são transformadas em ações. O controle de ação possui uma seqüência iniciada com a intenção, acompanhada da motivação que leva ao estado de prontidão para agir e ao desejo de superar obstáculos para conseguir a ação desejada.

Fidelidade Superior. Oliver (1999) também propõe um outro *framework* de fidelidade com base no comprometimento individual do cliente em relação ao produto (fortaleza individual) e do suporte social ao comportamento do consumidor. Este novo *framework* incorpora aos conceitos anteriormente apresentados uma nova variável, o suporte social e da comunidade aos hábitos de consumo.

A Superioridade do Produto é considerada a forma mais fraca de fidelidade com foco apenas na alta qualidade. Esta é uma visão mais tradicional de fidelidade presente fortemente nos estágios de cognição e afetividade.

Em algum ponto da cadeia de fidelidade cognitiva-afetiva-conativa-ação, o consumidor atinge o estágio do Auto-Isolamento Determinado, onde o consumidor deseja uma relação exclusiva com a marca, não tendo interesse em ser assediado por concorrentes. Neste estágio existe o compromisso de recompra contínua de uma mesma marca e o consumidor apresenta um comportamento que, além de promover a marca, defende-a contra possíveis ataques. A relação entre consumidor e marca apresenta similaridades a uma relação amorosa com aspectos de adoração e comprometimento.

No estágio de Envolvimento com a Comunidade, o consumidor faz parte de uma comunidade de consumo que determina hábitos. O consumidor fica protegido de influências externas e aceita passivamente o que é recomendado pelo grupo. O envolvimento com a comunidade propicia ao consumidor com baixo comprometimento individual manter o compromisso de fidelidade, pois a coletividade endossa a lealdade.

O estágio de mais alta fidelidade é conhecido como Identidade Própria Harmonizada com a Comunidade. Nesta dimensão existe uma situação de sinergia e auto-sustentação onde o consumidor possui sua identidade imersa em uma organização social na qual a marca faz parte. O ambiente cultural e social oferece um papel de sedução ao indivíduo que para fazer parte deve consumir um produto inerente neste contexto. O consumidor busca uma relação de fidelidade da organização com ele, assim como, ele é fiel à organização. A relação se torna simbiótica.

2.6 Índices nacionais de satisfação do cliente

A modelagem da satisfação do cliente vem se desenvolvendo nas últimas décadas e os pesquisadores em geral estão se preocupando em desenvolver modelos que tenham, como objetivo, estudar os relacionamentos entre a satisfação e seus determinantes e conseqüentes. Dentre tais modelos não pode deixar de ser mencionada a classe dos índices nacionais de satisfação, que têm uma importante vantagem sobre as demais, sendo uma excelente plataforma de *benchmarking* entre empresas, indústrias, setores econômicos e países. Tais modelos estão evoluindo e sendo adaptados e melhorados com o passar do tempo (SOUZA et al., 2002).

O primeiro índice de satisfação do cliente foi o Barômetro Sueco (SCSB) desenvolvido em 1989 por Fornell (1992). Baseado no modelo do Barômetro Sueco foi instituídos em 1994 nos Estados Unidos o Modelo Índice de Satisfação do Cliente Americano (ASCI), gerando resultados para aproximadamente 200 companhias em 34 indústrias. Em 1996 foi introduzido o Barômetro de Satisfação do Cliente Norueguês (NCSB) produzindo resultados para 42 companhias em 14 indústrias. O mais recente desenvolvimento de índices foi o teste piloto do Índice Europeu (ECSI) para 4 indústrias em 11 países da União Européia. Uma importante contribuição para o estudo da satisfação é o modelo proposto por Johnson et al. (2001), que é o modelo utilizado nesta pesquisa.

Segundo Johnson et al.(2001), os modelos de índice de satisfação definem de uma maneira geral a satisfação do consumidor como um todo ou a evolução acumulativa da experiência de compra, podendo ser utilizados tanto em empresas de serviços, órgãos públicos e indústrias.

A medição da satisfação do consumidor teve início significativo com o desenvolvimento do índice de medição sueco (Fornell, 1992), nos Estados Unidos (Fornell, Johnson, Anderson, Cha e Bryant, 1996) e Noruega (Andreassen & Lindestad, 1998a).

Outros índices também têm sido testados na Nova Zelândia, Áustria, Coreia e União Européia.

2.6.1 Índice nacional Sueco

Segundo Fornell et al. (1992), criado em 1989, o Barômetro Sueco da Satisfação do Consumidor (SCSB) foi o primeiro índice verdadeiramente nacional de medição da satisfação do consumidor para análise das compras e consumo de produtos e serviços. Ele historicamente incluiu 130 companhias de 32 grandes indústrias suecas.

Conforme o mesmo autor, o modelo sueco contempla dois fatores antecedentes à satisfação: a performance percebida pelo cliente com o produto ou serviço, e a expectativa em relação à performance. Estas expectativas afetam a satisfação porque elas servem como âncoras na evolução do processo (Johnson *apud* Oliver, 2001). Enquanto a performance percebida captura as mais recentes experiências do consumidor, a expectativa é gerada antes da experiência de consumo. A previsão das expectativas dos consumidores é com a habilidade de a empresa prover futura performance, já que ela tem um efeito positivo na satisfação no modelo sueco SCSB.

O modelo sueco inclui um relacionamento, conseqüente à satisfação, entre os construtos de comportamento e de fidelidade. Quando esse relacionamento é positivo, a empresa está tendo sucesso e tornando seus clientes fiéis, quando negativo, os clientes estarão dispostos a deixar de consumir os produtos ou serviços oferecidos pela empresa.



Figura 2.1 Modelo sueco SCSB, baseado em Johnson et al., 2001.

2.6.2 Índice nacional Americano

O modelo ACSI (American Customer Satisfaction Index) foi desenvolvido em 1994

pela University of Michigan Business School and ASQ, sendo utilizadas as especificações do modelo sueco como base para a sua criação. Historicamente, incluiu 200 companhias de 35 indústrias americanas. Recentemente se expandiu para incluir agências governamentais e companhias de e-commerce. Para medição dos seis construtos existentes no modelo (expectativa do consumidor, qualidade percebida, valor percebido, satisfação, índice de reclamações e fidelidade), foi realizada uma pesquisa aplicando um questionário de 15 perguntas com aproximadamente 250 consumidores de cada empresa, em que se utilizou uma escala de 10 pontos com exceção dos construtos preço e reclamações, para os quais foi estabelecida uma escala de resposta dicotômica.

Segundo Johnson et al. (2001), as principais diferenças entre o modelo sueco e o americano são as adições da qualidade percebida, como construto diferente do valor percebido, e a implementação das medições das expectativas do consumidor. Em 1996, o modelo foi expandido para medir dois fatores da qualidade percebida: os produtos (parte física) e a qualidade do serviço. Foram utilizados também outros fatores para medir a qualidade percebida (personalização, confiabilidade e qualidade em geral).

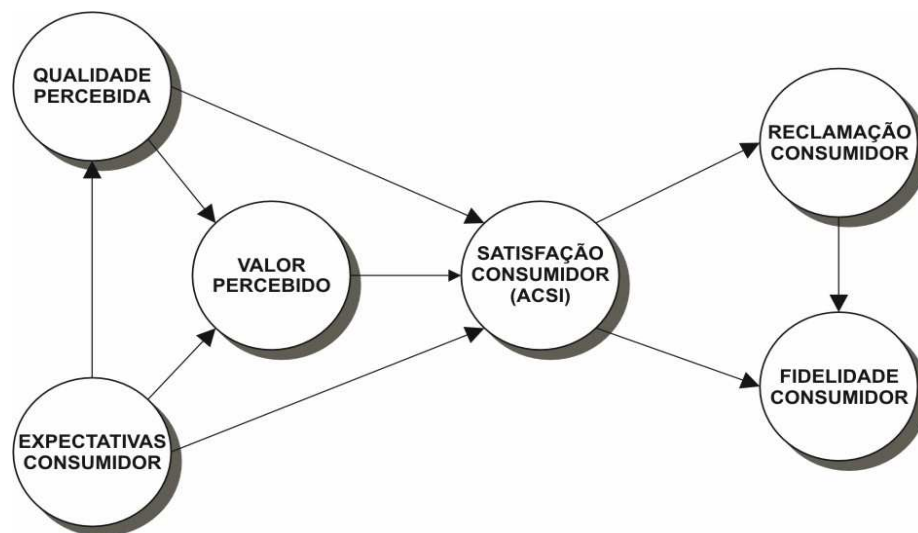


Figura 2.2 Modelo Americano ACSI, Baseado em Fornell(1996).

Existem duas medições para fidelidade no modelo americano. A primeira é uma classificação da probabilidade de recompra pelos consumidores. A segunda medição foi desenvolvida para duas classificações: o grau para que a empresa poderia aumentar seu preço até onde o cliente estaria disposto a continuar a comprar, e o grau de desconto que a

empresa deveria oferecer para que o consumidor continuasse comprando.

2.6.3 Índice nacional Europeu

O modelo ECSI (European Customer Satisfaction Index), desenvolvido em 2000, representa outra variação do ACSI. Estudos pilotos, em 1999, foram planejados em 10 países europeus. Os construtos expectativa do consumidor, qualidade percebida, valor percebido, satisfação e fidelidade do consumidor são modelados da mesma forma que o modelo ACSI, como também a distinção entre serviço de qualidade e produto de qualidade. Já a medição da fidelidade é um pouco diferente. No modelo europeu, a fidelidade é medida incluindo a probabilidade de retenção, recomendação da empresa ou marca, e a probabilidade de aumentar a quantia de compras dos consumidores (Johnson et al., 2001).

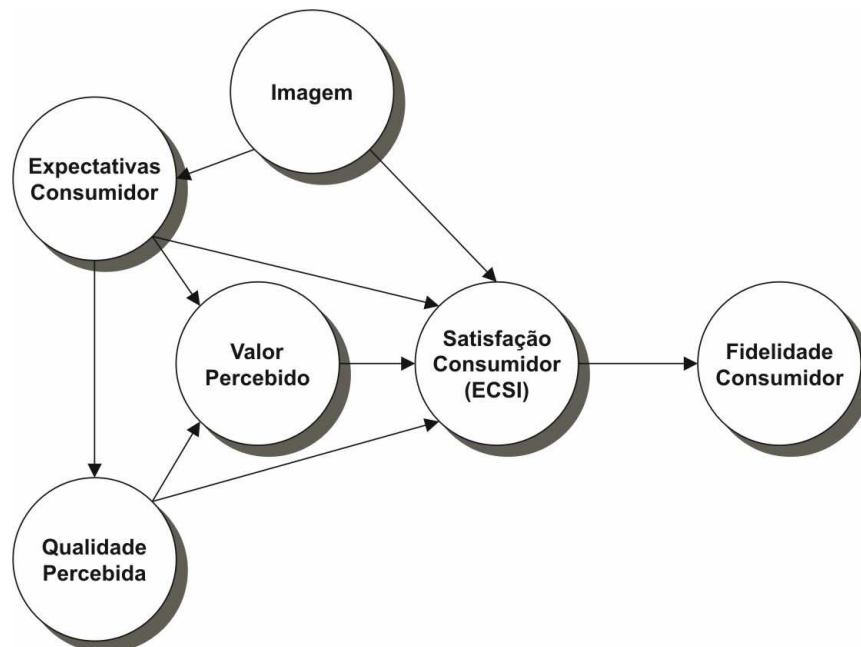


Figura 2.3 Modelo Europeu ECSI (Eklof, 2000)

Existem duas fundamentais diferenças entre o modelo americano e o europeu. Primeiro, o modelo europeu não inclui o construto de reclamações dos consumidores como uma consequência da satisfação. Segundo, é incorporado o construto imagem da empresa como variável latente, em que ela é especificada para efeito direto nas expectativas do consumidor, satisfação e fidelidade.

2.6.4 Modelo Proposto por Johnson et al. (2001)

Baseado na discussão e revisão dos modelos existentes Johnson et al. (2001)

propuseram um novo modelo, originalmente destinado a ser um ‘novo’ modelo norueguês, que busca atuar em certas limitações, executando algumas modificações e adições em relação aos modelos já utilizados como referência. Tais alterações podem ser assim enumeradas:

- 1) Substituição do construto de valor por um do preço puro.
- 2) Substituição das expectativas do consumidor por imagem da empresa como uma consequência da satisfação.
- 3) Inclusão de dois aspectos de relacionamento de confiança como também a imagem da empresa como fator de fidelidade.
- 4) Incorporação do potencial dos efeitos do preço na fidelidade.
- 5) Inclusão do construto gerenciamento de reclamações como um fator impactante a ambos: satisfação e fidelidade.

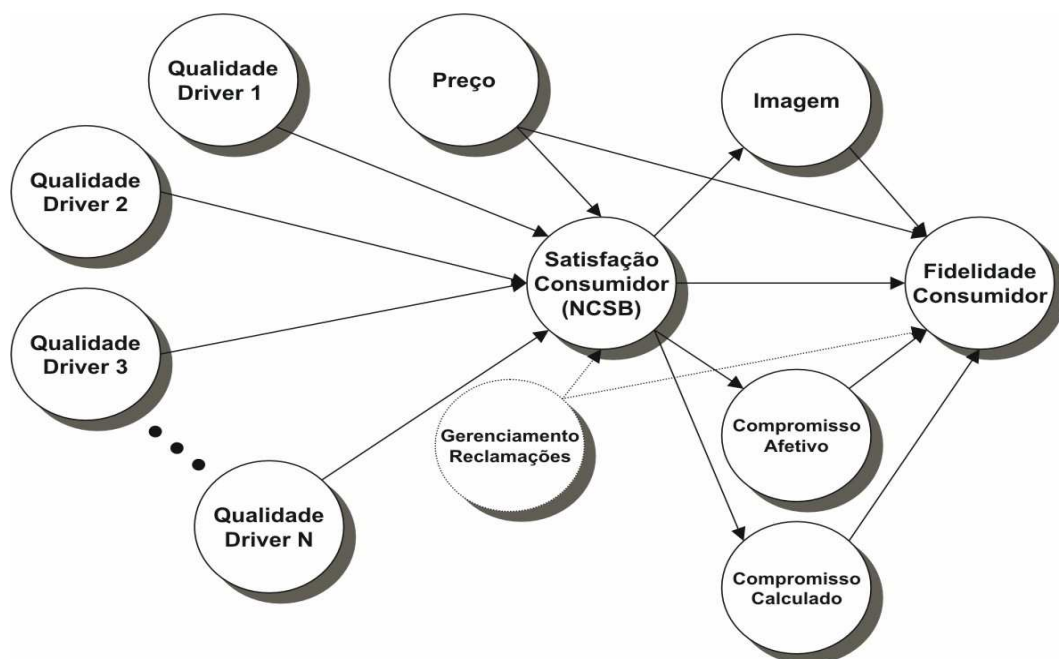


Figura 2.4 Modelo proposto por Johnson et al., 2001.

A primeira alteração é retirar o construto expectativa do cliente e inserir a imagem da empresa. Esta imagem tem sido afetada pela satisfação dos consumidores, advinda das suas experiências de compra mais recentes.

A segunda alteração é retirar o construto comportamento de reclamações para inserir gerenciamento de reclamações. O gerenciamento tem efeito direto na satisfação e na fidelidade.

A terceira mudança recomendada é para eliminar a duplicidade que existe entre os construtos de qualidade percebida e valor percebido. Já que a qualidade faz parte do valor, esta relação fica um pouco confusa. Foram analisados e testados esses construtos com os consumidores. O resultado obtido mostra que os consumidores tomam como referência o preço pago pelo produto ou serviço.

A quarta recomendação é para melhor visualizar o entendimento e prognóstico da fidelidade do cliente como uma chave para performance do sistema.

Foi proposta a utilização de dois construtos de compromisso para ajudar a explicar mais a fidelidade. Nós distinguimos entre a afetividade e o compromisso calculado. O componente afetivo está ligado aos aspectos emocionais e o calculado é baseado na racionalidade e nos aspectos econômicos, como por exemplo a redução de custos para o consumidor.

Finalmente, o mesmo autor recomenda a relação dos efeitos diretos do preço na fidelidade a ser considerada.

O novo modelo foi testado com consumidores noruegueses que compraram ou consumiram algum serviço específico de cinco diferentes indústrias de serviços norueguesas estudadas: companhias aéreas, bancos, transportes de ônibus, serviços públicos e transportes de trem.

2.7 Qualidade em empresas do setor de saúde

O crescente aumento da concorrência, o surgimento de novas tecnologias e uma maior exigência dos clientes levou as organizações do setor de saúde a dedicarem maior atenção à qualidade na prestação dos seus serviços. Campbell et al. (2000) afirma que a crescente demanda por cuidados de saúde, o crescimento nos custos, as restrições de recursos e as evidências nas variações na prática clínica têm levado a um maior interesse em medir e melhorar a qualidade da prestação de serviços de saúde.

A crescente preocupação com a qualidade dos produtos e serviços fornecidos, observada atualmente, na maioria das empresas tanto de manufatura como de prestação de

serviços, também é nitidamente percebida na área de saúde (Domingues e Allipandrine, 1998). Os autores afirmam que, por lidar diretamente com a saúde do indivíduo e, conseqüentemente, com sua vida, esta área tem sentido uma pressão, por parte de seus clientes quanto à qualidade dos serviços a eles prestados, maior do que as outras. Para os autores, o setor, portanto, necessita de auxílios que possam melhorar a qualidade de seus processos, para que se possa, através de serviços conjuntos, envolvendo todos os profissionais da saúde, trazer melhorias no atendimento e no controle de infecções, reduzir os custos e, melhorar muitos outros fatores.

Segundo Johnson e Omachonu (1995), atualmente as organizações de serviços na área de saúde, públicas e privadas, que não visam à gestão da qualidade, acabam por empregar seus recursos de forma ineficiente e ineficaz, não apenas influenciando diretamente nos seus resultados, como afetando até mesmo sua capacidade de sobrevivência no mercado, tornando-as incapazes de acompanhar a evolução pela qual passa a Saúde: tecnológica; epidemiológica; quanto à regulação estatal; e mercadológica, que busca a excelência no atendimento com baixo custo e o foco no cliente.

Donabedian (1998) define qualidade de assistência em saúde como uma propriedade de atenção médica que pode ser obtida em diversos graus e níveis. Esta propriedade é definida como a obtenção de maiores benefícios, com menores riscos para o paciente; benefícios estes que, por sua vez, se definem em função do alcance de acordo com os recursos disponíveis e os valores sociais existentes.

Cardoso e Erdmann (2002) afirmam que os hospitais configuram sistemas de produção em que o produto (serviço de atendimento ao paciente), na maioria das vezes, permanece imóvel, enquanto os recursos (pessoas e equipamentos) se deslocam e agem sobre o mesmo. Este serviço, embora siga algumas etapas básicas e padronizadas, está sujeito às adequações requeridas pelos clientes, dado que cada cliente apresenta demanda específica. Isto torna a organização do sistema de produção bastante complexa e, por esta razão, requer um planejamento, programação e controle da produção, coerentemente abastecido de material e informações, além da disponibilidade de pessoas.

Para Xavier et al. (1997, p 19), “a qualidade do atendimento hospitalar aos pacientes internos depende, necessariamente, do conhecimento das necessidades e expectativas do paciente em relação ao serviço hospitalar. Sendo assim, pode-se afirmar que o atendimento nos serviços de saúde é fundamental para estabelecer a qualidade”.

Estrategicamente, algumas alternativas são sugeridas para que as operadoras de saúde alcancem seus objetivos, construindo a retenção e, até mesmo, lealdade dos clientes (Wolf, 2001). São elas:

- Focar o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas, voltando-se para a medicina preventiva ao invés da medicina curativa, embora esta faça parte do processo;
- Cultivar relacionamentos e reconhecer o valor de cada cliente ao longo do tempo;
- Divulgar médicos e demais prestadores de serviço, pois a maior parte das percepções dos clientes a respeito da qualidade na saúde se concentram nestes profissionais; e
- Utilizar umas abordagens personalizadas, incrementando o processo de comunicação com os clientes.

Neste sentido, Murti e Sefton (2000) sugerem um novo perfil para os profissionais da área da saúde, principalmente para os médicos, que deve incluir características tais como: boa comunicabilidade, competência através de atualizações em tecnologia, autoconsciência e trabalho em equipe, postura profissional e comportamento ético.

2.8 Estudos sobre Satisfação e Fidelidade em Serviços de Saúde

Dois estudos sobre satisfação do cliente em serviços de saúde similares a esta pesquisa são os de Souza (2001) que trata de fatores da satisfação e fidelidade do cliente em clínica particular e Barbosa (2004) abordando o setor ambulatorial de hospital.

Souza (2001) verificou que em relação ao resultado da análise de regressão, os antecedentes da satisfação explicam 54,69% da variação na satisfação e os antecedentes da fidelidade explicam 31,48% da variação na fidelidade. O tratamento das reclamações explica 48,42% da variação na satisfação e 26,19% da variação na fidelidade. As variáveis independentes que contribuíram diretamente para satisfação dos pacientes foram: qualidade das instalações físicas da clínica quanto ao conforto; qualidade do atendimento na recepção; tempo para ser atendido pelo (a) médico (a). A variável independente que contribuiu diretamente para fidelidade do paciente com a clínica foi o prejuízo do paciente se fosse obrigada a mudar de clínica.

No estudo de Barbosa (2004), o autor verificou que os antecedentes que influenciam a satisfação dos pacientes com o hospital foram: facilidade de acesso aos serviços de saúde quando necessário; atendimento realizado pelo médico; atenção proporcionada pelo hospital; apoio e tranquilidade que são oferecidos pelo hospital; resultados da consulta; disponibilidade de vagas para a especialidade médica necessária e qualidade do setor clínico de forma geral.

2.9 Síntese para a Pesquisa

Pesquisar a respeito da satisfação dos clientes é uma tarefa fundamental para a gestão das empresas, uma vez que seu entendimento pode proporcionar uma avaliação de desempenho sob a perspectiva do cliente, indicando decisões tanto estratégicas quanto operacionais que venham a influenciar no nível de qualidade dos serviços prestados pela organização. Outros benefícios evidenciados pela literatura que aborda a satisfação de clientes são identificados por diversos estudos, os quais têm descoberto que níveis mais elevados de satisfação levam à maior retenção e lealdade de clientes e que, com o aumento da lealdade, a satisfação de clientes pode ajudar a assegurar receitas ao longo do tempo, a reduzir custos de transações futuras, a diminuir a elasticidade de preços e a minimizar a probabilidade de os clientes trocarem de fornecedor caso haja uma queda no nível da qualidade (Anderson et al., 2002)

Com o passar dos tempos, os índices de satisfação dos clientes vem evoluindo, alguns construtos foram acrescentados, retirados, substituídos ou divididos em várias dimensões, com o objetivo de encontrar a fidelidade do cliente como vantagem competitiva. E continuam em um constante aprendizado, adaptação e aprimoramento até os dias atuais. O modelo mais atual é o modelo proposto por Johnson et al. (2001), o qual se baseia nos modelos anteriores, sendo o modelo base desta pesquisa. A Figura 2.5 apresenta o modelo teórico aplicado nesta pesquisa.

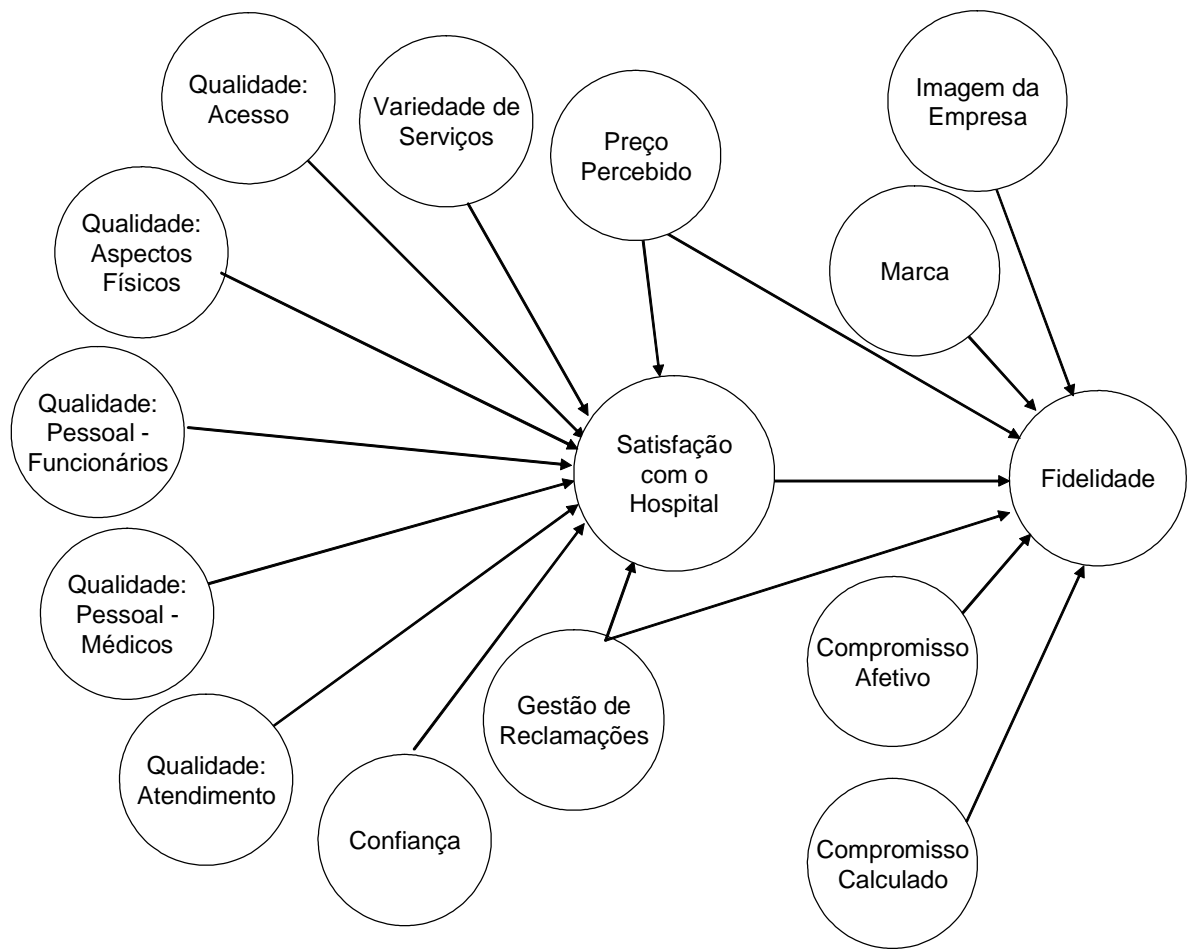


Figura 2.5 Modelo da Pesquisa

Capítulo 3

Metodologia da Pesquisa

Este capítulo apresenta uma descrição e justificativa da metodologia utilizada na pesquisa de campo, descrevendo a população, o plano amostral, o instrumento de coleta de dados baseado no modelo proposto por Johnson et al. (2001), a descrição do processo de coleta de dados e as técnicas utilizadas para analisar os dados.

Este capítulo encontra-se estruturado em sete seções: método da pesquisa, população, plano amostral, instrumento de coleta de dados, coleta de dados, técnicas de análises e conclusões.

3.1 Método da pesquisa

Neste trabalho foi realizada uma pesquisa descritiva para melhor demonstrar a abordagem do tema. A pesquisa descritiva pode ser entendida como sendo aquela em que o pesquisador procura conhecer e interpretar o âmbito de estudo, sem nele interferir para modificá-lo, ou seja, descrever e narrar o que acontece (Barros & Lehfeld, 1996). Cervo & Berviam (1996, p.69) corroboram que a “pesquisa descritiva observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los”. Para Rudio (1983, p. 54), “a pesquisa descritiva está interessada em descobrir e observar fenômenos, procurando descrevê-los, classificá-los e interpretá-los”.

A pesquisa também se caracterizou como exploratória. Para Gil (1995), a pesquisa exploratória é aquela em que a finalidade é desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias. De acordo com o autor, este nível de pesquisa é constituído por levantamento bibliográfico e documental, entrevistas e estudos de caso e é realizado principalmente quando o tema escolhido é pouco explorado.

3.2 População e Amostra

Marconi & Lakatos (1996) afirmam que a amostra é uma parcela convenientemente selecionada da população; é um subconjunto da população. Segundo Gil (1995), população é a totalidade de indivíduos que possuem as mesmas características definidas para um determinado estudo e amostra é à parte da população, selecionada de acordo com uma regra, plano ou critério técnico. Para Richardson (1996, p. 75), população ou universo “é o conjunto de elementos que possuem determinadas características. Comumente, fala-se de população ao referir-se a todos os habitantes de determinado lugar”.

Para esta pesquisa, foi estabelecida como população-alvo clientes que utilizaram os serviços do Pronto Atendimento do Hospital Unimed no período de 02/08/2006 a 31/12/2006. Em média, 80 clientes são atendidos por dia nesse setor.

3.3 Plano amostral

De acordo com Barbeta (1999), é de fundamental importância para a realização de pesquisas científicas o conhecimento de algumas características da população. Também é muito comum se observar apenas uma amostra de seus elementos e, a partir dos resultados dessa amostra, obter valores aproximados, ou estimativas, para as características populacionais de interesse.

Para determinação do tamanho da amostra, foi considerado o número de clientes que utilizaram os serviços do Pronto Atendimento do Hospital Unimed, no período de 02/08/2006 a 31/12/2006.

Expressão para cálculo da amostra (Fonseca, 1996):

Equação 3-1 Cálculo do tamanho da amostra

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{d^2(N-1) + z^2 \cdot p \cdot q}$$

Onde:

N = tamanho da população estimado,

z = abscissa da normal padrão (adotado $z = 1,96$ para 95% de intervalo de confiança),

p = estimativa proporção (pior caso = 0,50),

$q = 1 - p$

d = erro amostral, expresso em decimais (adotado = 0,05).

Cálculo do erro amostral:

Equação 3-2 Erro Amostral

$$d = \sqrt{\frac{p \cdot (1 - p)}{n}}$$

Aplicando na Equação 3.1, tem-se tamanhos de amostra em função da margem de erro das variáveis:

Tabela 3.1 Margens de erro e tamanhos de amostra

Margem de erro	Tamanho da Amostra
5%	337
10%	92

Foi escolhida para esta pesquisa a amostra acidental, que consiste num subconjunto da população formado pelos elementos que se pode obter, porém sem nenhuma segurança de que constituam uma amostra exaustiva de todos os possíveis subconjuntos do universo (Richardson, 1996). Para Fonseca (1996), trata-se de uma amostra formada por aqueles elementos que vão aparecendo, que são possíveis de se obter até completar o número de elementos da amostra. A tentativa inicial é obter uma amostra com margem de erro de 5%, todavia, as condições reais da pesquisa podem alterar a amostra realmente obtida.

3.4 Instrumento de Coleta de Dados

A pesquisa utilizou, como instrumento de coleta de dados, um formulário estruturado (Anexo I), fundamentado no novo modelo de índice de satisfação proposto por Johnson et al. (2001). Optou-se por considerar as questões e avaliar os determinantes antecedentes e conseqüentes do processo de satisfação do cliente.

Segundo Gil (1995), qualquer que seja o instrumento de coleta de dados adotado, tão logo seja redigido, é indispensável que seja validado pelo pré-teste. Essa etapa visa avaliar os instrumentos enquanto tais, objetivando garantir que mensurem exatamente aquilo que pretendem medir. Para Marconi & Lakatos (1996), o pré-teste serve também para verificar se o instrumento se reveste de fidedignidade, validade e operatividade. As

autoras afirmam que o pré-teste permite, ainda, a obtenção de uma estimativa sobre os futuros resultados.

Diante disto, o formulário foi pré-testado em uma pesquisa piloto realizado com 15 indivíduos, sendo estes clientes do Hospital Unimed. Depois foram efetuadas algumas modificações necessárias com o intuito de tornar as questões mais claras e objetivas. O formulário final foi dividido em duas partes. A primeira parte avalia os fatores de qualidade que influenciam a satisfação do cliente e os construtos que podem influenciar tanto na satisfação como diretamente na fidelidade. Os construtos analisados são: imagem, gerenciamento de reclamações, preço, compromisso afetivo e calculado. A segunda parte é composta de perguntas sobre o perfil sócio-demográfico dos entrevistados. As variáveis mensuradas são apresentadas nas Tabelas 3.2 e 3.3.

Tabela 3.2 Fatores Antecedentes da Satisfação

Grupo de Fatores	Fatores
Marketing	Localização
Qualidade	Estacionamento do hospital Entrada do hospital Espaço físico na recepção Temperatura do ambiente na recepção Limpeza na área da recepção Iluminação interna na recepção Quantidade de atendentes na recepção Tempo para atendimento na recepção Burocracia para autorizar consulta Simpatia dos funcionários na recepção Interesse dos funcionários Eficiência dos funcionários na recepção Variedade de especialidades oferecidas Quantidade de médicos disponíveis Tempo para atendimento médico Temperatura do ambiente no consultório Iluminação interna do consultório Duração da consulta Profissionalismo do (a) médico (a) Simpatia do (a) médico (a) Interesse do (a) médico (a) Informação fornecida pelo (a) médico (a) Confiança no (a) médico (a) Confiança no hospital Confiança na prescrição
Preço	Avaliação do preço pago pela consulta
Gerenciamento de Reclamações	Avaliação quanto ao tratamento da reclamação; Avaliação quanto à resolução da reclamação.

Tabela 3.3 Fatores da Fidelidade e Recomendação

Grupo de Fatores	Fatores
Satisfação	Avaliação do grau de satisfação com os funcionários; Avaliação do grau de satisfação com os médicos; Avaliação do grau de satisfação com o hospital.
Imagem	Avaliação da imagem da UNIMED.
Compromisso Afetivo	Avaliação da possibilidade do (a) paciente em usar uma camiseta com o nome ou imagem da UNIMED para caminhar (exercícios); Avaliação da possibilidade do (a) paciente em usar uma camiseta com o nome ou imagem da UNIMED para ir à praia.
Compromisso Calculado	Avaliação da vantagem caso pudesse realizar consulta (hoje) em outro hospital; Avaliação da disponibilidade em realizar todas as próximas consultas neste hospital; Avaliação da disponibilidade em realizar algumas das próximas consultas neste hospital;
Fidelidade e Recomendação	Avaliação da possibilidade em recomendar a uma pessoa amiga a consultar-se neste hospital; Avaliação da possibilidade em recomendar a uma pessoa amiga a ter Plano de Saúde UNIMED.

O questionário foi elaborado com perguntas fechadas, medidas em escalas de diferencial semântico e natureza intervalar de 10 pontos de acordo com o objetivo a ser atingido.

3.5 Coleta de Dados

Utilizou-se como método de coleta de dados a entrevista pessoal. Os dados foram coletados no Hospital Unimed, no momento em que os clientes se encontravam no Pronto Atendimento. A equipe de entrevistadores foi composta de três pessoas, onde as mesmas abordavam o cliente e perguntava se o mesmo tinha interesse em participar de uma pesquisa sobre qualidade e satisfação de clientes no Hospital. É importante destacarmos a dificuldade encontrada na aplicação dos questionários, já que o mesmo se deu no Pronto Atendimento do Hospital e os clientes que ali chegavam passavam um período de tempo muito curto na sala de espera e, além disso, se encontravam com a saúde debilitada. Em decorrência disto, levou-se um tempo considerável para se obter a quantidade satisfatória dos questionários. A pesquisa foi realizada no período de 02/08/2006 a 31/12/2006 nos turnos matutino, vespertino e noturno, inclusive nos finais de semana.

3.6 Técnicas de Análises

As técnicas estatísticas utilizadas neste trabalho para análise dos dados coletados foram a descritiva, objetivando analisar o perfil dos entrevistados, e a regressão múltipla.

A estatística descritiva e exploratória consiste na produção de tabelas, figuras e medidas que possibilitem uma melhor compreensão dos dados. Na análise da distribuição das respostas compara-se a distribuição da avaliação dos respondentes sobre a qualidade e satisfação com a curva de distribuição esperada em pesquisas desse tipo. A figura 3.1 apresenta esta distribuição (Johnson & Gustafsson, 2000).

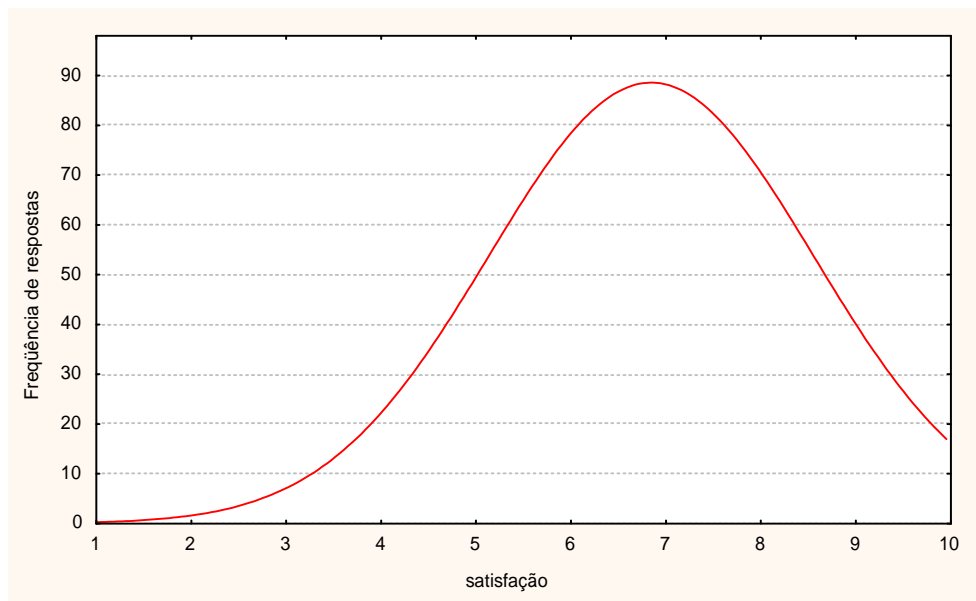


Figura 3.1 Distribuição esperada em pesquisas de qualidade, satisfação e fidelidade do cliente (Johnson e Gustafsson, 2000)

A Regressão Linear Múltipla foi escolhida devido a fornecer simplicidade comparada com as técnicas de Mínimos Quadrados Parciais (PLS) ou Equações Estruturais (SEM – *Structural Equation Model*) e ter confiabilidade (precisão) dos resultados satisfatória para os fins desse trabalho. De acordo com Jonhson & Gustafsson (2000, p.196), a técnica de Regressão Múltipla tem a confiabilidade nos resultados em 75% relativa à técnica de Mínimos Quadrados Parciais. Os fatores/construtos que aparecem como significativos na regressão múltipla também o são com o PLS ou SEM.

A análise de regressão linear múltipla foi realizada em dois estágios, um para os fatores antecedentes da satisfação e outro para os da fidelidade, conforme o modelo. É realizada a análise com *backward stepwise*, método de análise que se baseia em exclusões sucessivas daquelas variáveis cujo peso contribui com pouca significância para a

definição da variável dependente, e *forward stepwise*, método que se baseia na inclusão sucessiva daquelas variáveis cujo peso contribui com maior significância para a definição da variável dependente. A análise passo a passo foi conduzida até alcançar um modelo apenas com variáveis significativos para $p < 0,05$.

Capítulo 4

Resultados e Discussão

Este capítulo apresenta os resultados obtidos na pesquisa de campo. Os dados do estudo foram agrupados e analisados de forma exploratória e descritiva, que consiste na organização de tabelas, figuras e medidas que facilitam a compreensão das informações, em seguida, estão descritos os resultados dos relacionamentos entre a satisfação e fidelidade do cliente com o hospital e seus antecedentes.

Este capítulo está organizado nos seguintes tópicos: a validação da pesquisa; análise descritiva dos fatores e da satisfação e fidelidade; análise da regressão múltipla para a satisfação; análise da regressão múltipla para fidelidade e recomendação; e síntese da pesquisa.

4.1 Validação da Pesquisa

4.1.1 Validação da Amostra Obtida

A amostra obtida foi de 109 pessoas. Esta amostra altera a margem de erro. Para um mesmo intervalo de confiança, a margem de erro obtida é de cerca de 10% nos valores das distribuições de frequência dos fatores/construtos. No caso da presente pesquisa, essa margem de erro é aceitável.

$$e = IC \sqrt{\frac{p(1-p)}{n}} = 1,96 \times \sqrt{\frac{0,5(1-0,5)}{109}} = 0,0938$$

Em termos de perfil da amostra e sua relação com a população da pesquisa, verifica-se que na variável sexo, a distribuição é diferente da população brasileira e do RN, mas o teste χ^2 resulta em um $p = 0,20$ entre os valores observados e os valores esperados se considerarmos a mesma distribuição da população do Brasil e RN na população de clientes UNIMED. Este dado sugere que não é possível rejeitar a hipótese que a variação da amostra está dentro de uma variação aleatória possível e que a amostra não tem diferenças significativas da distribuição da população. Em termos de sexo, assim, a amostra é representativa.

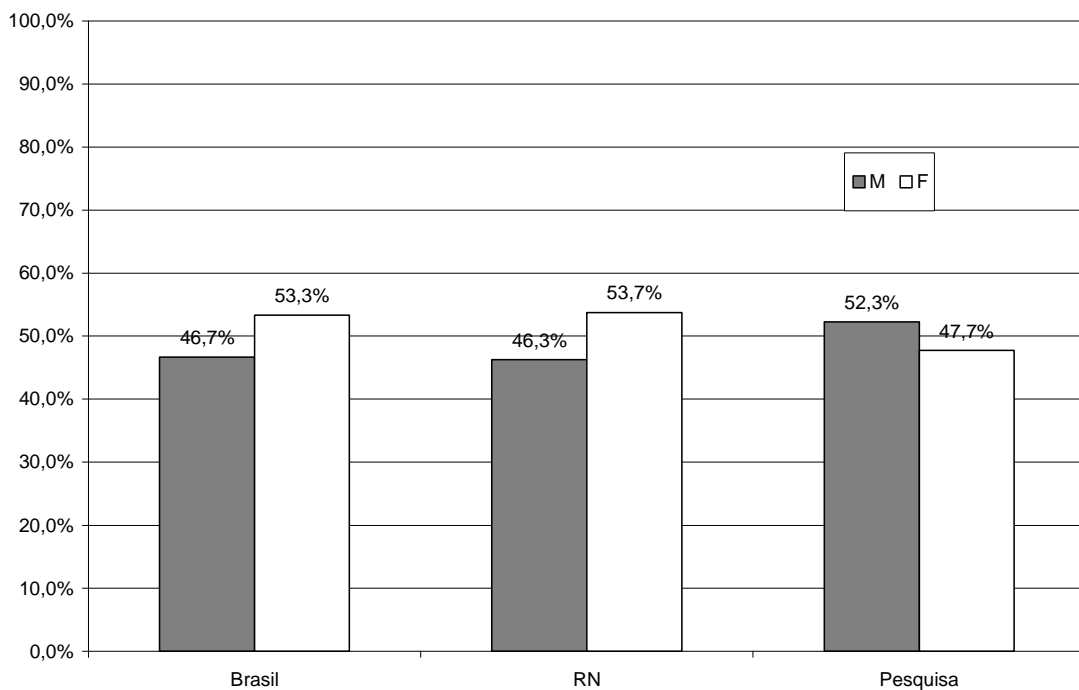


Figura 4.1 Distribuição por sexo – Pesquisa, Brasil, RN (IBGE, PNAD 2005)

Em termos de faixa etária, a amostra é representativa, com teste χ^2 com valor de $p = 0,352474$, sugerindo que não há diferença estatisticamente significativa entre valores observados e valores esperados. Em termos de distribuição etária, assim, a amostra é representativa da população de clientes.

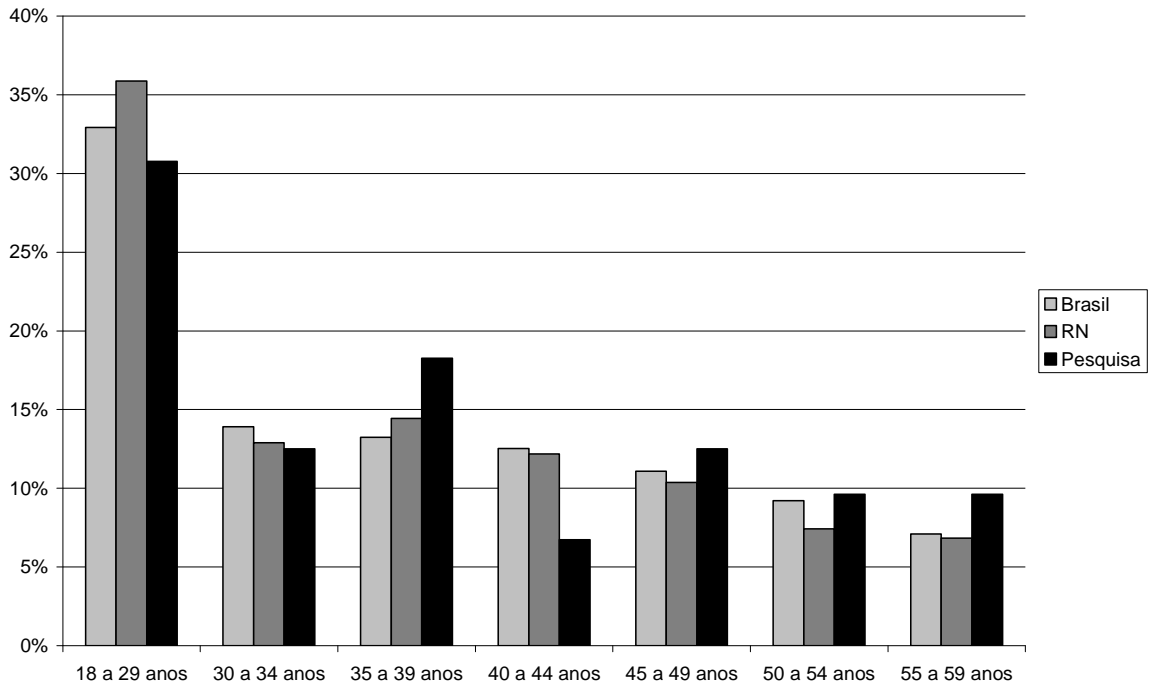


Figura 4.2 Distribuição por Faixa Etária – Pesquisa, Brasil, RN (IBGE, PNAD 2005)

Em termos de renda, a distribuição da amostra é diferente da população do RN, o que era esperado. Embora sem os dados do perfil de renda da população de clientes da UNIMED, a distribuição apresentada na Figura 4.3 parece ser a dessa população.

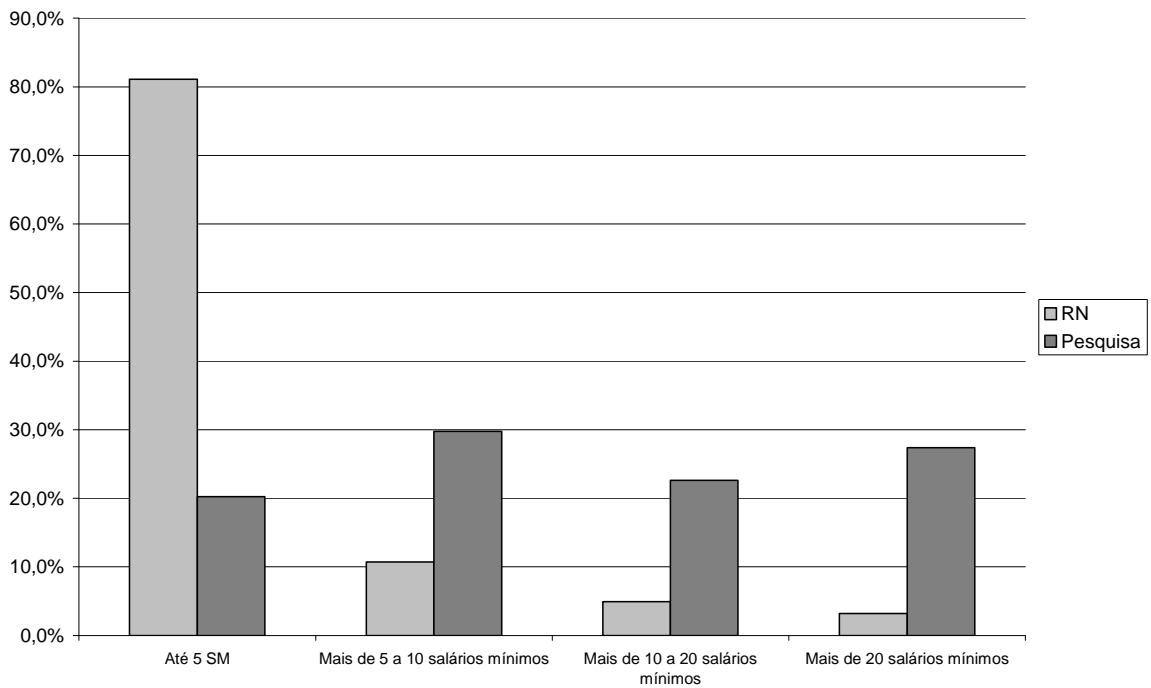


Figura 4.3 Distribuição por Renda – Pesquisa, RN (IBGE, PNAD 2005)

Em termos de perfil educacional, a distribuição da amostra é diferente da distribuição da população do RN, mas parece ser a apropriada para o perfil de clientes da UNIMED, como se vê na Figura 4.4.

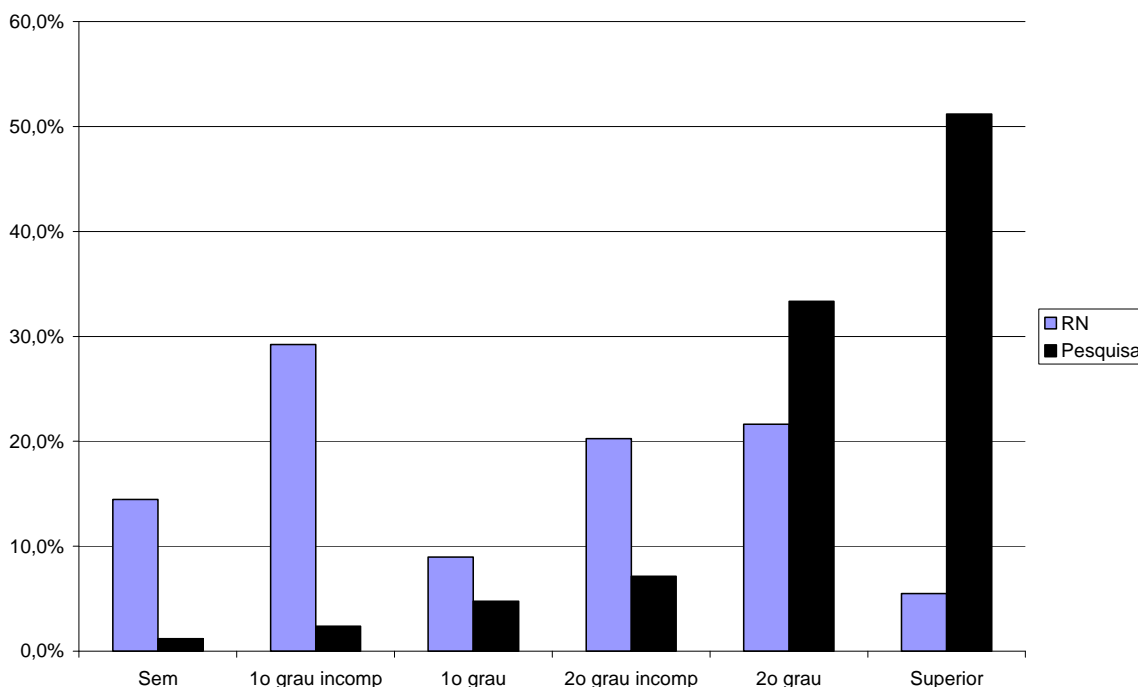


Figura 4.4 Distribuição por Educação – Pesquisa, RN (IBGE, PNAD 2005)

Pelo exposto, a amostra possui erro máximo de 9,4% - aceitável para este tipo de pesquisa, é representativa em termos de sexo e faixa etária, e parece ser representativa em termos de renda e perfil educacional.

4.1.2 Validação do Questionário

A escala e itens utilizados mostraram-se satisfatórios. O teste de confiabilidade de Chronbach (alfa > 0,70) e de análise fatorial, onde as variáveis usadas resultam em apenas um fator, mostra que todos conjuntos de variáveis e a escala são confiáveis (Tabela 4.1).

Tabela 4.1 Teste de Confiabilidade de Itens/Escala (Cronbach) e Uniformidade (Fatorial)

Grupo de Construtos	No. de Variáveis	no. de casos válidos	Alfa de Chronbach	No. de Fatores com Autovalor >1,00	% Variância Explicada
Acesso	3	97	0,72	1	65,97
Físico	6	101	0,85	1	63,86
Atendimento	5	98	0,87	1	67,01
Pessoal Funcionário	4	105	0,97	1	91,20
Pessoal Médico	4	106	0,92	1	81,29
Variedade de Serviço	2	100	0,75	1	80,57
Confiança	3	105	0,93	1	89,56
Reclamação	2	17	n.r.	1	84,10
Satisfação	3	107	0,87	1	80,41
Imagem e Marca	3	75	0,84	1	75,86
Compromisso	2	78	0,75	1	83,08
Fidelidade Pessoal	2	81	0,68	1	76,27
Recomendação	2	86	0,73	1	81,42

Notas: n.r. – teste não realizado

Em síntese, as variáveis e as escalas adotadas são satisfatórias para o presente estudo.

4.2 Análise Descritiva

A estatística descritiva foi utilizada para analisar as variáveis dependentes no modelo (satisfação e fidelidade) e as variáveis independentes. De acordo com Johnson e Gustafsson (2002), a distribuição da frequência das respostas esperada para pesquisas de qualidade e satisfação é representada pela curva da Figura 3.1. Nas próximas seções quando citada que a curva possui distribuição conforme o esperado, isto significa que esta curva se assemelha com a da Figura 3.1.

4.2.1 Fator de Marketing

Um fator de marketing foi incluído, a **localização do hospital**. A avaliação da localização pelos pesquisados teve resultado acima do esperado como se observa na Figura 4.5.

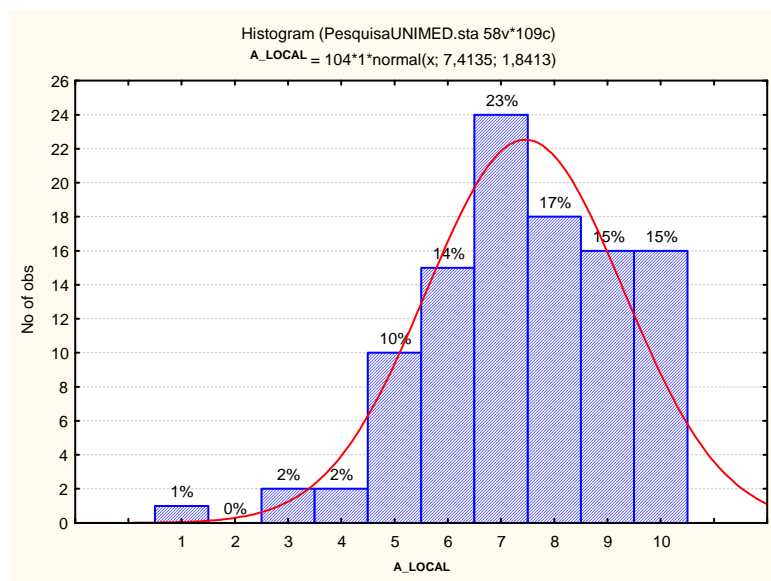


Figura 4.5 Avaliação da Localização

4.2.2 Fatores de Qualidade

Nesta seção, serão apresentados alguns resultados das questões realizadas para se medir o grau de percepção da qualidade. Foram efetuadas 27 perguntas, porém, apenas algumas serão demonstradas, as demais podem ser observadas no Anexo 3. Essas variáveis são consideradas independentes no modelo de estudo.

A variável B6 busca medir a **avaliação do tempo para atendimento na recepção**. Para esta variável observamos de acordo com a Figura 4.3 que a mesma tem desempenho abaixo do esperado, apresentando assim uma deficiência na visão dos pesquisados. Já a **avaliação do tempo para ser atendido pelo médico** apresentou desempenho ligeiramente melhor que o esperado (Figura 4.7). Isso pode sugerir diferenças de qualidade no tempo de atendimento ou diferentes percepções de espera (por exemplo, a recepção pode até ser mais rápida para atender, mas a percepção de urgência torna essa avaliação mais exigente).

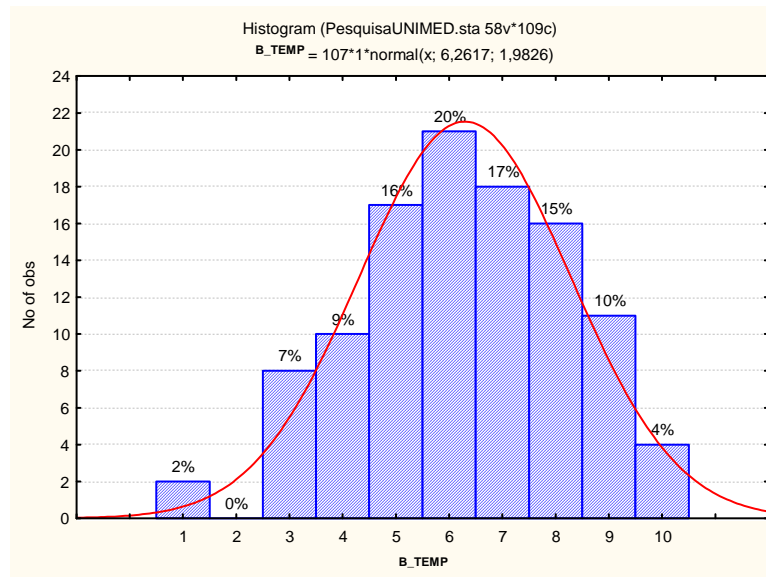


Figura 4.6 Avaliação do tempo para atendimento na recepção

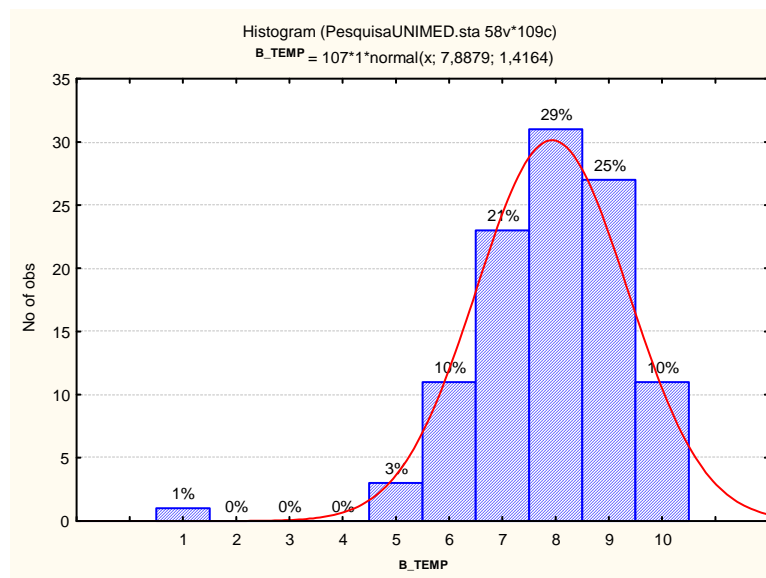


Figura 4.7 Avaliação do Tempo para Ser Atendido pelo Médico

A **avaliação da simpatia dos funcionários da recepção** tem também um desempenho similar ao esperado, com média 6,9 (Figura 4.8), enquanto que a **avaliação da simpatia dos médicos** teve desempenho ligeiramente acima do esperado (média – 7,5 e mais de 50% dos respondentes com avaliação maior ou igual a 8), como se vê na Figura 4.9.

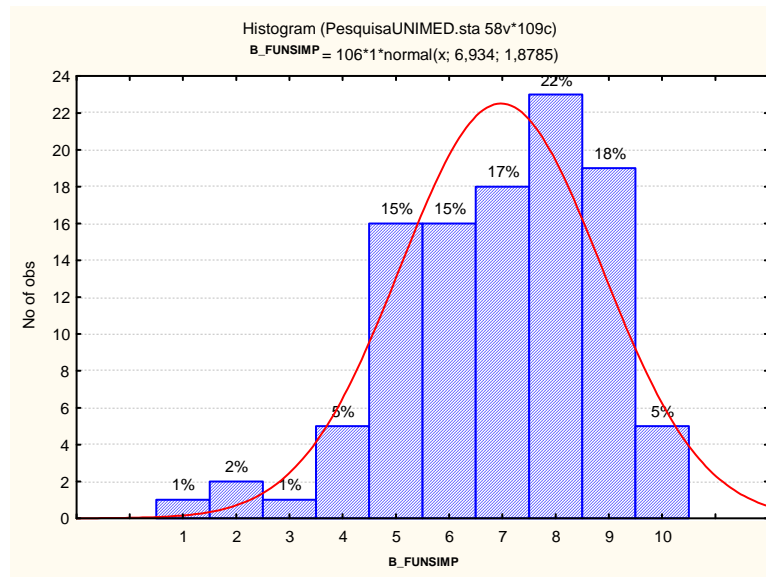


Figura 4.8 Avaliação da Simpatia dos Funcionários

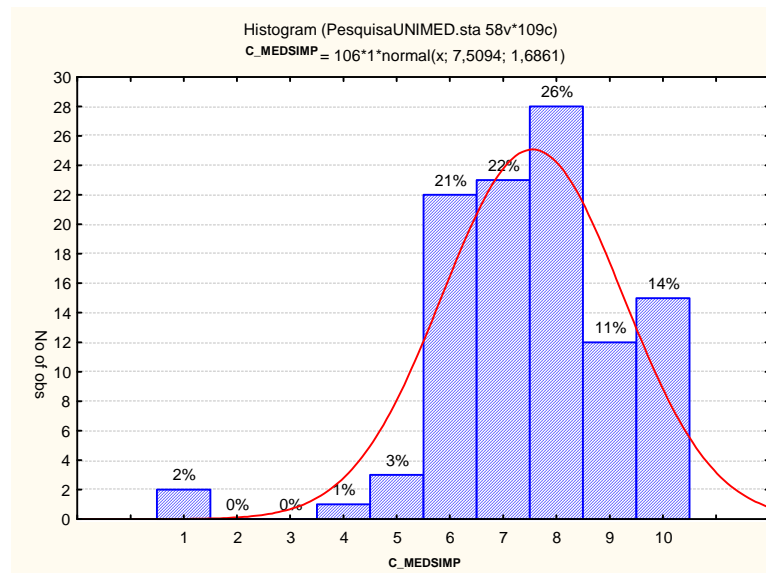


Figura 4.9 Avaliação da Simpatia dos Médicos

Em termos de **profissionalismo dos médicos**, a avaliação dos pesquisados foi também ligeiramente superior ao esperado, como se pode ver na figura 4.10.

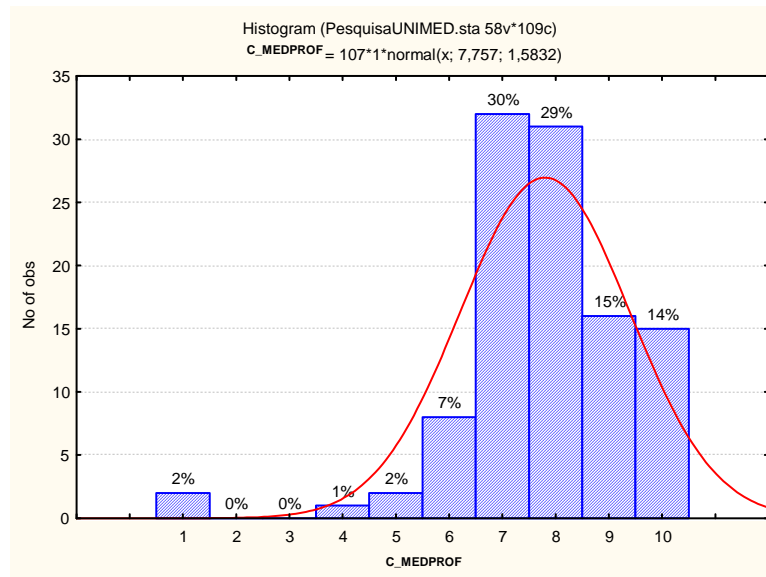


Figura 4.10 Avaliação do Profissionalismo dos Médicos

Considerando o **grau de confiança no Hospital** a avaliação dos pesquisados resultou em uma distribuição acima da esperada (Figura 4.11).

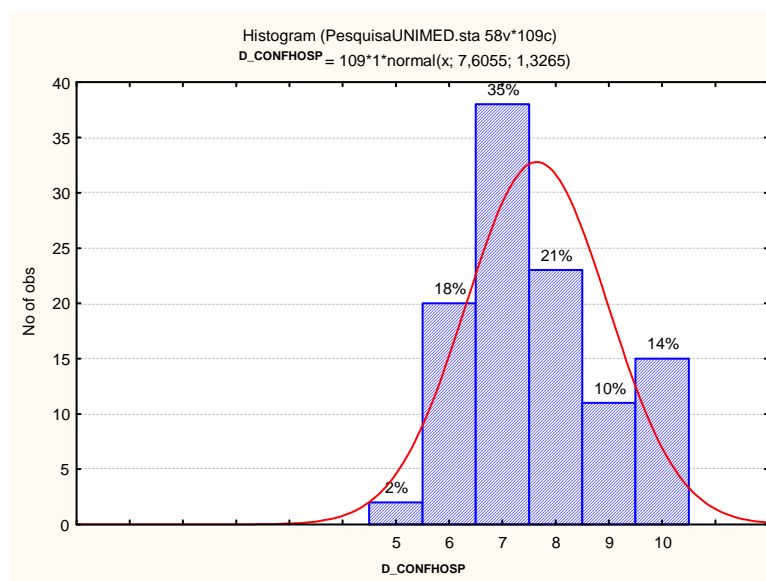


Figura 4.11 Grau de Confiança no Hospital

4.2.3 Satisfação

A satisfação medida em três dimensões teve resultado em torno do esperado, com desempenho ligeiramente menor na **avaliação do grau de satisfação com os funcionários** e similar na **avaliação do grau de satisfação com os médicos** e **avaliação do grau de satisfação com o hospital**. As Figuras 4.12, 4.13 e 4.14 apresentam as distribuições da avaliação da satisfação.

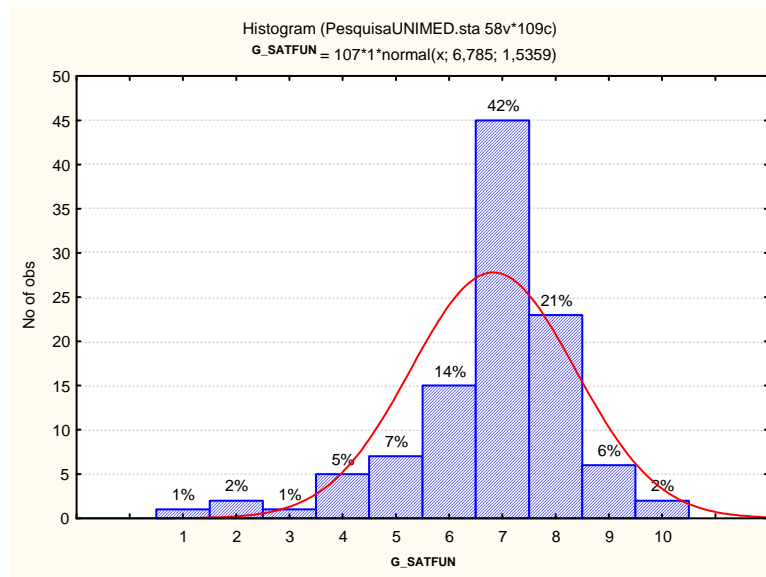


Figura 4.12 Satisfação com os Funcionários

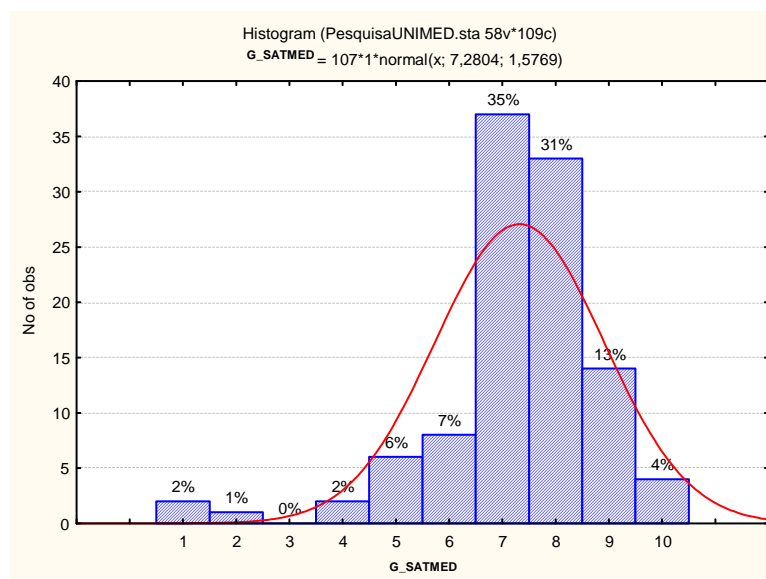


Figura 4.13 Satisfação com os Médicos

Este resultado sugere que nestas três perspectivas, o desempenho do hospital é satisfatório, não gerando nem satisfação adicional, nem insatisfação, além da normalmente esperada.

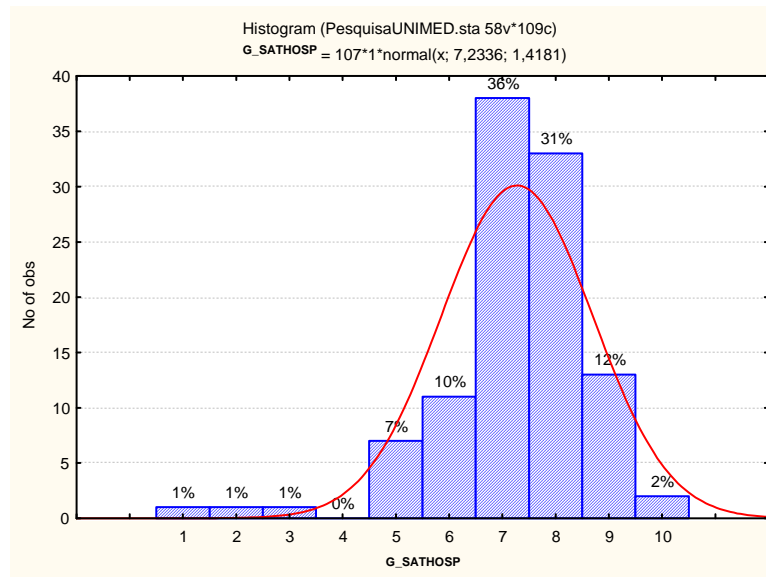


Figura 4.14 Satisfação com o Hospital

4.2.4 Imagem

Para a variável **Imagem da UNIMED** (H1) a Figura 4.15 mostra um resultado bastante positivo acima do esperado.

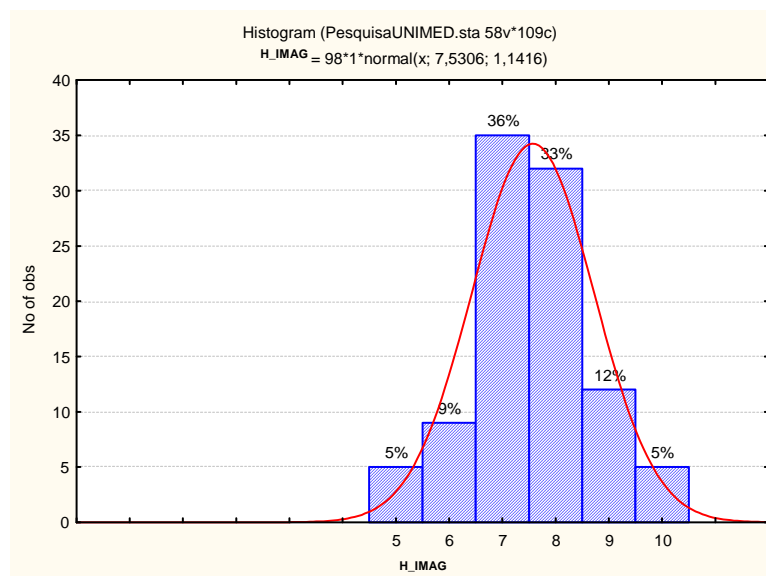


Figura 4.15 Imagem da UNIMED

4.2.5 Marca

Com relação a variável Marca UNIMED, a avaliação dos pesquisados apresentou resultado acima do esperado tanto para AMIL quanto BRADESCO, com a marca UNIMED sendo considerada sempre superior às apresentadas. A Figura 4.16 apresenta a distribuição para avaliação comparada à marca BRADESCO.

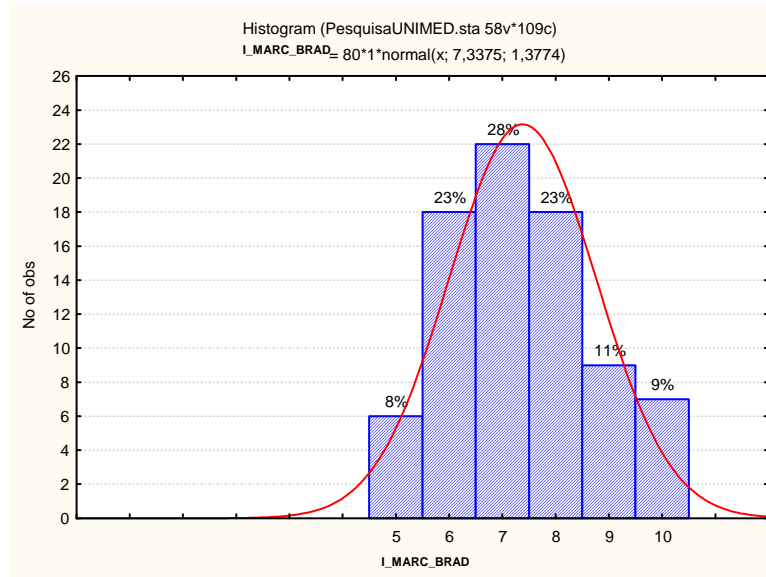


Figura 4.16 Marca (comparação à marca Bradesco, acima de 6 é superior)

4.2.6 Compromisso Afetivo

A Figura 4.17 apresentada a seguir representa uma tentativa de capturar uma dimensão afetiva, a **avaliação da possibilidade do paciente usar uma camiseta com o nome ou imagem UNIMED para ir à praia (J2)**. Considerando em seu conjunto, a média da distribuição gera um resultado abaixo do esperado, todavia, se excluídos um grupo de 9% de respondentes com resposta extrema 1, a distribuição resultante será como esperado, o que sugere que não se está conseguindo estabelecer relações afetivas além da encontrada em situações normais de relacionamento cliente-empresa.

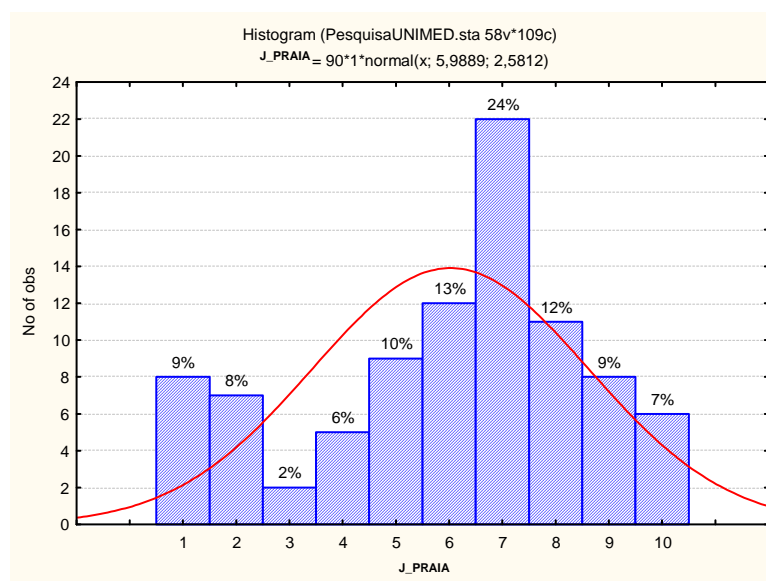


Figura 4.17 Compromisso Afetivo (ir à praia com camisa)

4.2.7 Compromisso Calculado

Igualmente ao compromisso afetivo, o compromisso calculado também apresentou resultado ligeiramente abaixo do esperado, aqui significando que os pesquisados não percebem uma clara vantagem econômica em fazer a consulta no Hospital da UNIMED. Isso faz sentido na medida em que o plano permite realizar consultas em vários outros Hospitais ou Clínicas sem custo adicional (Figura 4.18).

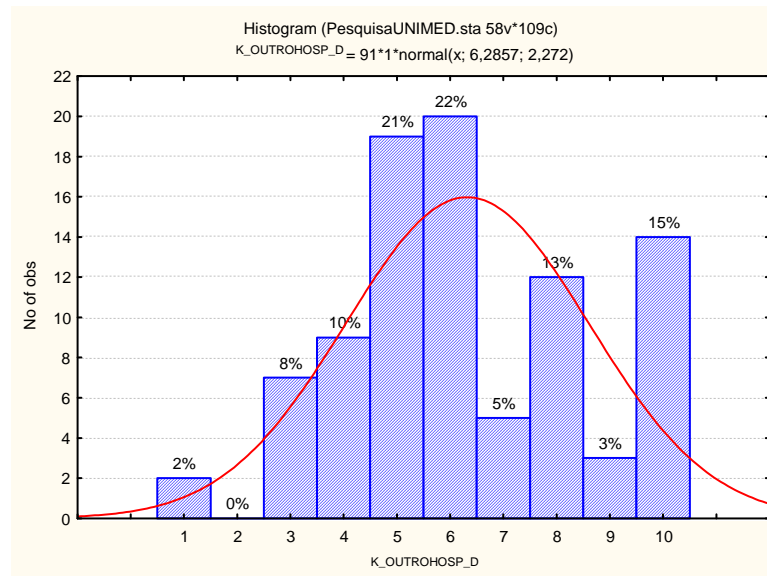


Figura 4.18 Compromisso Calculado – Outro Hospital

4.2.8 Preço

A avaliação do preço para os pesquisados que pagaram por ela gerou uma distribuição ligeiramente abaixo do esperado – 48% destes percebem o preço da consulta como acima do mercado. Todavia, 36% consideram que os preços praticados são preços normais de mercado.

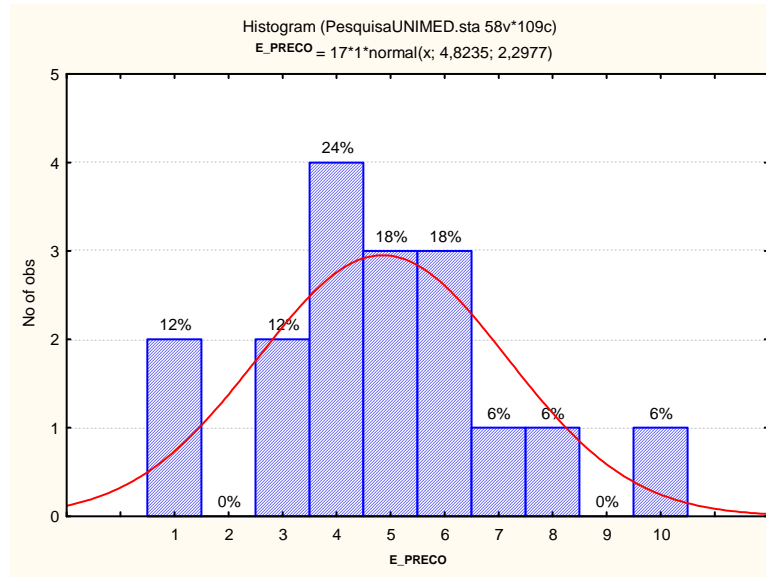


Figura 4.19 Preço da Consulta

4.2.9 Fidelidade

A análise de Fidelidade abordou uma tentativa de capturar uma *fidelidade total* e uma *fidelidade parcial*. Para a fidelidade total, representada na variável (L1) **disposição dos pacientes em realizar todas as suas próximas consultas no Hospital UNIMED** (Figura 4.20), a distribuição resultou em uma forma como esperada, o que sugere que não se está gerando uma forte fidelidade total.

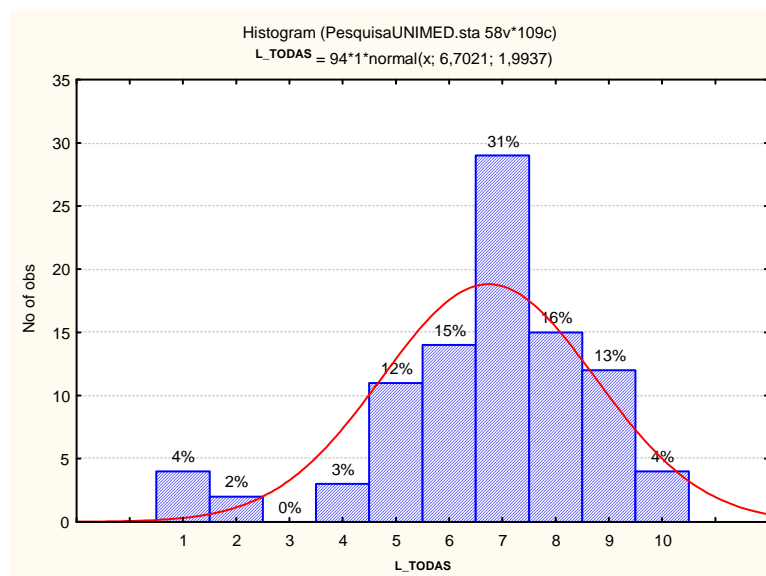


Figura 4.20 Fidelidade Total

No caso da fidelidade parcial, medida pela variável **disposição em realizar algumas das suas próximas consultas no Hospital UNIMED** (Figura 4.21) a distribuição

resultou ligeiramente acima do esperado, o que sugere que se consegue gerar um diferencial positivo de fidelidade para retorno de parte dos serviços de saúde futuros dos pesquisados.

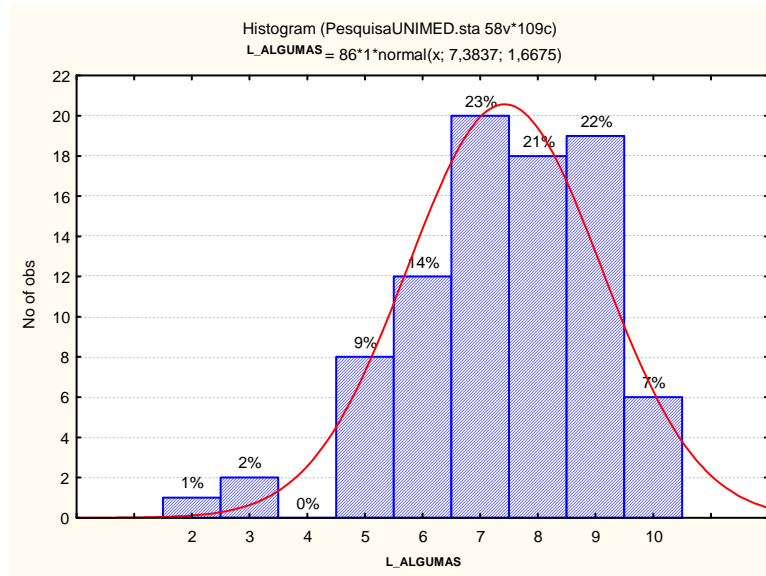


Figura 4.21 Fidelidade Parcial

4.2.9 Recomendação

Já a recomendação mostrou-se superior à fidelidade pessoal. Seja em recomendar o hospital, **recomendar a uma pessoa amiga a consultar-se no Hospital UNIMED**, seja em recomendar a UNIMED, **recomendar a uma pessoa amiga a ter Plano de Saúde UNIMED**, os pesquisados apresentaram uma distribuição acima do esperado, mais fortemente quanto a recomendar o Plano de Saúde.

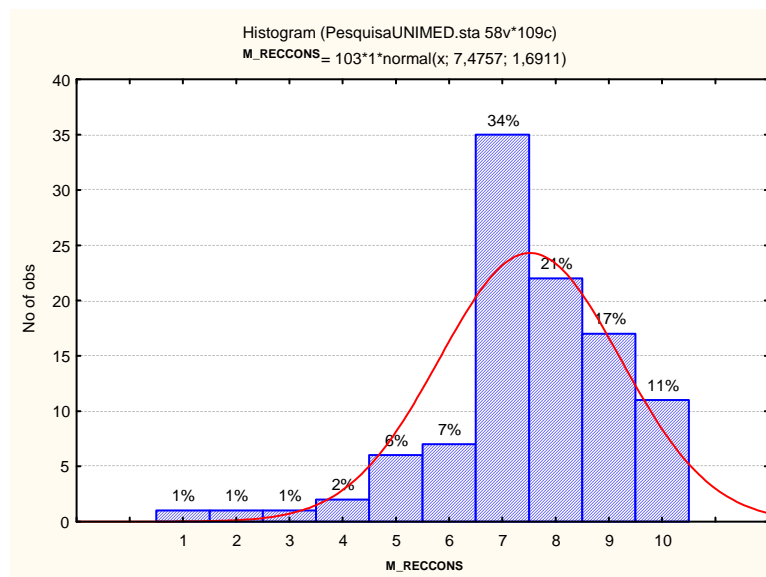


Figura 4.22 Recomendar Hospital

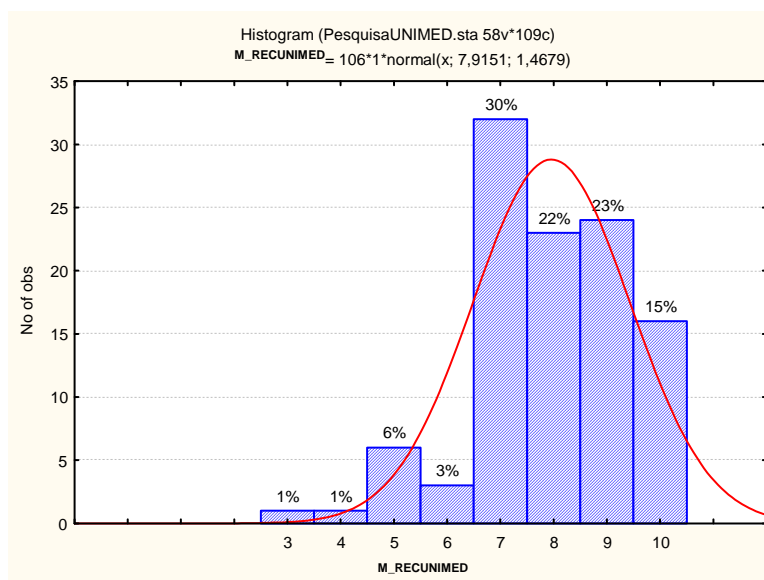


Figura 4.23 Recomendar UNIMED

Os resultados encontrados mostram que, via de regra, o desempenho em qualidade, satisfação e fidelidade do hospital estão em uma situação esperada, ou seja, sem deficiências ou superações na percepção dos clientes. Para recomendar a outros, todavia, há um viés positivo acima do esperado.

A identificação dos fatores que afetam a satisfação, fidelidade e recomendação é apresentada a seguir com uso da Análise de Regressão Múltipla.

4.3 Análise de Regressão para Satisfação

4.3.1 Fatores da Satisfação – todos pesquisados

Os primeiros resultados significativos são apresentados na tabela 4.2 em que na análise de variância (ANOVA), o teste de significância de regressão múltipla, é demonstrado que há fortes evidências de que o modelo ajustado serve para descrever o relacionamento entre a variável dependente e as independentes.

As variáveis independentes explicam 42,38% da variação da satisfação com o Hospital. Das variáveis independentes, cinco foram significativas para compor o modelo: Eficiência dos Funcionários na Recepção (B11); Iluminação Interna do Consultório (C2); Profissionalismo do (a) Médico (a) (C4); Tempo para Atendimento do Médico (a) (B14) e a Localização do Hospital (A1).

Tabela 4.2 Regressão para Satisfação, métodos *backward e forward stepwise*

	Backward		Forward	
<i>n</i>	84		84	
<i>p</i>	< 0,0001		< 0,0001	
R	0,6664		0,6518	
R ² ajustado	0,4238		0,4032	
Variáveis	beta	p	beta	p
Eficiência Funcionários	0,360757	***		
Iluminação Consultório	0,305351	*		
Profissionalismo Médico	0,287689	*	0,402319	***
Tempo para Atendimento Médico			0,338376	**
Localização			0,272342	*

* < 0,01 ** < 0,001 *** < 0,0001

Analisando a multi-colinearidade para a regressão de satisfação, observa-se que as variáveis descritas anteriormente possuem forte colinearidade com várias variáveis conforme apresentado na Tabela 4.3. Estas variáveis não aparecem no modelo mas devem ser levadas em conta como também afetando a satisfação, embora com menos intensidade dada a presença das anteriormente citadas.

Tabela 4.3 Multicolinearidade para a Regressão de Satisfação

<i>Variável Significativa no Modelo</i>	<i>Variável Colinear</i>	<i>r</i>
Localização	-	-
Iluminação Consultórios	Temperatura Consultórios	0,796
	Simpatia Funcionários	0,850
	Cortesia Funcionários	0,850
	Interesse Funcionários	0,920
	Tempo para Atendimento Recepção	0,720
Eficiência Funcionários	Burocracia	0,740
	Quantidade de Médicos	0,857
	Tempo para Atendimento Médico	0,792
	Simpatia dos Médicos	0,788
Profissionalismo dos Médicos	Simpatia - Interesse dos Médicos	0,810
	Simpatia - Confiança nos Médicos	0,745
	Simpatia - Confiança na Prescrição	0,775
	Confiança Médicos – Confiança Hospital	0,748
Tempo para Atendimento do Médico	Interesse Funcionários	0,750
	Eficiência Funcionários	0,790
	Quantidade de Médicos	0,873

Como resultado da multicolinearidade, a Figura 4.24 apresenta os fatores que afetam a satisfação com o hospital destacando os mais significativos e incluindo aqueles que não aparecem no modelo da regressão devido a serem colineares com esses fatores significativos.

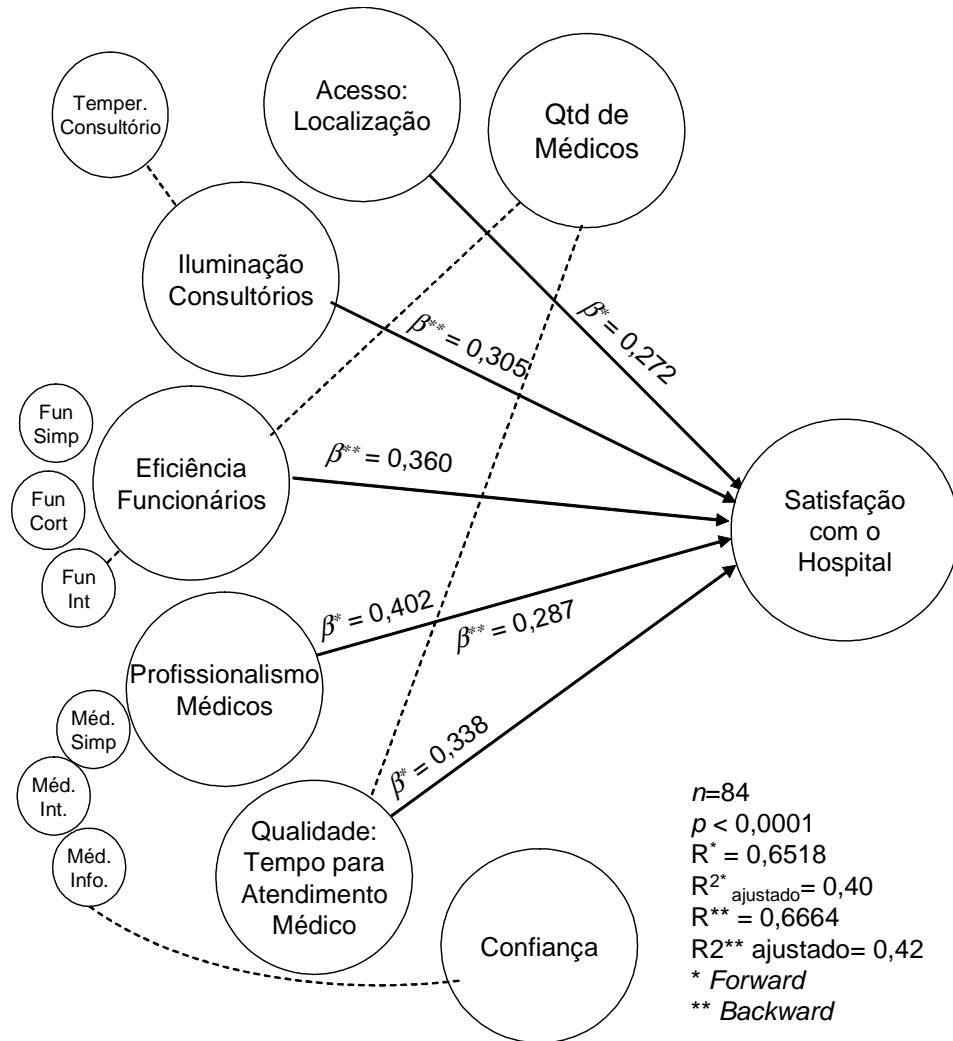


Figura 4.24 Regressão para Satisfação

4.4 Análise de Regressão para Fidelidade

4.4.1 Fidelidade Total

Na primeira análise sobre fidelidade a variável dependente foi definida como sendo o grau de fidelidade do cliente.

Na tabela abaixo são apresentados os primeiros resultados significativos da variável fidelidade do cliente. Através da análise de variância (ANOVA), o relacionamento entre a variável dependente e as independentes pode ser eficazmente observado por intermédio do modelo ajustado.

Em relação aos serviços de saúde recebidos, 27,87% da variação da Fidelidade Total pode ser explicado pelas seguintes variáveis: Compromisso Afetivo (K1), Satisfação com o Hospital (G3) e pela variável Satisfação com os Funcionários (G1).

Tabela 4.4 Regressão para Fidelidade Total

<i>Backward(=Forward)</i>				
	Usando apenas Satisfação ao Hospital		Usando Satisfação Com Funcionários e Médicos	
<i>n</i>	61		61	
<i>p</i>	< 0,0001		< 0,0001	
R	0,5502		0,6619	
R ² ajustado	0,2787		0,4188	
Variáveis	beta	p	beta	p
Compromisso Afetivo	0,4403	**	0,3922	**
Satisfação com Hospital	0,3553	*		
Satisfação com Funcionários			0,5119	***

* < 0,01 ** < 0,001 *** < 0,0001

A Figura 4.25 apresenta graficamente este resultado sintetizando os fatores obtidos pelos dois métodos. Comparando esse resultado com o obtido na análise descritiva verifica-se que a maior oportunidade de melhoria da fidelidade decorre da satisfação com os funcionários (a com menor avaliação).

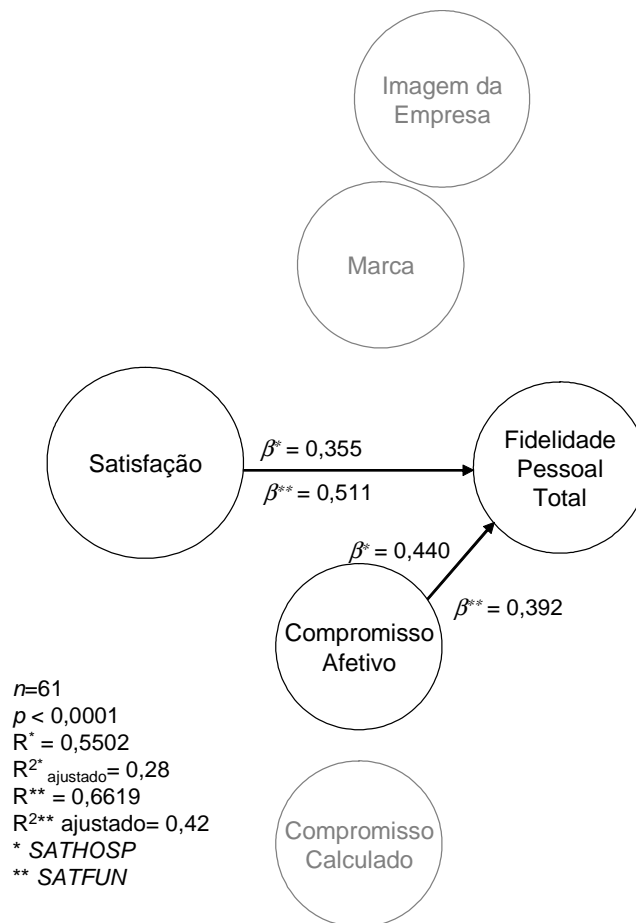


Figura 4.25 Regressão para Fidelidade Total

4.4.2 Fidelidade Parcial

A Tabela 4.5 apresenta os resultados para a regressão tendo por variável dependente a fidelidade pessoal parcial. As variáveis independentes seleccionadas para entrarem no modelo explicam 42,76% da variação na Fidelidade Parcial do cliente com o Hospital. As variáveis significativas foram: Imagem (H1) e Compromisso Calculado (K1).

Tabela 4.5 Fidelidade Parcial ao Hospital

	<i>Backward (=Forward)</i>	
<i>n</i>	56	
<i>p</i>	< 0,0001	
R	0,6696	
R ² ajustado	0,4276	
Variáveis	beta	p
Imagem	0,5384	***
Compromisso Calculado	0,2923	*

* < 0,01 ** < 0,001 *** < 0,0001

A Figura 4.26 ilustra graficamente este resultado.

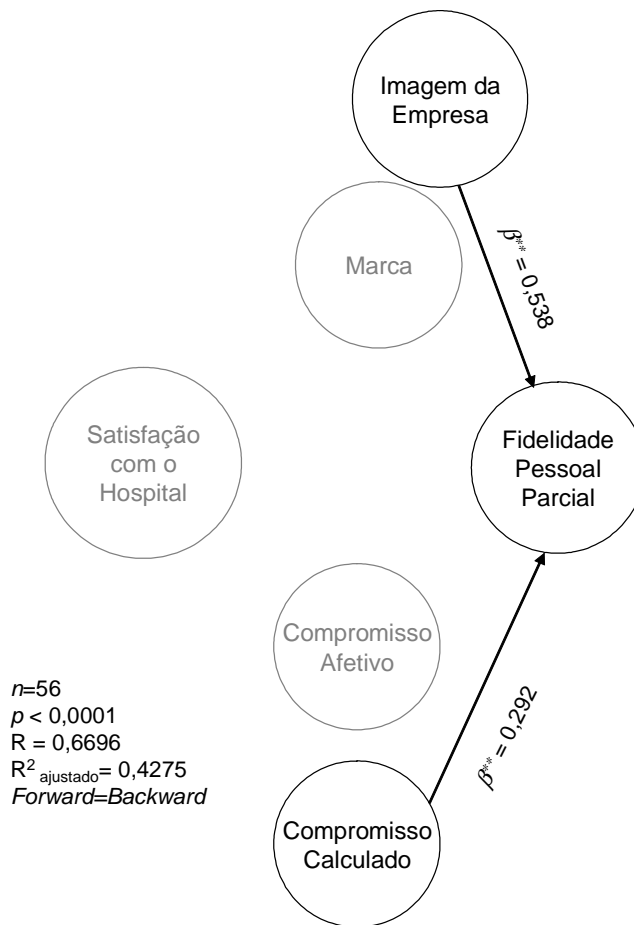


Figura 4.26 Regressão para Fidelidade Parcial

A análise comparada da fidelidade parcial e fidelidade total sugere que diferentes fatores vão influenciar uma ou outra.

4.4.3 Recomendação do Hospital

A Tabela 4.6 mostra os resultados da regressão para Recomendação. Aqui a Satisfação tanto com Hospital, Médicos e Funcionários mostra-se um fator importante na explicação da recomendação do hospital. A Figura 4.27 ilustra esse resultado.

Tabela 4.6 Regressão para Recomendar Hospital

	Backward(=Forward)			
	Usando apenas Satisfação ao Hospital		Usando Satisfação Com Funcionários e Médicos	
<i>n</i>	62		62	
<i>p</i>	< 0,0001		< 0,0001	
R	0,6442		0,6619	
R ² ajustado	0,3848		0,4188	
Variáveis	beta	p	beta	p
Imagem	0,3668	**		
Satisfação com Hospital	0,3082	0,012		
Satisfação com Médicos			0,3268	*
Imagem			0,3003	0,012
Satisfação com Funcionários			0,2222	0,037

* < 0,01 ** < 0,001 *** < 0,0001

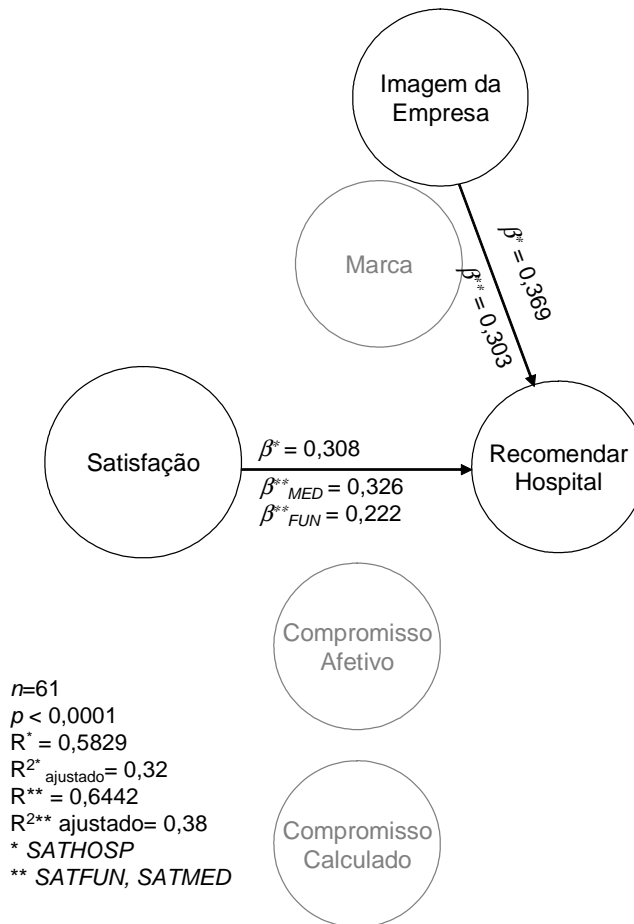


Figura 4.27 Regressão para Recomendar Hospital

4.4.4 Recomendação da UNIMED

A Tabela 4.9 mostra os resultados da regressão para recomendação da UNIMED. Aqui, diferente com a recomendação do hospital, a satisfação não aparece como fator significativo. A força da marca e a lógica racional são os principais direcionadores dos pesquisados a recomendarem a UNIMED, fatores diferentes aos encontrados para a fidelidade ao hospital em estudo. A Figura 4.28 ilustra esse resultado.

Tabela 4.7 Regressão para Recomendação à UNIMED

<i>Backward (=Forward)</i>		
<i>n</i>	62	
<i>p</i>	< 0,0001	
R	0,6376	
R ² ajustado	0,3863	
Variáveis	beta	p
Marca (comparada a Bradesco)	0,5371	***
Compromisso Calculado	0,3086	**

* < 0,01 ** < 0,001 *** < 0,0001

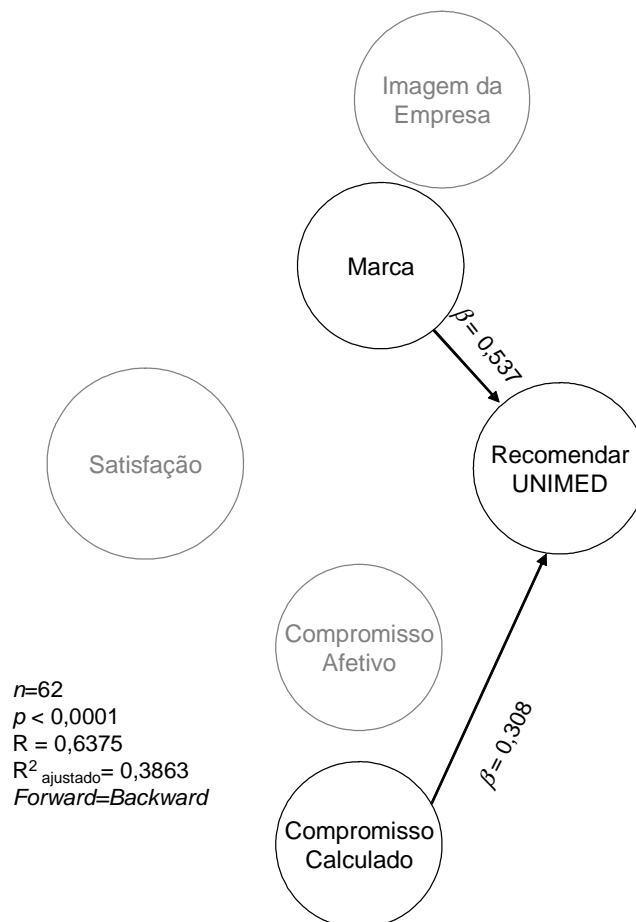


Figura 4.28 Regressão para Recomendar UNIMED

4.5 Síntese da Análise Estatística

O principal resultado da análise de regressão é que o modelo explica bem as variáveis dependentes - os modelos de antecedentes da Satisfação e Fidelidade alcançaram cerca de 42% de poder explicativo, enquanto que os modelos de Recomendação obtiveram poder explicativo de cerca de 39%.

Ainda, diferentes objetivos (fidelidade total, fidelidade parcial, recomendar hospital, recomendar a empresa) têm diferentes fatores principais, informação revelada pela análise em separado de cada variável dependente.

As variáveis independentes que contribuíram mais significativamente para Satisfação foram Atendimento (Eficiência dos funcionários na recepção), Ambiente Físico (Iluminação interna do consultório), Atendimento Profissional (Profissionalismo do Médico), e tempo (Tempo para atendimento do médico).

A Tabela 4.10 apresenta uma síntese dos fatores para Fidelidade total e parcial do paciente e recomendação do Hospital e da UNIMED.

Tabela 4.8 Fatores da Fidelidade

Fator	Fidelidade Total	Fidelidade Parcial	Recomendar Hospital	Recomendar UNIMED
Satisfação com o Hospital	x		x	
Satisfação com os funcionários	x		x	
Satisfação com os Médicos			x	
Imagem da UNIMED		x	x	
Compromisso Calculado		x		x
Compromisso Afetivo	x			
Marca Comparada				x

Do ponto de vista teórico mais amplo, estes resultados somam-se àqueles que apontam não ser a satisfação o único ou principal fator da fidelidade no período em estudo.

A Figura 4.29 ilustra todos os fatores que apareceram como significativos em algum dos métodos utilizados.

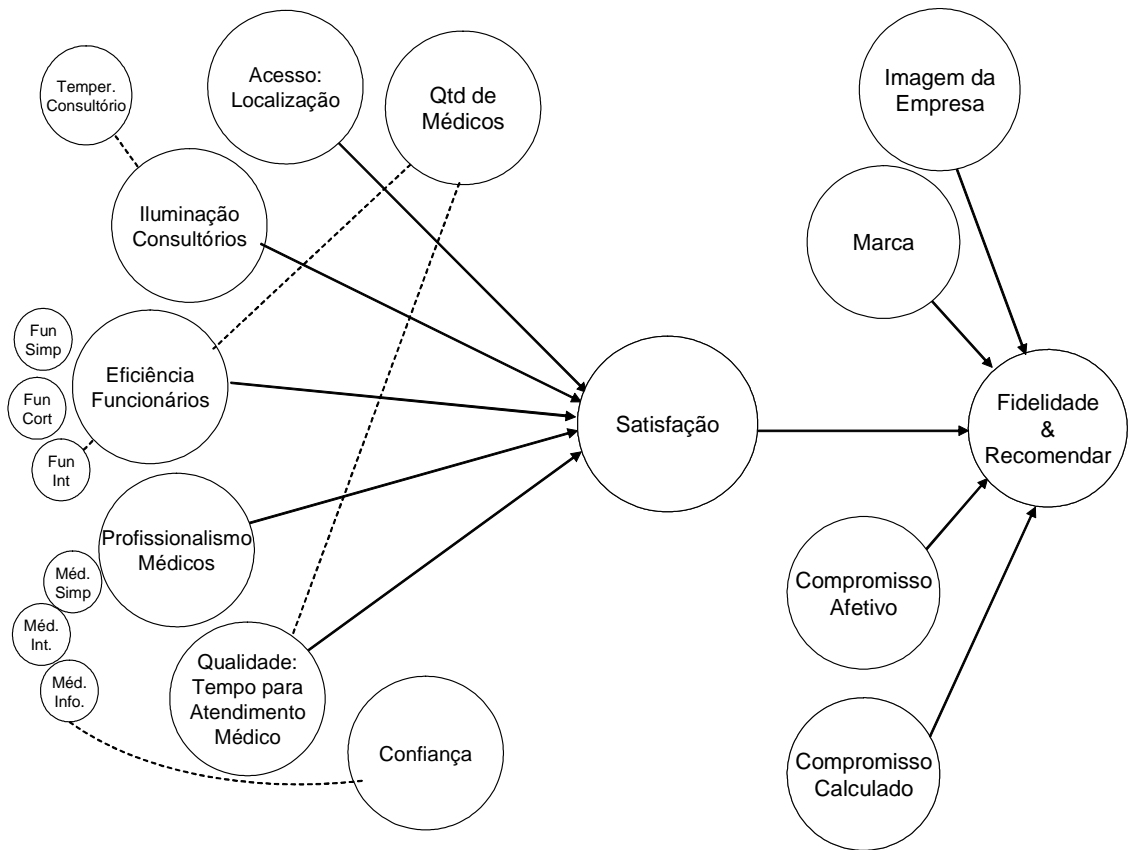


Figura 4.29 Fatores da Satisfação e Fidelidade na Pesquisa

Capítulo 5

Conclusões e Recomendações

Este capítulo apresenta uma análise crítica da tese assim como as principais implicações teóricas e práticas do estudo, além das conclusões.

O capítulo está estruturado em oito partes: principais resultados da pesquisa, análise crítica dos objetivos, implicações teóricas, implicações gerenciais, limitações da pesquisa, direções de pesquisa, recomendações e conclusões.

5.1 Principais Resultados da Pesquisa

Os resultados encontrados na análise descritiva mostram que, via de regra, as avaliações da qualidade, satisfação e fidelidade do hospital estão em uma situação esperada, ou seja, sem deficiências ou superações significativas na percepção dos clientes. Para recomendação a outros, todavia, há um viés positivo acima do esperado.

O principal resultado da análise de regressão para satisfação é que o modelo explica bem as variáveis dependentes - os modelos de antecedentes da Satisfação explicam cerca de 42% da variância da satisfação. As variáveis independentes que contribuíram mais significativamente para Satisfação foram Atendimento (Eficiência dos funcionários na recepção), Ambiente Físico (Iluminação interna do consultório), Atendimento Profissional (Profissionalismo do Médico), e tempo (Tempo para atendimento do médico).

Em termos de poder explicativo, resultado similar foi obtido para a regressão para fidelidade total e parcial (42%), enquanto que os modelos explicativos da recomendação obtiveram poder explicativo de cerca de 39%.

Em outra perspectiva, a análise mostrou que para diferentes objetivos (fidelidade total, fidelidade parcial, recomendar hospital, recomendar a empresa) há diferentes conjuntos de fatores principais explicativos.

5.2 Análise Crítica Quanto aos Objetivos

Considerando o objetivo proposto, investigar os fatores da satisfação e fidelidade, o modelo teórico usado, a metodologia e os resultados evidenciam que o mesmo foi satisfatoriamente atingido.

5.3 Implicações Teóricas

As principais implicações teóricas deste estudo referem-se ao modelo adotado, quanto aos fatores que afetam a satisfação e aos fatores que afetam a fidelidade em serviços de saúde.

O modelo explicativo da satisfação baseado nos direcionadores da qualidade mostrou que também fatores de outra dimensão, como marketing (localização), são importantes para serviço de saúde. Em termos de qualidade de serviços, tanto o atendimento pessoal quanto ambiente físico foram significativos. Os resultados reforçam o modelo teórico básico utilizado.

O modelo explicativo básico da fidelidade mostrou-se adequado, revelando aqui também que a satisfação não é o único fator a explicar a fidelidade. O modelo acrescido do construto marca aumentou o poder explicativo para a análise da recomendação.

5.4 Implicações Gerenciais

O estudo fornece alguns elementos importantes para a prática gerencial seja em satisfação ou em fidelidade.

Em satisfação, apresenta os principais fatores que efetivamente, no momento da pesquisa, influenciam a satisfação do cliente, orientando assim onde se pode realizar ações de melhorias ou monitoramento de elementos do serviço prestado. A análise do desempenho dos fatores significativos é o caminho para melhoria.

Em fidelidade, o estudo mostra que as dimensões do modelo são explicativas (imagem, compromisso afetivo, compromisso calculado, satisfação, marca), mas isso ocorre em diferentes contextos e objetivos. Se o objetivo for gerar clientes 100% fiéis (100% dos serviços de saúde futuros prestados pelo hospital) os fatores explicativos formam um conjunto diferente da fidelidade parcial (parte dos serviços de saúde futuros realizados no hospital). O mesmo ocorre para recomendação, seja do hospital, seja da empresa.

5.5 Limitações da Pesquisa

As principais limitações do trabalho decorrem de aspectos do tamanho da amostra e seu foco em um hospital.

O tamanho da amostra, embora analisada como representativa, limita a obtenção de outros fatores. Todavia, aqueles fatores identificados tendem a continuar sendo significativos em amostras maiores.

A aplicação da pesquisa em apenas um hospital não permite uma generalização para todos, embora seja considerado plenamente válido para o hospital em foco.

5.6 Direções da Pesquisa

As principais direções de pesquisa apontadas são:

Ampliar a pesquisa para outros hospitais e para a internação;

Aplicar pesquisa semelhante em outros setores de serviço, visando a comparação os resultados entre vários segmentos da indústria, comércio e serviços, e mesmo em outros locais, para avaliação de diferenças existentes conforme a região.

Efetuar um estudo comparado com clínicas especializadas.

Estudar os aspectos mais específicos de acordo com o modelo proposto sobre a satisfação e fidelidade do consumidor (imagem da empresa, marca, compromisso afetivo e compromisso calculado), analisando eventuais fatores discriminantes como sexo, faixa etária, renda e escolaridade.

5.7 Recomendações

A partir dos resultados obtidos, recomenda-se ao Hospital:

- Realizar pesquisas regulares para acompanhamento da avaliação da qualidade, satisfação, fidelidade e recomendação, com amostras menores a partir de modelo refinado.
- Realizar pesquisa similar sobre o setor de internação.
- Buscar melhorar os fatores onde a avaliação mostrou-se abaixo do esperado.

5.8 Conclusão

As conclusões centrais situam-se nas dimensões principais deste trabalho – satisfação, fidelidade e recomendação em serviços de saúde providos por hospitais.

Em relação à teoria da satisfação, este estudo soma-se a outros que confirmam a qualidade como o fator central na satisfação dos clientes, mas no caso de serviços de saúde, não único.

Sobre a variável fidelidade, o trabalho também aponta na direção de outros estudos que mostram que o cliente satisfeito não é necessariamente um cliente fiel, não sendo a satisfação o único fator a afetar a fidelidade e havendo outros fatores a influenciar a fidelidade do cliente.

Sobre a variável recomendação, o trabalho sugere que diferentes fatores influenciam as pessoas a recomendar uma empresa do que aqueles que a influencia a fazerem com que elas mesmas retornem ao mesmo provedor do serviço.

No caso do presente estudo, serviços de saúde em hospitais, o estudo sugere que além da teoria de satisfação baseada na qualidade e fidelidade baseada na satisfação, outras teorias de marketing são importantes, a saber, a localização pode afetar a satisfação, e marca pode afetar a recomendação.

Referências

- ALBRECHT, Karl. *A única coisa que importa*. São Paulo: Pioneira, 1995.
- ALBRECHT, Karl. *Serviço com qualidade*. São Paulo: Makron Books, 1992.
- ANDERSON, David R.; SWEENEY, Dennis J.; WILLIAMS, Thomas A. *Estatística aplicada à Administração e Economia*. São Paulo: Pioneira, 2002.
- AZEVEDO, D. L.; OLIVEIRA, L. Z., ROCHA, R. A., PISTÓIA, L. C. *Gestão da mudança na saúde - a acreditação Hospitalar*. XXII Encontro Nacional de Engenharia de Produção Curitiba – PR, ENEGEP 2002.
- BARBETTA, Pedro A. *Estatística aplicada às ciências sociais*. 3. ed. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2001.
- BARBOSA, Leonardo. T. *Fatores que afetam a satisfação de pacientes em serviços de saúde: um estudo em setor ambulatorial de hospital*. 2004. 117f. Dissertação (Mestrado em Ciências em Engenharia de Produção) – Centro de Tecnologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, 2004.
- BARROS, A. J. P; LEHFELD, N. A. S. *Projeto de Pesquisa: propostas metodológicas*. 13ª ed. Petrópolis: Vozes; 1996.
- CAMPBELL, S.M.; ROLAND, M.O.; BUETOW, S.A. Defining quality of care. *Social Science & Medicine*, v. 51, p. 1611-1625, 2000.
- CARDOSO, Janaína Gularte. ERDMANN, Rolf Hermann. Planejamento e controle da produção na gestão de serviços: o caso do hospital universitário de Florianópolis, *Anais do XXII Encontro Nacional de Engenharia de Produção*, 2002, Curitiba.
- CAVALCANTE, B. A. Satisfação do Consumidor: um estudo exploratório em hospital particular. In: *CONGRESSO ANPAD*, 22, 1999, Foz do Iguaçu. Anais ANPAD/ENANPAD. São Paulo, 1999, 1CD.
- CERVO, Armando Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. *Metodologia Científica*. São Paulo: Makron Books, 1996.
- COBRA, Marcos. *Marketing de serviço financeiro*. São Paulo: Cobra, 2000.

- CROSBY, Philip B. *Qualidade - falando sério*. São Paulo: McGraw-Hill, 1990.
- CROSBY, Philip B. *Qualidade sem lágrimas*. 2. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1992.
- CROSBY, Philip. *Princípios absolutos de liderança*. São Paulo: Makron Books, 1999.
- CROSBY, Philip. *Qualidade é Investimento*, São Paulo, José Olympio, 1992.
- DAHMER, Luciane V.; ESTRADA, Rolando J. Soliz. A relação existente entre o grau de satisfação dos clientes e dos consumidores de uma indústria alimentícia do Rio Grande do Sul, *Anais do XXII Encontro Nacional de Engenharia de Produção*, 2002, Curitiba.
- DEMING, W. Edwards. *Qualidade é investimento*. Rio de Janeiro: Marques-Saraiva, 1990.
- DIAS, Cecília de Melo; MELLO, Sérgio Carvalho Benício. Qualidade do serviços de saúde do SESI em Pernambuco. *Anais do Encontro Nacional de Engenharia de Produção*, 21., 2001, Salvador.
- DICK, A. S., BASU, K. Customer loyalty: toward an integrated conceptual framework. *Journal of the Academy of Marketing Science*. Vol. 22, 99-113, 1994.
- DOMINGUES, Mário E. M.; ALLIPANDRINE, Dário H. Avaliação dos determinantes da qualidade em serviços de instituições hospitalares. *Anais do XVIII Encontro Nacional de Engenharia de Produção*, 1998, Niterói.
- DONABEDIAN A. The Quality of Health: How can it be assured? *Journal of the American Medical Association*, v.260, n.12:1743-1748. 1998.
- FEIGENBAUM, Armand V. *Controle de qualidade total*. São Paulo: Makron Books, 1994.
- FONSECA, Jairo Simon da,. *Curso de Estatística*. São Paulo: Atlas, 1996.
- FORNELL, Claes. A national customer satisfaction barometer: the swedish experience. *Journal of Marketing*; New York; Jan 1992.
- GIANESI, I. G. N.; CORRÊA, H. L. *Administração estratégica de serviços: operações para satisfação do cliente*. São Paulo: Atlas, 1994.
- GIL, Antonio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 1995.
- GRÖNROOS, Christian. *Marketing: gerenciamento e serviços: a competição por serviços na hora da verdade*. Rio de Janeiro: Campus, 1995.

- JOHNSON, J. A. OMACHONU, V. K. (1995) - Total quality management as a health care corporate strategy. *International Journal of Healthcare Quality Assurance*. Vol. 8. p. 23-28.
- JOHNSON, M. D.; GUSTAFSSON, A. Comparing customer satisfaction across industries and countries. *Journal of Economic Psychology*. V23, p.749-769, 2002.
- JOHNSON, Michael D.; GUSTAFSSON, Anders; ANDREASSEN, Tor Wallin; LERVIK, Line; CHA, Jaesung, The evolution and future of national customer satisfaction index models, *Journal of Economics Psychology*, 22, 2001, 217-245.
- JURAN, J. M. *Juran on planning for quality*. New York: Free Press, 1988.
- KOTLER, P. *Administração de marketing: análise, planejamento, implementação e controle*. São Paulo: Atlas, 1998.
- KOTLER, P. *Marketing para o século XXI*. São Paulo: Futura, 2000.
- MARCONI, M. A. & LAKATOS, E. M. *Fundamentos de metodologia científica*. São Paulo: Atlas, 1996.
- MONTGOMERY, Douglas C.; PECK, Elizabeth A. *Introduction to Linear Regression Analysis*. 2 ed. New York: John Wiley e Sons, 1992. 527p. Bibliografia: 507-522. ISBN: 0-471-53387-4.
- MURTI, G. & SEFTON, A.J. (2000) - Building a better doctor. *Quality Progress*, New York, p.43-51.
- NOVAES, H. M. *Manual brasileiro de acreditação hospitalar*. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, 1998.
- OLIVER, Richard L. (1980) A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions, *Journal of Marketing Research*, Vol. 17, 4, 460-469.
- OLIVER, Richard L. (1993) Cognitive, Affective, and Attribute Bases of the Satisfaction Responses, *Journal of Consumer Research*, Vol. 20, 3, December 1993, 418-430.
- OLIVER, Richard L. (1995), Attribute Need Fulfillment in Product Usage Satisfaction, *Psychology & Marketing*, Vol. 12, 1, January 1995, 1-17.
- OLIVER, Richard L. (1999), Whence consumer loyalty?, *Journal of Marketing*, Special Issue 1999, Vol. 63, 33-44.
- REICHHELD, Frederick A *estratégia da lealdade*. Rio de Janeiro: Campus, 1993.

- REIS, L. F. S. D. *Gestão da excelência*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1998.
- RICHARDSON, Roberto Jarry et al. *Pesquisa social: métodos e técnicas*. São Paulo: Atlas, 1996.
- RUDIO, Franz Victor. *Introdução ao projeto de pesquisa científica*. 7. Ed. Petrópolis: Vozes, 1983.
- SILVA, Catarina de Fátima; VARVAKIS, Gregório. Definição de medidas de desempenho para serviços: um estudo de caso no setor hoteleiro. *XIX Encontro da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração*, 2000, Florianópolis.
- SOUZA, Ana Maria da Silva.; RAMOS, Paulo César Formiga.; RAMOS, Rubens Eugênio Barreto. Um estudo da medição da satisfação do cliente aplicado no setor turístico em Natal/RN. *Anais do XXII Encontro Nacional de Engenharia de Produção*. Curitiba – PR, 23 a 25 de outubro de 2002. ENEGEP 2002.
- SOUZA, Tamara. O. Medição da satisfação e fidelidade do cliente: um estudo com pacientes de clínica particular. 2004. 107f. *Dissertação de Mestrado* (Mestrado em Ciências em Engenharia de Produção) – Centro de Tecnologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN, 2004.
- TÉBOUL, James. *A era dos serviços: uma nova abordagem ao gerenciamento*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1999.
- VILELA, Wilson Farias. *Dicionário de Negócios*. 2 ed. Rio de Janeiro, 1995. 289p.
- WOLF, E. - A new approach to healthcare marketing. *Healthcare Executive*, Chicago, 2001, v.16, n.1, p.12-16.
- XAVIER, Tércio Antonio S., FALK, James Anthony. Critérios de Qualidade no atendimento em serviços de saúde: o que pensam os seus clientes potenciais. *Anais do XXI Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação em Administração*, 1997, Rio de Janeiro, p. 1-14 (Anais em CD-ROM).

Anexos

Anexo 1 – Questionário da Pesquisa

Prezado(a) cliente do Hospital UNIMED, Você está sendo convidado a fazer parte de uma pesquisa sobre qualidade e satisfação de clientes em Hospitais de Natal. Muito obrigado por sua colaboração.

F – VOCE JA FEZ ALGUMA RECLAMACAO DE ALGUM PROBLEMA NESTE HOSPITAL?

Não, por favor vá para "G"

Sim, por favor avalie..

a forma como sua reclamação foi tratada

a solução dada à sua reclamação

G – DIGA-NOS SOBRE SEU GRAU DE SATISFAÇÃO GERAL

Por favor, qual seu grau de satisfação com..

Os funcionários

Os médicos

Este Hospital

H – SOBRE SUA IMPRESSÃO GERAL SOBRE IMAGEM...

Para você, a imagem da UNIMED é

I – SOBRE A MARCA UNIMED, como você avalia...

Como você avalia a credibilidade da UNIMED comparada...

ao Plano de Saúde AMIL

ao Plano de Saúde BRADESCO

J – VOCE USARIA uma camiseta com nome ou imagem da UNIMED para...

Por favor, avalie

Caminhar (exercício)

Ir à praia

K – COMO VOCE AVALIA A VANTAGEM QUE TERIA SE...

Pudesse ter feito sua consulta de hoje em outro Hospital

L – COMO VOCE AVALIA SUA DISPOSICAO EM FAZER SUAS PROXIMAS CONSULTAS...

Por favor, assinale

todas neste Hospital

algumas neste Hospital

M – VOCE RECOMENDARIA A UMA PESSOA AMIGA...

Por favor, assinale

Consultar-se neste Hospital

Ter Plano de Saúde UNIMED

N – SOBRE VOCE

Informações opcionais, mas importantes para compararmos suas respostas com as de outras pessoas

Sexo: Masculino Feminino

Ano de nascimento: _____

Grad de escolaridade

Sem 1º grau incompleto 1º grau 2º grau incompleto 2º grau Superior Pós-Grad.

Renda familiar mensal (soma dos ganhos das pessoas que moram na mesma casa que você por mês):

Até R\$ 1.500,00 R\$ 1.501,00 a R\$ 3 mil R\$ 3.001 a 6 mil R\$ 6.001 a 12 mil + de R\$ 12mil

Quantas pessoas moram no local onde você mora? 1 2 3 4 5 ou mais

SOBRE ALGUMAS INFORMACOES INICIAIS

1. Esta é a primeira vez que você vem a este Hospital? Sim 2ª vez 3ª ou mais

2. Além deste Hospital, em quais outros Hospitais de Natal você já se consultou?

Papi Promater H. do Coração São Lucas Memorial Natal Center Outros

A – DA CHEGADA AO HOSPITAL

Por favor, avalie os seguintes itens relacionados a sua chegada ao Hospital	Muito ruim	Ruim	Razoável	Bom	Muito Bom	Sem opinião					
Localização do Hospital	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Estacionamento do Hospital	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Entrada do Hospital	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

B – NA RECEPCAO DO HOSPITAL

Por favor, avalie os seguintes itens relacionados a recepção do hospital	Muito ruim	Ruim	Razoável	Bom	Muito Bom	Sem opinião					
Espaço físico na recepção	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Temperatura do Ambiente na recepção	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Limpeza na área da recepção	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Iluminação interna na recepção	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Quantidade de Atendentes na Recepção	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Tempo para Atendimento da Recepção	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Burocracia para autorizar consulta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Simpatia dos funcionários da recepção	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Cortesia dos funcionários da recepção	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Interesse dos funcionários	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Eficiência dos funcionários da recepção	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Variedade de especialidades oferecidas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Quantidade de Médicos Disponíveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Tempo para o Atendimento Médico	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

C – DURANTE O ATENDIMENTO NO CONSULTÓRIO

Por favor, avalie os seguintes itens do ATENDIMENTO NO CONSULTÓRIO	Muito ruim	Ruim	Razoável	Bom	Muito Bom	Sem opinião					
Temperatura do Ambiente do consultório	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Iluminação interna do consultório	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Duração da Consulta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Profissionalismo do(a) médico(a)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Simpatia do(a) médico(a)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Interesse do(a) médico(a)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Informação fornecida pelo(a) médico(a)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

D – SOBRE SUA CONFIANCA...

Por favor, avalie os seguintes aspectos sobre sua CONFIANCA NO HOSPITAL	Muito baixa	Baixa	Razoável	Alta	Muito Alta	Sem opinião					
Confiança no(a) médico(a)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Confiança no(a) Hospital	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99
Confiança na prescrição	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

SE SUA CONSULTA FOI PELO PLANO UNIMED, VA PARA "E"

E – SOBRE O PREÇO DA CONSULTA, COMO VOCE AVALIA...

Por favor, seleccione O preço da consulta...	Muito caro	Caro	Justo	Barato	Muito barato	Sem opinião					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	99

Anexo 2 – Análise de Confiabilidade

A2.1 Alfa de Cronbach

Grupo de Fatores	Fatores	no. de casos válidos	Alfa de Chronbach	Análise
Acesso	Localização Estacionamento Entrada	97	0,72	ok
Físico	Espaço físico Recepção Temperatura Ambiente Recepção Limpeza Recepção Iluminação Recepção Temperatura Ambiente Consultório Iluminação Consultório	101	0,85	ok
Atendimento	Qtd de Atendentes Recepção Tempo para Atendimento Recepção Burocracia no Atendimento Tempo para Atendimento Médico Duração do Atendimento	98	0,87	ok
Pessoal Funcionário	Simpatia Cortesia Interesse Eficiência	105	0,97	ok
Pessoal Médico	Profissionalismo Simpatia Interesse Informação	106	0,92	ok
Variedade de Serviço	Variedade de Especialidades Quantidade de Médicos	100	0,75	ok
Confiança	Confiança nos Médicos Confiança no Hospital Confiança na Prescrição	105	0,93	ok
Satisfação	Satisfação Funcionários Satisfação Médicos Satisfação Hospital	107	0,87	ok
Imagem e Marca	Imagem Marca competitiva – AMIL Marca competitiva – BRADESCO	75	0,84	ok
Compromisso	Compromisso Afetivo 1 Compromisso Afetivo 2	78	0,75	ok
Fidelidade	Fidelidade total Fidelidade parcial Recomendação Hospital Recomendação UNIMED	81	0,75	ok

1. Fatores de Acesso

Summary for scale: Mean=21,2887 Std.Dv.=4,64345 Valid N:97 (PesquisaUNIMED.sta)

Cronbach alpha: ,727401 Standardized alpha: ---

Average inter-item corr.: 0,00000

	Mean if	Var. if	StDv. if	Itm-Totl	Alpha if
A_LOCAL	13,89691	10,85535	3,294746	0,577321	0,607688
A_ESTAC	15,00000	8,94845	2,991397	0,540650	0,681505
A_ENT	13,68041	12,52673	3,539312	0,571137	0,638736

2. Fatores Físicos

Summary for scale: Mean=46,4950 Std.Dv.=7,25896 Valid N:101 (PesquisaUNIMED.sta)

Cronbach alpha: ,859631 Standardized alpha: ---

Average inter-item corr.: 0,00000

	Mean if	Var. if	StDv. if	Itm-Totl	Alpha if
B_ESPFIS	39,24752	38,44368	6,200297	0,372717	0,906254
B_TEMP	38,63366	36,27174	6,022602	0,800495	0,811030
B_LIMP	38,56436	36,26566	6,022098	0,809872	0,809747
B_ILUM	38,83168	36,12018	6,010007	0,741008	0,819637
C_TEMP	38,49505	38,34898	6,192656	0,693324	0,830270
C_ILUM	38,70297	38,03059	6,166894	0,651814	0,836074

3. Fatores de Atendimento

Summary for scale: Mean=32,2857 Std.Dv.=8,18850 Valid N:98 (PesquisaUNIMED.sta)

Cronbach alpha: ,870779 Standardized alpha: ---

Average inter-item corr.: 0,00000

	Mean if	Var. if	StDv. if	Itm-Totl	Alpha if
B_QTATEND	25,87755	43,12786	6,567181	0,751842	0,830008
B_TEMP	26,08163	41,23824	6,421700	0,831458	0,809665
B_BUROC	25,94898	41,68107	6,456088	0,771152	0,824358
B_TEMPMED	25,91837	44,89130	6,700097	0,671039	0,849508
C_DUR	25,31633	48,29790	6,949669	0,480040	0,895502

4. Fatores de Pessoal – Funcionários

Summary for scale: Mean=27,2476 Std.Dv.=7,22812 Valid N:105 (PesquisaUNIMED.sta)

Cronbach alpha: ,967737 Standardized alpha: ---

Average inter-item corr.: 0,00000

	Mean if	Var. if	StDv. if	Itm-Totl	Alpha if
B_FUNSIMP	20,33333	29,78413	5,457484	0,906376	0,961056
B_FUNCORT	20,46667	29,33460	5,416143	0,918803	0,957537
B_FUNINT	20,40952	28,41324	5,330407	0,941238	0,951152
B_FUNEFIC	20,53333	30,15365	5,491234	0,911748	0,959701

5. Fatores de Pessoal - Médicos

Summary for scale: Mean=30,5566 Std.Dv.=6,00330 Valid N:106 (PesquisaUNIMED.sta)

Cronbach alpha: ,923040 Standardized alpha: ---

Average inter-item corr.: 0,00000

	Mean if	Var. if	StDv. if	Itm-Totl	Alpha if
C_MEDPROF	22,82076	21,67542	4,655687	0,792173	0,909910
C_MEDSIMP	23,04717	19,98834	4,470832	0,859413	0,886927
C_MEDINT	23,00943	19,59425	4,426539	0,842550	0,893210
C_MEDINFO	22,79245	21,12674	4,596383	0,796315	0,908316

6. Fatores de Variedade do Serviço

Summary for scale: Mean=19,7000 Std.Dv.=5,10001 Valid N:100 (PesquisaUNIMED.sta)

Cronbach alpha: ,821907 Standardized alpha: ---

Average inter-item corr.: 0,00000

	Mean if	Var. if	StDv. if	Itm-Totl	Alpha if
B_QTATEND	13,27000	12,55710	3,543600	0,679057	0,752021
B_VAR	12,91000	13,22190	3,636193	0,662576	0,769511
B_QTMED	13,22000	11,61160	3,407580	0,691697	0,740742

7. Fatores de Confiança

Summary for scale: Mean=22,5810 Std.Dv.=4,29620 Valid N:105 (PesquisaUNIMED.sta)

Cronbach alpha: ,938920 Standardized alpha: ---

Average inter-item corr.: 0,00000

	Mean if	Var. if	StDv. if	Itm-Totl	Alpha if
D_CONFMED	15,09524	7,648072	2,765515	0,908345	0,884772
D_CONFHOSP	15,00000	9,771428	3,125928	0,831740	0,950376
D_CONFPRESC	15,06667	7,700317	2,774945	0,904884	0,887392

8. Satisfação

Summary for scale: Mean=21,2991 Std.Dv.=4,05205 Valid N:107 (PesquisaUNIMED.sta)

Cronbach alpha: ,873600 Standardized alpha: ---

Average inter-item corr.: 0,00000

	Mean if	Var. if	StDv. if	Itm-Totl	Alpha if
G_SATFUN	14,51402	8,044195	2,836229	0,678600	0,892223
G_SATMED	14,01869	7,532361	2,744515	0,727768	0,850530
G_SATHOSP	14,06542	7,481702	2,735270	0,879627	0,716758

9. Imagem e Marca

Summary for scale: Mean=22,1867 Std.Dv.=3,29493 Valid N:75 (PesquisaUNIMED.sta)

Cronbach alpha: ,840691 Standardized alpha: ---

Average inter-item corr.: 0,00000

	Mean if	Var. if	StDv. if	Itm-Totl	Alpha if
H_IMAG	14,72000	6,921600	2,630893	0,486588	0,958032
I_MARC_AMIL	14,80000	4,213334	2,052641	0,837711	0,637131
I_MARC_BRAD	14,85333	4,285155	2,070062	0,845893	0,628112

10. Compromisso

Summary for scale: Mean=19,3590 Std.Dv.=4,95689 Valid N:78 (PesquisaUNIMED.sta)

Cronbach alpha: ,543010 Standardized alpha: ---

Average inter-item corr.: 0,00000

	Mean if	Var. if	StDv. if	Itm-Totl	Alpha if
J_CAMINHAR	12,32051	11,16650	3,341632	0,658179	0,000000
J_PRAIA	13,33333	11,19658	3,346129	0,370007	0,426483
K_OUTROHOSP_D	13,06410	17,36769	4,167456	0,123182	0,755671

11. Fidelidade

Summary for scale: Mean=29,4198 Std.Dv.=4,96957 Valid N:81 (PesquisaUNIMED.sta)

Cronbach alpha: ,752457 Standardized alpha: ---

Average inter-item corr.: 0,00000

	Mean if	Var. if	StDv. if	Itm-Totl	Alpha if
L_TODAS	22,88889	13,03704	3,610684	0,525663	0,723625
L_ALGUMAS	21,92593	14,36488	3,790103	0,618447	0,656258
M_RECCONS	21,87654	13,96007	3,736317	0,677844	0,623635
M_RECUNIMED	21,56790	18,04786	4,248277	0,412617	0,760691

A2.2 Análise Fatorial

Construtos	No. de Fatores extraídos	Autovalor	% da Variância Total
Acesso	1	1,978	65,97
Aspectos Físicos	1	3,832	63,86
Atendimento	1	3,351	67,01
Tempo	1	2,000	66,77
Funcionários	1	3,648	91,20
Médicos	1	3,252	81,29
Variedade	1	1,611	80,57
Confiança	1	2,686	89,56
Reclamação	1	1,682	84,10
Satisfação	1	2,412	80,41
Imagem e Marca	1	2,276	75,86
Compromisso Afetivo	1	1,661	83,08
Fidelidade Pessoal	1	1,525	76,27
Recomendação	1	1,628	81,42

Acesso

Eigenvalues (PesquisaUNIMED.sta) Extraction: Principal components				
Value	Eigenvalue	% Total variance	Cumulative Eigenvalue	Cumulative %
1	1,978996	65,96655	1,978996	65,96655

Aspectos Físicos

Eigenvalues (PesquisaUNIMED.sta) Extraction: Principal components				
Value	Eigenvalue	% Total variance	Cumulative Eigenvalue	Cumulative %
1	3,832089	63,86815	3,832089	63,86815

Atendimento

Eigenvalues (PesquisaUNIMED.sta) Extraction: Principal components				
Value	Eigenvalue	% Total variance	Cumulative Eigenvalue	Cumulative %
1	3,350879	67,01758	3,350879	67,01758

Tempo

Eigenvalues (PesquisaUNIMED.sta) Extraction: Principal components				
Value	Eigenvalue	% Total variance	Cumulative Eigenvalue	Cumulative %
1	2,003315	66,77717	2,003315	66,77717

Funcionários

Eigenvalues (PesquisaUNIMED.sta) Extraction: Principal components				
Value	Eigenvalue	% Total variance	Cumulative Eigenvalue	Cumulative %
1	3,648037	91,20092	3,648037	91,20092

Médicos

Eigenvalues (PesquisaUNIMED.sta) Extraction: Principal components				
Value	Eigenvalue	% Total variance	Cumulative Eigenvalue	Cumulative %
1	3,251937	81,29843	3,251937	81,29843

Variedade

Eigenvalues (PesquisaUNIMED.sta) Extraction: Principal components				
Value	Eigenvalue	% Total variance	Cumulative Eigenvalue	Cumulative %
1	1,611445	80,57223	1,611445	80,57223

Confiança

Eigenvalues (PesquisaUNIMED.sta) Extraction: Principal components				
Value	Eigenvalue	% Total variance	Cumulative Eigenvalue	Cumulative %
1	2,686874	89,56246	2,686874	89,56246

Reclamação

Eigenvalues (PesquisaUNIMED.sta) Extraction: Principal components				
Value	Eigenvalue	% Total variance	Cumulative Eigenvalue	Cumulative %
1	1,682152	84,10762	1,682152	84,10762

Satisfação

Eigenvalues (PesquisaUNIMED.sta) Extraction: Principal components				
Value	Eigenvalue	% Total variance	Cumulative Eigenvalue	Cumulative %
1	2,412416	80,41385	2,412416	80,41385

Imagem e Marca

Eigenvalues (PesquisaUNIMED.sta) Extraction: Principal components				
Value	Eigenvalue	% Total variance	Cumulative Eigenvalue	Cumulative %
1	2,275892	75,86306	2,275892	75,86306

Compromisso Afetivo

Eigenvalues (PesquisaUNIMED.sta) Extraction: Principal components				
Value	Eigenvalue	% Total variance	Cumulative Eigenvalue	Cumulative %
1	1,661796	83,08981	1,661796	83,08981

Fidelidade e Recomendação

Eigenvalues (PesquisaUNIMED.sta) Extraction: Principal components				
Value	Eigenvalue	% Total variance	Cumulative Eigenvalue	Cumulative %
1	2,334852	58,37129	2,334852	58,37129

Fidelidade Pessoal

Eigenvalues (PesquisaUNIMED.sta) Extraction: Principal components				
Value	Eigenvalue	% Total variance	Cumulative Eigenvalue	Cumulative %
1	1,525492	76,27458	1,525492	76,27458

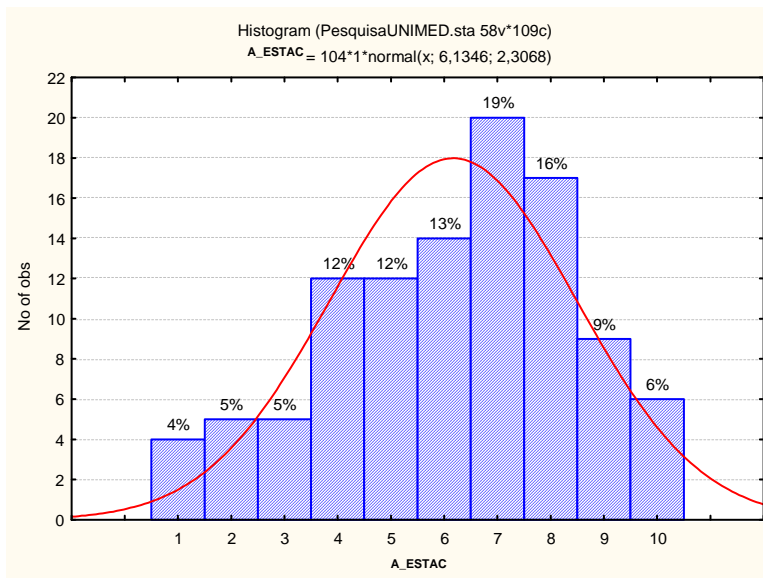
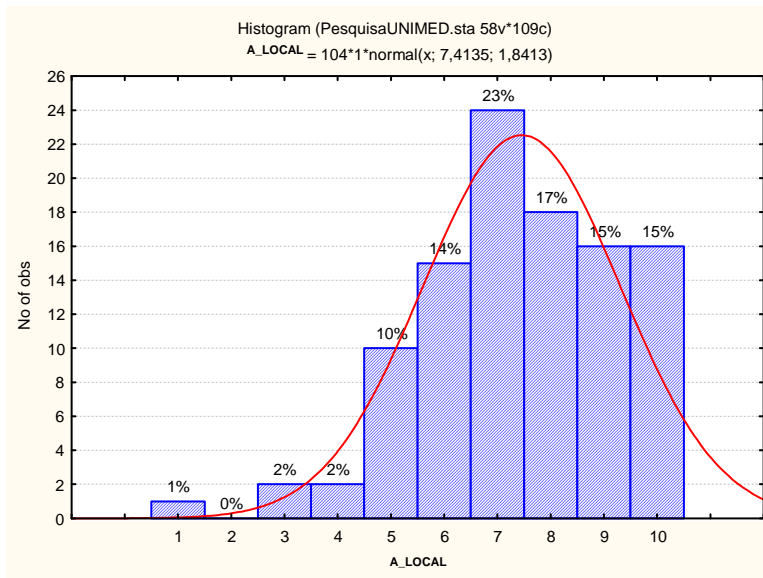
Recomendação

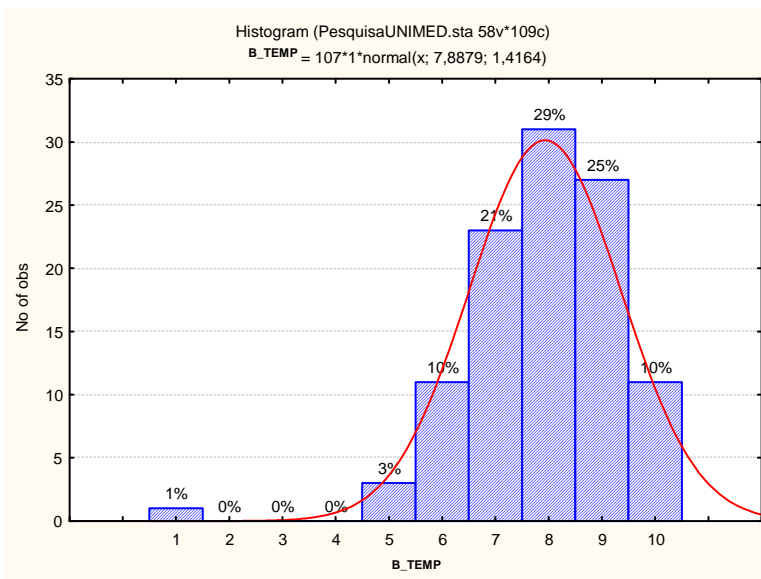
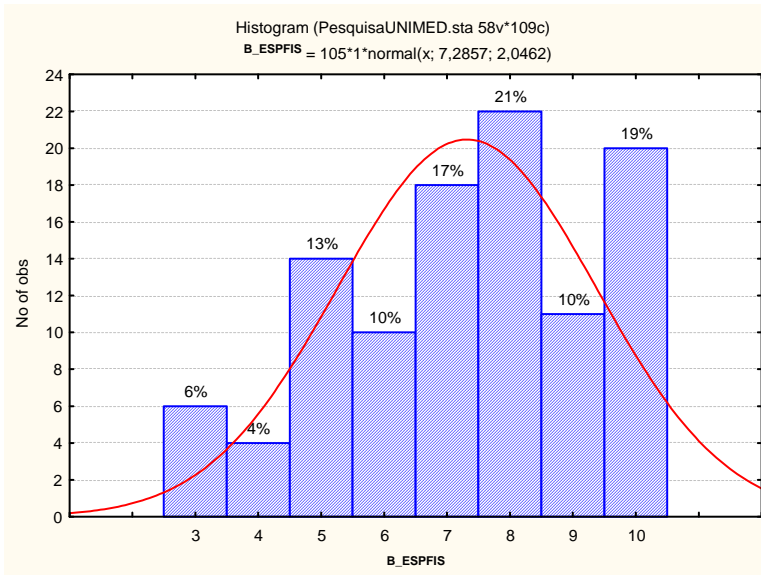
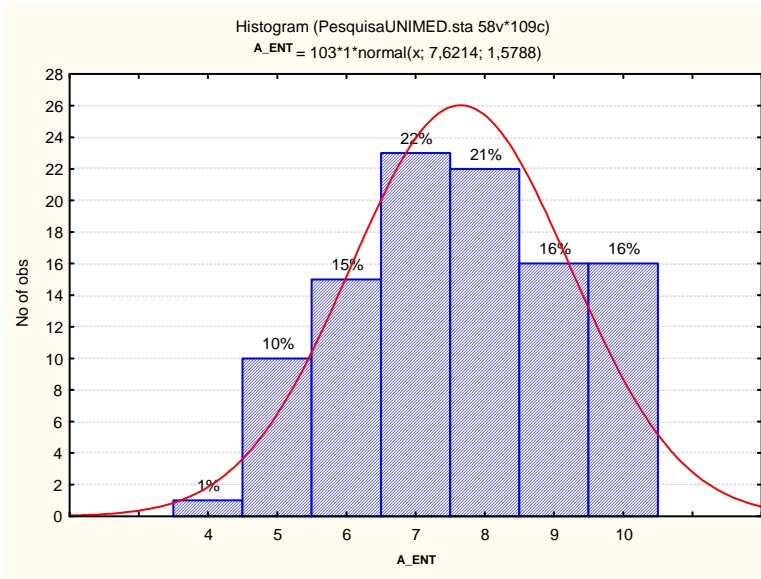
Eigenvalues (PesquisaUNIMED.sta)				
Extraction: Principal components				
Value	Eigenvalue	% Total variance	Cumulative Eigenvalue	Cumulative %
1	1,628552	81,42758	1,628552	81,42758

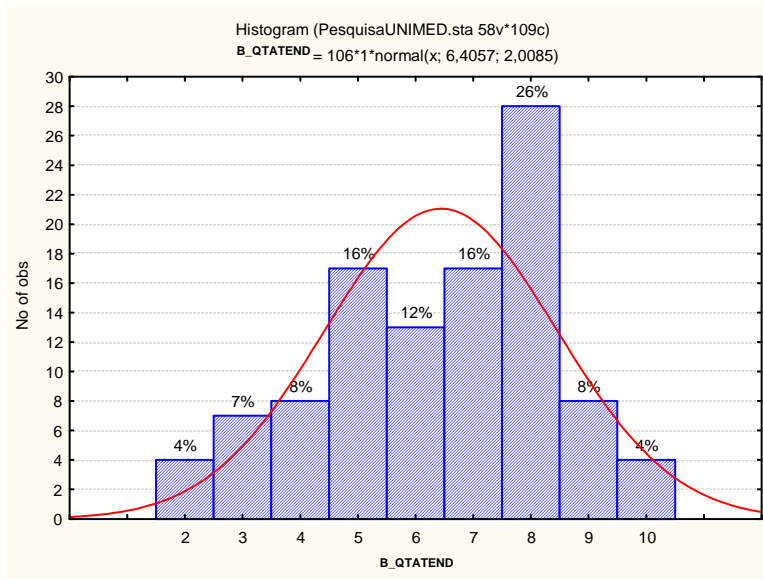
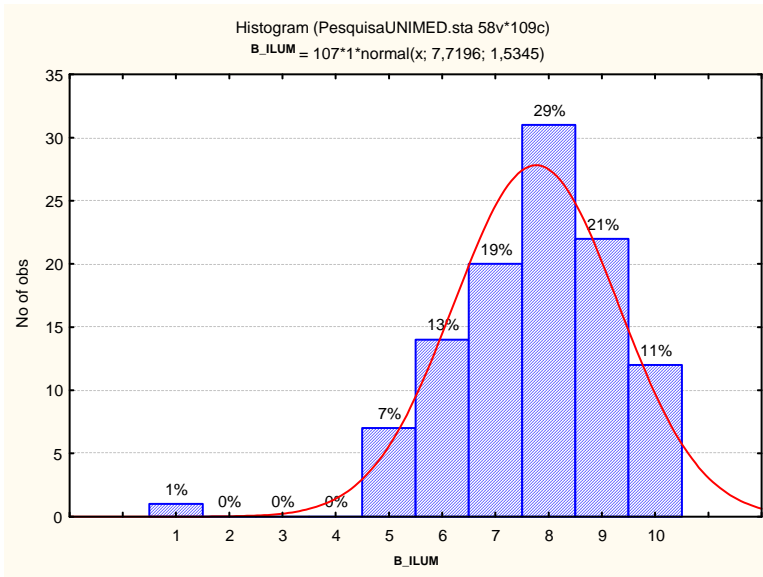
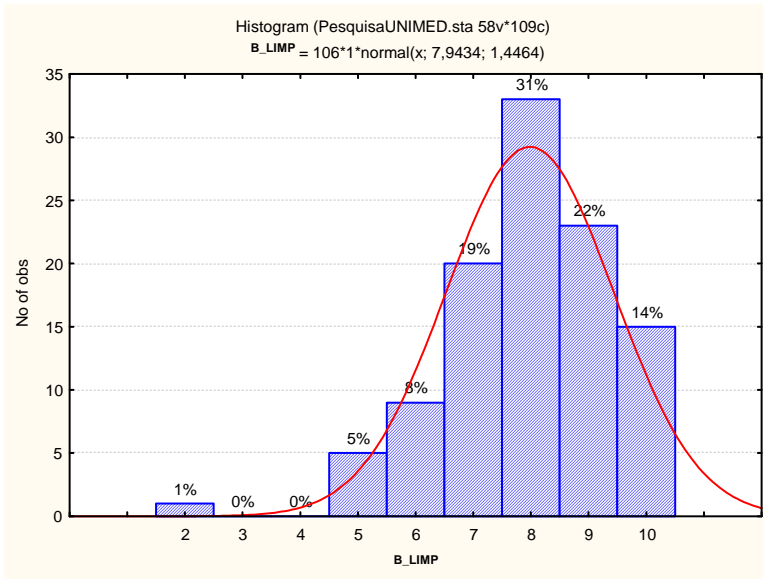
Grupo de Construtos	No. de Variáveis	no. de casos válidos	Alfa de Chronbach	No. de Fatores com Autovalor >1,00	% Variância Explicada
Acesso	3	97	0,72	1	65,97
Físico	6	101	0,85	1	63,86
Atendimento	5	98	0,87	1	67,01
Pessoal Funcionário	4	105	0,97	1	91,20
Pessoal Médico	4	106	0,92	1	81,29
Variedade de Serviço	2	100	0,75	1	80,57
Confiança	3	105	0,93	1	89,56
Reclamação	2	17	n.r.	1	84,10
Satisfação	3	107	0,87	1	80,41
Imagem e Marca	3	75	0,84	1	75,86
Compromisso	2	78	0,75	1	83,08
Fidelidade Pessoal	2	81	0,68	1	76,27
Recomendação	2	86	0,73	1	81,42

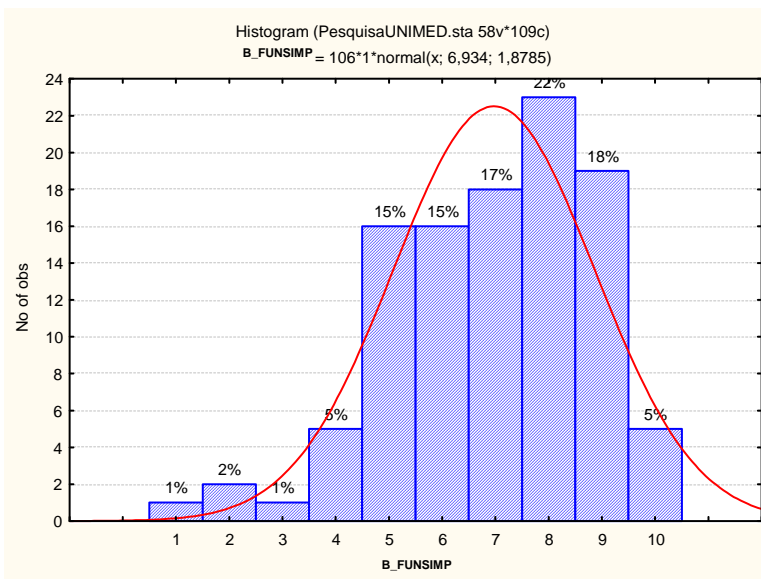
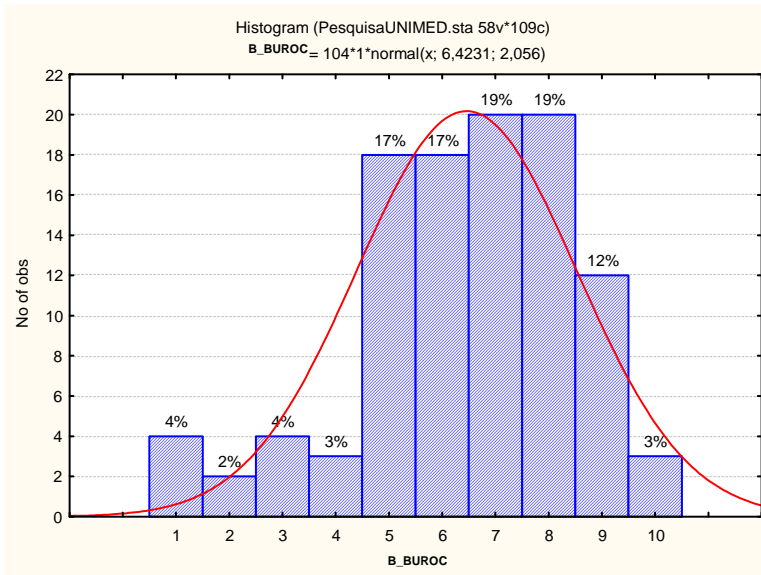
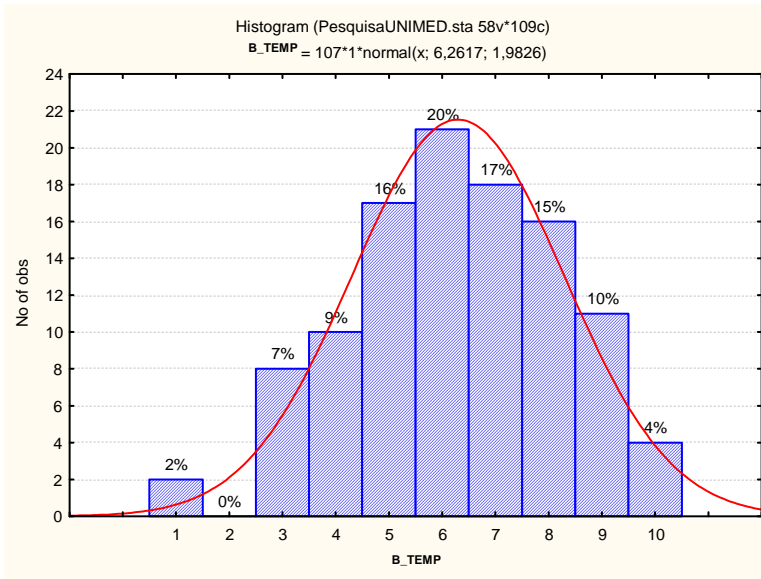
Notas: n.r. – teste não realizado

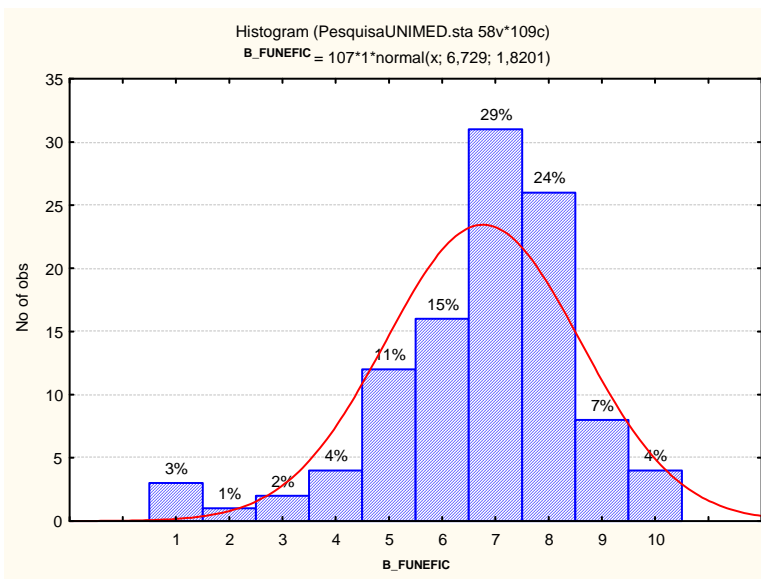
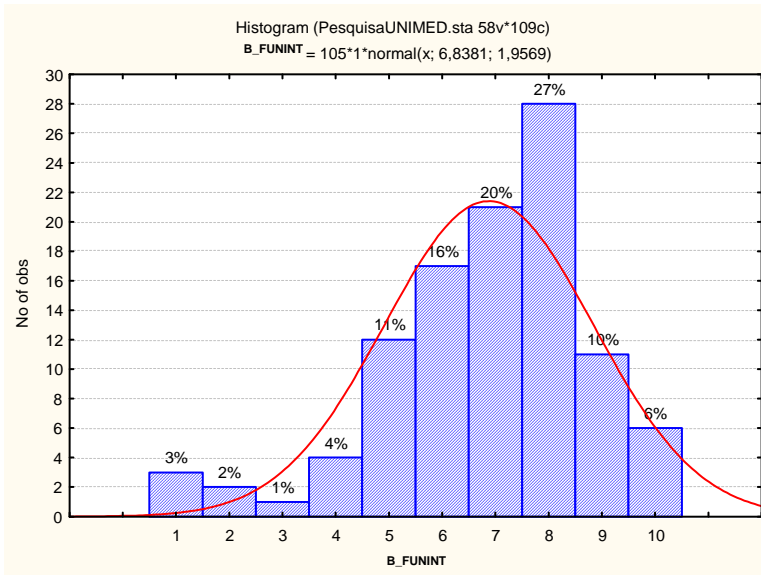
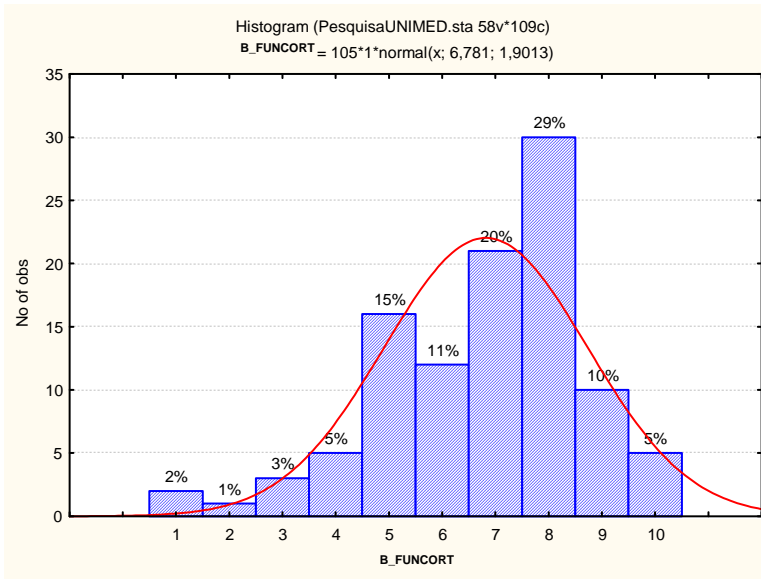
Anexo 3 – Estatística Descritiva

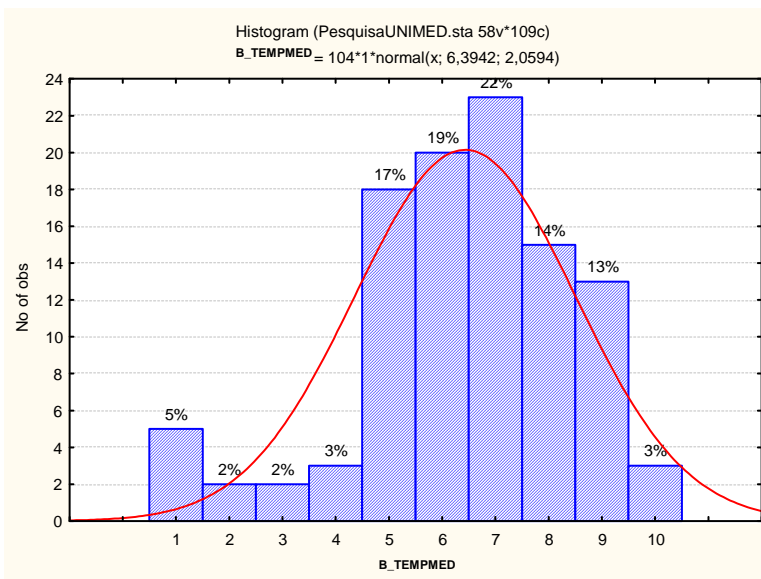
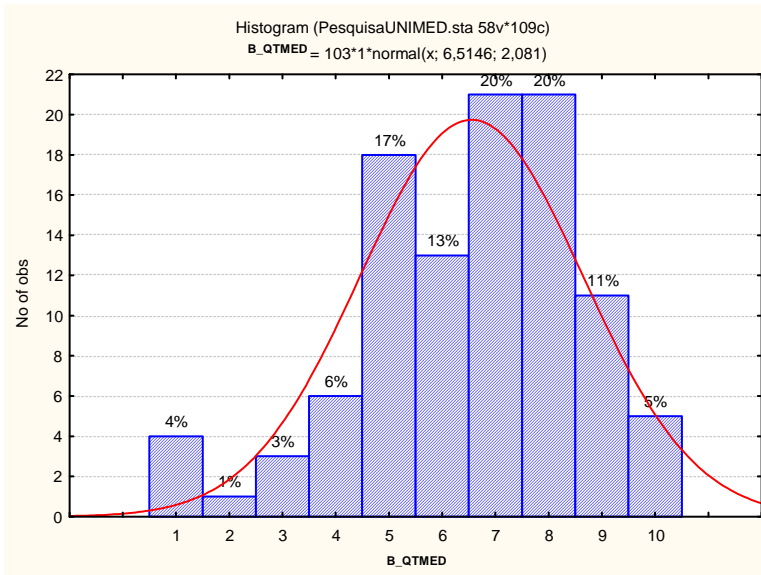
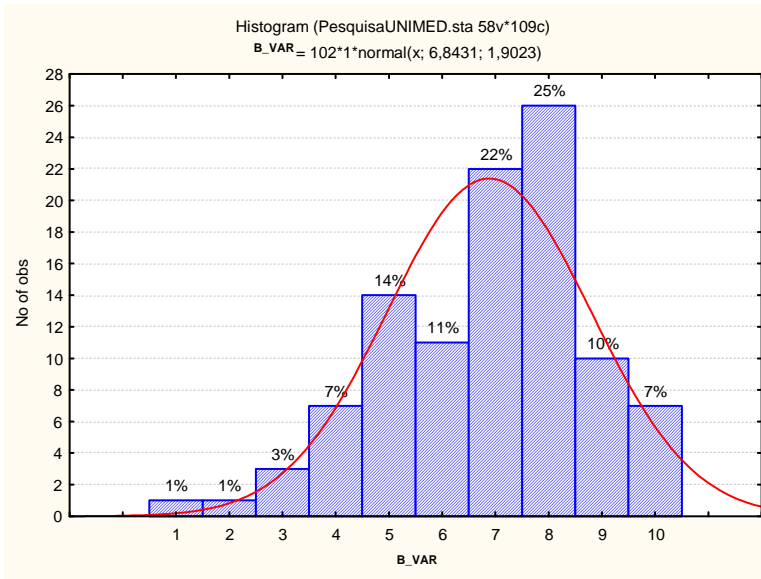


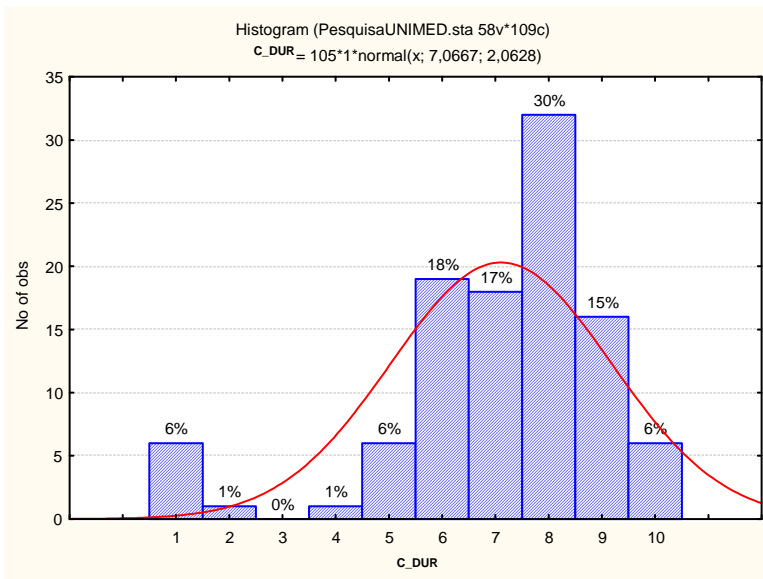
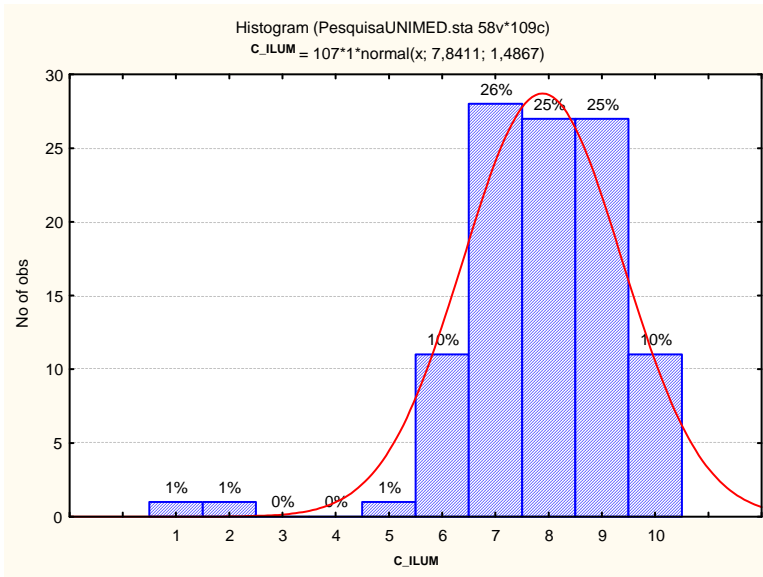
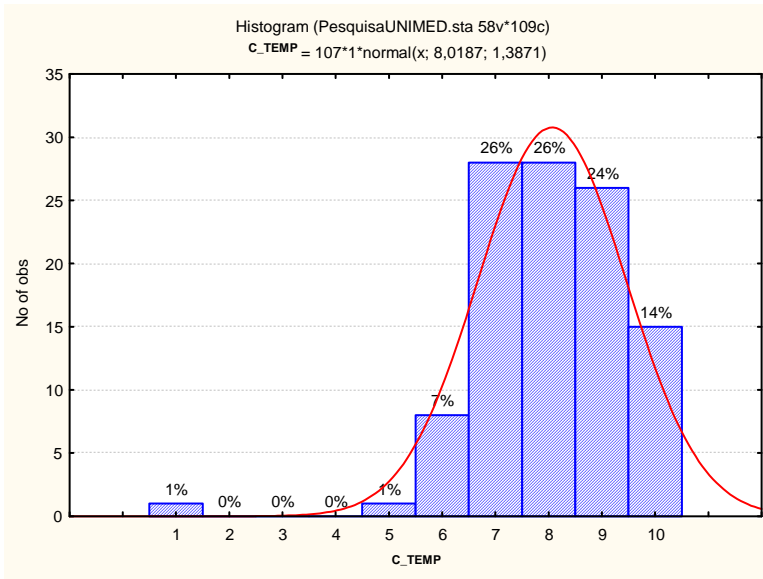


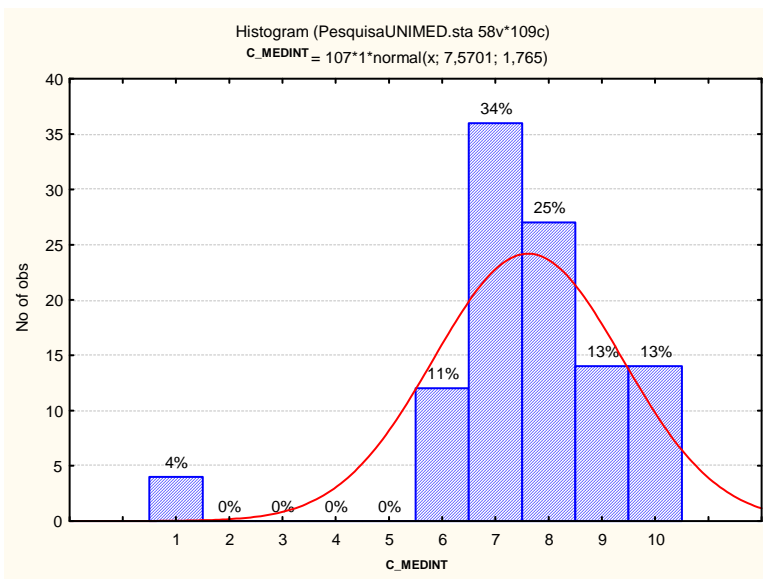
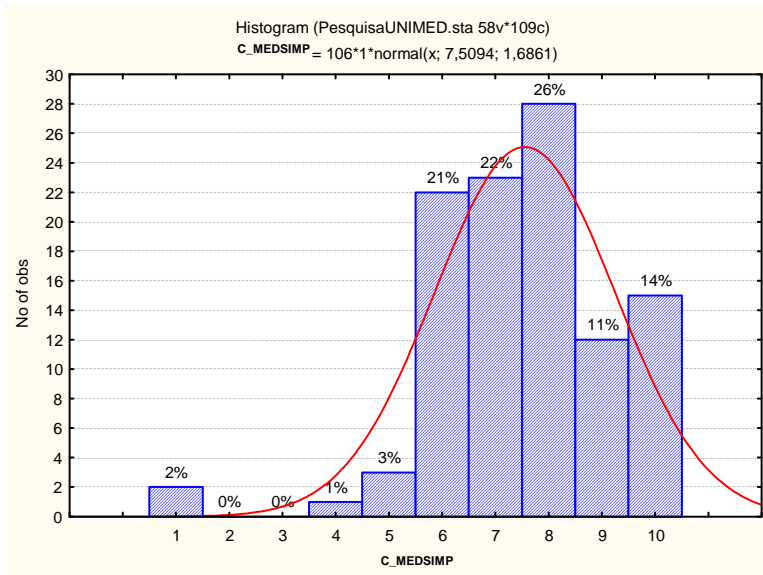
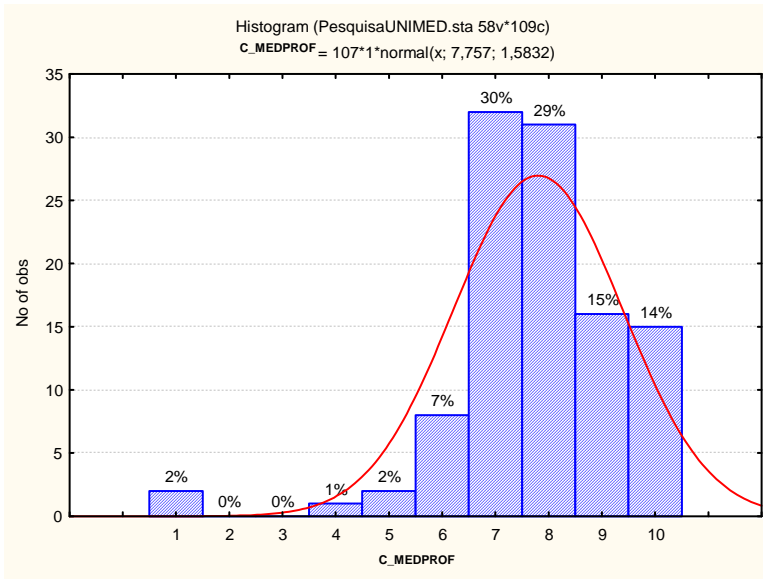


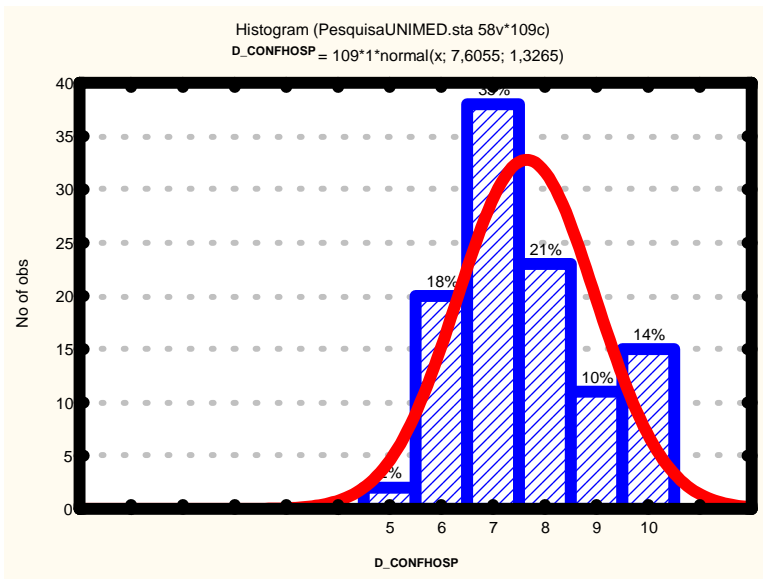
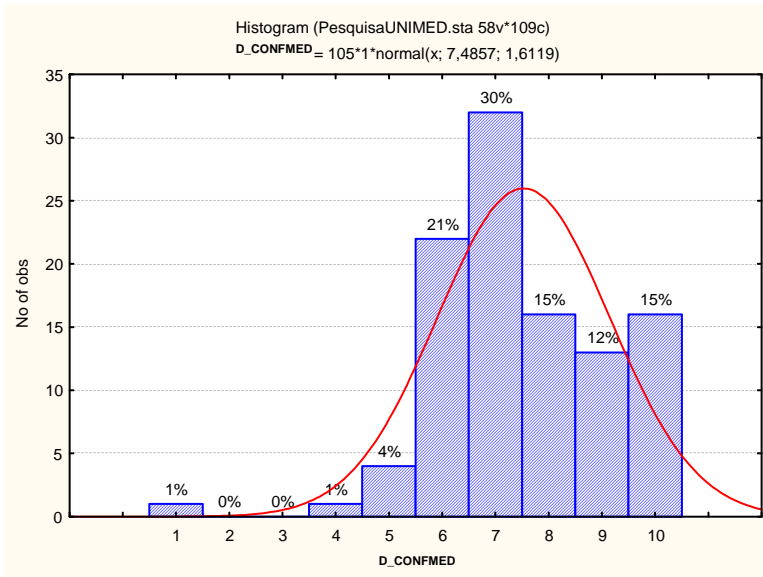
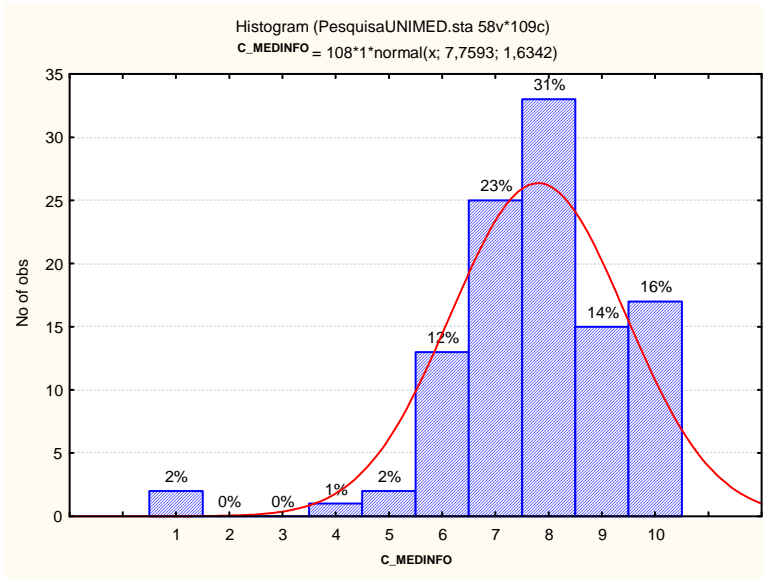


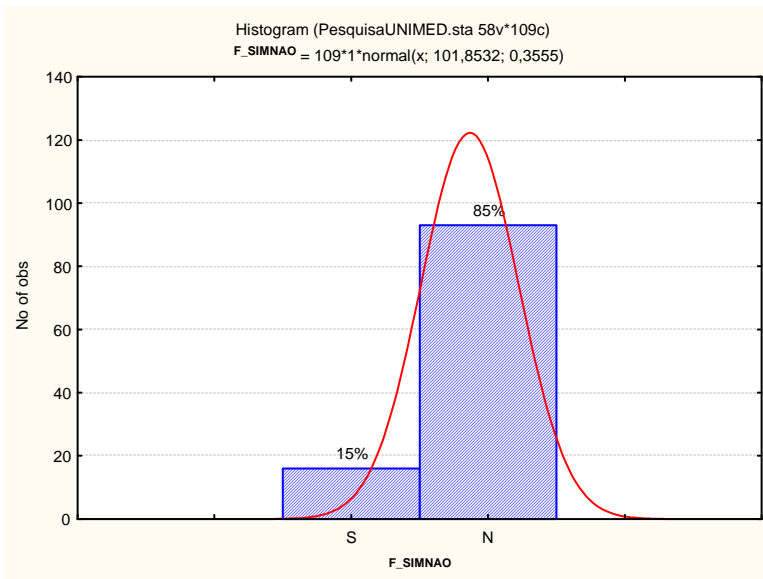
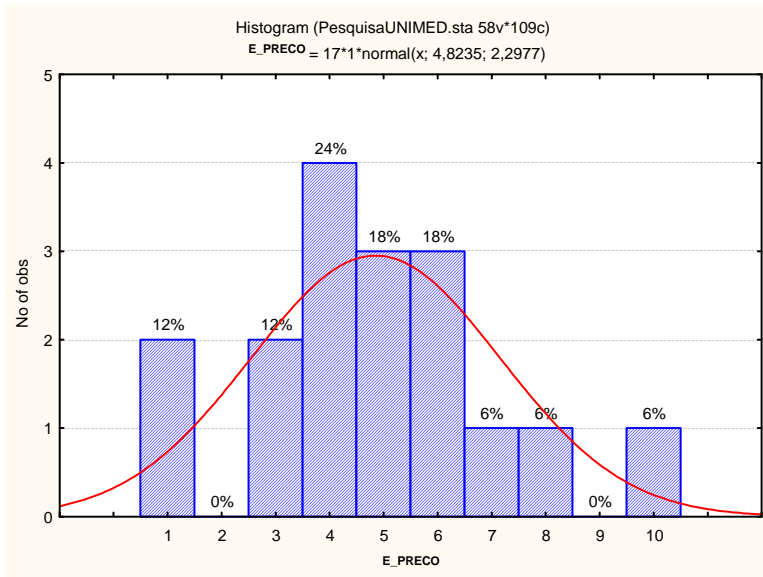
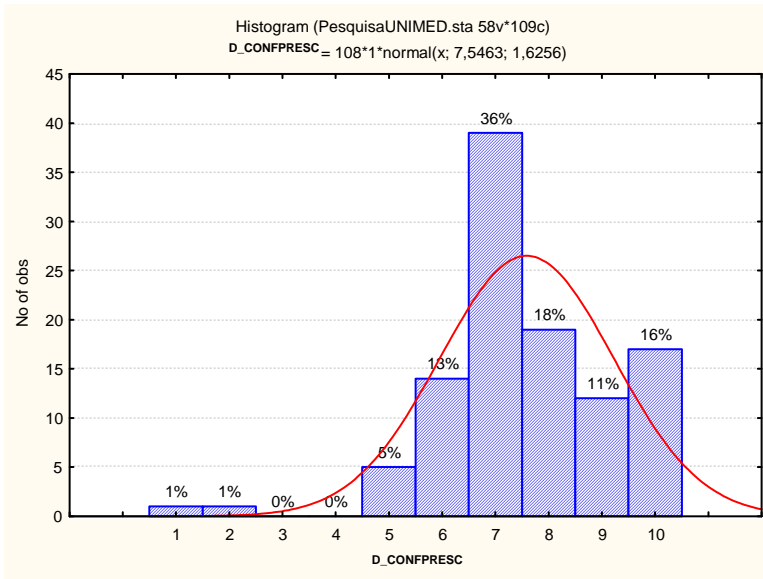


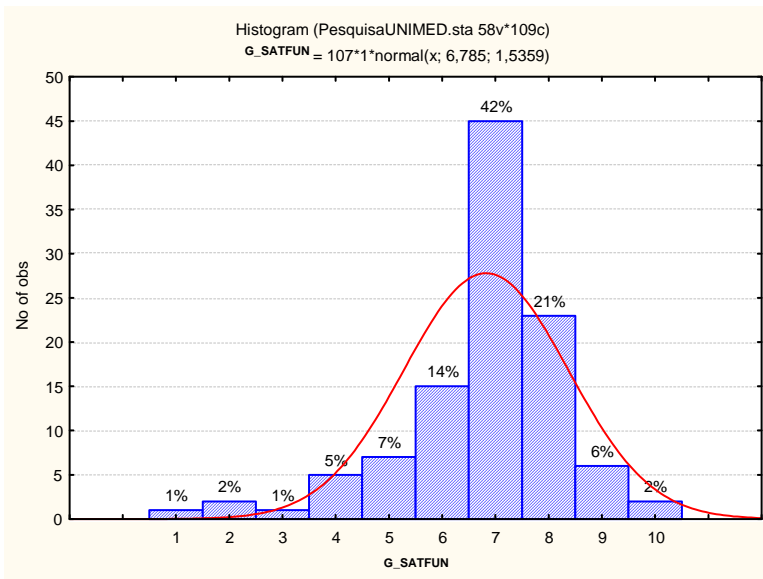
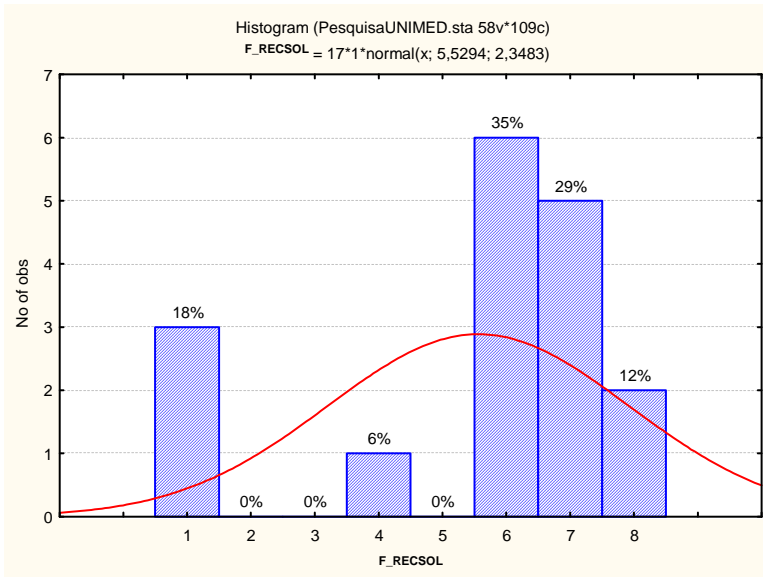
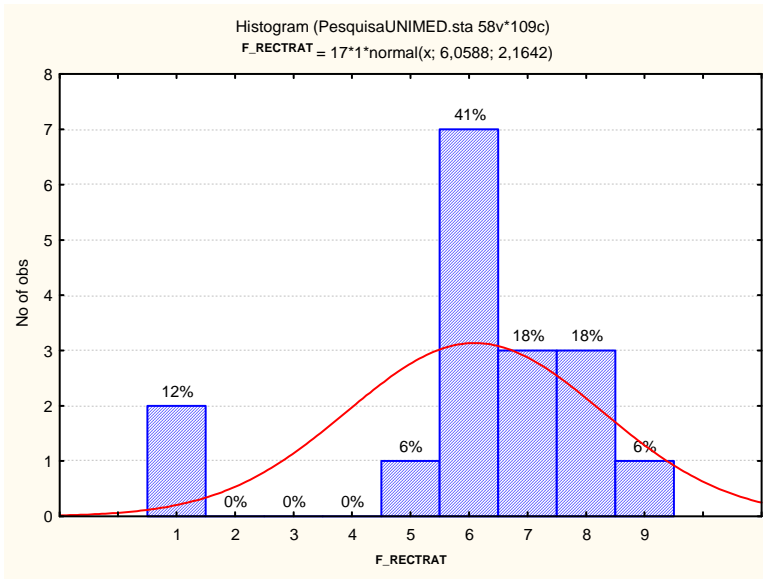


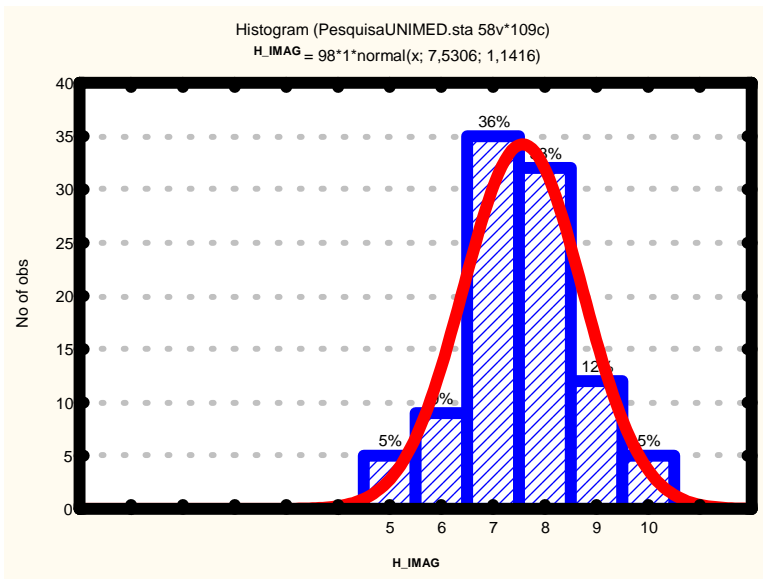
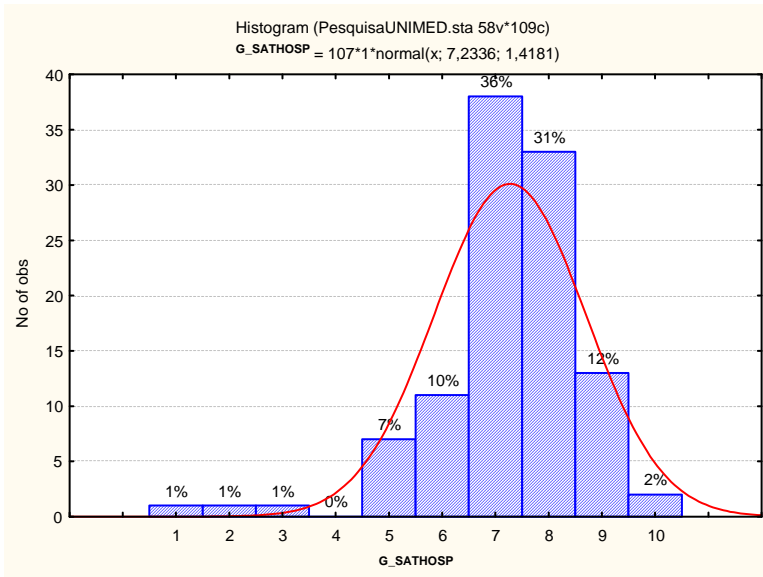
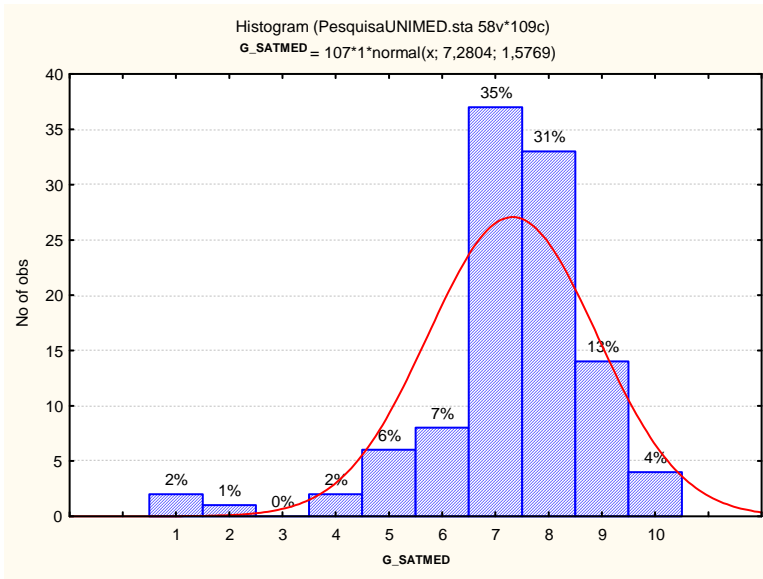


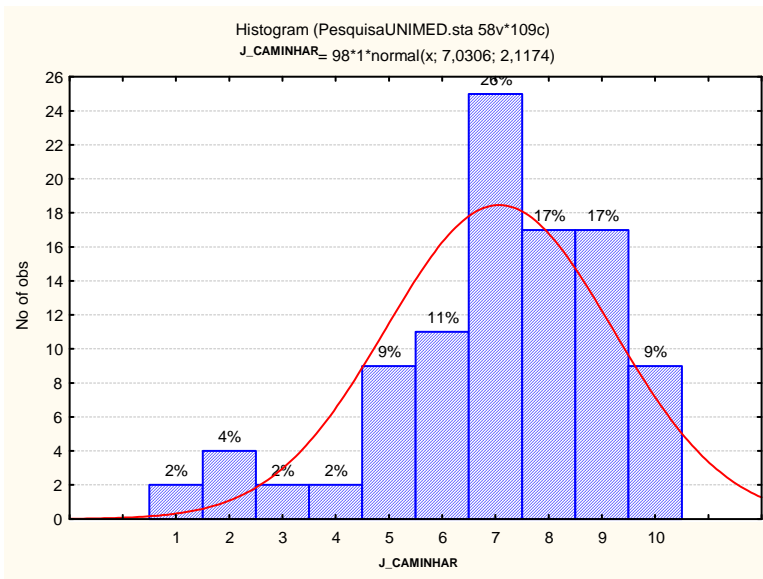
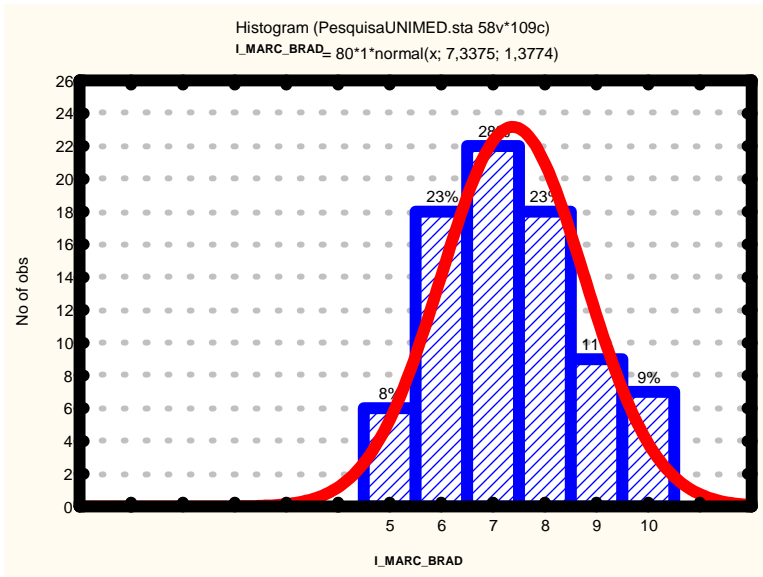
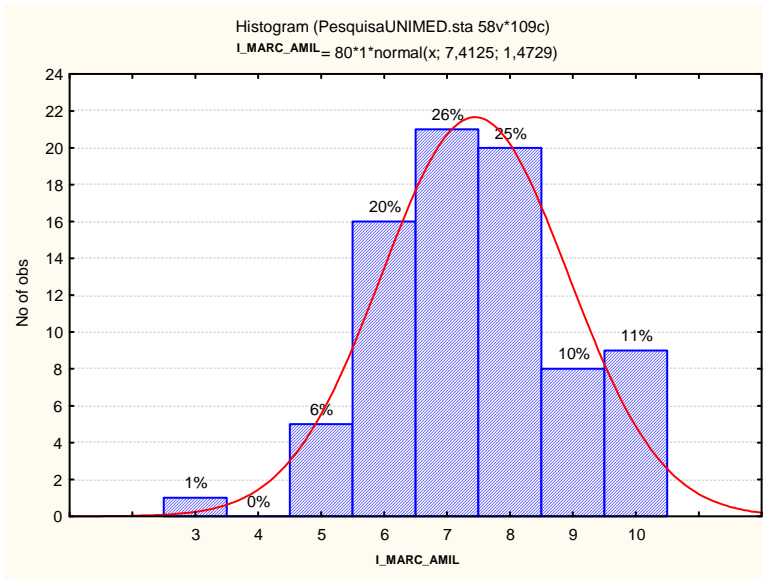


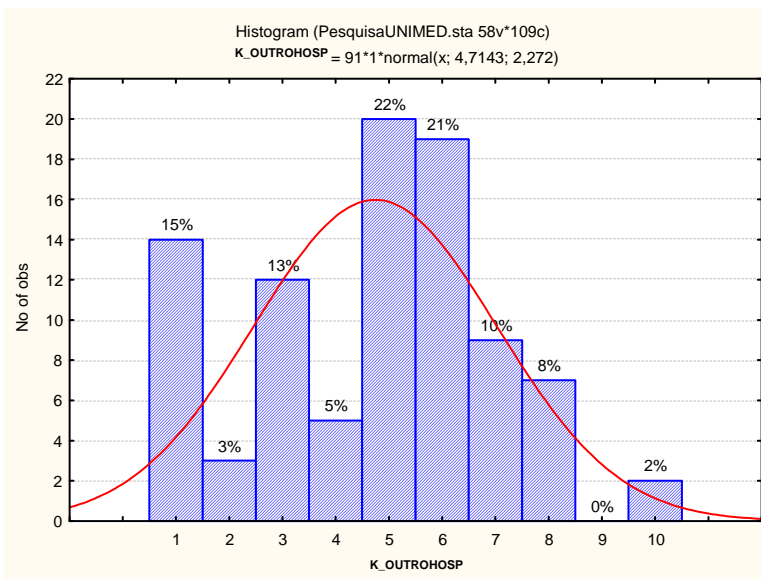
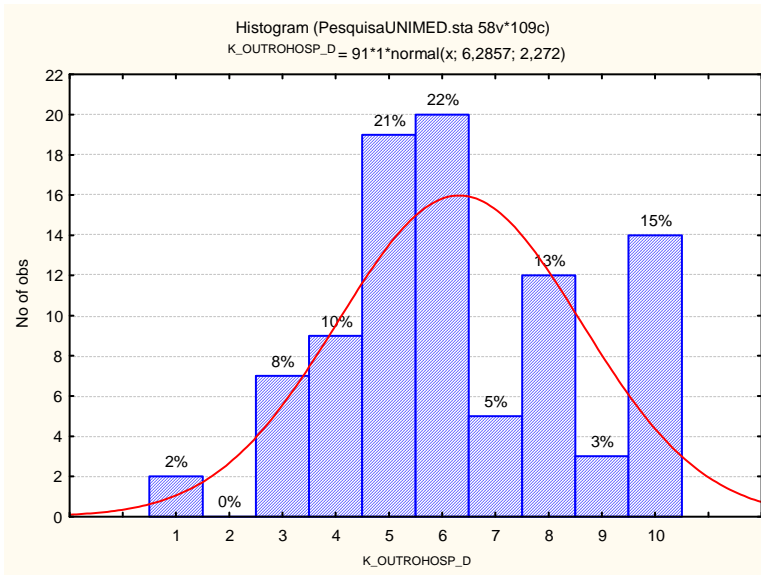
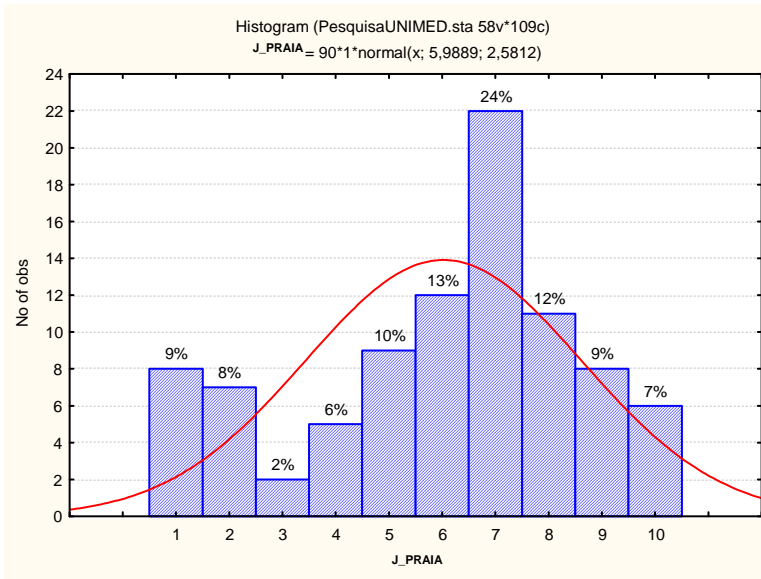


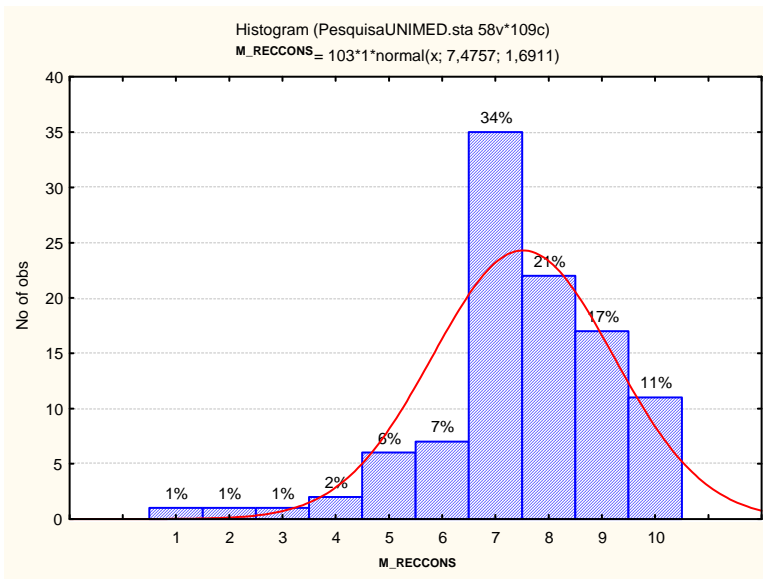
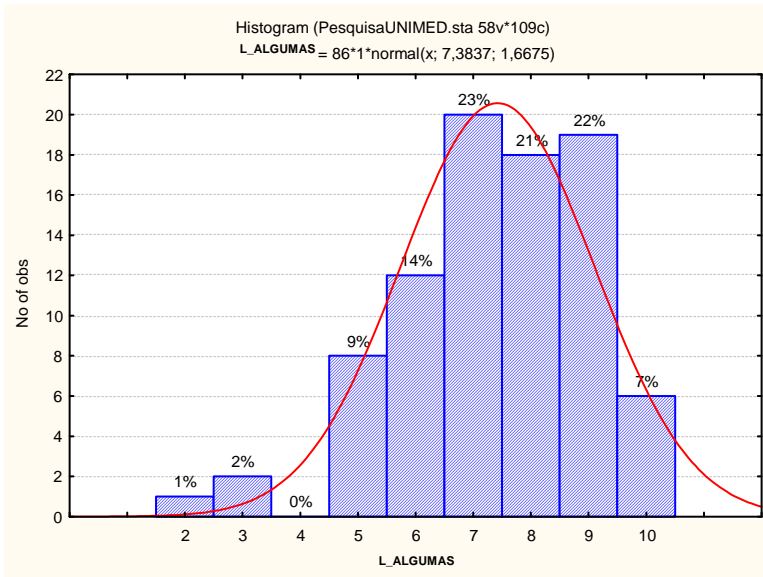
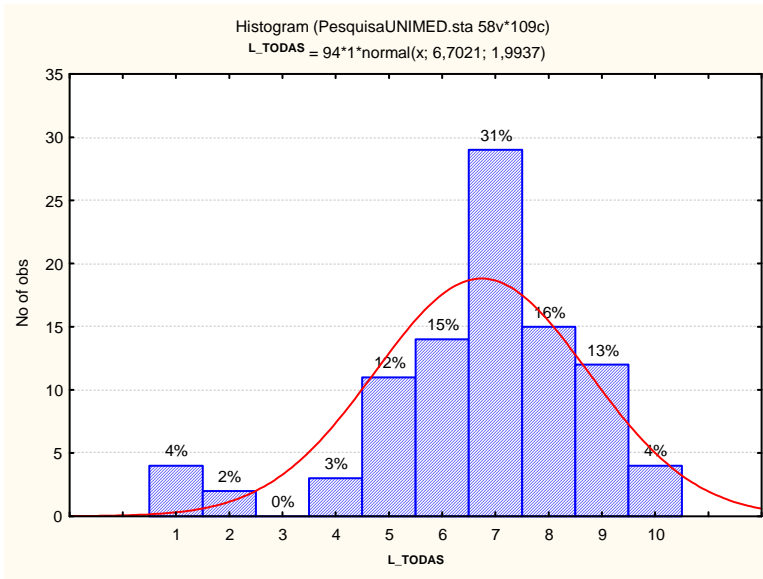


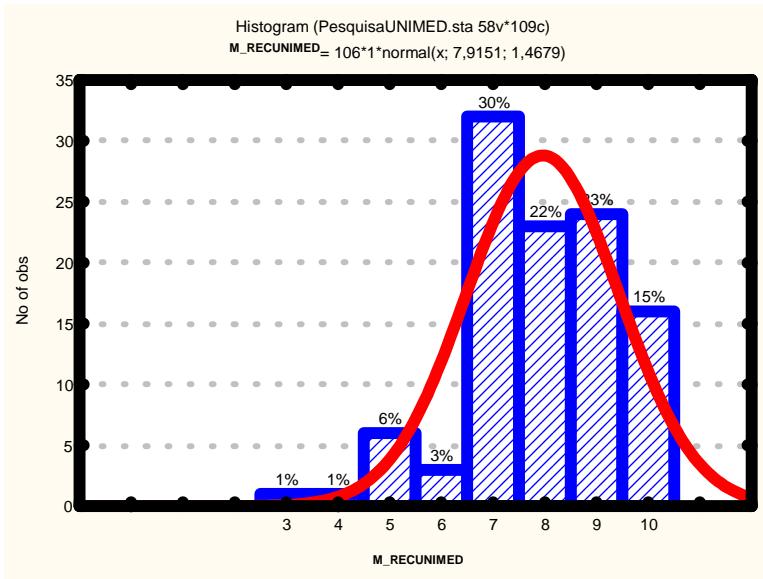












Anexo 4 – Regressão Múltipla para Satisfação

	Backward		Forward	
<i>n</i>	84		84	
<i>p</i>	< 0,0001		< 0,0001	
R	0,6664		0,6518	
R ² ajustado	0,4238		0,4032	
Variáveis	beta	p	beta	p
Eficiência Funcionários	0,360757	***		
Iluminação Consultório	0,305351	*		
Profissionalismo Médico	0,287689	*	0,402319	***
Tempo para Atendimento Médico			0,338376	**
Localização			0,272342	*

* < 0,01 ** < 0,001 *** < 0,0001

A.1 Forward

Multiple Regression Results (step 3, final solution)
reached maximum number of steps

Dependent: G_SATHOSP Multiple R = ,66642928 F = 21,30601
R²= ,44412798 df = 3,80

No. of cases: 84 adjusted R²= ,42328278 p = ,000000

Standard error of estimate: 1,137820658

Intercept: ,924241012 Std.Error: ,7954912 t(80) = 1,1618 p = ,2488

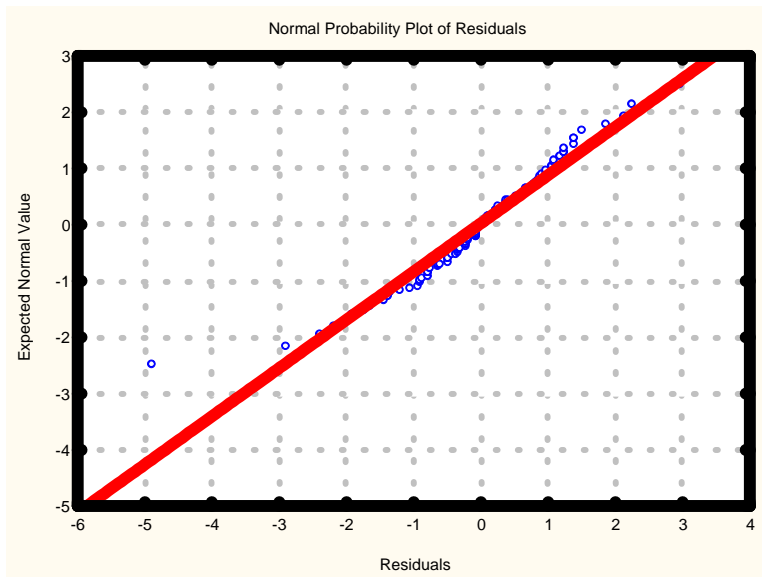
C_ILUM beta=,305 B_FUNEFIC beta=,361 C_MEDPROF beta=,288

Regression Summary for Dependent Variable: G_SATHOSP (PesquisaUNIMED.sta)

R= ,66642928 R²= ,44412798 Adjusted R²= ,42328278

F(3,80)=21,306 p<,00000 Std.Error of estimate: 1,1378 N = 84

	Beta	Std.Err.	B	Std.Err.	t(80)	p-level
Intercept			0,924241	0,795491	1,161849	0,248751
C_ILUM	0,305351	0,098770	0,300253	0,097121	3,091547	0,002740
B_FUNEFIC	0,360757	0,084480	0,290969	0,068137	4,270327	0,000053
C_MEDPROF	0,287689	0,097659	0,265821	0,090235	2,945858	0,004217



A.2 Backward

Dependent: G_SATHOSP Multiple R = ,65180125 F = 19,69764

R²= ,42484487 df = 3,80

No. of cases: 84 adjusted R²= ,40327655 p = ,000000

Standard error of estimate: 1,157387822

Intercept: 1,218366594 Std.Error: ,7899383 t(80) = 1,5424 p = ,1269

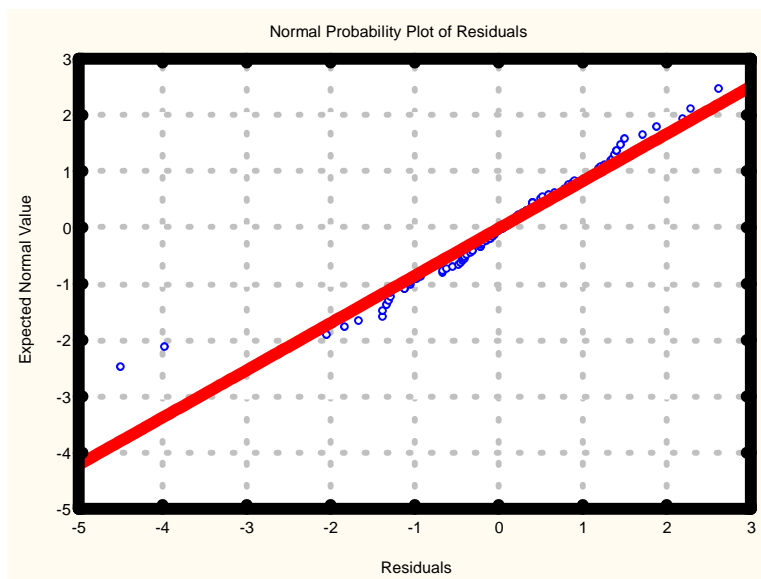
A_LOCAL beta=,272 B_TEMP MED beta=,338 C_MEDPROF beta=,402

Regression Summary for Dependent Variable: G_SATHOSP (PesquisaUNIMED.sta)

R= ,65180125 R²= ,42484487 Adjusted R²= ,40327655

F(3,80)=19,698 p<,00000 Std.Error of estimate: 1,1574

	Beta	Std.Err.	B	Std.Err.	t(80)	p-level
Intercept			1,218367	0,789938	1,542357	0,126934
A_LOCAL	0,272342	0,091275	0,211028	0,070726	2,983745	0,003775
B_TEMP MED	0,338376	0,086199	0,249918	0,063665	3,925509	0,000182
C_MEDPROF	0,402319	0,090890	0,371738	0,083982	4,426418	0,000030



Multicolinearidade

<i>Variável Significativa no Modelo</i>	<i>Variável Colinear</i>	<i>r</i>
Localização	-	-
Iluminação Consultórios	Temperatura Consultórios	0,796
Eficiência Funcionários	Simpatia Funcionários	0,850
	Cortesia Funcionários	0,850
	Interesse Funcionários	0,920
	Tempo para Atendimento Recepção	0,720
	Burocracia	0,740
	Quantidade de Médicos	0,857
	Tempo para Atendimento Médico	0,792
Profissionalismo dos Médicos	Simpatia dos Médicos	0,788
	Simpatia - Interesse dos Médicos	0,810
	Simpatia - Confiança nos Médicos	0,745
	Simpatia - Confiança na Prescrição	0,775
	Confiança Médicos – Confiança Hospital	0,748
Tempo para Atendimento do Médico	Interesse Funcionários	0,750
	Eficiência Funcionários	0,790
	Quantidade de Médicos	0,873

Matriz de Correlação para Satisfação ao Hospital

<i>Variável Independente</i>	<i>r</i>	<i>r²</i>
ILUMCON	0,512	0,263
MEDINT	0,489	0,239
TEMPCON	0,476	0,226
MEDPROF	0,467	0,218
MEDINFO	0,457	0,209
LOCAL	0,450	0,202
FUNEFIC	0,425	0,181
ENT	0,422	0,178
MEDSIMP	0,388	0,151
CONFMED	0,371	0,138
CONFPRES	0,370	0,137
FUNINT	0,360	0,129
QTATEND	0,357	0,127
TEMPREC	0,356	0,126
LIMPREC	0,356	0,126
ILUMREC	0,351	0,123
BUROC	0,340	0,115
TEMPOMED	0,339	0,115
TEMPOATD	0,337	0,114
CONFHOSP	0,318	0,101
DURCONS	0,304	0,092
FUNSIMP	0,302	0,091
QTMED	0,300	0,090
FUNCORT	0,273	0,074
ESTAC	0,256	0,065
VARSERV	0,242	0,059
ESPFIS	0,166	0,027
SATFUN	0,736	0,542
SATMED	0,806	0,649
SATHOSP	1,000	1,000

Matriz de Colinearidade

0.7	A1	A2	A3	AF1	AF2	AF3	AF4	AT1	AT2	AT3	PF1	PF2	PF3	PF4	VAR1	VAR2	AT4	AF5	AF6	AT5	PM1	PM2	PM3	PM4	C1	C2	C3	SAT1	SAT2	SAT3				
A1	1																																	
A2		1																																
A3			1																															
AF1				1																														
AF2					1	0.84	0.87																											
AF3						0.84	1	0.85																										
AF4						0.87	0.85	1																										
AT1								1	0.81		0.76																							
AT2									0.81	1	0.84	0.72				0.72																		
AT3									0.84	1	0.76					0.74																		
PF1									0.76	0.72	0.76	1	0.88	0.87	0.85	0.7644																		
PF2												0.88	1	0.9	0.85	0.7272																		
PF3												0.87	0.9	1	0.92	0.8197	0.7521																	
PF4										0.72	0.74	0.85	0.85	0.92	1	0.8574	0.7926														0.7015			
VAR1															1																			
VAR2												0.76	0.73	0.82	0.86	1	0.8735																	
AT4													0.75	0.79	0.8735	1																		
AF5																			1	0.7962														
AF6																			0.7962	1														
AT5																					1													
PM1																																		
PM2																						1	0.788											
PM3																						0.788	1	0.81		0.7451		0.7752						
PM4																							0.81	1	0.7641									
C1																							0.7641	1	0.7485		0.7632							
C2																								0.7485	1	0.7786	0.8953							
C3																									0.7786	1	0.7798							
SAT1																									0.7752	0.7632	0.8953	0.7798	1					
SAT2																																1	0.7363	
SAT3																																0.7363	0.8057	1

Anexo 5 – Regressão Múltipla para Fidelidade e Recomendação

Fidelidade Total

Regression Summary for Dependent Variable: L_TODAS (PesquisaUNIMED.sta)

R= ,55023567 R²= ,30275929 Adjusted R²= ,27871651

F(2,58)=12,593 p<,00003 Std.Error of estimate: 1,7018

N=61	Beta	Std.Err.	B	Std.Err.	t(58)	p-level
Intercept			-0,523651	1,604003	-0,326465	0,745248
J_PRAIA	0,440335	0,109813	0,352733	0,087966	4,009870	0,000176
G_SATHOSP	0,355392	0,109813	0,645264	0,199380	3,236351	0,002003

Regression Summary for Dependent Variable: L_TODAS (PesquisaUNIMED.sta)

R= ,66194089 R²= ,43816574 Adjusted R²= ,41879215

F(2,58)=22,617 p<,00000 Std.Error of estimate: 1,5277

N=61	Beta	Std.Err.	B	Std.Err.	t(58)	p-level
Intercept			-1,17818	1,182119	-0,996669	0,323065
G_SATFUN	0,511972	0,098572	0,82746	0,159313	5,193912	0,000003
J_PRAIA	0,392298	0,098572	0,31425	0,078961	3,979829	0,000194

Fidelidade Parcial

Regression Summary for Dependent Variable: L_ALGUMAS (PesquisaUNIMED.sta)

R= ,66963340 R²= ,44840889 Adjusted R²= ,42759413

F(2,53)=21,543 p<,00000 Std.Error of estimate: 1,1370

N=56	Beta	Std.Err.	B	Std.Err.	t(53)	p-level
Intercept			0,353895	1,104291	0,320473	0,749870
H_IMAG	0,538407	0,104883	0,766062	0,149231	5,133404	0,000004
K_OUTROHOSP_D	0,292305	0,104883	0,211076	0,075737	2,786963	0,007368

Recomendar Hospital

Regression Summary for Dependent Variable: M_RECCONS (PesquisaUNIMED.sta)

R= ,64428497 R²= ,41510312 Adjusted R²= ,38484984

F(3,58)=13,721 p<,00000 Std.Error of estimate: 1,2630

N=62	Beta	Std.Err.	B	Std.Err.	t(58)	p-level
Intercept			-0,667189	1,319701	-0,505561	0,615081
G_SATMED	0,326882	0,119654	0,374584	0,137115	2,731899	0,008330
H_IMAG	0,303185	0,117761	0,472105	0,183372	2,574584	0,012611
G_SATFUN	0,222241	0,104293	0,260914	0,122441	2,130931	0,037345

Regression Summary for Dependent Variable: M_RECCONS (PesquisaUNIMED.sta)

R= ,58295893 R²= ,33984112 Adjusted R²= ,31746285

F(2,59)=15,186 p<,00000 Std.Error of estimate: 1,3304

N=62	Beta	Std.Err.	B	Std.Err.	t(59)	p-level
Intercept			-0,193510	1,380299	-0,140194	0,888984
H_IMAG	0,369625	0,120189	0,575563	0,187152	3,075373	0,003184
G_SATHOSP	0,308261	0,120189	0,448370	0,174816	2,564803	0,012887

Recomendar UNIMED

Regression Summary for Dependent Variable: M_RECUNIMED (PesquisaUNIMED.sta)

R= ,63756917 R²= ,40649445 Adjusted R²= ,38637562

F(2,59)=20,205 p<,00000 Std.Error of estimate: 1,0436

N=62	Beta	Std.Err.	B	Std.Err.	t(59)	p-level
Intercept			2,828775	0,792833	3,567932	0,000722
I_MARC_BRAD	0,537267	0,100530	0,517344	0,096802	5,344365	0,000002
K_OUTROHOSP_D	0,308657	0,100530	0,187250	0,060987	3,070303	0,003231

Matriz de Colinearidade para Fidelidade e Recomendação

0,5													
SATFUN	1		0,58							0,53			0,52
SATMED		1	0,75	0,51							0,51		0,54
SATHOSP	0,58	0,75	1	0,51									0,53
IMAG		0,51	0,51	1							0,61		
MARC_AMIL					1	0,91							0,53
MARC_BRAD					0,91	1							0,56
AFET_CAM							1	0,61					
AFET_PRA							0,61	1					
CALC_OUT									1				
FID_TOT	0,53									1			0,55
FID_PAR		0,51		0,61							1		0,55
RECHOSP	0,52	0,54	0,53							0,55	0,55		1
RECUNIMED					0,53	0,56							1

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](#)