

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

**ESPERANÇA: CONSTRUÇÃO E TESTE DE UM MODELO TEÓRICO DA SUA
INFLUÊNCIA NO PROCESSO DE COMPRA DO CONSUMIDOR DE CIRURGIA
PLÁSTICA ESTÉTICA**

Alda Rosana Duarte de Almeida
Orientador: Prof. Dr. José Afonso Mazzon

SÃO PAULO
2010

Prof. Dr. João Grandino Rodas
Reitor da Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Carlos Roberto Azzoni
Diretor da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade

Prof. Dr. Adalberto Américo Fischmann
Chefe do Departamento de Administração

Prof. Dr. Lindolfo Galvão Albuquerque
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Administração

ALDA ROSANA DUARTE DE ALMEIDA

**ESPERANÇA: CONSTRUÇÃO E TESTE DE UM MODELO TEÓRICO DA SUA
INFLUÊNCIA NO PROCESSO DE COMPRA DO CONSUMIDOR DE CIRURGIA
PLÁSTICA ESTÉTICA**

Tese apresentada ao Departamento de
Administração da Faculdade de Economia,
Administração e Contabilidade da
Universidade de São Paulo, como requisito
para obtenção do título de Doutor em
Administração

Orientador: Prof. Dr. José Afonso Mazzon

SÃO PAULO

2010

Almeida, Alda Rosana Duarte de

Esperança: construção e teste de um modelo teórico da sua influência no processo de compra do consumidor de cirurgia plástica estética / Alda Rosana Duarte de Almeida. - São Paulo, 2010.

274 p.

Tese (Doutorado) – Universidade de São Paulo, 2010.

Orientador: José Afonso Mazzon.

1. Satisfação do consumidor 2. Comportamento do consumidor
3. Esperança 4. Risco 5. Cirurgia plástica I. Universidade de São Paulo.
Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade II. Título.

CDD – 658.8343

*Às almas masculinas que me cercam no meu dia a dia,
que sempre sabem me apoiar, respeitar,
incentivar e, principalmente,
me amar: meu filho Raphael e meu marido Paquito.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido, Paquito, por todo o apoio e paciência, além do amor incondicional.

Ao meu filho, Phinha, por simplesmente existir, saber ajudar e amar.

À minha mãe, pelo apoio integral a tudo que faço.

À minha nora, Letícia, e ao meu neto de coração, Luiz Paulo, pelo apoio nas horas que necessitei, apesar dele não entender bem a razão, e ainda pelo neto(a) que está chegando.

À Mariana e Felipe pela atenção e paciência neste período.

Ao Prof. José Afonso Mazzon, por me escolher como orientanda, por me apoiar durante o processo de pesquisa, pela paciência nos momentos difíceis e pelas contribuições no desenvolvimento deste trabalho, essenciais ao aprendizado que tive.

Ao Prof. Delane Botelho, pelos conhecimentos transmitidos durante o meu mestrado e, como pesquisadora da FGV/EBAPE, pelo apoio para a realização dos grupos focais desta tese, bem como pelas contribuições no desenvolvimento da minha vida acadêmica.

Aos professores da FEA/USP, por todo o auxílio acadêmico competente e a habilidade em transferir o conhecimento, além do auxílio na pesquisa.

À coordenação de Pós-graduação da FEA/USP e coordenação da Graduação da EBAPE/FGV, pela ajuda na distribuição dos questionários.

Aos profissionais da FEA/USP, que sempre ajudaram a facilitar os trabalhos da tese, em especial Adriana, Gislaine e Valéria.

A todas as pessoas que se dispuseram a ajudar na minha tese, seja na fase dos grupos focais, respondendo aos questionários pela internet ou encaminhando-os aos amigos. Sei que sem vocês seria impossível realizar esta tese. Um muito obrigado especial.

Aos meus amigos do doutorado, pela convivência, aprendizado e ajuda.

Aos meus amigos de coração, novos ou antigos, por me entenderem, pela paciência de ainda continuarem sendo meus amigos, com carinho.

A todas as pessoas que por ventura eu esqueci de agradecer. Entendam que não foi falta de carinho, mas cansaço.

Ao meu “companheiro”, que me conectou com o mundo e possibilitou que esta tese fosse escrita, meu fiel *laptop*.

Às Forças Divinas.

“Não deixe que seus medos tomem o lugar dos seus sonhos”.

(Walt Disney)

RESUMO

O avanço de estudos na área do comportamento do consumidor nas últimas duas décadas, com proposições e testes de modelos sobre confiança, satisfação, lealdade, risco, valor percebido, entre outros, bem como estudos conceituais destes e outros construtos, vem desafiando a comunidade acadêmica a realizar pesquisas inovadoras, que tragam um diferencial para a teoria de marketing. Neste sentido, este trabalho baseia-se no entendimento e desenvolvimento do construto Esperança, importante na compreensão do comportamento do consumidor e, objeto de poucos e recentes trabalhos na área de marketing. Foi escolhido para o estudo, o consumidor de cirurgia plástica estética, por causa da presença do sentimento de esperança neste processo de compra, bem como pelo risco envolvido neste tipo de consumo, enriquecendo a análise do modelo. Assim, o foco desta tese foi elaborar e testar as influências do construto Esperança num modelo teórico aplicado ao comportamento do consumidor de cirurgia plástica estética no Brasil, principalmente na relação com os construtos Satisfação do Cliente, Confiança no Médico, Expectativas, Ansiedade e Risco Percebido. São apresentadas 12 hipóteses de pesquisa, integradas a um modelo teórico, relacionando a Esperança e outros construtos que impactariam na satisfação. Foi realizada uma revisão bibliográfica nas áreas pertinentes, que auxiliassem o entendimento dos construtos, de modo a se obter a descrição necessária ao processo de desenvolvimento do modelo teórico proposto, que foi testado pela Modelagem de Equações Estruturais (SEM). O estudo foi realizado em duas fases de pesquisa, sendo uma qualitativa e a segunda quantitativa. Na primeira, foram realizados dois grupos focais com consumidoras de cirurgia plástica estética, e entrevistas em profundidade com especialistas; e, na segunda, um *websurvey*, obtendo-se uma amostra total de 384 pessoas, das quais 207 que já haviam realizado uma cirurgia plástica estética, e, 170 das que têm a intenção de fazer. Um modelo alternativo ainda foi testado para estas amostras, a partir das proposições levantadas nos grupos focais. Os resultados obtidos demonstram que a Esperança desponta como importante construto nos modelos testados, com a confirmação de diversas hipóteses e proposições, denotando a necessidade de incluí-la em modelos futuros, pela proporção elevada de explicação que exerceria nos demais construtos, principalmente a Satisfação. Destaca-se que os modelos desta tese, apesar de complexos, apresentaram medidas adequadas, que nos deixam margem para afirmar que houve uma contribuição para a área de marketing. Limitações e futuras pesquisas são ainda consideradas ao final da tese.

Palavras-chave: Esperança, Satisfação, Risco Percebido, SEM, Cirurgia Plástica Estética.

ABSTRACT

In the last two decades the Consumer Behavior area has progressed through propositions and testing Models such as Trust, Satisfaction, Loyalty, Risk, Perceived Value, among others, as conceptual studies of these and other constructs have been challenging the Academic community to carry out innovative research and bring a differential to the theory of Marketing. Therefore, the present research focus on the understanding and development of the construct Hope, an important aspect for better understating the consumer behaviors and a subject fairly explored by the literature. Cosmetic Surgery consumers were chosen for this study as the presence of the feeling Hope in the decision making process, as well as perceived risk, can enrich the Models. The focus of this Thesis was to extend and test the influence of the construct Hope in a theoretical Model applied on consumers of aesthetic plastic surgery in Brazil, mainly in relation to the constructs of Customer Satisfaction, Trust (in doctor), Expectations, Anxiety and Perceived Risk. Hence 12 hypotheses were proposed and united in a theoretical Model which the construct Hope was related to constructs that tends to impact on consumer's satisfaction. A literature review in the relevant fields was conducted aiming to provide a better understanding of the constructs adopted in the Model proposed as way to obtain the necessary description of the development process, which was tested by Structural Equation Modeling (SEM). Two phase data collection were conducted for this research adopting qualitative methods at the first stage and quantitative at the second. At first two focus groups with female cosmetic surgery consumers followed by in-depth interviews with experts accomplished the qualitative phase. For the quantitative stage a web survey was applied and obtained a total sample of 384 females, including 207 consumers who had made aesthetics plastic surgery and 170 consumes with the intentions to do it. Based on the propositions that appeared in the focus groups an extended Model was tested using the sample described above. The result shows that Hope emerges as an important construct in the Model tested, with a confirmation of different hypotheses and propositions emphasizing the need to include the construct Hope in future Models due to the high proportion of explanation this construct would play with the others, especially with the construct Satisfaction. It's important to observe that the Models applied in this Thesis, despite their complexity, were able to present appropriate measurements allowing saying that this research has made a contribution to the field of Marketing. Limitations and future research were also considered at the end of this Thesis.

Keywords: Hope, Satisfaction, Perception Risk, SEM, Cosmetic Surgery.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	3
LISTA DE FIGURAS	4
LISTA DE QUADROS	5
1 INTRODUÇÃO	6
1.1 Formulação do Problema de Pesquisa	8
1.2 Objetivo Geral	8
1.3 Objetivos Específicos	9
1.4 Justificativa e Contribuições	9
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
2.1 O Estudo do Comportamento do Consumidor de Bens e Serviços	14
2.1.1 Definições do Comportamento do Consumidor	14
2.1.2 Influências no Comportamento de Compra	16
2.1.2.1 Fatores Influenciadores	17
2.1.2.2 Processo de Decisão de Compra do Consumidor de Serviços	22
2.1.3 A Cirurgia Plástica Estética e a sua relação com os Consumidores	26
2.1.4 Processo de Decisão e Motivações do Consumidor de Cirurgia Plástica Estética	32
2.2 Autoestima no Comportamento do Consumidor de Cirurgia Plástica Estética	38
2.3 Esperança no Comportamento do Consumidor	41
2.4 Expectativa <i>versus</i> Esperança <i>versus</i> Desejo	48
2.4.1 Expectativas	49
2.4.2 Desejo	52
2.4.3 Desesperança e Desespero	54
2.5 Construtos do Modelo de Comportamento do Consumidor de Cirurgia Plástica Estética.	56
2.5.1 Ansiedade	56
2.5.2 Confiança no Médico	60
2.5.3 Risco Percebido	62
2.5.4 Influência de Amigos(as) e Parentes	66
2.5.5 Satisfação	67
3 MODELO TEÓRICO	71
3.1 Algumas Considerações Preliminares sobre os Construtos Estudados	71
3.2 Proposições do Modelo	73
3.3 Hipóteses da Pesquisa	73
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	82
4.1 Delineamento da Pesquisa	82
4.2 Primeira Fase do Estudo: Qualitativa	83
4.2.1 Grupos Focais	83
4.2.2 Entrevistas em Profundidade	85
4.3 Segunda Fase do Estudo: Quantitativa	85
4.3.1 Construção do Instrumento de Coleta de Dados	85
4.3.2 Operacionalização das Variáveis	88
4.3.2.1 Operacionalização do Construto Autoestima	91
4.3.2.2 Operacionalização do Construto Esperança	92
4.3.2.3 Operacionalização do Construto Expectativas	93
4.3.2.4 Operacionalização do Construto Desejo	94
4.3.2.5 Operacionalização do Construto Ansiedade	94
4.3.2.6 Operacionalização do Construto Confiança no Médico	95
4.3.2.7 Operacionalização do Construto Risco Percebido	96

4.3.2.8	Operacionalização do Construto Influência de Amigos(as) e Parentes	97
4.3.2.9	Operacionalização do Construto Satisfação	97
4.3.3	População e Amostra	98
4.3.4	Procedimentos de Coleta e Registro	99
4.3.5	Técnica de Análise de Dados	101
4.3.5.1	Análise do Modelo Proposto para a Pesquisa	101
5	ANÁLISE DOS RESULTADOS	112
5.1	Primeira Fase – Qualitativa	112
5.1.1	Grupos Focais	112
5.1.1.1	Perfil dos Participantes	112
5.1.1.2	Análise das Variáveis e suas relações	114
5.1.2	Entrevistas em Profundidade	129
5.1.3	Considerações da Fase Qualitativa	132
5.2	Segunda Fase – Quantitativa	133
5.2.1	Perfil dos Respondentes	133
5.2.2	Avaliação dos Modelos de Medidas de cada Construto pelas CFAs	136
5.2.2.1	Autoestima	137
5.2.2.2	Esperança	138
5.2.2.3	Expectativas	140
5.2.2.4	Desejo	141
5.2.2.5	Ansiedade	142
5.2.2.6	Confiança no Médico	143
5.2.2.7	Risco Percebido	146
5.2.2.8	Influência de Amigos(as) e Parentes	147
5.2.2.9	Satisfação	148
5.2.3	Elaboração do Modelo Estrutural Inicial proposto para Análise	150
5.2.4	Avaliação dos Resultados e Modificação do Modelo Estrutural Inicial na Amostra Total	152
5.2.5	Avaliação dos Resultados do Modelo Estrutural Inicial nas Amostras do Grupo A e B	157
5.2.6	Avaliação dos Resultados do Modelo Estrutural Alternativo e Estabilidade do Modelo nas Amostras	163
5.2.6.1	Avaliação na Amostra Total	165
5.2.6.2	Avaliação na Amostra do Grupo A	171
5.2.6.3	Avaliação na Amostra do Grupo B	175
5.2.7	Análises Comparativas dos Resultados dos Modelos Estruturais nas Amostras	180
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	190
6.1	Conclusões	190
6.2	Implicações Teóricas	197
6.3	Implicações Gerenciais	199
6.4	Limitações e Sugestões para Futuros Estudos	200
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	202
8	LISTA DE ANEXOS	217

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Perfil dos Respondentes dos Grupos	135
Tabela 2	Número de Cirurgias da Amostra do Grupo B	136
Tabela 3	CFAs do Construto Autoestima	137
Tabela 4	Medidas de Adequação das CFAs do Construto Autoestima	138
Tabela 5	CFAs do Construto Esperança	139
Tabela 6	Medidas de Adequação das CFAs do Construto Esperança	139
Tabela 7	CFAs do Construto Expectativas	140
Tabela 8	Medidas de Adequação das CFAs do Construto Expectativas	141
Tabela 9	CFAs do Construto Desejo	141
Tabela 10	Medidas de Adequação das CFAs do Construto Desejo	142
Tabela 11	CFAs do Construto Ansiedade	143
Tabela 12	Medidas de Adequação das CFAs do Construto Ansiedade	143
Tabela 13	CFAs do Construto Confiança no Médico	145
Tabela 14	Medidas de Adequação das CFAs do Construto Confiança no Médico	146
Tabela 15	CFAs do Construto Risco Percebido	146
Tabela 16	Medidas de Adequação das CFAs do Construto Risco Percebido	147
Tabela 17	CFAs do Construto Influências de Amigos(as) e Parentes	148
Tabela 18	Medidas de Adequação das CFAs do Construto Influência de Amigos(as) e Parentes	148
Tabela 19	CFAs do Construto Satisfação	149
Tabela 20	Medidas de Adequação das CFAs do Construto Satisfação	150
Tabela 21	Comparação dos Resultados das Medidas de Adequação Inicial e Inicial R1 – Amostra Total	153
Tabela 22	Comparação dos Resultados no Modelo Inicial e Inicial R1– Amostra Total	154
Tabela 23	Resultados das Medidas de Adequação do Modelo Inicial Revisto 1 dos Grupos A e B	158
Tabela 24	Resultados dos Modelos Iniciais Revistos – Grupos A e B	159
Tabela 25	Medidas de Adequação do Modelo Alternativo Final da Amostra Total	166
Tabela 26	Resultados obtidos nas Hipóteses Testadas do Modelo Alternativo Final na Amostra Total	167
Tabela 27	Medidas de Adequação do Modelo Alternativo Final A do Grupo A	171
Tabela 28	Resultados obtidos nas Hipóteses Testadas no Modelo Alternativo Final A no Grupo A	172
Tabela 29	Medidas de Adequação do Modelo Alternativo Final B do Grupo B	176
Tabela 30	Resultados obtidos nas Hipóteses Testadas no Modelo Alternativo Final B no Grupo B	177
Tabela 31	Resumo dos Indicadores das Medidas de Adequação nos Modelos Finais	181
Tabela 32	Resumo dos Resultados obtidos nas Hipóteses Testadas em cada Modelo	182
Tabela 33	Efeitos das Relações entre Esperança e outros Construtos nos Modelos Estruturais Alternativos Finais	188
Tabela 34	Efeitos das Relações entre Satisfação e outros Construtos nos Modelos Estruturais Alternativos Finais	189

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Modelo Estímulo – Resposta do Comportamento do Consumidor	17
Figura 2	Etapas do Processo de Compra	23
Figura 3	Ligação entre Desejo, Esperança e Expectativa	54
Figura 4	Modelo Teórico da Esperança no Contexto dos Consumidores de Cirurgia Plástica Estética	79
Figura 5	Modelo Inicial R1 da Amostra Total	157
Figura 6	Modelo Inicial R1-A na Amostra do Grupo A	162
Figura 7	Modelo Inicial R1-B na Amostra do Grupo B	163
Figura 8	Modelo Alternativo a ser Testado	165
Figura 9	Modelo Alternativo Final da Amostra Total	170
Figura 10	Modelo Alternativo Final A do Grupo A	175
Figura 11	Modelo Alternativo Final B do Grupo B	180

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	O Porquê do Estudo da Esperança	10
Quadro 2	Relação Temporal da Esperança e Outros Construtos	73
Quadro 3	Amarração Metodológica das Hipóteses	80
Quadro 4	Sumário das Variáveis do Modelo	91
Quadro 5	Escala do Construto Autoestima	92
Quadro 6	Escala do Construto Esperança	93
Quadro 7	Escala do Construto Expectativas	94
Quadro 8	Escala do Construto Desejo	94
Quadro 9	Escala do Construto Ansiedade	95
Quadro 10	Escala do Construto Confiança no Médico	96
Quadro 11	Escala do Construto Risco Percebido	97
Quadro 12	Escala do Construto Influência de Amigos(as) e Parentes	97
Quadro 13	Escala do Construto Satisfação	98
Quadro 14	Medidas de Adequação Recomendadas para Análise	107
Quadro 15	Resumo da Matriz de Amarração Teórica para Análise do Modelo Inicial	109
Quadro 16	Grupo A: Mulheres que têm Intenção de Fazer Cirurgia Plástica Estética	112
Quadro 17	Grupo B: Mulheres que já Fizeram Cirurgia Plástica Estética	113

1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, pesquisas sobre satisfação e confiança do consumidor absorveram parte considerável dos esforços dos pesquisadores de marketing, institutos de pesquisas e empresas (por exemplo: BAPTISTA, 2005; ROSSI *et al.*, 2004; BIGNE e BLESÁ, 2003; SANTOS, 2001) a fim de melhorar a performance, com ênfase na conquista e manutenção dos clientes, na busca por relacionamentos mais permanentes que gerem ganhos na lucratividade por cliente (KAMAKURA *et al.*, 2002). Ganhar a confiança e manter o cliente satisfeito e rentável frente a produtos e serviços tornou-se uma das atividades mais importantes da área de marketing.

Na busca de alcançar esses objetivos, os estudiosos de marketing têm olhado com interesse a interação humana, analisando, semelhante à posição filosófica de sofisma, “o que parece ser”, na medida em que lida, muitas vezes, “com o que não é” (ASKEGAARD, GERTSEN e LANGER, 2002). Nesse sentido, o estudo do comportamento do consumidor tem avançado como tema, tendo-se inúmeras publicações acadêmicas e livros (por exemplo: MOWEN e MINOR, 2003; BELK, GER e ASKEGAARD, 2003; SOLOMON, 2002; FARIAS e SANTOS, 2000; RICHINS, 1997) principalmente no que tange à satisfação do cliente, essencial para a disciplina focada no consumidor e na orientação para o marketing (por exemplo: CHOI *et al.*, 2005; ROSSI *et al.*, 2004; GABARINO e JOHNSON, 1999; OLIVER e DESARBO, 1998). Porém, se a avaliação constante da satisfação traz benefícios como forma de realimentar e controlar o esforço de empresas sob o ponto de vista de seus consumidores, fator importante para a permanência de empresas em mercados competitivos, é importante incentivar estudos de construtos inexplorados na área de marketing, que possam ser considerados como antecedentes da satisfação do cliente.

Como exemplo, se é comum encontrar pessoas esperançosas em relação à compra de um imóvel, o “sonho da casa própria”, ou clientes que decidiram rapidamente a compra de um presente porque estavam ansiosos em resolver sua necessidade, ou desapontados com a perda de uma negociação, então construtos como a esperança deveriam ser analisados com maior atenção pelos pesquisadores de marketing. Esperança é considerada um sentimento ligado à percepção de sucesso em relação à meta e, pode-se dizer que seria uma forma de incentivo à ação, que se identificada e estimulada corretamente, influenciaria diretamente o processo de compra, a confiança, satisfação do cliente e talvez a formação do relacionamento com o

cliente, quando for o caso. Além disso, ela seria importante quando há percepção de risco na compra, como a de serviços (MACINNIS e CHUN, 2007; MACINNIS e MELLO, 2005; SNYDER, 2002; LAZARUS, 1999; LAZARUS e LAZARUS, 1994; AVERILL, CATLIN e CHON, 1990).

O conhecimento das pessoas sobre esperança vem desde criança, quando ouvimos que a “esperança é a última que morre”, por exemplo. Mas como esta esperança influenciaria em nossas vidas e decisões? Algumas pessoas têm muita esperança, outras são ansiosas e assim por diante. Porém, quando se está tratando com o cliente durante uma negociação de um bem ou serviço, o objetivo sempre deve ser o de tentar minimizar os efeitos que uma pessoa esperançosa pode proporcionar, no sentido de amenizar os resultados ruins e maximizar os bons. Esperança, em especial, é muitas vezes tratada como uma “entidade comercial”, possibilitando a viabilidade econômica de muitas indústrias que passaram a ser “fonte de esperança”, promovendo segredos, ferramentas, dicas e truques para uma melhor aparência, um corpo mais atraente e reforçar a autoestima, por exemplo.

É nessa procura pela autoestima, que a cirurgia plástica estética tem sido vista como legítima para tentar corrigir o problema da equação corpo *versus* autoimagem que alimentaria a esperança de elevá-la. Acredita-se que a imagem do corpo, mais especificamente a insatisfação com ela, seja o ponto central que motivaria o aumento de comportamentos sobre a aparência, uma vez que vivemos em um tempo de crescente foco no corpo e suas perfeições. De fato, grande número de mulheres - e crescente de homens - que podem pagar por isso, parecem ser mais dispostos a considerar a cirurgia plástica estética como forma de melhorar seu aspecto, fazendo com que o número delas, incluindo pequenos procedimentos invasivos, tenha crescido na população na última década (SARWER e CASH, 2008; ASKEGAARD, GERTSEN e LANGER, 2002). Cirurgia plástica para a real melhoria do corpo levou a um verdadeiro “boom” na cirurgia plástica estética, como uma espécie de correção estética tecnológica, tendo obtido avanços na área da medicina no sentido de minimizar risco e melhorar a performance em relação ao resultado (WILLIAMS, 1997).

A popularização da cirurgia plástica estética tem despertado o interesse nos aspectos comportamentais entre cirurgiões plásticos, psicólogos e psiquiatras, além de estudiosos da área de marketing, no sentido controlar as ações que podem prejudicar severamente a vida das pessoas que têm a esperança de elevar a autoestima, através deste recurso. Um dos debates

seria sobre a declaração do tipo de serviço e consumo dentro deste campo. É fato que, existe uma preocupação entre os estudiosos das áreas envolvidas, que estudos sobre a satisfação do paciente podem, conseqüentemente, ser entendidos como um produto do consumismo e uma orientação para o reconhecimento da necessidade de diálogo entre as partes envolvidas. Porém, consideram que é de grande interesse a avaliação do consumidor e como melhor conduzi-los, uma vez que a Central to the National Health Service (NHS) já tem definido que estes pacientes são consumidores (SARWER *et al.*, 2008; ASKEGAARD, GERTSEN e LANGER, 2002; BATCHELOR *et al.*, 1994). Portanto, entender como a esperança nesse processo de compra pode influenciar para minimizar os riscos e a ansiedade inerentes a ele, bem como a confiança em relação ao prestador do serviço, ou seja, o médico, e conseqüentemente a satisfação com o resultado, torna-se um desafio.

Com base no cenário descrito, esta tese analisa o construto esperança do cliente com uma compra efetiva ou potencial, especificamente a cirurgia plástica estética, sob a ótica do marketing. Para tal, os construtos relacionados serão definidos a partir de uma revisão bibliográfica nas áreas pertinentes, com o objetivo de alcançar a melhor descrição, necessária ao processo de fundamentação teórica dos construtos estudados e suas relações para teste de um modelo teórico.

1.1 Formulação do Problema de Pesquisa

Neste contexto, busca-se investigar o seguinte problema:

A esperança do cliente de cirurgia plástica estética seria um construto influenciador das suas expectativas, ansiedade, confiança no médico, satisfação e no risco percebido por ele?

1.2 Objetivo Geral

Esta tese estuda a esperança e sua relação com outros construtos, com o intuito de apresentar um modelo teórico testado empiricamente. Este trabalho não almeja provar que a esperança é um construto mais importante que os demais estudados em comportamento do consumidor, mas se propõe a alertar que ele poderia alterar, em alguns casos e dependendo do produto, resultados em estudos sobre os demais construtos envolvidos. Assim, estudos sobre confiança,

satisfação, expectativas, ansiedade e risco percebido não deveriam ignorar a esperança. Portanto, o objetivo principal desta tese é:

Testar as influências do construto Esperança num modelo teórico aplicado ao comportamento do consumidor de cirurgia plástica estética no Brasil, na relação com os construtos Satisfação do Cliente, Confiança no Médico, Expectativas, Ansiedade e Risco Percebido.

1.3 Objetivos Específicos

Para que o objetivo geral seja atingido, algumas etapas intermediárias devem ser cumpridas:

- Testar e validar um modelo teórico da relação entre os construtos relacionados à esperança, no processo de compra do consumidor de cirurgia plástica estética.
- Avaliar a influência direta da esperança na satisfação do cliente e em relação às expectativas.
- Verificar a relação do construto esperança em relação à confiança do médico.
- Avaliar a influência da esperança no risco percebido pelo cliente e dele na ansiedade.
- Analisar o impacto da esperança na ansiedade do cliente.
- Averiguar como a autoestima influencia o desejo e em relação ao modelo.
- Avaliar a influência do desejo na esperança.
- Verificar como os construtos expectativas, confiança e ansiedade se comportam no modelo em relação à satisfação.
- Analisar a influência dos amigos(as) e parentes na esperança do consumidor de cirurgia plástica estética.

1.4 Justificativa e Contribuições

O estudo do comportamento do consumidor visa compreender o consumidor e o processo de consumo que pode, sabidamente por estudiosos de marketing, proporcionar uma série de benefícios. Entre eles está a influência no desenvolvimento de políticas públicas, conhecimento sobre o comportamento humano como um todo, segmentação de mercados, conscientização do consumidor, entre outros. A cirurgia plástica estética, por exemplo, é uma

área de atividade de prestação de serviço. Para serem bem sucedidos, os médicos devem “vender” um serviço e o processo de marketing requer compreensão das necessidades e vontades do cliente, além do controle das expectativas. A abrangência do conhecimento do comportamento desses clientes pode fazer com que clínicas e médicos sejam capazes de desenvolver produtos alternativos à cirurgia ou conduzir melhor o processo de forma a evitar problemas futuros (MOWEN e MINOR, 2003; SOLOMON, 2002; DUBOIS, 1993).

E por quê estudar esperança? Além do fato de ser um construto pouco explorado na área de marketing, MacInnis e Mello (2005, 2001) e Mello e MacInnis (2005), chamaram a atenção para implicações sobre a sua importância, mais precisamente em relação ao comportamento do consumidor, ressaltando tanto as consequências boas como as ruins, que a esperança pode trazer, para o cliente ou para a empresa ou prestador de serviço. No Quadro 1 é apresentada resumidamente, a justificativa deste construto para o presente estudo. A formação do conceito que levou à elaboração do Quadro 1 ficará mais clara ao longo deste estudo, a partir das definições que forem apresentadas.

Quadro 1: O Porquê do Estudo da Esperança

Implicações para	Teoria sobre o Comportamento do Consumidor	Gestores
Modelando o Construto na Avaliação do Produto		
No Processo de Formação da Atitude no Relacionamento	Desejo <i>versus</i> motivação. Estimula a esperança do cliente.	Fator que faz crescer a atitude favorável do cliente em relação à empresa, e mais especificamente ao produto ou serviço.
Efeitos na Adversidade do Risco na Compra	Fator que afeta o risco percebido	Tende a reduzir o impacto negativo na adversidade do risco percebido pelo cliente.
Modelando o Construto no Comportamento de Consumo		
Em relação à Satisfação do Cliente	A esperança ajuda a entender o processo de satisfação	Pode proporcionar a elaboração de táticas para aumentar a satisfação do cliente.
Em relação à Confiança	Desejo <i>versus</i> confiança. A esperança minimizaria os sentimentos de desconfiança.	Pode proporcionar a elaboração de táticas para aumentar a confiança do cliente.

Fonte: Adaptado de MacInnis e Mello (2005, 2001).

Além disso, a percepção do risco presente em alguns tipos de compra, como a de um serviço, em que o processo de decisão tem grande envolvimento das pessoas interessadas, leva a crer

que o construto esperança faça parte deste processo de compra. Entre estas compras está a de uma cirurgia plástica estética, que tem características peculiares do serviço, além de envolver riscos inerentes a um procedimento cirúrgico. “A intangibilidade é uma característica peculiar dos serviços que os torna incapazes de serem tocados ou sentidos da mesma maneira que os bens físicos” (HOFFMAN e BATESON, 2003, p. 31), não havendo garantia do resultado, como na cirurgia.

No entanto, há uma carência de estudos relacionados à variável esperança no marketing, mesmo na literatura internacional, e, principalmente, no que tange ao mercado de cirurgia plástica estética, extremamente delicado. Não existem trabalhos empíricos que abordem a junção da esperança com a cirurgia plástica estética. Em pesquisas nos principais periódicos acadêmicos internacionais na área de marketing, como *Journal of Marketing*, *Journal of the Academy of Marketing Science*, *Journal of Consumer Research*, *Advances in Consumer Research*, ainda há poucos trabalhos sobre a esperança (por exemplo: MACINNIS e MELLO, 2005; MACINNIS, MELLO e PATRICK, 2004; MACINNIS e PRICE, 1987), focados principalmente nos estudos de Deborah MacInnis, mas nenhum relacionado ao tema deste estudo e poucos com resultados empíricos (MELLO, MACINNIS e STEWART, 2007; PATRICK, MACINNIS e FOLKES, 2002). No âmbito nacional, os trabalhos publicados sobre esperança em congressos, começaram a aparecer a partir de 2007 (ALMEIDA, MAZZON e BOTELHO, 2007; VANZELLOTTI, 2008a; VIEIRA, 2008), marcando um novo ponto para estudo. Porém, ainda não há no Brasil, trabalhos sobre este construto aplicado na área de marketing em periódicos acadêmicos, como Revista de Administração (RAUSP), Revista de Administração Contemporânea (RAC) e Revista de Administração de Empresas (RAE).

Por conseguinte, espera-se que este tese sirva para a construção de um *framework* para proposição e desenvolvimento de um modelo teórico sobre o construto esperança em ambiente brasileiro, uma vez que já se estuda tal construto, ainda que de forma incipiente, em outros países (por exemplo, Estados Unidos). A operacionalização deste modelo e outros similares em âmbito nacional também poderão ser comparados com resultados de pesquisa de outros países. Pretende-se, com isso, contribuir para o aumento de pesquisas científicas brasileiras, principalmente sobre o tema, na área de marketing, mais especificamente no que se refere ao comportamento do consumidor. Do ponto de vista de resultados concretos para a

gestão de marketing, a presente tese pode sugerir *insights* para futuras pesquisas, contribuindo para a formação do conhecimento de marketing no Brasil.

Além do mais, a compra do serviço de cirurgia plástica estética é um comportamento de consumo, tanto quanto comprar jóias, produtos de beleza ou roupa bonita, sendo um mercado em expansão com números significativos. No Brasil, por exemplo, registrou-se 1.252 cirurgias estéticas por dia entre setembro de 2007 a agosto de 2008, sendo 547 mil cirurgias deste tipo no período. Os dados ainda informam que há um aumento do número de estrangeiros que vêm ao Brasil para se submeter à intervenção, abrindo novos mercados. Muitos hospitais, como Sírio Libanês e Albert Einstein em São Paulo, analisaram essa demanda e se estruturaram para receber esses pacientes, assim como diversas clínicas de profissionais habilitados e renomados. Os números são da pesquisa da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica-SBCP, encomendada ao instituto Datafolha em 2008 (SANT'ANNA, 2009). Nos Estados Unidos, por sua vez, foram mais de 10 milhões de procedimentos cosméticos cirúrgicos e não cirúrgicos executados em 2008, como reportado pela American Society for Aesthetic Plastic Surgery-ASAPS. Desde 1997, cresceu mais de 162% o total do número de cirurgias plásticas estéticas (ASAPS, 2009). Com a idéia de que “o corpo”, no Brasil, é um verdadeiro capital, é necessário compreender melhor porque as brasileiras, junto com as norte-americanas, são as maiores consumidoras de cirurgia plástica estética, demonstrando a importância do setor (GOLDENBERG, 2008, p. 133). Além disso, “agregar a esperança pode ser melhor. Certas políticas podem aguçar a esperança”, ou não (MOWEN e MINOR, 2003, p. 5).

Dado a tendência de muitos para confundir beleza com saúde, a cirurgia plástica estética levanta-se como uma boa oportunidade de ganhar ampla aceitação pública nas próximas décadas, sendo um assunto que prevalece no debate em programas televisivos, *talk shows*, revistas e no meio artístico em geral, fazendo com que haja divulgação. Segundo Dorn (2001) e Jorge (2008) ainda existem diversas razões para o crescimento do mercado. O aumento dos ganhos familiares, novas opções de financiamento, a crescente oferta à população economicamente menos favorecida, grande aceitação da sociedade desses procedimentos e o importante avanço da tecnologia com redução dos custos, têm contribuído para o aumento na demanda por tratamentos estéticos cirúrgicos e não cirúrgicos. Jorge (2008) chama a atenção para firmas que oferecem financiamento, agindo como intermediadoras entre médicos e pacientes, que se beneficiariam da ignorância e ingenuidade dos clientes. Portanto, faz-se

necessário que o assunto seja tratado com seriedade e ética, de forma a beneficiar tanto os médicos como seus clientes.

O tema desta tese ainda é justificado por razões de natureza teórica e de resultados concretos para a gestão de marketing, mais especificamente no comportamento do consumidor. Em relação à contribuição, aborda-se neste estudo uma pesquisa que tenha significância tanto para a teoria como para a prática, uma vez que o comportamento do consumidor de cirurgia plástica estética é um assunto delicado, devendo-se ter cuidado nas comunicações, ações e incentivos. Os resultados também poderiam influenciar novos estudos patrocinados por médicos ou entidades públicas, de modo a entenderem melhor o comportamento do cliente e as consequências que podem acarretar. Por exemplo, o papel da esperança na avaliação do serviço, nas condições de financiamento e exigências médicas, poderia ter implicações para as políticas públicas e decisões jurídicas, no que tange às consequências que pode trazer (MACINNIS e MELLO, 2005). As políticas públicas, mais especificamente, poderiam influenciar no desenvolvimento de leis e regulamentos que exercem impactos sobre estes consumidores. E mais, a ligação entre a cirurgia plástica estética, esperança e desejo, com as suas referências comuns ao corpo e à sexualidade, é um caminho interessante para os potenciais de investigação (ASKEGAARD, GERTSEN e LANGER, 2002).

Para atender ao objetivo da tese foi montada uma estrutura composta de seis capítulos. No primeiro foi apresentada uma visão ampla, expôs-se o problema, o objetivo geral e os específicos e a justificativa da tese. Em seguida, aborda-se a fundamentação teórica para a realização do estudo, com breve explanação sobre o comportamento do consumidor e o mercado de cirurgia plástica estética, além das definições de cada um dos construtos, proporcionando subsídios para o modelo teórico e as hipóteses de pesquisas, apresentados no capítulo seguinte. Os procedimentos metodológicos que foram aplicados no desenvolvimento da tese são expostos no quarto Capítulo, tais como os grupos focais, entrevistas em profundidade, construção do instrumento de coleta de dados, operacionalização das variáveis, amostra e apresentação do método de análise estatística. No Capítulo 5 são apresentados os resultados da pesquisa na fase qualitativa e quantitativa, com avaliação da modelagem de equações estruturais. No sexto e último Capítulo é finalizada a tese com as principais conclusões, suas limitações, implicações teóricas e gerenciais nas pesquisas em marketing, e sugestões para estudos futuros.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica deste estudo está dividida em quatro partes: a primeira delas é focada na apresentação do comportamento do consumidor, inclusive o de cirurgia plástica estética; a segunda, no entendimento da autoestima; a terceira, na conceituação do construto esperança, foco da tese, e os que são confundidos com ele, expectativa e desejo; na parte final, os construtos que fazem parte do modelo do comportamento do consumidor de cirurgia plástica estética: ansiedade, confiança no médico, risco percebido, influência de amigos(as) e parentes e satisfação.

2.1 O Estudo do Comportamento do Consumidor de Bens e Serviços

2.1.1 Definições do Comportamento do Consumidor

O estudo do comportamento do consumidor é uma disciplina que advém da multidisciplinariedade e relativamente recente. Pode-se mencionar breves estudos do início do século passado, que usariam a influência de princípios psicológicos nos anúncios ou até mesmo sobre os exageros de consumo. Mas, somente a partir dos anos 50, idéias oriundas da psicologia freudiana foram popularizadas e surgiram os primeiros estudos mais consistentes sobre motivação de consumidores. Freud, considerado o “pai” da psicanálise, pensava que o comportamento das pessoas é moldado por fatores psicológicos sobre os quais não se têm consciência. Desta forma, para Freud, as pessoas não entenderiam completamente suas próprias motivações e o estudo do comportamento do consumidor começou a surgir, alguns poucos anos mais tarde, com este intuito (SOLOMON, 2002, MOWEN e MINOR, 2003, p.3).

Existem várias definições sobre o comportamento do consumidor no contexto de marketing. Algumas delas datam de 1969, como apresentado no estudo aprofundado de Oliveira (2007). As mais recentes e que norteiam este estudo são as expostas a seguir:

“Comportamento do consumidor é o estudo dos processos envolvidos quando indivíduos ou grupos selecionam, compram, usam ou dispõem de bens, serviços, idéias ou experiências para satisfazer necessidades e desejos”. (SOLOMON, 2002, p. 24)

“Comportamento do consumidor é o estudo das unidades compradores e dos processos de troca envolvidos na aquisição, no consumo e na disposição de mercadorias, serviços, experiências e idéias.” (MOWEN e MINOR, 2003).

“Atividades com que as pessoas se ocupam quando obtêm, consomem e dispõem de produtos e serviços” (BLACHWELL *et al.*, 2005, p. 6).

Oliveira (2007) ainda explicou a multidisciplinariedade dos conceitos que levaram às teorias do comportamento do consumidor, como psicologia, sociologia, psicologia social, antropologia e ciência política. As questões da interdisciplinaridade apresentada por Solomon (2002), por exemplo, demonstra o quanto o comportamento do consumidor é complexo, como quando analisado pela antropologia social, que vê o papel do produto nas crenças e práticas de uma sociedade. Além disso, outras disciplinas poderiam ter foco no papel do produto ou serviço como influenciadores: psicologia social - no comportamento dos indivíduos como membros de grupos sociais; sociologia - das instituições sociais e nas relações de grupo; psicologia experimental - nos processos de percepção, aprendizagem e memória; psicologia clínica - na adequação psicológica; entre outros.

O termo consumidor ainda é frequentemente usado para descrever dois tipos diferentes de entidades consumidoras: o consumidor pessoal ou de bens de consumo e o consumidor organizacional ou de negócios. O consumidor de bens de consumo é constituído de famílias e indivíduos que adquirem produtos e serviços para consumo próprio (por exemplo: creme de barbear, xampu ou crédito pessoal), e para uso final dos indivíduos, que são conhecidos como usuários finais ou consumidores finais. A segunda categoria de consumidores é o consumidor organizacional, constituído de organizações com ou sem fins lucrativos, que compram bens e serviços a serem usados na produção de outros produtos, ou na prestação de serviços que são revendidos, alugados ou fornecidos a outros. A primeira categoria, consumidores de bens de consumo, é o foco desta tese, uma vez que será tratado somente o mercado de cirurgia plástica estética em relação ao consumidor.

Mais especificamente, este estudo trata do marketing de serviços, com suas peculiaridades. “Um serviço é qualquer ato ou desempenho essencialmente intangível que uma parte pode oferecer a outra e que não tem como resultado a propriedade de algo” (KOTLER e KELLER, 2006, p. 539). Ou ainda “Serviços prestados por uma empresa não são “coisas” tangíveis que

possam ser tocadas, vistas e sentidas, pelo contrário, são ações e atuações intangíveis” (ZEITHAML e BITNER, 2003, p. 28). A principal diferença entre bens e serviços é a propriedade da intangibilidade, uma vez que serviços não podem ser tocados ou sentidos da mesma maneira que os bens físicos. Nas influências no comportamento de compra bem como o processo de decisão, também apresentam particularidades que serão vistas.

O estudo do comportamento do consumidor ainda realça questões sobre a ética e a responsabilidade social no mercado, uma vez que existe um processo de troca, no qual os recursos são transferidos entre duas partes. O médico comercializa serviços médicos por dinheiro, por exemplo. Além disso, outros recursos, como sentimentos, informações e status, também podem ser trocados entre as partes (MOWEN e MINOR, 2003, p. 2-3).

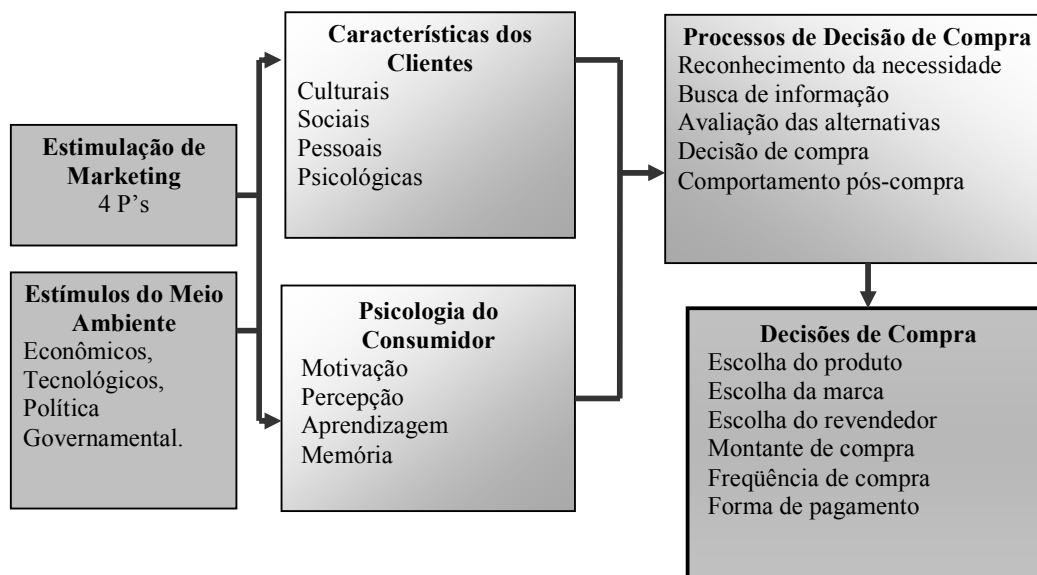
Nas próximas seções serão vistas as influências no comportamento do consumidor e o processo de compra.

2.1.2 Influências no Comportamento de Compra

Compreender o consumidor é entender os estímulos que o levam até a compra e os fatores que o influenciam. Autores da literatura de marketing e do comportamento do consumidor em geral, apresentam o modelo de estímulo-resposta da Figura 1 (por exemplo: KOTLER e KELLER, 2006; BLACKWELL, MINIARD, e ENGEL, 2005; BRETZKE, 2003; SOLOMON, 2002).

Os estímulos das ferramentas de marketing somados aos do meio ambiente são influenciadores e provocam impacto no cliente, o qual irá prestar atenção, reter e reagir às informações de acordo com suas características e influências, para percorrer o processo de decisão até levar a uma resposta. As pessoas percebem estes estímulos de forma diferente de acordo com as suas características e do contexto social, cultural e organizacional em que estão inseridos.

Figura 1: Modelo Estímulo-Resposta do Comportamento de Compra.



Fonte: Adaptado de Kotler e Keller (2006, p. 183) e Bretzke (2003, p. 50).

2.1.2.1. Fatores Influenciadores

Os autores em geral entendem que as decisões de compra dos consumidores são influenciadas por fatores culturais, sociais, pessoais, psicológicos e situacionais, que serão detalhados a seguir de acordo com diversos autores (KOTLER e KELLER, 2006; BLACKWELL, MINIARD, e ENGEL, 2005; BRETZKE, 2003; SOLOMON, 2002; CHURCHILL e PETER, 2000).

Os fatores culturais exercem uma ampla e profunda influência sobre o comportamento do consumidor. Eles são a cultura propriamente dita, as subculturas e a classe social. A cultura são os valores, desejos, percepções e comportamentos adquiridos, assimilados e compartilhados por uma sociedade que visam a perpetuar sua existência. À medida que cresce, a criança absorve a cultura de sua família e de outras instituições. Essa cultura é formada por subculturas que fornecem identificação e socialização específica para seus membros. Estão baseadas em experiências e situações de vida em comum, que se diferenciam e formam segmentos separados de uma cultura organizada. As subculturas podem ser identificadas por sua nacionalidade, por exemplo. A classe social são as divisões relativamente homogêneas e permanentes de uma sociedade organizada hierarquicamente, e cujos membros compartilham valores, interesses e comportamento similar.

Os fatores sociais são compostos por grupos de referências. Eles são os grupamentos de indivíduos que possuem vínculos entre si ou características que os diferem dos demais, e exercem forte influência, tanto na escolha do produto, como da marca. Eles podem ter influência direta (face a face) ou indireta sobre as atitudes ou comportamento da pessoa. Os grupos que têm influência direta são chamados de associados, sendo o grupo que a pessoa pertence e participa. Os primários, por exemplo, são a família e amigos(as); e os secundários, os grupos religiosos. Os grupos de aspiração são os grupos a que as pessoas gostariam de pertencer e, os de dissociação, aqueles cujos valores, características ou comportamentos são rejeitados. Os membros da família constituem o mais forte grupo de referência. A família é considerada a mais importante organização de consumidores da sociedade, sendo particularmente importante quando a compra os envolve. Os papéis e posições sociais são como as pessoas participam de seus diversos grupos durante a vida, e a posição pessoal em cada um se define. As pessoas escolhem produtos que comunicam seu papel e posição na sociedade, sendo que o papel carrega um status, sendo importante quando se está inclinado a realizar uma cirurgia plástica estética, por exemplo. Artistas de televisão são um bom exemplo.

Os fatores pessoais são constituídos pelo estilo de vida, idade e ciclo de vida, ocupação, situação econômica e a personalidade. O estilo de vida é o fator que identifica a maneira como as pessoas vivem, qual é o seu traço pessoal no agir, na prática das atividades e no comportamento em geral. A idade e o ciclo de vida determinam estágios que os produtos e serviços que elas adquiriam durante seu curso de vida, sendo que cirurgias estéticas não são realizadas em crianças, por exemplo, com raras exceções. A ocupação influenciaria o padrão de consumo, sendo que quem depende unicamente da sua imagem estaria mais propenso a tratamentos estéticos, por exemplo. A situação econômica afeta fortemente a decisão do consumidor, uma vez que é constituída pela renda disponível, crédito e outras variáveis que influenciam a disponibilidade, não sendo a cirurgia plástica estética acessível a grande maioria da população, por exemplo. Na personalidade, são as características psicológicas distintas da pessoa que conduzem a respostas consistentes e duradouras ao seu ambiente, variando de acordo com a autoconfiança, domínio, autonomia, respeito, sociabilidade, defesa e adaptação. As pessoas ainda têm um autoconceito real (como a pessoa se vê) que se difere do ideal (como a pessoa gostaria de se ver) e do autoconceito que os outros fazem dela (como a pessoa pensa que os outros a vêem).

A compreensão dos fatores psicológicos seria a mais complexa, pois exerceriam influência nos diversos estágios do processo de compra, provocando reação aos estímulos de marketing. O primeiro a ser tratado é a motivação, que é um impulso que leva a pessoa a agir. Uma necessidade que se torna suficientemente premente, faz com que uma pessoa busque sua satisfação, que depende dos motivos, impulsos e desejos. Algumas necessidades são fisiológicas (fome) e outras psicológicas (reconhecimento). O que caracteriza o motivo é o impulso para que a pessoa aja imediatamente para aquisição do objeto-alvo. Diz-se que uma pessoa está motivada por termos como necessidades, desejos, impulsos, motivações, instintos para descrever a mesma noção. Todas estas palavras se referenciam à existência de uma força, interna ao indivíduo, que o leva a agir num sentido particular e a criar um comportamento cujo objetivo está pré-determinado. (DUBOIS, 1993, p. 35). Necessidades, em geral, são consideradas como motivações internas, “caracterizando-se mais como uma sensação de falta ou incompletude de aspectos inatos, limitados, objetivos e universais, no sentido que afetam, em maior ou menor grau, todos os seres humanos” (BREI, 2007).

Os autores da área ainda levantam que existem algumas teorias sobre a motivação humana. As mais conhecidas são as de Freud, Maslow e Herzberg (por exemplo: SOLOMON, 2002; DUBOIS, 1993).

Na teoria de Freud, as forças psicológicas que formam o comportamento dos indivíduos são basicamente inconscientes, e ninguém chega a entender por completo as próprias motivações. No campo comercial, “o grande mérito da teoria freudiana da motivação é pôr em relevo a dimensão simbólica e não apenas funcional do consumo”. Não se compraria um produto apenas pelo que ele faz, mas também “pelo que ele significa” (DUBOIS, 1993, p. 36). Assim, pesquisadores mantêm a tradição da motivação freudiana, pois entendem que existem diferentes motivos pelos quais um produto pode satisfazer o consumidor, como uma roupa que dá status.

A teoria de Maslow é, talvez, a mais conhecida e citada pelos autores da área de marketing, em função da simplicidade da compreensão da sua pirâmide com a hierarquia das necessidades (por exemplo: KOTLER e KELLER, 2006). Nesta teoria as pessoas são motivadas por necessidades específicas em determinados momentos. Assim, um indivíduo experimenta numerosas necessidades que não têm a mesma importância e podem, assim, ser hierarquizadas; procura satisfazer, em primeiro lugar, a necessidade que lhe parece mais

importante; e uma para de existir (pelo menos durante algum tempo) logo que é satisfeita, e o indivíduo procura, nesse caso, satisfazer a seguinte (DUBOIS, 1993, p. 42). Essas necessidades humanas estão dispostas em uma hierarquia, da mais urgente para a menos urgente, sendo a primeira as necessidades fisiológicas (água, comida), segurança (segurança, proteção), sociais (sensação de pertencer, amor), estima (autoestima, reconhecimento, status) e autorrealização (desenvolvimento e realizações pessoais).

A teoria de Herzberg se refere a fatores chamados de insatisfatores (fatores que causam insatisfação) e os satisfatores (fatores que causam satisfação), enfocando que os satisfatores devem estar claramente presentes para motivar a compra.

Ainda na compreensão dos fatores psicológicos que influenciam nos diversos estágios de compra, temos os desejos que, quando não podem ser imediatamente satisfeitos, observa-se frequentemente que o cliente procura adaptar as suas convicções a fim de torná-las compatíveis com estes desejos (DUBOIS, 1993, p. 43). Os desejos seriam mais sujeitos à avaliação racional e ao cálculo utilitário, mas depende do processo individual cognitivo de forte motivação prazerosa, desencadeado por influências sociais, modificado pela imaginação do indivíduo, que o indivíduo sente falta (BREI, 2007).

Além dos desejos, tem-se a percepção, sendo o processo pelo qual as pessoas selecionam, organizam e interpretam informações para formar uma imagem significativa do mundo. Uma pessoa motivada estaria pronta para agir, mas duas motivadas para uma mesma situação podem agir de modo diferente, pois percebem a situação de maneira diferente. A realidade objetiva de um produto importa pouco; o que importa é a percepção que o cliente tem de um produto ou serviço. A percepção pressupõe um processo com quatro etapas: atenção seletiva (estímulos filtrados), distorção seletiva (deturpam a informação de acordo com os significados pessoais), retenção seletiva (lembra somente pontos positivos do produto de que gosta) e percepção subliminar (percepção inconsciente) (BRETZKE, 2003, p. 74; KOTLER e KELLER, p. 184). A percepção varia também com a necessidade (ou desejo) das pessoas. Alguém com sede provavelmente ficará mais atento e perceberá com maior intensidade os comerciais de refrigerantes enquanto sua sede não tiver sido saciada.

Outro fator é a cognição, que é um processo complexo que inclui julgamento, memória e percepção. Identifica-se com o intelecto, com o conhecimento. A teoria cognitivista admitiria

que, entre o estímulo e suas respostas, existem elementos hipotéticos, característicos do indivíduo, que orientam o tipo de resposta dado a determinado estímulo. A reação não seria meramente mecânica. (CHAUVEL, 1999).

As crenças, atitudes e comportamentos também são considerados e estão intimamente ligados. As crenças são pensamentos descritivos que uma pessoa sustenta sobre alguma coisa, sendo baseadas no conhecimento, na opinião ou na fé. Podem carregar ou não uma carga emocional e compõem as imagens dos produtos e serviços. Crenças do consumidor provêm da aprendizagem e do conhecimento cognitivo acerca de um objeto. As crenças podem atuar como fatores de inibição de compras de determinados produtos (MOWEN e MINOR, 2003, p. 141; BRETZKE, 2003, p. 71). A atitude é a avaliação positiva ou negativa, que o cliente faz de produtos ou serviços (predisposição). Atitude é “a quantidade de afeição ou sentimento a favor ou contra um estímulo” (DUBOIS, 1993, p. 79) e são normalmente aprendidas no convívio dos indivíduos com os respectivos grupos sociais. Ela é o sentimento afetivo que as pessoas têm em relação aos objetos. Na função do conhecimento, as atitudes servem como diretrizes para simplificar a tomada de decisão (MOWEN e MINOR, 2003, p. 142-143). Assim, existem pessoas com atitudes favoráveis e outras com atitudes desfavoráveis em relação a determinado assunto, sendo as mesmas estáveis e não mudam repentinamente. (BRETZKE, 2003, p. 76). A análise de atitudes e das preferências constitui um requisito de primeira ordem para uma boa compreensão dos comportamentos de compra (DUBOIS, 1993, p. 88).

Assim, antes de praticar uma ação, as pessoas podem desenvolver intenções comportamentais relativas à probabilidade que têm de adotar esse comportamento, de acordo com suas crenças e atitudes, coerentemente com a perspectiva da influência comportamental. As intenções de comportamento são definidas como as expectativas de se comportar de determinada maneira em relação à aquisição, ao descarte e ao uso de produtos e serviços (MOWEN e MINOR, 2003, p. 143-144).

Os autores ainda definem que a aprendizagem é produzida pela atuação recíproca de impulsos (estímulos internos), estímulos externos, sugestões, resposta e reforço e que a maioria de comportamento humano é aprendida, originando-se em sua experiência. Os estímulos podem ser os produtos, a comunicação etc., e o impulso é um forte estímulo interno que impele a ação. A discriminação é quando a pessoa aprendeu a reconhecer diferenças em séries de

estímulos semelhantes, e é capaz de adaptar suas respostas de acordo com essas diferenças. No caso de consumidores de serviços e, principalmente dos de cirurgia plástica estética, a experiência muitas vezes é nenhuma, sendo baseada na dos outros. Num corte de cabelo, por exemplo, já seria mais fácil (por exemplo: MOWEN e MINOR, 2003).

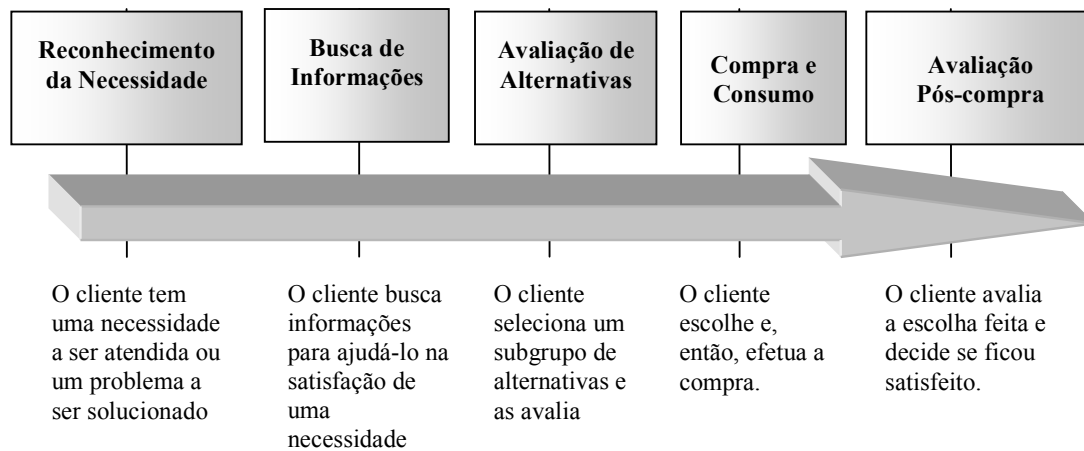
E por fim, temos a dissonância cognitiva, que é o estado psicologicamente incômodo que surge da incerteza do acerto na decisão de compra, sendo uma análise pós compra. A teoria da dissonância cognitiva sugere que um consumidor que acaba de proceder a uma “compra importante necessita de informações positivas destinadas a tranquilizá-lo de ter feito a escolha certa” (DUBOIS, 1993, p. 89).

2.1.2.2 Processo de Decisão de Compra do Consumidor de Serviços

Para analisar como consumidores tomam suas decisões de compra, os estudiosos da área de marketing desenvolveram um modelo de etapas do processo de decisão de compra. O processo começa bem antes da compra e suas consequências perduram por muito tempo. O consumidor é sempre confrontado com a necessidade de tomar decisões sobre produtos; algumas dessas são importantes e implicam grande esforço, enquanto outras nem tanto. O modelo típico envolve cinco etapas: reconhecimento do problema, busca de informações, avaliação de alternativas, toma a decisão da compra e avalia a escolha no pós compra (KOTLER e KELLER, 2006, p. 189; BRETZKE, 2003, p. 81; SOLOMON, 2002, p. 209).

A Figura 2 a seguir, apresenta o resumo destas cinco etapas do processo de compra do consumidor, a partir dos autores citados acima e adaptadas para a realidade dos serviços. Os serviços têm características peculiares em relação aos bens uma vez que são intangíveis (não podem ser tocados ou sentidos), perecíveis (não permite que sejam guardados, nem estocados), inseparáveis (a produção e o consumo são simultâneos), e variáveis ou heterogêneos (reflete a variação de consistência de um serviço para a seguinte). Uma das maiores diferenças entre compra de produtos/bens e serviços, quanto ao processo de decisão, é que uma grande parte da avaliação de serviços ocorre após a compra e o consumo, ao contrário da avaliação de produto/bens que ocorre no momento da compra. Há grande dificuldade para se analisar, pois está altamente concentrado em atributos de credibilidade (ZEITHAML e BITNER, 2003; GRÖNROOS, 2003; BATESON e HOFFMAN, 2001; LOVELOCK e WRIGHT, 2001; BERRY e PARASURAMAN, 1995).

Figura 2: Etapas do Processo de Compra



Fonte: Adaptado de Kotler e Keller (2006); Blackwell, Miniard, e Engel (2005); Zeithaml e Bitner, 2003.

A primeira etapa é o reconhecimento do problema ou da necessidade. Ela pode ser provocada por estímulos internos ou externos, como exposto anteriormente. Esta necessidade pode ser a de consertar um automóvel que está com defeito, por exemplo, sendo necessário o serviço de um mecânico.

A partir desta necessidade é preciso buscar as informações para satisfazê-lo. A busca pode ser bem sucedida, o que provocará a continuidade do processo de compra ou interrompida, se não estiver de acordo com os seus parâmetros. A busca de informações de produtos e serviços se dá a partir de um uso intenso tanto das fontes pessoais (por exemplo, amigos(as) ou especialistas), quanto das não-pessoais (meios de comunicação de massa ou segmentados), pois ambas proporcionam informações pertinentes aos atributos pesquisados. Já na compra de serviços, os consumidores demandam e precisam confiar nas fontes pessoais, uma vez que, ao perguntar aos amigos(as) sobre serviços, o consumidor pode obter informações sobre os atributos da experiência, colocando-se, assim, no lugar de quem a viveu. Essa experiência é difícil de alcançar através dos meios de comunicação. A influência pessoal é fundamental à medida que aumenta a complexidade do produto e diminuem os padrões objetivos de avaliação (ZEITHAML e BITNER, 2003, p. 53-54).

Outro aspecto importante a ser considerado no processo de compra de um serviço é o risco percebido. As pessoas tenderiam a perceber mais o risco em transações de compra de

serviços, devido a três motivos: 1) à natureza intangível dos serviços e seu alto nível de atributos; 2) os serviços não serem facilmente padronizáveis, sempre haverá alguma incerteza quanto ao resultado e às consequências do serviço adquirido; 3) os serviços não são acompanhados de garantias (não se pode devolver um corte de cabelo) (ZEITHAML e BITNER, 2003, p. 54).

A etapa seguinte é a avaliação das alternativas, que pode formar a intenção de compra do consumidor, fazendo-o inclinar-se para a aquisição e decisão. Nesta fase, o conjunto de alternativas consideradas pelo consumidor é menor em serviços, se comparado com produtos, pois o consumidor pode simplesmente escolher a primeira alternativa aceitável, em vez de pesquisar diversas alternativas. Na compra de serviços, o consumidor visita o estabelecimento (por exemplo, um consultório médico) onde quase sempre coloca à venda uma única “marca”. Além disso, por questões geográficas a oferta pode ser limitada, assim como a dificuldade de obter informações de pré-compra adequadas sobre serviço. Quanto maior a especificidade, menores são as alternativas para a avaliação do consumidor (ZEITHAML e BITNER, 2003, p. 55; BATESON e HOFFMAN, 2001, p. 72).

Após a avaliação das alternativas o cliente parte para a escolha e decisão sobre a compra. Segundo Zeithaml e Bitner (2003, p. 55) “emoção e humor são estados afetivos que influenciam as percepções e as avaliações das experiências das pessoas”, sendo fatores fundamentais para a determinação da eficácia percebida toda vez que um serviço é prestado. Portanto, se um consumidor está de mau humor ao entrar no estabelecimento prestador de serviços, o fornecimento, possivelmente, será interpretado mais negativamente do que se o consumidor estivesse de bom humor. Se a esperança é grande, também pode afetar o relacionamento com o prestador.

O humor pode afetar o comportamento do consumidor, uma vez que o humor positivo pode torná-lo mais favorável e desejoso de participar em comportamentos que tornem os contatos de serviços bem-sucedidos. O humor e a emoção influenciariam o consumidor, pois aprofundam e ampliam as experiências, tornando-as mais positivas ou mais negativas do que realmente são quando eles não estão presentes. Por fim, humores e emoções afetam o modo como a informação a respeito do serviço é absorvida e recuperada. Uma vez que as memórias sobre um serviço são codificadas pelo consumidor, os sentimentos associados com o contato

tornam-se parte da memória (ZEITHAML e BITNER, 2003, p. 56; MOWEN e MINOR, 2003, p. 73).

Na etapa seguinte, compra e consumo, os consumidores podem agir como atores, sob a perspectiva da teoria dos papéis, na qual observa que, grande parte do comportamento do consumidor, como os atores de uma peça. Como no teatro, cada consumidor tem falas, acessórios e figurinos necessários para um bom desempenho na encenação. Como as pessoas representam muitos papéis diferentes, elas às vezes modificam suas decisões de consumo, dependendo da “peça” específica de que participam, em um certo momento. Os critérios que usam para avaliar produtos e serviços em um papel podem ser diferentes dos utilizados em um outro. Além disso, os prestadores de serviços também assumem papéis e a habilidade desses “atores” na execução de suas rotinas, o modo com aparecem e seu comprometimento com o “espetáculo” são pontos centrais na prestação de serviços. A importância dos atores de serviços intensifica-se à medida que o nível de contato pessoal direto também aumenta (por exemplo: médicos), quando os serviços envolvem repetidos contatos e quando o pessoal de contato atuando na forma de atores tem poder para determinar a natureza e como o mesmo será fornecido (SOLOMON, 2005, p. 24; ZEITHAML e BITNER, 2003, p. 57). A decisão da compra ainda vai depender de fatores como: confiabilidade (o desempenho de uma empresa inspira desde o primeiro momento); tangíveis (a atratividade da aparência física de instalações, equipamentos, pessoal, por exemplo); responsividade (é a disposição para ajudar o cliente e atender com motivação e presteza o serviço); empatia (entender as necessidades e tornar seus serviços acessíveis); e segurança (conhecimento e a habilidade do prestador em desempenhar o serviço). A segurança é muito importante nos serviços, principalmente quando os clientes percebem que existe alto risco envolvido ou quando estão incertos quanto a sua habilidade de avaliar os resultados, como no caso de uma cirurgia plástica estética (GRÖNROSS, 2003; BATESON e HOFFMAN, 2001; LOVELOCK e WRIGHT, 2001; BERRY e PARASUNAMAN, 1995).

Após a compra o cliente se depara com a dissonância cognitiva, ou seja, um estado psicologicamente incômodo que surge da incerteza do acerto na decisão de compra, quando da análise na pós-compra. Ele pode estar satisfeito ou insatisfeito com a compra, o que provoca uma série de ações. No caso dos serviços, um aspecto importante que deve ser analisado, quando o consumidor está insatisfeito, pois como o consumidor participa em grande medida da definição e da produção dos serviços, eles podem sentir-se mais

responsáveis pela sua insatisfação ao comprarem os serviços do que comprarem produtos. Porém, os serviços não podem ser devolvidos, o que impossibilitaria, muitas vezes, a recuperação do cliente. Não se devolve uma consultoria ou uma cirurgia plástica estética (ZEITHAML e BITNER, 2003, p. 58; BATESON e HOFFMAN, 2001, p. 86).

2.1.3 A Cirurgia Plástica Estética e a sua Relação com os Consumidores

A Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica define a cirurgia plástica como:

[...] a especialidade cirúrgica encarregada de reconstruir tecido corporal e facial que, devido a doenças, defeitos ou transtornos, requeiram remodelação ou remodelado, seja proporcionando ao paciente uma aparência o mais aproximada possível do normal, seja reparando sua capacidade de funcionamento (SBCP, 2008)

E a estética:

A cirurgia plástica estética é um tipo de cirurgia plástica utilizada para remodelar as estruturas normais do corpo, principalmente para melhorar a aparência e autoestima do paciente (SBCP, 2008).

Segundo pesquisa publicada pela SBCP em 2009, elaborada pelo Instituto de Pesquisa Datafolha, foram realizadas por profissionais habilitados no Brasil cerca de 629 mil cirurgias plásticas por ano, sendo que 73% (setenta e três por cento) foram estéticas. Destas 21% (vinte e um por cento) são de aumento de mama, 20% (vinte por cento) lipoaspiração e 15% (quinze por cento) abdômen. Quanto ao perfil do paciente de cirurgia plástica estética, 38% (trinta e oito por cento) têm entre 19 e 35 anos e 34% (trinta e quatro por cento) entre 36 e 50 anos, caracterizando que 72% (setenta e dois por cento) encontram-se na faixa entre 19 e 50 anos. Em sua grande maioria são mulheres (88%) e da raça branca (70%) (SBCP, 2009). As mulheres que mais procuraram os procedimentos estéticos foram 402 mil, contra 52 mil dos homens (SANT'ANNA, 2009).

Nos Estados Unidos os números são mais significativos. De acordo com a *American Society for Aesthetic Plastic Surgery* foram realizadas em 2008 cerca de um milhão e setecentas mil cirurgias plásticas estéticas, sendo que as mulheres foram responsáveis por 92% (noventa e

dois por cento). Pessoas com idade entre 35 e 50 anos foram as que mais se submeteram às cirurgias (42,4%), 22,4% entre 51 e 64 e 28,6% entre 19 e 24 (ASAPS, 2008). Esta pesquisa, que é realizada anualmente, ainda verifica as atitudes do consumidor, constatando que 62% das mulheres americanas dizem que aprovam a cirurgia plástica estética, contra 51% dos homens e, quando pensa na cirurgia plástica para si, agora ou no futuro, 40% das mulheres a consideram contra 18% de homens.

Sarwer *et al.* (2008) expôs que o número de cirurgias plásticas cresceu mais de 55% nos últimos 10 anos e reporta um grande número de pacientes satisfeitos. “Dois anos após a cirurgia, 95% dos participantes da pesquisa continuam dizendo que recomendariam a cirurgia para outros e 93% fariam de novo”.

Mas por que um número tão grande de pessoas se submete a um procedimento cirúrgico por vontade própria, principalmente as mulheres? Existem diversas argumentações. Thompson e Hirschman (1995), por exemplo, expuseram que a cirurgia plástica estética é um desejo culturalmente difundido para controlar o processo de envelhecimento que tem sido transformado numa multibilionária indústria cosmética. Cabeda e Guareschi (2004) argumentaram que a cirurgia plástica é um ramo da cirurgia geral, estando sujeita aos mesmos imprevistos e insucessos daquela e ninguém se submete a uma operação se não for para obter um determinado resultado, isto é, a melhoria de uma situação que pode ser, até aquele momento, motivo de tristeza ou insatisfação.

O mais destacado cirurgião plástico no Brasil, o Professor Ivo Pitanguy, reconhecido internacionalmente com artigos publicados em diversos periódicos da área sobre técnicas que são estudadas e aplicadas em todo o mundo (por exemplo: PITANGUY, 1976, 2000), expôs que:

"A busca da cirurgia plástica emana de uma finalidade transcendente. É a tentativa de harmonização do corpo com o espírito, da emoção com o racional, visando estabelecer um equilíbrio que permita ao indivíduo sentir-se em harmonia com sua própria imagem e com o universo que o cerca" (Pitanguy, 2009).

Esta idéia é explicada de diversas formas por muitos autores. Amorin (2007), por exemplo, argumenta que a cirurgia plástica estética é uma resposta à dificuldade que cada um tem;

dificuldade com o corpo ou uma parte do corpo, que pode refletir na relação com o semelhante. Sarwer e Cash (2008) também afirmaram que o grande benefício da cirurgia plástica estética é, naturalmente, psicológico e que ela não melhora somente a aparência individual externa, mas também a imagem do corpo internamente (BORELLI, 2009; SARWER e CASH, 2008).

Outros autores falam sobre a autotransição, que pode ser atingida através da cirurgia plástica. Ela seria parte de um processo de consumo simbólico que diz respeito aos ritos pessoais de passagem e identifica a reconstrução, assim como os serviços de tatuagem, sendo obtidos enquanto há uma transição de si mesmo. A cirurgia plástica estética seria fortemente vinculada ao desempenho nos principais papéis, transições de estilo de vida, e resultando numa mudança de si mesmo (SHELTON e PETERS, 2008). Askegaard, Gertsen e Langer (2002) explicam que a cirurgia plástica estética poderia ser entendida como “a parte reflexiva do indivíduo na construção da sua auto-identificação, e leva a um foco em questões tais como a autodeterminação, autoestima, bem como a relação entre corpo e identificação”. A cirurgia plástica estética é para algumas pessoas como um serviço, provendo símbolos psíquicos da revisão de si mesmo (SCHOUTEN, 1991).

A mudança da aparência física, que afeta a autoestima e causa problemas emocionais, reflete na qualidade de vida geral (BORELLI, 2009; SARWER *et al.*, 2008; PITANGUY, 1976). Opcional, a cirurgia plástica estética é um meio para uma melhoria da atratividade física (SCHOUTEN, 1991), e o processo é muitas vezes vivido por esta demanda emocional do consumidor (ASKEGAARD, GERTSEN e LANGER, 2002; BORELLI, 2009) na reintegração, promovendo mudanças em si mesmo (SCHOUTEN, 1991).

Apesar de muitos psicólogos argumentarem que, concentrar-se naquilo que é percebido como um problema pode ser errado, também reconhecem que a cirurgia plástica estética pode ter um impacto positivo sobre a autoimagem, podendo ser entendida como um caminho similar para resolver os problemas específicos de autoestima, muitas vezes causados pela aparência (ASKEGAARD, GERTSEN e LANGER, 2002; PITANGUY, 1976, 2000).

Mesmo sendo um procedimento cirúrgico caro, irreversível, doloroso, potencialmente perigoso, é, no entanto, cada vez mais popular, e simultaneamente visível e intimamente pessoal. A cirurgia plástica estética e outros bens e serviços, como cosméticos e programas

para perder peso, forneceriam controle direto sobre o aspecto psíquico e, através dele, “poderia se fornecer mais poder ou confiança na vida social, profissional, ou relações íntimas” (SCHOUTEN, 1991).

Edmonds (2007) começou seu estudo, assistindo ao desfile da Escola de Samba Caprichosos de Pilares, em 1999, em que o tema era: “No Universo da Beleza, Mestre Pitanguy”, uma homenagem ao cirurgião plástico de maior renome no Brasil. Este autor expôs, com base em trecho do samba enredo, que o rejuvenescimento que prometia (“a autoestima em cada ego despertar”) não era um milagre milenar, mas “um estranho híbrido de procedimento médico de alta tecnologia, serviço de luxo ao consumidor e transformação psicológica” (EDMONDS, 2007, p. 190). Depois de realizar diversas entrevistas com mulheres que estavam prestes a se submeter a uma cirurgia plástica estética - ou que já haviam realizado -, sugeriu que “a plástica pode ser vista como um tipo de conjunção entre a feminilidade como restrição a liberdade e a feminilidade como meio de liberdade”, uma vez que as pacientes argumentaram que fizeram a cirurgia para agradar a si mesma, sendo uma escolha independente, um meio de aperfeiçoamento pessoal (EDMONDS, 2007, p. 205). Este autor ainda analisou pessoas que se submeteram a diversas cirurgias plásticas estéticas, alterando significativamente seus traços, por exemplo, argumentando que, junto com os ‘marombeiros’, elas podem ser vistas como “grupos que se dedicam a formas extremas de alteração corporal com fins estéticos, sem, no entanto, criticar os valores sociais dominantes” (EDMONDS, 2007, p. 235).

Porém, este último grupo analisado por Edmonds (2007) não é o dominante no comportamento dos consumidores de cirurgia plástica. Em sua maioria são pessoas com problemas de autoestima, que passam a ter problema de ansiedade social e insatisfação geral, principalmente com a sua imagem ou autoimagem, como exposto por diversos autores (por exemplo: BORELLI, 2009; SOEST *et al.*, 2006; BOLTON *et al.*, 2003; LUKASH, 2002; ASKEGAARD, GERTSEN e LANGER, 2002). A idéia de controle é muito importante, estando preocupados, em primeiro lugar, em deixar claro que eles “fizeram isso para seu próprio bem, e não para impressionar ou por favor a alguém” (ASKEGAARD, GERTSEN e LANGER, 2002). Similarmente, Edmonds (2007) também identificou que muitas pacientes insistem que “a decisão de operar é tomada de forma independente por elas e para elas, sem considerações quanto à pressão social”. Chegam algumas narrativas, a ressaltar que sua decisão não foi apoiada pela família ou marido, sendo uma afirmação de independência, argumentando que “o corpo lhe pertence e de que ela pode modificá-lo o quanto desejar,

mesmo contra os desejos do marido e que ela tem o poder financeiro”. Esta tendência indica que a crescente independência financeira pode dar às mulheres mais liberdade para gastar sua renda em serviços individuais ao consumidor, em especial aqueles considerados de luxo, tais como cirurgias plásticas (EDMONDS, 2007, p. 219-222).

A cirurgia plástica estética também é frequentemente descrita como um ato de autodeterminação, como uma demonstração que a pessoa é livre para fazer o que gosta com seu corpo (autodeterminação, confiança em si mesma). De um modo geral, esta a necessidade de um visual bem mais forte afeta basicamente as mulheres (ASKEGAARD, GERTSEN e LANGER, 2002).

Mas uma pergunta ficaria no ar: se há problemas psicológicos envolvidos, é correto tratar pacientes como consumidores? Batchelor *et al.*, (1994) argumenta que a *Central to the National Health Service* (NHS) tem definido os pacientes como consumidores, preocupados em responder à opinião pública, em informar as pessoas sobre questões que lhes dizem respeito e sobre o incentivo à participação no processo decisório do usuário. Além disso, vários autores argumentam que a necessidade e a decisão pela intervenção cirúrgica, neste caso, parte do paciente/consumidor/cliente e não do médico (por exemplo: BORELLI, 2009; AMORIN, 2007; BATCHELOR *et al.*, 1994). Porém, tratar o marketing em relação à cirurgia plástica estética deve-se tomar muito cuidado.

“O marketing da cirurgia plástica estética, tratamento de queda de cabelos e outras medicinas de cura são, para muitas partes, elegidas como problema especial” (DORN, 2001). Existem diversas considerações éticas na área que são especialmente problemáticas. Por exemplo, prometer certos resultados aos pacientes/clientes, pode trazer condenação para médicos, uma vez que não poderiam ser responsabilizados por estes, porque não podem garantir elasticidade da pele, cicatrização, fatores hereditários, repouso, alimentação, pós-operatório etc. (CABEDA e GUARESCHI, 2004). Amorin (2007) argumentou que, ao trabalhar com alguns cirurgiões, percebeu que para eles a “demanda de cirurgia, basta para que a intervenção se faça e responder a demanda é isso”. Trata-se, portanto, de um “mercado” em que certas pessoas obcecadas pela idéia de perfeição corporal, podem buscar via cirúrgica, “uma maneira de atenuar essa insistência mental de perfeição” (AMORIN, 2007).

Mowen e Minor (2003) consideram a “face oculta” do comportamento do consumidor, a área que examina como os consumidores podem agir de maneira antiética, “fazendo uso inadequado dos produtos e assumindo um comportamento que coloca em risco seus recursos financeiros e até mesmo suas vidas”, como uma cirurgia (MOWEN e MINOR, 2003, p. 5).

Cabeda e Guareschi (2004) explicaram que a cirurgia plástica estética tem seu objetivo limitado ao resultado puramente estético, sendo que o paciente busca o cirurgião sem apresentar qualquer patologia, apenas com o intuito do embelezamento. Eles argumentam não ser possível punir mais severamente o cirurgião plástico do que o cirurgião geral, apesar de pertencerem a mesma área, a de cirurgia, tendo-se uma divergência doutrinária e aos poucos, inovações jurisprudenciais (CABEDA e GUARESCHI, 2004). A cirurgia plástica é um ramo da cirurgia e os médicos se especializam, através de curso de pós-graduação, como os do Instituto Ivo Pitanguy (PITANGUY, 2009).

A cirurgia plástica estética é um desejo de consumo de diversas pessoas que pode ser erroneamente comercializado. Williams (1997) expôs que as pessoas tendem a comprar um “novo corpo”, como “moda transitória”. Na sociedade americana os cirurgiões venderiam não apenas correções para o organismo, mas alguma coisa mais transitória, que ajuste ao estilo corrente, como quando alteram o tamanho e formas de bustos ou nádegas. Atualmente há um verdadeiro “comércio” no ramo da cirurgia plástica estética, “com o aumento desordenado da procura por corpos perfeitos e oferta de cirurgias por profissionais nem sempre habilitados” (CABEDA e GUARESCHI, 2004). Talvez porque esta cirurgia esteja associada à estética, seu “caráter médico tenha se perdido na frenética competição do mercado”, como confirmado por Novaes (2008) através de suas entrevistadas, de que existiria uma banalização da cirurgia plástica estética, “como se esta não comportasse nenhum risco e não se tratasse de uma intervenção que demanda muitos cuidados” (NOVAES, 2008, p. 160).

No entanto, quando ações acabam se transformando em um comércio, são condenadas pelos profissionais habilitados e sérios. A SBCP, por exemplo, proíbe que os membros anunciem seus serviços, e cirurgiões que o façam de maneira enganosa podem ser processados (EDMONDS, 2007, p. 240).

Os profissionais de marketing e publicitários devem tomar cuidado com a proliferação de informações e, até mesmo de incentivos. Existe no mercado brasileiro, por exemplo, diversas

revistas sobre o tema como ‘Plástica & Beleza’, ‘Corpo & Plástica’ e ‘Plástica & Forma’, além de sites que oferecem promoções, como financiamento, sem identificar qual médico irá realizar o procedimento. Tudo é feito via *web*. Alguns bancos também oferecem empréstimo para clientes que queiram se submeter a uma cirurgia estética, mas, neste caso, a escolha do médico parte do cliente.

2.1.4 Processo de Decisão e Motivações do Consumidor de Cirurgia Plástica Estética

Normalmente, médicos são os que diagnosticam a doença da paciente. No caso da cirurgia plástica estética é o paciente que deve diagnosticar a sua “doença”, caracterizando que existe um processo de compra e influenciadores (EDMONDS, 2007, p. 213). Porém, existem algumas particularidades em relação à compra de um serviço “comum”, como uma consultoria.

Como definiram Mowen e Minor (2003), para setores de prestação de serviços, como o de um cirurgião plástico, “a investigação sobre o processo de consumo é particularmente importante”. Eles argumentaram que existem duas fases: do consumo e de disposição. Na primeira precisa-se analisar de que maneira “os consumidores utilizam um produto ou serviço e as experiências” que eles obtêm com esse uso e na segunda refere-se “àquilo que os consumidores fazem com um produto, uma vez que estão cansados de usá-lo” (MOWEN e MINOR, 2003, p. 4). No caso da cirurgia, as pessoas não costumam realizar várias, salvo algumas exceções, sendo difícil avaliar o “nível de satisfação obtido com os resultados do procedimento médico” (MOWEN e MINOR, 2003, p. 4) e, principalmente o que fazem com o produto, pois as pessoas são os produtos. Como se utiliza de uma plástica? Schouten (1991) falou da importância de possíveis interesses próprios, positivos ou negativos, que agem como objetos de desejo, esperança, ou medo e que motivam ou evitam um dado comportamento. Estes interesses próprios poderiam ser a sua autoestima, gerando a esperança de recuperá-la.

E como se faz o reconhecimento da necessidade e passa-se à busca da informação? O reconhecimento da necessidade é a própria insatisfação com o corpo que gera problema de autoestima. Este poderia ser resolvida de algumas formas, mas para algumas pessoas a necessidade é a cirurgia plástica estética. Isto não quer dizer que a tendência crescente para alterar o corpo cirurgicamente é positiva, mas tem sido reconhecido que a cirurgia plástica estética parece reforçar sentimentos de autoestima e bem estar em alguns consumidores

(ASKEGAARD, GERTSEN e LANGER, 2002) e seria o caminho mais curto. Borelli (2009) também constatou como motivadores à realização de cirurgia plástica estética sentimentos relacionados a inseguranças, carências e a possibilidade de novas conquistas.

Para Mowen e Minor (2003) o comportamento dos consumidores seria afetado por forças ambientais extremas que os impulsionam “a fazer compras sem necessariamente desenvolver antes sentimentos ou opiniões acerca do produto” (MOWEN e MINOR, 2003, p. 8), mas influenciado por papéis sociais, cultura, fatores pessoais ou amigos(as), por exemplo.

A necessidade da realização da cirurgia plástica estética se dá, muitas vezes, com consciência em relação a conceitos psicológicos. Edmonds (2007) mencionou uma entrevistada que declarava que a plástica era para “elevar sua autoestima”, enfatizando que era “para ela mesma” a fim de obter o bem-estar psíquico. Ele expõe que esta noção de que a cirurgia é “para a cabeça” ou para “estar bem com você” ajuda a “dissociar a plástica da vaidade”. Em vez disso, sugere que a plástica se liga à sua relação com o próprio corpo, que está ligada de forma fundamental a outros aspectos da vida” (EDMONDS, 2007, p. 204; BORELLI, 2009).

Mowen e Minor (2003) levantaram outros pontos de vista para a compreensão das razões pelas quais as pessoas se submetem à cirurgia plástica estética, como “fortes pressões sociais ou por parte de um grupo que podem impulsionar uma pessoa a aumentar os seios”, por exemplo (MOWEN e MINOR, 2003, p. 8). Shelton e Peters (2008) analisaram o comportamento de consumidores resultante de fatores sociais numa comparação da cirurgia plástica estética com a tatuagem, verificando que um consumidor desejava remover a tatuagem quando ela(e) a via como inconsistente com seu novo papel social. Por isso, tantas pessoas querem remover a tatuagem com o nome de “seu amado” quando este deixa de ser, por exemplo (SHELTON e PETERS, 2008; BELK, 1988). Amorin (2007) relatou a história de uma paciente que queria remover o implante de silicone pouco tempo depois da cirurgia porque havia se separado e a alteração havia sido feita para agradar o marido.

Este papel social também pode estar ligado a um grupo ou a cultura. Askegaard, Gertsen e Langer (2002), por exemplo, expuseram que a cirurgia plástica estética é profundamente ligada a um desejo de melhorar a performance no papel social chave, especialmente no tempo depois das transições dos papéis. Schouten (1991) constatou que a cirurgia plástica estética ajudou aos seus entrevistados a se sentirem mais confortáveis e completos no papel social que

adotaram, e que historicamente, pessoas têm sofrido extremo desconforto, dor e risco, a fim de obedecer aos padrões de beleza culturalmente prescritos.

A cultura e as subculturas ainda podem afetar a relação que as pessoas têm com o corpo. Nos Estados Unidos, por exemplo, Goldenberg (2007) levantou que a beleza é “politicizada”, estando ligada à opressão racial e de gênero, enquanto no Brasil é “nacionalizada”, isto é, a aparência física é vista como conectada à identidade nacional. Para a autora, o Rio de Janeiro, é uma subcultura que “parece ter horror à gordura e à velhice, e valoriza com fervor a beleza” e a “boa forma”, estimulando o sonho cada vez mais insistente da juventude eterna e provocando uma insatisfação permanente com a aparência física (GOLDENBERG, 2007, p. 13-16). Lopes e Cassoti (2008) também observaram que “a satisfação de uma pessoa com a imagem física que apresenta aos outros é afetada pelo quanto essa imagem se aproxima da imagem valorizada por sua cultura”. As pessoas passam a desejar uma espécie de “pacote”, e nesse pacote encontra-se também a moda, os cosméticos, a dieta, os silicones, as cirurgias plásticas, ou seja, todo um mix para atingir o padrão de beleza almejado (LOPES e CASOTTI, 2008, p. 181). Esses padrões afetariam a relação de cada um com o corpo, não aceitando, muitas vezes, as mudanças inerentes a idade, por exemplo.

Schouten (1991) também constatou que os motivos que levam pessoas a desejarem a cirurgia plástica estética são a insatisfação com partes ou traços do corpo. Sarwer *et al.* (2008), por sua vez, propuseram que a aparência e seus graus de insatisfação com fatores que podem ser alterados pela cirurgia e a imagem do corpo, em relação a emoções negativas em específicas situações sociais, influenciam a escolha do caminho da cirurgia plástica estética. As mulheres depois de terem filho, em sua maioria, mudam a aparência, o que cria uma ansiedade e esperança em relação a ter o corpo de volta. Aspectos ligados à estética, como atividades físicas e uso de produtos e serviços cosméticos passam a ser desejados, assim como a cirurgia.

Para Lopes e Cassoti (2008) assim como Edmonds (2007) existiria um “padrão de beleza determinado pelas mulheres que recorrem a tratamentos estéticos e cirurgias plásticas, entre outros, como forma de se manterem sempre jovens” (LOPES e CASOTTI, 2008, p. 179). Esta necessidade de se manterem sempre jovens exerce forte influência nas mulheres mais velhas ou que sofreram modificação no corpo devido a se tornarem mães, por exemplo, fazendo com que se decidam pela cirurgia plástica estética como forma de rejuvenescer ou “manter o que lhes foi roubado pelos filhos”.

Askegaard, Gertsen e Langer (2002), por sua vez, argumentaram sobre a ascensão da cultura do consumo, e neste contexto particularmente sobre a “combinação de uma cultura juvenil com a mercantilização da beleza”, conduzindo a uma relutância geral em aceitar os sinais de envelhecimento. Dessa maneira, a cirurgia plástica estética poderia ajudar a recuperar a equivalência entre a percepção do seu interior jovem e da sua aparência mais velha. No mesmo sentido, Novaes (2008, p. 162) expôs que a “cirurgia plástica estética é um recurso, por excelência, das mulheres mais maduras”. Recurso este que é enfatizado por Goldenberg (2007, p. 9) quando considera que “cada indivíduo é considerado responsável (e culpado) por sua juventude, beleza e saúde: só é feio quem quer e só envelhece quem não se cuida”. Se deixar envelhecer requer sabedoria ou, o que sobra, é usar os recursos disponíveis no mercado para tal.

Os recursos são muitos e tem cada vez mais evoluído. Uma das entrevistadas de Edmonds (2007), por exemplo, afirmou que a plástica é uma “evolução tecnológica que ajuda as mulheres a reduzir a diferença de idade, protegendo-as de serem trocadas, mas que também lhes permite se tornarem mais competitivas entre si” (EDMONDS, 2007, p. 199). As evoluções tecnológicas, provenientes do avanço da medicina, em função do rejuvenescimento, isto é, da “juventude eterna”. Williams (1997) já relatava que tecnologias de cirurgia plástica estética fizeram com que os limites da forma pudessem ser cada vez mais alterados, podendo ser “reestilizado, remodelado e reconstruído”. Ao alcance de praticamente todos, é claro que o desenvolvimento na ciência biomédica, desde a cirurgia plástica até a engenharia genética, e os avanços da nanotecnologia, tem desempenhado um papel central para crescimento e o desejo pela cirurgia plástica estética (WILLIAMS, 1997). Essas mudanças levam para o corpo a responsabilidade de outras questões, como da autoestima, transformando-o muitas vezes, num “objeto”, sujeito a uma gestão de tecnologias, entre elas a cirurgia (ASKEGAARD, GERTSEN e LANGER, 2002).

Porém, Williams (1997) alertou que medicina moderna pode ser tanto fonte de esperança como de desespero, a partir do momento que não poderia resolver todos os problemas do paciente. Alguém consegue a juventude eterna somente com plástica? Problemas psicológicos são sempre analisados e tratados? A medicina moderna oferece-nos a vela de esperança (WILLIAMS, 1997).

Nesse processo de compra da cirurgia plástica estética, o primeiro estágio, o reconhecimento da necessidade, mais precisamente a abrangência do conceito, tem sido alterado em função da “idéia de continuidade da vida com saúde”. As necessidades não seriam somente “aquelas que poderiam ser consideradas como físicas (como dormir, comer etc), mas abrangeriam também aquelas que envolvem aspectos psicológicos”, como a saúde mental e individual (autoestima, segurança, autoconfiança etc.) (BREI, 2007).

Nesse sentido, após o diagnóstico da discrepância entre o estado desejado e real, provocado por estímulos internos e externos, ficaria o consumidor esperançoso, buscaria as informações e avaliaria as alternativas. Dependendo das facilidades que o mercado oferece faz com que o processo de decisão seja mais rápido. No caso da cirurgia plástica estética, as recomendações de amigos(as) e parentes ajuda para que a busca do consumidor seja menor, uma vez que partem de poucas opções. A avaliação deste cliente não se baseia, normalmente, na sua experiência, mas na destes amigos(as) ou parentes que já a realizaram. Apesar disso, é fato que muitas clínicas permitem que os pacientes dividam a conta em vários pagamentos e oferecem diversas facilidades de forma a diminuir os obstáculos criados na busca de informações e avaliação das alternativas (SANT’ANNA, 2009; THOPMSON e HIRSCHMAN, 1995; BORELLI, 2009). Hoje em dia estão disponíveis para o consumidor até consórcios para cirurgia plástica estética, que foram aprovados pelo Banco Central no início de 2009, sendo difundidos em diversos sites, como o <http://www.masterhealth.com.br/consorcio-de-cirurgia-plastica.html>. A Fitcorpus-Assessoria Administrativa em Cirurgia Plástica e Estética (www.fitcorpus.com.br) é outro exemplo de empresa que oferece planos de pagamento em até 36 parcelas para qualquer tratamento. E ainda, para os que não têm condições de assumir grandes dívidas, há um aumento do número de hospitais públicos nos quais as pacientes esperam até três anos por operações estéticas, mas conseguem realizá-las a preço muito mais baixo ou de forma altruística, tornando a cirurgia plástica estética mais acessível (EDMONDS, 2007, p. 250). O Hospital Geral da Santa Casa da Misericórdia no Rio de Janeiro é um exemplo do que pode ser oferecido para este tipo de consumidor.

Para Mowen e Minor (2003) pessoas que querem comprar serviços de cirurgia plástica estética, “a perspectiva da tomada de decisão se concentraria na atenção das etapas que os consumidores seguem quando estão decidindo qual médico contratar para fazer a cirurgia plástica” (MOWEN e MINOR, 2003, p. 7) e não necessariamente a clínica faria parte da

escolha. A confiança nos serviços é de especial importância neste caso. Estes autores expuseram que há três perspectivas de pesquisa sobre o comportamento do consumidor. A perspectiva de tomada de decisão, a compra começaria na percepção dos consumidores de que existe um problema ou necessidade e, em seguida, de acordo com uma série de etapas, “em direção a um processo racional de resolução do problema”. Já a perspectiva experimental, propõe que em alguns casos os consumidores não fazem suas compras de acordo com um processo de tomada de decisão estritamente racional, mas “às vezes compram produtos e serviços a fim de obter emoções e sentimentos”. A terceira perspectiva seria a influência comportamental, que considera que forças ambientais externas, como assumir papéis sociais, “impulsionariam os consumidores a fazerem compras sem necessariamente desenvolver antes os sentimentos ou opiniões acerca do produto”. Nesta perspectiva estaria a compra de serviços de um cirurgião plástico, pois envolve certo nível de “tomada de decisão, como buscar informação, avaliar as alternativas e fazer uma escolha consciente”, ou que pensa que seja. É provável, contudo, que o processo experimental também esteja em ação, pois elementos emocionais fortes levam “o consumidor a tomar atitudes que possuam alto nível de significado simbólico”, como realizar uma cirurgia plástica estética para manter-se jovem ou dentro de um contexto social (MOWEN e MINOR, 2003, p. 7-8).

Os consumidores de cirurgia plástica estética relatam que a decisão é deles e que a cirurgia é feita para satisfação própria (por exemplo: EDMONDS, 2007; ASKEGAARD, GERTSEN e LANGER, 2002; SCHOUTEN, 1991; BORELLI, 2009). Pesquisas realizadas pós recuperação da cirurgia reportam crescimento da autoestima, diminuição nos sintomas de depressão, maior vaidade e autoconfiança que, por sua vez, catalisa uma transição de vida mais abrangente (SARWER *et al.*, 2008; SCHOUTEN, 1991). Além disso, a maioria está satisfeita (SAWER *et al.*, 2008).

A seguir, os construtos que fazem parte do modelo do comportamento do consumidor de cirurgia plástica estética junto com a esperança, são apresentados.

2.2 Autoestima no Comportamento do Consumidor de Cirurgia Plástica Estética.

Para a SBCP (2008) melhorar a “sua condição da autoestima” é o principal objetivo de quem procura uma cirurgia plástica estética. Existem inúmeros estudos sobre cirurgia plástica estética no Brasil e no exterior, principalmente nos jornais de suas sociedades (por exemplo: SBCP e ASAPS) em que esta visão sobre a autoestima é unânime. Portanto, diante do exposto nas seções anteriores e em consonância com diversos estudos na área (por exemplo: SARWER e CASH, 2008; BANISTER e HOGG, 2004; ASKEGAARD, GERTSEN e LANGER, 2002; THOMPSON e HIRSCHMAN, 1995; PITANGUY, 1976) este construto é o iniciador do processo e, entendê-lo se torna uma premissa necessária ao estudo do comportamento do consumidor de cirurgia plástica estética. A busca da autoestima é reconhecida pelos gestores de marketing como um dos mais importantes condutores motivacionais deste comportamento e da tomada de decisão e “decisões dos consumidores são realizadas regularmente, no contexto de aumentar ou proteger a autoestima, no reconhecimento do valor de si mesmo” (BANISTER e HOGG, 2004; HARVEY e WILLIAM, 1965).

Como poderia ser definida a autoestima? Rosemberg *et al.* (1995) e Rosemberg (1991) expuseram que a literatura em geral lida com a autoestima global, isto é, a atitude positiva ou negativa do indivíduo em relação a si mesmo como uma totalidade. Outros autores como Banister e Hogg (2004) e Robins, Hendin, e Trzesniewski (2001) definiram a autoestima em relação ao reconhecimento do valor de si mesmo, que pode ser muitas vezes ser negativo ou positivo, sendo que, quem tem problemas com a autoestima a persegue. Esta avaliação subjetiva de si mesmo pode ser de acordo com a personalidade (existem pessoas que têm esse problema nos seus traços) ou numa condição temporária (não estou bem comigo porque isso me incomoda). “Autoestima é uma importante unidade de consumos motivacionais que envolvem tanto a aceitação e rejeição/evasão de bens simbólicos” (BANISTER e HOGG, 2004; ROBINS, HENDIN, e TRZESNIEWSKI, 2001). Edmonds (2007) defendeu que “a autoestima é um estado emocional sentido, mas difícil de ser definido” sendo que o objetivo muda de “parecer bem” para o mais aceitável “sentir-se bem” (EDMONDS, 2007, p. 215). A questão da autoestima global ou específica levantada por Rosemberg *et al.* (1995) não obteve respaldo, sendo considerado pelos autores como mero exercício acadêmico. Eles analisaram que há forte correlação entre elas e efeitos recíprocos, apesar da autoestima global ser mais relevante para o bem-estar e a específica no comportamento.

Askegaard, Gertsen e Langer (2002) preferiram explicar a autoestima através de outros construtos. Para eles, a autoestima seria o oposto da vergonha: “o indivíduo sente-se socialmente aceito e valorizado”, explicando que ela depende da interação social, sendo muito sensível a resposta dos outros, e isso pode “transformar-se em vergonha se esta resposta é percebida como negativa”. Para eles, a autoestima pareceria ser essa uma qualidade interior altamente valorizada, em vez de, por exemplo, bondade, sabedoria, ou senso de humor. Seus entrevistados elaboraram uma conexão entre “valores internos e externos – autoestima e beleza – e argumentam numa forma quase idêntica: quando eles sentem que seu visual é bom, eles exultam autoestima”, mas quando é ao contrário eles tendem a “não transmitir uma impressão positiva do seu próprio interior, igualmente”. Para eles, o interior é que importaria, mas é afetado diretamente pelos valores externos. Alegam também que, fizeram cirurgia plástica estética para obter autoestima, o que dificilmente é um sentimento que aparece em um vácuo social, mas, “pelo menos parte depende da impressão que uma pessoa entende que outros fazem dela” (ASKEGAARD, GERTSEN e LANGER, 2002).

Banister e Hogg (2004), por sua vez, colocaram que a autoestima motiva que as pessoas procurem “experiências que aumentem ou protejam o auto-conceito”. Estas pessoas assumem comportamentos que incluem proteger a autoestima, evitando possibilidades negativas. A manutenção dela envolve a “proteção e o aumento do sentimento de si, e também a prevenção de auto-humilhação”, chegando, muitas vezes, a rejeitar produtos que consideram com imagens negativas (BANISTER e HOGG, 2004).

Como qualidade de vida, “autoestima é um construto multifacetado que num sentido mais global, não poderia ser suscetível às mudanças na aparência física encontradas com a cirurgia plástica estética” (SARWER *et al.*, 2008), mas não é o que se percebe nos estudos publicados, nem como as entidades competentes lidam com o assunto. Tanto a cirurgia plástica estética quanto a tatuagem, ou a remoção dela, têm efeitos significativos nas vidas das pessoas. Shelton e Peters (2008) constataram que as razões mais comuns para a “remoção da tatuagem são: melhoria da autoestima, razões sociais, pressão da família, aumento potencial para empregabilidade e mudança do parceiro”. Muitas delas também foram alegadas por quem quer realizar uma cirurgia plástica estética ou reverter, como remover o silicone. Eles também propuseram que o “aumento da estética corporal são ações que favorece a distinção entre pessoas” (SHELTON e PETERS, 2008; BELK, 1988).

Isso reflete na imagem do corpo, que pode gerar a insatisfação e acarretar problemas de autoestima. Esta insatisfação é relacionada à cirurgia plástica, de acordo com alguns autores (por exemplo: SARWER e CASH, 2008). Autores como Sarwer e Cash (2008), Thompson e Hirschman (1995) e Belk (1988) relataram que a insatisfação com a imagem do corpo é um fator que gera problemas e implicações psicológicas, que deriva de idealizações culturais de corpos bonitos, podendo até provocar percepções distorcidas de peso, desordem alimentar, sentimentos de inadequação pessoal e baixa autoestima. A “imagem do corpo é comumente definida com uma “construção mental específica” embutida em uma grande construção mental (frequentemente chamada de autoestima) que pode afastar substancialmente uma pessoa do objetivo” (THOMPSON e HIRSCHMAN, 1995). Os estudos de Sarwer *et al.* (2008) e Schouten (1991) reportaram que os pacientes, depois das cirurgias, disseram ter significativa melhoria na imagem de seus corpos, na evolução da aparência e satisfação com áreas do corpo, sendo que esta melhora pode trazer avanços em relação à autoestima. Atribuíram a melhora da autoestima à cirurgia que os seus pesquisados realizaram, sendo diretamente relacionados com “os sentimentos de aumento da atratividade, autoconfiança ou a facilidade social”, localizada na imagem corporal.

Esta imagem do corpo e, conseqüentemente a autoestima, ainda podem ser afetados por outros motivos, como o problema da idade, podendo levar ao desejo pela cirurgia plástica estética. Idade - mais ou menos explícita - foi percebida como um problema intrínseco (ASKEGAARD, GERTSEN e LANGER, 2002; BELK, 1988).

Pessoas reportam que a cirurgia é para parecer jovem. O eterno sonho da juventude, “do corpo que não envelhece e/ou não adoce, e a busca por uma aparência que, ainda que singular, não as diferencie dos padrões estéticos vigentes. Um corpo magro saudável e definido” (NOVAES, 2008, p. 148). Essas atitudes podem ser resumidas como a crença num vínculo fundamental entre autoestima e aparência física; e a crença de que a aparência tem valor de mercado (EDMONDS, 2007, p. 212). Valor este que seria a beleza. A beleza deveria ser mais do que pele e está “relacionada a aspectos físicos e não-físicos”. Isto quer dizer que estaria ligado a como a pessoa vê o mundo, como lida consigo mesma e em relação aos papéis sociais. “Pessoas bonitas são bonitas por dentro e por fora” (LOPES e CASOTTI, 2008, p. 180). Essa mudança da base ética da beleza – a idéia de que “qualquer um pode ser belo” – contribui para a aceitação pública generalizada da cirurgia plástica estética, uma vez que a

beleza passa a ter um valor de mercado. (EDMONDS, 2007, p. 214). A autoestima faz parte desse processo.

2.3 Esperança no Comportamento do Consumidor

O estudo do construto esperança em marketing é um assunto novo e a maioria das definições ainda advêm de áreas como filosofia e psicologia, existindo ainda poucos e recentes trabalhos científicos específicos de esperança no marketing (por exemplo: MELLO, MACINNIS e STEWART, 2007; MACINNIS e CHUN, 2007; MACINNIS e MELLO, 2005, 2001; MELLO e MACINNIS, 2005) sendo que alguns a tratam num contexto mais amplo, não a esperança por si só (por exemplo: MACINNIS, MELLO e PATRICK, 2004; PATRICK, MACINNIS e FOLKES, 2002; RICHINS, 1997; MACINNIS e PRICE, 1987). No entanto, há um crescente interesse de se estudar assunto (por exemplo: VANZELOTTI, 2008a; VIEIRA, 2008; FLEMING, 2008).

O construto esperança é importante para o marketing pela sua relevância em relação ao comportamento do consumidor. MacInnis e Mello (2005) entendem que o que há em comum em comportamentos como investimentos em ações, compra de bilhetes de loterias, dietas ou programas de embelezamento, cursos de pós-graduação, cirurgias plásticas e visitas a terapeutas é, entre outras coisas, a esperança. Estes autores sugerem que esperança tem uma significância adicional quando os efeitos do comportamento do consumidor são considerados.

Partindo-se da definição mais genérica e clássica para entendimento do construto, esperança é o “sentimento de quem vê como possível a realização daquilo que deseja; a segunda das três virtudes básicas do cristão, ao lado da fé e da caridade” (HOUAISS, VILLAR e FRANCO, 2001). Se esta definição parece ampla, a filosofia tenta explicá-la como a “perspectiva de aquisição de um bem com probabilidade de alcançá-lo” e “como um prazer experimentado diante da idéia de que num provável futuro se goze de algo que pode produzir deleite” (FERRATER MORA, 1965). “Sobrevivemos graças às esperanças” (THIRY-CHERQUES, 2006). Assim, alguns autores entenderam que a esperança está ligada ao “ainda não” e a uma vontade de transformação global para superar fracassos e obstáculos, provocando “sonhos acordados” que estão ao alcance da razão. Razão esta que nos faz questionar o que pode ser feito, o que se deve fazer e o que é permitido esperar. A consciência da realidade faz com que se passe da carência para a satisfação, tendendo à felicidade (CAYGILL, 2000; BOVENS,

1999; LAIN ENTRALGO, 1984; FURTER, 1974; FERRATER MORA, 1965). Estes autores ainda acrescentaram que esperança é um sentimento bom, tanto que pode levar uma pessoa a tomar atitudes inesperadas, ou até insanas.

Similarmente, Downie (1963) explicou que o objeto da esperança precisa ser desejado por outros, mas é necessário estar num contexto de incerteza. Isto é, este objeto deve estar inserido num espaço de probabilidade real de ocorrer, mas é necessário que seja improvável. Apesar da incerteza, a esperança pode ser um antídoto contra a aversão ao risco, enquanto o medo é um antídoto contra a predisposição ao risco, fazendo com que a ansiedade, de certa forma, equilibre esta equação (BOVENS, 1999). Mas é a esperança que impulsiona o indivíduo a empreender. Bovens (1999) expôs que a esperança pode aumentar o grau de frustração. Em outras palavras, se as notícias são ruins, é bem provável que as pessoas não tenham esperança. O autor acrescenta que o que é necessário para se ter uma esperança boa é que ela não leve o indivíduo a ações irracionais, e sim a tolerar frustrações, além de permitir bons pensamentos, autoconhecimento e senso de ser merecedor, fazendo com que a pessoa tome uma atitude favorável para si mesma.

Deste modo, a “esperança para fazer” satisfaz a mínima condição da esperança, ou seja, a de tornar uma pessoa esperançosa com alguma coisa. O resultado é que a “esperança para fazer” implica na intenção para tentar (DOWNIE, 1963), ou melhor, a pessoa passa da intenção para a ação.

Na área de conhecimento da psicologia a esperança foi estudada mais profundamente, encontrando-se diversos estudos empíricos (por exemplo: ROSEMAN e EDDOKAS, 2004; SHOREY *et al.*, 2002; SNYDER, 2002, 1995; LAZARUS, 1999; SNYDER *et al.*, 1998, 1996, 1991; AVERILL, CATLIN e CHON, 1990). Snyder e seus colegas, que estudaram mais intensamente este construto, sendo o autor um dos mais citados nos artigos sobre o assunto, expuseram que a esperança é um processo do pensamento sobre uma meta motivado pelo senso de sucesso futuro para determinação da direção e do planejamento de atalhos para se chegar às metas (SNYDER, 1995, 2000). Esperança significa pensamentos e sentimentos que refletem a percepção de que coisas boas irão acontecer, e se diferencia do otimismo na medida em que as pessoas mais esperançosas são capazes de produzir novos caminhos quando o original é bloqueado (SNYDER *et al.*, 1998; SNYDER, 1995; PIERON, 1966). O otimista se limita a julgar tudo da melhor maneira possível (HOUAISS, VILLAR e FRANCO, 2001),

mas não necessariamente continua este julgamento numa situação de insucesso. Furter (1974) já havia exposto que o fracasso poderia destruir o otimismo e todas as suas ilusões, mas não a esperança. “Porque a esperança está sempre presente. Ela é o futuro desejado” (THIRY-CHERQUES, 2006).

De modo extremo, Lazarus (1999) e Lazarus e Lazarus (1994) explanaram que “quando o perigo tendia a ser maior, esperança foi introduzida na situação e serviu como um poderoso fator de moral e de comprometimento para que fosse dada continuidade à tarefa, apesar dos perigos”. Isto é muito comum nos locais de trabalho de alta periculosidade, como o dos soldados, ou onde existe incerteza com o futuro. Tiger (1999) ainda explicou que o papel da esperança é uma “vitamina essencial no processo social”, alimentando a solidariedade e a coesão social.

Roseman e Evdokas (2004) testaram hipóteses e concluíram que esperança e medo podem ser experimentados em resposta à incerteza sobre um evento contrário, como quando pessoas aparentam muitas vezes o sentimento de esperança no evento contrário ao que não ocorreu.

Snyder (2002), por sua vez, definiu esperança como “uma capacidade percebida para derivar atalhos para metas desejadas e motivar a si mesmo por meio de uma ação do pensamento para uso destes atalhos”. Para o autor, a esperança é um conjunto cognitivo ligado a um estado positivo de motivação baseado num sentimento derivado da percepção de sucesso da ação e do plano de encontrar caminhos alternativos para alcançar a meta. Para se ter esperança com a meta é necessário alguma percepção de incerteza. Positivas emoções podem fluir de percepções de sucesso da atividade; reciprocamente, emoções negativas podem ser produzidas pelo insucesso (SNYDER, 2000, 2002; SNYDER *et al.*, 1996, 1991). Lazarus, (1999) explicou que emoções não são equivalentes aos objetivos, mas elas surgem a partir do suposto destino da meta. Ou seja, uma emoção depende do senso de passado, presente e futuro, porém esperança e desesperança são descritas como atitudes para o futuro, ainda incerto, mas palpável.

Logo a esperança assumiria o papel de cobrar internamente de cada indivíduo atitudes para se chegar ao resultado esperado (LAZARUS, 1999). Não que esperança seja uma questão de absoluta confiança da qual se quer ou necessita materializar, mas ela incentiva, num ambiente de incerteza, componentes de resposta à emoção, tanto comportamental, aproximando e

antecipando a meta, quanto emocional, motivando a ação de fazer acontecer (Roseman e Evdokas, 2004). A esperança prepara e motiva a pessoa para mover-se em direção à sua meta. Pessoas esperançosas tenderiam a lutar mais arduamente para atingir sua meta do que as sem esperança. Nesse contexto, Dufault e Martocchio (1985) sugeriram que a esperança seria multidimensional e esférica, no sentido de todas terem o mesmo peso, e envolveria relações interpessoais, processos racionais, motivacionais e espirituais/transcendentais. Em complemento, Averill, Catlin e Chon (1990) expuseram que a ela é uma emoção positiva com intenso comportamento afetivo. Os autores pesquisados desta área (por exemplo: ROSEMAN e EDDOKAS, 2004; SHOREY *et al.*, 2002; LAZARUS, 1999; SNYDER, 1995; AVERILL, CATLIN e CHON, 1990) ainda enfatizaram que a esperança faz com que as pessoas aguentem muito mais as condições adversas, como dores, em caso de doenças graves, ou inovações médicas, no caso de tratamentos alternativos. As pessoas tenderiam a suplantar as dificuldades porque se tem esperança de viver ou de retardar o envelhecimento.

Mais especificamente, como poderia ser analisada a esperança em marketing? Nesta área destacam-se os estudos de MacInnis, principalmente Mello, MacInnis e Stewart (2007); MacInnis e Mello (2005, 2001) e Mello e MacInnis (2005). Da mesma forma que alguns autores citados anteriormente, MacInnis e Mello (2005) defenderam que a esperança é “uma emoção positivamente robusta evocada em resposta a uma incerteza, mas que tem um possível resultado que é congruente com o objetivo”. Para os autores, a esperança varia de acordo com a expectativa de cada um, e sugerem que podem existir táticas de marketing que poderiam induzir e aumentar a esperança do cliente, mas que ainda precisariam ser mais pesquisadas. No entanto, eles mesmos sugerem que anúncios que fazem promessas poderiam evocar a esperança, por exemplo. Para os autores transformar uma impossibilidade em possibilidade, como promover uma imagem antecipada (por exemplo: “Imagine você linda e jovem”) ou refletir pensamentos (por exemplo: “Novos tratamentos estéticos que trazem efeitos rápidos”), ou aumentar o anseio, como aumentar o resultado para a meta congruente (por exemplo: “Perca peso sem sacrifícios”), são algumas das táticas de marketing que poderiam induzir a esperança. Mowen e Minor (2003) explicaram que sentimentos positivos podem ser formados pela exposição repetida de um estímulo e um estado de espírito positivo melhora a atitude; um estado de espírito negativo deprecia a avaliação (MOWEN e MINOR, 2003, p. 144).

Além disso, a esperança estaria ligada à satisfação do cliente (MACINNIS e MELLO, 2005). Para os autores, “altos níveis de esperança propiciariam prazer e satisfação para o consumidor, se o produto entregue tiver o resultado correspondente, e limita a *insatisfação*, se isto não ocorrer”.

Mello e MacInnis (2005) foram mais além e explicitaram em seu estudo as três faces da esperança: a esperança em si, ter esperança e ser esperançoso. Os autores focaram em *ter* esperança, explicando-a em parte como a “emoção positiva que surge quando o resultado futuro de um objetivo congruente é julgado como possível”. Quando se fala em possibilidade, todos os autores citados anteriormente são unânimes em explicitar que há esperança quando esta possibilidade é de um resultado positivo.

Em teorias de marketing, como a exposta por Rossiter e Foxall (2008) sobre a análise do contexto necessário ao entendimento do comportamento do consumidor, esperança estaria entre as variáveis intervenientes que afetam na resposta do consumidor, sendo considerada como um instrumento de reforço positivo no processo de incentivo motivacional. Ela seria uma resposta emocional que incentivaria a ação do consumidor. Esta ação pode ser a procura por alternativas para realizar uma cirurgia plástica estética, por exemplo.

Analisando-se o ambiente de marketing, este propiciaria aos consumidores diversos caminhos para ter e comprar esperança, como uma força que dirige o consumo. O consumo da esperança no ambiente de marketing é derivado da avaliação do produto e do serviço que são analisados como um meio de se realizar a meta congruente (MELLO e MACINNIS, 2005). Por exemplo, se existem condições que facilitem a realização de uma cirurgia plástica estética tão desejada, então o consumidor aceita a esperança. Mas é necessário cuidado na informação fornecida, pois pode influenciar o cliente a uma conclusão favorável, se esta interessá-lo, podendo criar uma falsa esperança a respeito do resultado para a sua meta, impactando diretamente na satisfação com o resultado e na confiança do cliente com o prestador do serviço. Isto pode acontecer, muitas vezes, em relação à percepção do risco pelo cliente, uma vez que a esperança minimizaria esta percepção (MACINNIS e CHUN, 2007; FLEMING, 2008). Se a meta a ser alcançada é a autoestima, a esperança poderia minimizar os riscos inerentes a cirurgia plástica estética, podendo trazer resultados não desejados.

Se MacInnis e Chun (2007), Mello e MacInnis (2005) e MacInnis e Mello (2005, 2001) enfatizam que a esperança pode minimizar a percepção do risco envolvido na compra pelo cliente, também chamam atenção sobre as consequências que podem advir desta tolerância que o cliente tem na avaliação deste risco. Se no futuro a avaliação do cliente for favorável, este cliente poderá ficar satisfeito, mas se for desfavorável, então o cliente ficaria insatisfeito e desconfiado em relação à compra, sendo o produto vendido somente como um consolo para o cliente. Logo, entender, nutrir e trabalhar a esperança no marketing requer atenção dos pesquisadores, uma vez que existe uma aura de razão e esta, apesar de poder ser estimulada, virá à tona a qualquer momento, podendo ser prejudicial quando da obtenção dos resultados esperados.

Além disso, Patrick, MacInnis e Folkes (2002) propuseram que esperança por si só poderia ser igualada com um correspondente de medo por si em situações relevantes na vida do consumidor. Ou seja, para eles a esperança só pode ser anulada pelo medo, mas ela predominaria no campo ocupacional, físico, familiar e pessoal. Deste modo, ter esperança é poder alcançar seu objetivo e sentir que ela é prazerosa e positiva para este objetivo (MELLO e MACINNIS, 2005), suplantando o medo e se renovando em cada obstáculo para se atingir a meta congruente.

Alguns autores ainda complementaram que a esperança é consequência de um desejo (THIRY-CHERQUES, 2006; AVERILL, CATLIN e CHON, 1990) e multidimensional, proveniente dela mesma, da relevância do objetivo e da capacidade de se suplantarem os obstáculos para atingir a sua meta (VIEIRA, 2008; MACINNIS e CHUN, 2007; MACINNIS e MELLO, 2005, 2001; LOPEZ *et al.*, 2000; AVERILL, CATLIN e CHON, 1990). Porém, Snyder (2000) e Snyder *et al.* (1996) testaram várias escalas adaptadas de acordo com o estado e a disposição, considerando em todas elas a unidimensionalidade em relação à perseguição do objetivo.

MacInnis e Mello (2005, 2001) acrescentaram que esperança pode ser explicada por quatro conceitos básicos: (1) esperança é uma emoção positiva para uma meta, (2) está ligada aos resultados da decisão, não à decisão por si só, (3) sua importância é um antecedente do envolvimento, e (4) esperança pode variar quando o envolvimento do cliente na compra é alto. Os componentes formadores da esperança propostos por eles seriam a congruência com os objetivos, a orientação para o futuro, a incerteza e a vontade de ter, através do desejo,

relevância e perseguição da sua deficiência atual. Os autores exemplificaram esta variação da esperança por meio de dois consumidores envolvidos na procura de um apartamento de um quarto em uma grande cidade, uma vez que envolveria relevâncias diferentes para cada um deles e risco em potencial, podendo variar de produto para produto e de acordo com o mercado que está inserida, sendo a esperança um moderador na relação entre a avaliação do risco percebido e a escolha. O produto cirurgia plástica estética pode ser analisado da mesma forma, uma vez que é um serviço prestado que envolve muitas vezes risco de vida, além de alto valor agregado, e no qual, o preço a ser pago (custo financeiro) não é o único fator considerado; mas há outros fatores (como comprometimento da renda, economias que serão necessárias, influência familiar etc.) que associam um custo psicológico e social à aquisição, gerando uma percepção de risco muito maior.

Esperança foi observada por Snyder (2002) como um espectro da força humana, como se fosse um “prisma”, erguendo o espírito e fazendo com que as pessoas pensem no que é possível. Consequentemente, como definição neste estudo, poder-se-ia dizer, em consonância com a filosofia, que esperança é o “ainda não” e um sentimento ligado à percepção de sucesso da ação, a disposição de conquistar suas metas e obter prazer, criando atalhos e minimizando os obstáculos, quando isto ainda é possível.

Apesar de alguns autores explicarem que analisam a esperança de forma cognitiva (SNYDER, 1995; SNYDER *et al.*, 1998) definindo-a como um estado cognitivo, outros de diferentes áreas bem como da de marketing tentam defendê-la como uma emoção com componentes cognitivos (ROSSITER e FOXALL, 2008; VANZELLOTTI, 2008a; VIEIRA, 2008; MACINNIS e MELLO, 2005, 2001; LAZARUS, 1999; AVERILL, CATLIN e CHON, 1990), provocando limitações quanto à interpretação, até mesmo porque todas as definições têm diversas convergências, como congruência com o objetivo, importância do objetivo e, principalmente, motivação e comprometimento para com a meta. O próprio Snyder (2000a) supôs na teoria da esperança que na busca por objetivos cognitivos produziria positivas emoções, deixando dúvidas no leitor quanto a sua convicção. No entanto, a esperança é “um sentimento com objetivo de alcançar uma meta”, sendo uma emoção com fortes componentes cognitivos, podendo variar de pessoa para pessoa de acordo com o seu estado. Sentimentos englobam atos, disposição, emoção e opinião que, formados, muitas vezes pela aquisição de conhecimento, sendo conflitante com a abordagem de que a esperança seria puramente uma emoção. Assim como a satisfação do consumidor pode ser considerada muitas vezes como

uma resposta emocional ou cognitiva (GIESE e COTE, 2000) a esperança não deveria ser analisada somente como emocional ou cognitiva, mas com elementos de ambos.

Além disso, normalmente, esperança é confundida com outros construtos, como ansiedade, otimismo, crença e, principalmente, expectativa e desejo. Porém, Snyder (1995) comprovou que o que há entre estes construtos são correlações positivas e negativas. Ou seja, esperança se correlacionaria positivamente com medidas de autoestima, percepção da capacidade de resolução de problemas, otimismo, afetividade positiva e expectativa de resultados positivos, e negativamente com medidas de ansiedade, depressão, afetividade negativa e introversão (SNYDER, 2000, 1995; SNYDER *et al.*, 1998). As diferenças significativas necessárias ao entendimento do construto para este trabalho são descritas na seção a seguir.

Em relação à esperança do consumidor de cirurgia plástica estética, esta é explícita e implícita, sendo identificada de diversas maneiras. A esperança de “conquistar” ou “reconquistar” a autoestima seria a principal delas, além da de voltar a “ser jovem”. O paciente que procura hoje um cirurgião plástico tem a esperança, além de expectativas específicas, e pode não medir esforços financeiros e pessoais para investir em um procedimento cirúrgico, que por vezes, não alcança o resultado prometido e esperado (CABEDA e GUARESCHI, 2004). A cultura da “mulher bonita” acaba impondo demandas à mulher que tem a esperança de manter a aparência mais jovem (THOMPSON e HIRSCHMAN, 1995). As pessoas aceitam o sacrifício, assumem o risco para alcançar o resultado sonhado, como declarou uma entrevistada: “decidi então chegar um pouco mais perto do sonho de ser magra” através da cirurgia plástica estética (NOVAES, 2008, p. 158). É a esperança alimentando os sonhos, criando atalhos e minimizando os obstáculos para alcançar a meta.

2.4 Expectativa *versus* Esperança *versus* Desejo

Uma vez que muitas pessoas confundem desejo com expectativas e esperança e vice-versa, faz-se necessário uma exposição individual e comparativa dos três construtos, com o intuito de se entender cada um deles, essencial para a realização deste estudo.

2.4.1 Expectativas

Se esperança é um construto pouco explorado na área de marketing, o mesmo não ocorre com as expectativas. Mas, o que há de semelhante entre estes conceitos? Preliminarmente, expectativa é o ato de ter esperança, não a esperança em si (HOUAISS, VILLAR e FRANCO, 2001). Ela também é entendida como a antecipação de um evento futuro e é inferida do comportamento observável. Em outras palavras, o estado de expectativa é caracterizado por “reações antecipadas de prazer em virtude da crença na obtenção de algo esperado” (DORIN, 1978). Pieron (1966) expôs que a expectativa seria uma atitude de espera com certo grau de esperança. Se aspira algo, se deseja e se espera atingi-lo, porém, verifica-se, às vezes, que não se pensa realmente, atingi-lo, com previsão objetiva. Assim, uma pessoa esperançosa com alguma meta está em estado constante de expectativa que algo que se tem esperança será realizado ou conquistado (DOWNIE, 1963).

Muitos estudiosos de marketing realizaram trabalhos sobre as expectativas do consumidor e suas relações, porém sem compará-la à esperança. Oliver e DeSarbo (1988), por exemplo, explicaram que os consumidores geralmente apresentam, antes da compra, expectativas a respeito do desempenho do produto ou serviço. Após a compra, o nível de desempenho percebido pelo consumidor é comparado às expectativas que ele possuía anteriormente, podendo o cliente ficar satisfeito com o que recebeu se suas expectativas foram atendidas ou superadas. Fornell *et al.* (1996) acrescentou que as expectativas incluem informações não experimentais obtidas pelo consumidor por meio de fontes, tais como anúncios e comunicação “boca-a-boca”. Similarmente, Oliver (1999) comprovou que consumidores que trazem consigo altas expectativas acerca de um produto, perceberão mais facilmente os resultados positivos, enquanto que os que formam expectativas baixas perceberão apenas os resultados negativos. Este autor expôs que expectativas teriam dois componentes: uma probabilidade da ocorrência e avaliação da ocorrência. Ambas são necessárias porque não é claro que alguns atributos são desejados por todos os compradores. As diferenças entre elas devem ser devido ao que os clientes desejam e/ou o que eles pensam que deveria acontecer. Spreng, Mackenzie e Olshavsky (1996) alegaram que alguns vêem expectativas, como as percepções primárias da probabilidade (ou probabilidade de ocorrência) de algum evento (por exemplo: WESTBROOK, 1987) e outros que consistem na estimativa da probabilidade com um evento mais a avaliação das variáveis do evento (SPRENG, MACKENZIE e OLSHAVSKY, 1996).

O termo “expectativas” ainda é frequentemente usado como um padrão de comparação pelos clientes (GRÖLUND, 2002). Este autor citou uma série de padrões para tal termo, explicando que ideal ou desejado seria o nível de desempenho desejado pelo cliente, enquanto o desempenho esperado seria o que o cliente acredita que provavelmente estará recebendo. Além disso, o mínimo tolerável seria o último nível de desempenho aceitável e o merecido ou justo seria o que o consumidor sente como deveria ser este desempenho com relação ao seu custo na relação de tempo e dinheiro gastos na compra (GRÖLUND, 2002). As expectativas seriam precedentes ao desempenho do produto e, por conseguinte, a satisfação (DAY, 1984; FORNELL, 1992; TSE e WILTON, 1988).

Spreng, Mackenzie e Olshavsky (1996) mostraram algumas discussões sobre o tema expondo que para “Oliver a definição mais avaliativa do constructo expectativas confunde o julgamento de uma pessoa de algum evento com as suas expectativas sobre a probabilidade da sua ocorrência” e definiram as “expectativas como as crenças sobre os atributos de um produto ou do desempenho em algum momento no futuro”. Eles ainda propuseram que as expectativas seriam crenças sobre a probabilidade que um produto ou serviço ser “associado a certos atributos, benefícios ou resultados que levam à obtenção de valores para uma pessoa” (SPRENG, MACKENZIE e OLSHAVSKY, 1996).

Oliver e Linda (1981) também explicitaram que as expectativas são vistas como uma percepção *a priori*, da satisfação a ser percebida de um produto em termos de seus atributos, o que requer que medidas de expectativas sejam obtidas antes que o consumidor seja exposto ao produto, similarmente à esperança.

Ao contrário de ser um conjunto previsto acerca do desempenho, poder-se-ia supor que as expectativas são um padrão ideal desejado pelo consumidor, e não necessariamente o que o cliente espera, mas sim o que ele deseja receber no ato da troca (ZEITHAML, BERRY e PARASURAMAN, 1993). Porém, tanto esperança quanto as expectativas variariam de pessoa para pessoa, isto é, dependeriam da personalidade de cada um.

As expectativas se atualizam constantemente, baseadas em experiências anteriores, e crescem quando a incerteza da ocorrência é alta e a certeza é baixa (ANDERSON e SALISBURY, 2003). Então, diferentemente da esperança, as expectativas, além de se ajustarem todo o tempo, também dependem de informações prévias, ou da própria esperança. Por exemplo,

têm-se expectativa de vida, que se ajusta de acordo com os anos, e esperança de alcançá-la. Mello e MacInnis (2005) explicam que ser esperançoso é “determinante no nível de expectativa e na percepção de probabilidade da possibilidade do resultado da meta”. Para os autores, a diferença entre esperança e expectativa é que a última independe do resultado da meta, isto é, pode-se estar na expectativa de uma ocorrência, mas não desejar nem esperar que esta aconteça. Por exemplo, um empregado na iminência de perda de emprego está na expectativa que isto aconteça, porém não espera. Sua esperança é que o fato não ocorra. Porém, quando se fala de consumo, pode haver expectativas e não haver esperança, dependendo do produto. Por exemplo, há expectativas em relação ao desempenho de um aspirador de pó, mas não esperança.

As expectativas, portanto, poderiam gerar tanto satisfação quanto insatisfação com o resultado da cirurgia plástica estética. “O dano pode consistir em não alcançar o resultado embelezador pretendido, com frustração das expectativas, ou em agravar os defeitos piorando as condições do paciente” (CABEDA e GUARESCHI, 2004), acabando com a esperança de reconquistar a sua autoestima. Expectativas negativas poderiam trazer efeitos contrários. Estas expectativas se referem, por exemplo, a cicatrizes, tamanho dos seios e marcas não esperadas. Edmonds (2007) alertou que “expectativas inadequadas jamais poderão ser satisfeitas pela cirurgia” e que nem sempre o que é bom para uma pessoa é para outra. Este autor expôs que “boca a boca” é a maior “arma” utilizada pelos médicos para atrair novos clientes (EDMONDS, 2007, p. 212) e clientes insatisfeitos podem prejudicar a eles.

Conforme observam Spreng, MacKenzie e Olshavsky (1996) “não há, na literatura, um consenso claro acerca da definição do conceito de expectativas”. Independentemente das diferenças, “as duas tendências reconhecem que a expectativa preditiva (isto é, restrita à percepção de probabilidade de ocorrência do evento) é insuficiente para dar conta do fenômeno da satisfação” (CHAUVEL, 1999).

Spreng, MacKenzie e Olshavsky (1996) argumentam que os desejos (enquanto elemento distinto das expectativas) devem ser incorporados ao modelo proposto pela teoria da desconfirmação. Virtualmente, todos os modelos do processo de formação da satisfação postulariam que o sentimento de satisfação surge quando os consumidores comparam suas percepções do desempenho de um produto para com as suas expectativas.

2.4.2 Desejo

Se voltarmos à definição básica de esperança, que é o “sentimento de quem vê como possível a realização daquilo que se deseja”, pode-se entender melhor a diferença destes dois construtos. Desejo é a vontade de possuir ou de gozar de algo cuja posse ou realização satisfaça uma exigência intelectual, emocional ou física (HOUAISS, VILLAR e FRANCO, 2001). “O desejo é ilusão”. “Dizer que o desejo é ilusão é dizer que ele não tem suporte, que não tem saída, sequer visada, para nada” (LACAN, 1963, p. 257 *apud* AMORIN, 2007).

Nesse sentido o desejo seria somente um querer, normalmente focado em alguma coisa específica formada por circunstâncias sociais e históricas, como um produto do meio. O desejo foi considerado como um forte ciclo emocional que é tanto desconfortável quanto prazeroso (BELK, GER E ASKEGAARD, 2003), porém é uma característica essencial (LAZARUS, 1999). Similarmente, Cabral (1971) definiu que o desejo deve ser a representação de algo que a pessoa considera meio de satisfação ou de gratificação. O desejo é “um sentimento de que uma coisa ou condição determinada satisfará ou aliviará uma necessidade ou carência”. Portanto, o objeto da esperança tem que ser desejado (DOWNIE, 1963), e deve haver a probabilidade de realização para que haja esperança. Quando se está esperando, ou se é esperançoso, tem-se uma conjunção particular de crença e desejo que faz crescer alguns degraus a imagem mental, ou o “sonho acordado” e a realização do desejo (BOVENS, 1999). O desejo não precisa, necessariamente, ser realizado, ele pode ser atingido somente nos sonhos (FREUD, 1966), o que não acontece com a esperança.

Vanzellotti (2008b) fez considerações que o desejo é uma emoção importante na vida dos indivíduos, caracterizando-se pelo seu caráter cíclico de permanente transformação. De acordo com o ciclo do desejo exposto por Belk, Ger e Askegaard (2003), ele é conquistado e mantido vivo até que o objeto seja adquirido ou que não seja alcançado de maneira nenhuma. O desejo seria de se ter o objeto e a esperança de conquistá-lo. Solomon (2002) argumentou que o desejo poderia ser criado a partir de fatores pessoais e culturais, sendo a forma peculiar de consumo usada para satisfazer uma necessidade. Essa necessidade tem que ser satisfeita e o desejo realizado, mesmo que seja na imaginação (BELK, GER e ASKEGAARD, 2003). Spreng, Mackenzie e Olshavsky (1996) acreditaram que é mais útil de definir concretamente desejos como o nível de atributos e benefícios que o consumidor acredita que levará ou são

associadas com os seus valores. Eles ainda definiram como desejo congruente “avaliação subjetiva do consumidor na comparação entre seus desejos e o desempenho recebido”.

Em complementação, Brei (2007) levantou que as pessoas “não desejam algo banal, corriqueiro, que não traga sensações agradáveis e prazerosas. O prazer ou a perspectiva futura de prazer, em suas diversas formas, são marcas indelévels do ato de desejar”. Não se deseja uma caneta, por exemplo, mas ele existe quando se quer controlar a natureza através de intervenção tecnológica, resistindo às forças da natureza, particularmente o envelhecimento (THOMPSON e HIRSCHMAN, 1995). Amorin (2007) questiona se quando alguém vai consultar um cirurgião plástico, essa demanda não está carregada da fantasia de domínio do tempo, de uma tentativa de torná-lo mais lento. “Não há nessa demanda uma fantasia de imortalidade?”. E ainda, a imagem negativa do corpo no contexto de sexo e romance deixa alguns consumidores sujeitos a desejar pela cirurgia plástica estética (SCHOUTEN, 1991).

Para Brei (2007) o marketing também não criaria os desejos de consumo, mas estabelece todas as condições necessárias para o surgimento dele, uma vez que estão relacionados à sensação de falta. Portanto, algo que não é essencial para a “sobrevivência”, pode passar a ser encarado como tal, principalmente em razão da força dessa sensação, “usualmente associada a aspectos prazerosos e hedônicos; podendo até mesmo, serem percebidos pelo indivíduo que os sente como sendo mais importante do que as necessidades” (BREI, 2007).

Spreng, Mackenzie e Olshavsky (1996) argumentaram que quando se conhece bem o produto as expectativas são mais importantes que o desejo. Se não, o desejo será mais importante. MacInnis e Mello (2005, 2001) também observaram que o desejo, diferentemente da esperança, varia de acordo com a importância para o objetivo. Pode-se desejar coisas impossíveis que não se tem esperança de alcançar, como ser um pessoa invisível, que só seria possível através dos sonhos (MACINNIS e MELLO, 2001). Crianças desejam casar com o “príncipe encantado” ou ser um artista famoso, mas não existem esperança nem expectativas relacionadas a isso. A esperança favoreceria a realização de desejos, quando eles são palpáveis.

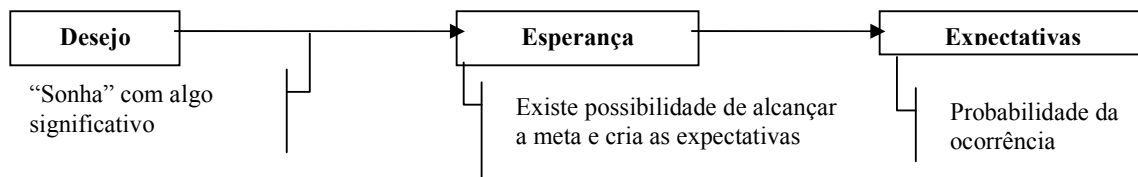
Por exemplo, um casal tem o desejo de comprar um apartamento, mas não tem possibilidade, pois não tem como comprovar a renda e o financiamento em bancos particulares apresenta juros altos, o que encarece a prestação. No entanto, a partir do momento que um dos cônjuges

consegue um emprego formal ou são oferecidos apartamentos financiados por bancos federais, específicos para este fim, a esperança na compra do apartamento torna-se real. E ainda, pessoas podem desejar ser “belas” sem necessariamente terem a esperança de ser, mas as possibilidades apresentadas pelas tecnologias na cirurgia plástica estética podem fazê-las ter esperança. Assim, no momento que existe a possibilidade de realizar o desejo, existe esperança, deixando clara a diferença entre estes dois construtos, sendo o primeiro antecedente do segundo.

Se uma pessoa que deseja algo significativo para a sua vida e crê na sua possibilidade, tem esperança com este algo. Se esta pessoa crê que há probabilidade de ocorrer o fato, fica esperançosa com a possibilidade e cria diversas expectativas. Consequentemente, esta pessoa passa a ter intenção de alcançar o objetivo por meio da esperança em realizá-lo, provocada pelos estágios anteriores (DOWNIE, 1963). Por exemplo, recuperar a autoestima e sentir-se desejada, cria um caminho para que uma pessoa deseje uma solução como a cirurgia plástica estética. Muitas vezes não há probabilidade da ocorrência em função das atividades do trabalho ou mesmo por limitações financeiras, mas quando uma oportunidade aparece, como um financiamento, surge a esperança. A partir da possibilidade real da ocorrência, as expectativas quanto ao resultado, tanto negativas como positivas, são criadas.

Este raciocínio clarifica a definição dos três construtos, desejo, esperança e expectativas, e a relação entre eles. Este entendimento está resumido na Figura 3.

Figura 3: Ligação entre Desejo, Esperança e Expectativa.



2.4.3 Desesperança e Desespero

Desesperança e desespero significam praticamente a mesma coisa, porém existem diferenças sutis. Desesperança seria a falta ou perda de esperança, no sentido de se desanimar, e desesperar seria também a perda da esperança, mas no sentido da aflição. Em outras palavras,

o desespero é o ato de desesperar, com aflição e ódio (HOUAISS, VILLAR e FRANCO, 2001).

Da mesma forma, Pieron, (1966) definiu que a desesperança é a “atitude emotiva dirigida para o futuro, caracterizada pela prostração e por aceitação de idéia de algo desfavorável, com um tom de intenso desagrado”. É a própria sensação de desânimo. O pensamento negativo com o futuro é que estaria associado a elevados níveis de desesperança (O’CONNOR *et al.*, 2004). Desesperança seria a perda do sentimento positivo sobre o futuro, de que algo bom realmente irá acontecer (CHEUNG e KWOK, 1996). A desesperança ainda estaria associada com perfeccionismo social. Uma pessoa perfeccionista com a sociedade tende a ser desesperançosa. Da mesma forma, pessoas com baixa autoestima ou desajustadas em relação ao meio em que vivem tendem a ser desesperançosas, ou temporariamente sem esperança. O vislumbre da recuperação da autoestima, as tornariam esperançosas. A orientação conservadora também estaria ligada à desesperança (O’CONNOR *et al.*, 2004; CHEUNG e KWOK, 1996). Portanto, pessoas que não estão propensas a se arriscar, inovar e são pessimistas e tendem a ter desesperança.

Lazarus (1999) defendeu que desamparo, ou abandono, seria equivalente a desesperança, sendo que ambos têm significados diferentes em situações de incerteza. Ele acredita que o desamparo é restrito a um particular resultado, enquanto que a desesperança seria mais ampla, ou seja, em relação a uma situação como a perda de um emprego ou de um amor, ou do corpo modificado (pós-parto, por exemplo), levando à insatisfação com a vida. A desesperança, assim como a esperança, variaria de acordo com a personalidade de cada um.

Entretanto, para Lazarus (1999) desespero é uma total falta de esperança. Se não se tem esperança, se desespera. Por exemplo, se numa situação de doença todos os recursos foram realizados sem sucesso, só restará o desespero, ou ainda, se numa compra todos os recursos para realizá-la foram esgotados, provavelmente só restará o desespero. A evolução da medicina quando não atende as premissas do paciente, pode aliminter o desespero. Assim, desesperar é perder a esperança de atingir determinado fim, de conseguir algo positivo que se deseja, deixando o indivíduo em total estado de desespero.

Portanto, defende-se neste estudo que a desesperança seja o termo mais apropriado para quem perdeu a esperança, no sentido de ser um sentimento de quem não vê como possível a

realização daquilo que se deseja, isto é, não se tem esperança de alcançar um resultado positivo para a meta. Considera-se que esperança e desesperança sejam um mesmo construto, similarmente à satisfação e insatisfação.

2.5 Construtos do Modelo de Comportamento do Consumidor de Cirurgia Plástica.

2.5.1 Ansiedade

Similarmente ao construto esperança, ansiedade tem sido muito mais estudada na psicologia (por exemplo: SHEVLIN e LEWIS, 1999; MANSELL *et al.*, 1999), embora já existam alguns trabalhos na área de marketing, tanto no exterior quanto no Brasil (por exemplo.: ALMEIDA e LIMA, 2007; WOOTEN, 2000; VERBEKE e BAGOZZI, 2000).

Ansiedade pode ser definida genericamente como um “grande mal estar físico e psíquico, de aflição e agonia; de falta de tranquilidade, receio” (HOUAISS, VILLAR e FRANCO, 2001). De forma específica, na área de psicologia, ansiedade seria como um estado emotivo caracterizado pelo sentimento de insegurança, desgraça iminente e experiência consciente de desgosto intenso (HOUAISS, VILLAR e FRANCO, 2001; DORSCH, HÄCKE e STAPF, 2001; DORIN, 1978; PIERON, 1966). Dorin (1978) expôs que a ansiedade estaria relacionada ao comportamento humano, como emoções, motivação e flexibilidade na solução de problemas. Quando uma pessoa enfrenta um obstáculo que impede a satisfação das necessidades individuais e do alcance dos objetivos desejados, a tensão pode alcançar proporções drásticas a ponto de interferir na realização do objetivo. Deste modo, ansiedade é o “padrão de segurança” que uma pessoa desenvolve em uma situação de ameaça (DORIN, 1978).

O estudo de Shevlin e Lewis (1999), sobre a revisão de uma escala de mensuração de ansiedade, sugeriu medidas relacionadas às dificuldades de desempenho de comunicação, como falar com estranhos, nervosismo quando se fala em frente a um grupo de pessoas; e itens relativos à ansiedade social, como a timidez e embaraço. Para Mansell *et al.* (1999) indivíduos ansiosos socialmente são excessivamente preocupados com a avaliação negativa dos outros. As expressões da face são uma potencial fonte de informação sobre um caminho em relação à reação dos outros numa situação social. Nas interações sociais, a análise das expressões, negativas ou positivas, são normalmente uma resposta a alguma coisa que outra

pessoa disse ou fez (MANSELL *et al.*, 1999), o que pode determinar uma reação positiva ou negativa em relação à percepção deste relacionamento. Por exemplo, se alguém está esperando para ser entrevistado para um emprego, provavelmente terá reações típicas de ansiedade, como mexer as mãos ou pés.

Da mesma forma, Lazarus (1999) expôs que a ansiedade é considerada uma emoção negativa e poder-se-ia dizer que influenciaria na forma de comunicação interpessoal que, se identificada e estimulada corretamente, afetaria diretamente o processo de compra e talvez a formação do relacionamento com o cliente, além do relacionamento com as pessoas em geral. Pessoas ansiosas tendem a querer resolver problemas mais rapidamente, podendo interferir no processo e no que advém depois dele.

Os estudos de marketing não diferem muito em relação aos da área de psicologia sobre o entendimento da ansiedade. Wooten (2000), por exemplo, expôs que a ansiedade estaria ligada diretamente à possibilidade de sucesso, ou seja, quanto menor a possibilidade de ocorrência de sucesso, maior seria a ansiedade, e acrescenta que um dos fatores que realçam os efeitos que influenciam esta probabilidade é o grau de incerteza da ocorrência. Quanto mais perto da realização da cirurgia plástica estética, mais as pessoas ficariam ansiosas, por exemplo. Elas também ficam ansiosas quando são altamente motivadas para produzir uma reação que desejam no receptor ou nas outras pessoas, mas não têm a certeza do sucesso (WOOTEN, 2000). Consequentemente, quanto maior esta incerteza, maior será a ansiedade da pessoa que está envolvida em atingir suas metas, em agradar a outra pessoa nesta comunicação. Além disso, o nível de ansiedade pode variar de pessoa para pessoa e conforme a importância do evento, do mesmo modo que a esperança.

Alguns estudos focam especificamente na ansiedade social, que seria o desconforto emocional associado com a consciência da perspectiva de análise das outras pessoas em relação a si, como objetivo social (MAUSS, WILHELM e GROSS, 2004; DABHOLKAR e BAGOZZI, 2002). Em outras palavras, ansiedade social seria o grau de desconforto sentido por uma pessoa na presença dos outros (ABE, BAGOZZI e SADARANGANI, 1996). Por exemplo, existem pessoas que são consideradas antissociais, muitas vezes porque têm alto grau de ansiedade social e preferem reprimir a convivência. A ansiedade social ainda pode acontecer independente das pessoas serem ou não ansiosas, sendo influenciadas pelas circunstâncias. Pessoas que não têm ansiedade com uma prova podem ter ao falar em público, por exemplo.

Quem não está satisfeito com a imagem de seu corpo na “avaliação” dos outros causaria ansiedade.

Já a ansiedade com as expectativas são analisadas na relação de presentear por Wooten (2000), uma vez que no momento de presentear uma pessoa as consequências incorridas podem constranger quem presenteou, como presentes inapropriados ou inadequados (por exemplo: a namorada não gostou do presente que ganhou) que causam embaraço, podendo ameaçar o laço social e deixar impressões duradouras, já que o presente transmite uma mensagem (WOOTEN, 2000).

Relacionamentos tenderiam a ser dificultados quando a ansiedade dos envolvidos se torna grande, podendo até ser exposta. Verbeke e Bagozzi (2000), por exemplo, desenvolveram e testaram uma conceituação de “*sales call anxiety*” (SCA) num modelo de relacionamento entre clientes e vendedores. Eles definiram a SCA como “o medo de ser avaliado negativamente e rejeitado pelo consumidor, o qual é acompanhado pelo desejo de evitar o contato com o cliente ou, quando o contato é feito, a tentativa de minimização de uma interação mais efetiva”. Para eles, ansiedade social é uma forte emoção que funciona como um importante mecanismo de interrupção da condução da meta no comportamento nas vendas, e concluíram que a SCA tem quatro componentes: (1) autoavaliação negativa, (2) a suposição de uma avaliação negativa pelo consumidor em relação ao vendedor, (3) efeito fisiológico, e (4) ação protecionista do vendedor (VERBEKE e BAGOZZI, 2000). Esta conclusão foi alcançada, pela análise de um modelo teórico com vendedores de hipotecas de um grande banco, em que ações de proteção são necessárias, uma vez que o embaraço causado pela ansiedade pode levar o cliente a questionar a competência dos vendedores e até a uma quebra de confiança em relação às partes envolvidas (empresa e vendedor), vindo a causar insatisfação. Os efeitos da ansiedade no vendedor poderiam ser estimulados por sintomas psicológicos, como nervosismo ou pânico, e ações protecionistas, como adotar uma ação passiva diante da situação. Além disso, a ansiedade ocorre normalmente em situações de encontro inicial, como uma nova venda, ou na conquista do cliente (VERBEKE e BAGOZZI, 2000), podendo ser agravada pela ansiedade da outra parte, o cliente. Clientes ansiosos poderiam provocar reações nos vendedores ou consultores e até médicos, como acelerar uma compra, podendo interferir na satisfação deste cliente com o resultado.

Outros estudos ainda associam a ansiedade à autoestima, como o de Wray e Stone (2005). Para estes autores a baixa autoestima e a alta ansiedade estariam associadas com a aversão ao risco para si e comprovaram que autoestima e ansiedade seriam altamente relacionadas. Eles expuseram que ansiedade está ligada a reação de afeto negativo e serve como alerta para indivíduos em relação a “rejeição social, desaprovação ou exclusão diante da perspectiva de um resultado negativo” (WRAY e STONE, 2005).

MacInnis e Mello (2005) também estudaram a ansiedade em relação à esperança e expuseram que ela estaria ligada ao resultado positivo e congruente com o objetivo, ponderado pela importância do resultado, da mesma forma que a esperança. Porém, se o objetivo tem muita importância para a pessoa, mais ansiedade ela terá, tendendo a querer que a ocorrência aconteça rapidamente. Ademais, ansiedade e esperança estão ligadas à incerteza com o resultado e ocorrem simultaneamente (MACINNIS e CHUN, 2007; MACINNIS e MELLO, 2005, 2001).

Em relação aos consumidores de cirurgia plástica estética, Thompson e Hirschman (1995) levantaram que, tanto homens como mulheres que percebem a si mesmo, estarem acima do peso (mesmo levemente) frequentemente descrevem ter ansiedade diante da necessidade de controle (THOMPSON e HIRSCHMAN, 1995). A beleza atrai e ao mesmo tempo provoca ansiedade em relação ao potencial de desapontamento aos padrões de beleza (LOPES e CASOTTI, 2008, p. 179), uma vez que há necessidade de se manter-se no contexto social. Esta necessidade de controle torna-se um ciclo na vida dos consumidores gerando esta ansiedade de ter o corpo no contexto social levaria a controle compulsivo, criando uma ilusão de segurança (ASKEGAARD, GERTSEN e LANGER, 2002).

Já Bolton *et al.* (2003) expuseram que o investimento psicológico na aparência decorre de problemas psicossociais decorrentes da autoestima, ou da falta dela, ansiedade social e satisfação com a vida, que provavelmente é resultado dos outros dois. Lukash (2002), por sua vez, realizou um trabalho durante vinte e sete anos com crianças e adolescentes que seriam submetidos à cirurgia plástica de forma a diminuir a ansiedade e aumentar a autoestima através da arte. Esta ansiedade não se restringe ao contexto social, mas também em relação à cirurgia propriamente dita, uma vez que a não realização poderia fazer com que os problemas gerados pela aparência se agravem. É o chamado “estado de ansiedade” que teria relativa

influência na avaliação do produto e na aquisição (PHAM, 1996). Assim, controlar a ansiedade se torna uma tarefa necessária tanto de médicos como de pacientes neste processo.

2.5.2 Confiança no Médico

O construto confiança é um dos mais estudados na literatura de marketing e essencial quando há relacionamentos com o cliente, como na prestação de serviços. Especificamente na área de marketing de serviços, Berry e Parasuraman (1995, p. 128) defenderam que a eficácia da prestação de serviços depende da “administração da confiança, pois o cliente compra um serviço antes de experimentá-lo plenamente”. Os autores realizaram uma pesquisa, confirmada pelos demais autores da área, em que concluíram que há cinco determinantes nas avaliações de qualidade do serviço pelo cliente e a mais importante seria a confiabilidade, além dos tangíveis, da sensibilidade, segurança e empatia. “Confiabilidade é a capacidade de prestar o serviço prometido de modo confiável e com precisão”, refletindo a confiança que o desempenho do prestador de serviço inspira (BERRY e PARASURAMAN, 1995, p. 29; ZEITHAML e BITNER, 2003, p. 93; GRÖNROOS, 2003, p. 99). Garbarino e Jonhson (1999) entenderam que o benefício psicológico da confiança é mais importante do que tratamento especial ou benefícios sociais no relacionamento de consumidores com empresas de serviços.

No sentido mais geral, Santos (2001) definiu a confiança como “um estado psicológico compreendendo a intenção para aceitar vulnerabilidade baseada em positivas expectativas sobre as intenções e comportamentos do outro”. Grönroos (2003) confirmou esta conclusão, definindo “confiança em uma pessoa como a expectativa de que a outra parte se comportará de um certo modo previsível em uma dada situação” e acrescentou que a confiança do cliente no prestador do serviço não deve nunca – nem mesmo uma vez – ser traída por um encontro de serviço negativo, informações erradas ou falta de informações (GRÖNROOS, 2003, p. 54).

Na tentativa de verificar quais as dimensões que a confiança poderia alcançar, vários autores expuseram condições para esta confiança, como Morgan e Hunt (1994) que interpretaram que ela existe quando uma parte, ou o cliente, tem confiança na fidedignidade e integridade do parceiro envolvido na negociação, como um cirurgião ou a clínica. Similarmente, Andaleeb (1996) definiu confiança como a disposição de uma parte em confiar no comportamento da outra que está envolvida na negociação, especialmente quando o cliente é que concedeu a

confiança. Esta confiança é percebida pelo cliente através da segurança, sinceridade e apoio na transação (ANDALEEB, 1996).

Outros estudiosos como Crosby, Evans e Cowles (1990) definiram a confiança como uma crença na honestidade e integridade que o cliente tem no vendedor ou prestador de serviço. Esta honestidade e integridade das outras partes implicariam na confiança do cliente no comportamento de compra (HUANG, 2008; MORGAN e HUNT, 1994). Para Huang (2008) a orientação para o cliente, isto é, o comportamento de quem atende focado na satisfação do cliente, influenciaria na confiança. Quanto a integridade da empresa, ela seria avaliada pelo cliente em relação a honestidade, no sentido do cumprimento de suas promessas e a preocupação com os interesses dele (LAU e LEE, 1999; DONEY e CANNON, 1997). Poderia se entender por integridade a qualidade de alguém ser íntegro, pessoa de ética. Portanto, a confiança que deve existir na relação médico-paciente, deve ser consistente para que ambas as partes mantenham alto nível de comportamento ético, não mentindo jamais, da mesma forma que os profissionais de marketing (MOWEN e MINOR, 2003, p. 160).

É interessante notar como tantos médicos ainda não compreenderam a importância de serem honestos e íntegros e “parecem depender da ignorância de suas pacientes para sentirem-se seguros e confiantes para operar”. Novaes (2008) explicou que de acordo com um cirurgião amigo, “se explicar muito, elas não fazem” (NOVAES, 2008, p. 164). O médico, principalmente o cirurgião plástico, consciente da grande expectativa que envolve sua especialidade, “compromete-se a deixar um nariz mais "arbitado", pálpebras sem bolsões, barrigas sem gordura” entre outros. O paciente, que é normalmente leigo, “confia plenamente no resultado prometido pelo médico. É esperando a concretização deste resultado, que o paciente se submete a uma intervenção cirúrgica por vezes perigosa, e sempre dolorosa e cara” (CABEDA e GUARESCHI, 2004).

A competência e credibilidade ainda seriam importantes antecedentes do desenvolvimento da confiança, tendo um forte impacto na intenção da compra que está sendo realizada (SICHTMANN, 2007; DONEY e CANNON, 1997). “A competência do fornecedor estaria baseada nas qualificações, experiência, habilidade e conhecimento requeridas na entrega do produto”, isto é, se sabe fazer o que é preciso ser feito. A credibilidade seria a “avaliação da disposição da empresa”, disposição esta de entregar o serviço com a quantidade esperada e avaliada na credibilidade da empresa (SICHTMANN, 2007). O presidente da SBCP, por

exemplo, declarou que “sempre fazem o alerta para que o paciente procure saber quem é o médico que vai fazer a operação” (SANT’ANNA, 2009), no sentido de avaliar o histórico. “Cirurgiões plásticos são obrigados a pensar primeiro no interesse do cliente do que em seus próprios interesses” (MOWEN e MINOR, 2003, p. 14) fazendo com que a credibilidade do cliente aumente.

Amorin (2007) expôs que existiria uma dificuldade para clínicos em cirurgia e em psicanálise de entender alguns interesses e demandas dos paciente, uma vez que haveria uma demanda imaginária e uma simbólica, ambas produzindo efeitos no real. Existem pessoas que querem ser operadas e buscam várias opiniões, que marcam e cancelam várias consultas com o cirurgião, desconfiam das informações, questionam procedimentos etc. indicando, neste caso, que há um conflito entre as forças psíquicas.

O Dr. Ivo Pitanguy alerta que deve-se tomar cuidado com uso de programas de computador com imagens de “antes e depois”, o que pode criar expectativas pouco realistas. E vai além, quando se trata de pessoas que se submetem a várias cirurgias, dizem que “o cirurgião-artista repete o drama do escultor e se apaixona perdidamente por sua obra (...) e esquece que sua ‘escultura’ é um ser humano sob seus cuidados” podendo gerar problemas de natureza psicossocial (EDMONDS, 2007, p. 213).

Portanto, fica claro para Cabeda e Guareschi (2004), que a responsabilidade e obrigação do médico na “cirurgia plástica meramente estética é de resultado, pois ninguém em sua consciência se submete aos riscos de uma cirurgia, nem se dispõe a fazer elevados gastos para ficar mais feio do que já era, ou com a mesma aparência” (CABEDA e GUARESCHI, 2004), além de não resgatar a sua autoestima.

Assim a confiança no médico é aqui definida como a percepção, pelo cliente, da sua integridade, sinceridade, honestidade, credibilidade e a certeza de que as promessas serão cumpridas.

2.5.3 Risco percebido

Pelo produto objeto deste estudo ser cirurgia plástica estética, entende-se que o risco percebido é um construto muito importante para o modelo a ser testado, principalmente,

porque há risco de vida ou sequelas. Além disso, o preço a ser pago e outros fatores (como comprometimento da renda etc.) que associam custos não monetários à compra, como os psicológicos, poderiam gerar uma percepção de risco financeiro maior do que aquela associada ao valor monetário do produto (ALMEIDA e BOTELHO, 2008). Uma cirurgia, normalmente, está associada a um custo de aquisição e tem uma grande importância para o cliente, estando vinculado diretamente ao risco percebido na compra, similarmente ao comprovado por Dholakia (1997). Solomon (2002, p. 216) expôs que é necessário considerar o risco percebido na compra quando o produto é caro ou complexo e difícil de entender.

O risco percebido tem sido reconhecido pela literatura de marketing como um importante fator que influenciaria fortemente o comportamento do consumidor, existindo muitos estudos empíricos sobre o construto, tanto no exterior como no Brasil (por exemplo: KOVACS e FARIAS, 2004; LAROCHE, BERGERON, e GOUTALAND, 2003; STONE e GRONHAUG, 1993), sendo que ele estaria limitado a compra do produto (por exemplo: DHOLAKIA, 1997).

O risco percebido tem sido compreendido de diversas maneiras. Tanto para Johnson, Sivadas e Garbarino (2008) como para Stone e Grönhaug (1993), ele estaria associado à percepção da antecipação de consequências adversas e da incerteza sobre os resultados, estando o envolvimento e o conhecimento, sobre o produto ou serviço diretamente ligado à percepção deste risco (LAROCHE, BERGERON, e GOUTALAND, 2003). Dholakia (1997) verificou que o construto risco percebido é normalmente usado quando há certo grau de risco no produto, em consonância com os demais autores.

Similarmente, Solomon (2002, p. 216) o definiu como a crença de que a compra de um produto ou serviço possa vir a ter determinadas consequências negativas. Compras com alto risco no envolvimento e significado, particularmente se o consumidor está realizando uma compra para pessoas de seu relacionamento ou que pode afetá-los, (MITCHELL e HARRIS, 2005) influenciaria na percepção do risco. Mitchell (1999) defendeu que o risco é função do produto da probabilidade negativa da ocorrência do fato e a importância negativa das consequências, como no caso da cirurgia plástica estética.

Farley (1986) propôs que a percepção do risco estaria ligada a personalidade do indivíduo. Este autor considera o indivíduo denominado de grande “T” (ou tipo “T”), em que o “T”

deriva da palavra “*thrill seekers*”, ou seja, os caçadores de emoções, como uma pessoa com maior propensão a assumir riscos, tendo preferência pela novidade e imprevisibilidade. O tipo “T” é normalmente mais jovem e mais comum entre os homens, sendo mais criativo e extrovertido. De modo oposto, o indivíduo considerado pequeno “t” (ou tipo “t”) prefere a certeza, familiaridade, previsibilidade e o baixo risco nas suas escolhas, tendo aversão ao risco (FARLEY, 1986). Cada indivíduo perceberia que cada classe de produto tem um nível específico de risco associado com ele e esses níveis para a classe do produto são diferentes para diferentes indivíduos (DHOLAKIA, 1997) sendo o risco percebido uma consequência da função do envolvimento que o consumidor tem com o produto. Porém, mesmo que esta percepção varie de acordo com a personalidade, alguns produtos geralmente são vistos como mais arriscados que outros, como uma cirurgia plástica estética (HAWKINS, MOTHERSBAUGH e BEST, 2007, p. 322). Produtos com altos níveis de risco percebido teriam altos níveis de importância associada com eles (DHOLAKIA, 1997).

Alguns autores expuseram que o risco percebido seria uma composição de vários tipos de risco, como o risco financeiro, risco de performance, risco de tempo, risco psicológico e risco social (por exemplo: JOHNSON, SIVADAS e GARBARINO, 2008; MITCHELL e HARRIS, 2005; SOLOMON, 2002; DHOLAKIA, 1997), todos em função do desempenho esperado que pode resultar em um alto custo. A multidimensionalidade do construto foi exposta por Jacoby e Kaplan (1972) e vem sofrendo algumas alterações e interpretações de diversos autores, como as expostas a seguir.

O risco financeiro pressupõe que haja custos financeiros, caso a compra seja mal sucedida, se relacionada à perda de bens e dinheiro (SOLOMON, 2002, p. 217), a perda monetária em função de falhas funcionais do produto, alto custo de reparo ou manutenção e produto melhor ou equivalente que possa estar disponível a um custo menor, além da perda da funcionalidade (HAWKINS, MOTHERSBAUGH e BEST, 2007, p. 322; DHOLAKIA, 1997). Pagar mais que o necessário ou além das possibilidades geraria um risco financeiro. Mitchell e Harris (2005) indicaram que conceitualmente o risco financeiro incluiria o custo relativo aos recursos financeiros do indivíduo, associado diretamente ao consumidor ficar com menos dinheiro para outras atividades ou perder dinheiro na compra, principalmente se a informação for escassa. Em relação ao risco de performance/funcional, este estaria associado ao desempenho inadequado ou insatisfatório do produto ou serviço (DHOLAKIA, 1997). Para Solomon (2002, p. 217) o risco de performance atingiria diretamente os consumidores que são

mais práticos, objetivos e que prezam o desempenho do produto, como um consumidor de uma televisão de LCD. Já o risco físico seria ligado a falta de vigor físico, relacionado diretamente a saúde (HAWKINS, MOTHERSBAUGH, e BEST, 2007, p. 322). Produtos podem ser perigosos para a saúde ou segurança, em função do uso do produto (DHOLAKIA, 1997). O uso de um computador, por exemplo, poderia ser interpretado como causador de problemas visuais e má qualidade de sono (STONE e GRONHAUG, 1993). A cirurgia traz riscos inerentes às consequências que podem ocorrer como deformação de parte do corpo. Outro risco, o social, estaria vinculado à opinião desfavorável dos outros em relação ao consumidor devido ao produto ou serviço adquirido (DHOLAKIA, 1997). Este risco está mais coligado a personalidade do indivíduo do tipo “T”, porém bens socialmente mais visíveis, como um carro ou a cirurgia plástica estética, estariam mais sujeitos ao risco social (SOLOMON, 2002, p. 217). Para o risco psicológico Mitchell e Harris (2005) expuseram como qualquer emoção ou medo pessoal associado com a não congruência entre o produto e a autoimagem ou autoconceito dos outros (DHOLAKIA, 1997). A aquisição de bens de luxo pessoal estaria mais sujeita a este risco, que consiste de associações e status (SOLOMON, 2002, p. 217). Já o risco de tempo/conveniência estaria coligado a situação específica da compra consumir muito mais tempo do que o esperado, ou seja, que haja uma perda de tempo, associado ao uso ineficiente do tempo em função da compra do produto (DHOLAKIA, 1997). Refere-se ao tempo gasto para achar e comprar o produto e o tempo que poderá ser necessário para reparar uma falha no produto, ou uma troca estando diretamente conectado a perspectiva de se ter menos tempo para outras atividades (MITCHELL e HARRIS, 2005).

Barboza *et al.* (2008) ainda incluem outros riscos na sua análise como o risco de satisfação e o de futura oportunidade perdida. O primeiro seria relacionado à “possibilidade da compra não proporcionar satisfação pessoal”, presente no consumidor de cirurgia plástica estética. Já o risco de futura oportunidade perdida seria a escolha errada, que poderia resultar em uma perda de oportunidades, associada com a rejeição das alternativas ou dos resultados negativos causados, mais diretamente ligados a um negócio perdido (BARBOZA *et al.*, 2008).

Na consideração da cirurgia plástica estética, médicos se utilizam de imagens de espelho, simulações no computador e outras representações para ajudar ao consumidor a “experimentar, objetivar, e avaliar possíveis análises de si mesmo pós-cirurgia”. Este método é mentalmente elaborando para, em alguma escala, “tornar tangíveis os interesses próprios

lhes permitiriam diminuir a diferença entre fantasia e realidade”, reduzindo o risco de decepção devido a expectativas irrealistas (SCHOUTEN, 1991).

Apesar da explanação sobre as diversas dimensões de risco percebido, Stone e Gronhaug (1993) opinaram que as várias dimensões variariam de acordo com a compra, podendo um risco ser mais predominante do que o outro. Os resultados apontados por estes autores foram que o risco global estaria fortemente correlacionado com os demais, sendo que, em alguns casos, o psicológico seria um importante mediador dos demais riscos em relação ao risco global; e o financeiro influenciaria mais diretamente. No estudo destes autores foram medidos todos os tipos de risco, além do global, sugerindo-se que quase 90% (noventa por cento) da medida de risco global seriam capturados pelas outras seis dimensões de risco, questionando a razão destas dimensões não captarem toda a variação da variável de critério (STONE e GRONHAUG, 1993). Assim, o risco global poderia ser aplicado para medição de risco percebido como uma forma de capturar todos os envolvidos nas compras de produtos e serviços (LAROCHE, BERGERON, e GOUTALAND, 2003; JOHNSON, SIVADAS e GARBARINO, 2008).

2.5.4 Influência de Amigos(as) e Parentes

A influência de amigos(as) e parentes é apresentada pelos autores na área do comportamento do consumidor como fator do processo de decisão de compra (por exemplo: HAWKINS, MOTHERSBAUCH e BEST, 2007; KOTLER e KELLER, 2006; SOLOMON, 2002) e exercem maior impacto quando se trata de serviços. No caso dos clientes de cirurgia plástica estética esta influência também serve como incentivadora do início do processo, como no reconhecimento da necessidade ou desejo ou, ainda, como estimuladora na busca de informação. Há o desejo, mas a decisão de procurar os caminhos para realizá-la, acontece depois que amigos(as) ou parentes fizeram uma cirurgia plástica estética. Isto é exposto em diversos estudos da teoria de marketing, pelos pacientes e os próprios médicos, como exposto nas seções 2.1.2, 2.1.3 e 2.1.4. Na pesquisa realizada em 2008 no Brasil, por exemplo, respondentes declararam que após sua cirurgia, outras amigas tomaram coragem para fazer o mesmo. “Depois que elas viram resolveram fazer na hora” (SANT’ANNA, 2009).

Thompson e Hirschaman (1995) também expuseram a indecisão de uma de suas entrevistadas em relação aos freios que a fez desistir, entre eles a covardia e o medo. No entanto, uma delas

declarou que havia decidido que não iria fazer, mas agora estava repensando porque uma amiga fez e ficou contente com o resultado. Por causa da expectativa de dor ela havia desistido da cirurgia plástica estética de face, mas já pensava de novo no assunto.

Edmonds (2007) também levantou que várias entrevistadas se decidiram após a influência de amigos(as) ou parentes, em especial uma que foi influenciada pela mãe, que também passara por várias cirurgias plásticas, inclusive lipoaspiração e redução do busto (EDMONDS, 2007, p. 197). Assim, a influência de amigos(as) e parentes é analisada como alimentadora do processo de compra no sentido de criar esperança aos amigos(as), quando os resultados deles são satisfatórios. Porém, a influência, principalmente de parentes, poderia ser negativa se entenderem que a cirurgia plástica estética não é necessária para o grupo de referência a que pertencem e que poderia gerar problema que não gostariam.

Esta influência de amigos(as) e parentes ainda é fundamental quando se trata de serviços e de acordo com a complexidade deles, podendo exercer controle na busca por informações, na avaliação das alternativas, na compra em si e na avaliação pós-compra. O seu impacto é amplamente discutido pelos autores de marketing de serviços (por exemplo: ZEITHAML e BITNER, 2003) sendo, portanto, necessário a avaliação deste construto num modelo teórico com consumidores de serviços, como o dos consumidores de cirurgia plástica estética.

2.5.5 Satisfação

Satisfação, tanto quanto confiança, é um dos construtos mais estudados na literatura de marketing. Então porque considerá-lo aqui? A esperança fazendo parte do processo de compra de uma cirurgia plástica estética, por exemplo, faz com que a satisfação seja essencial para compreender os demais construtos. Avaliar a satisfação do consumidor é sempre uma forma de se testar a eficiência e qualidade dos serviços.

Entre diversos autores, Chauvel (1999), por exemplo, expôs que o conceito de satisfação, tal como vem sendo estudado pela disciplina de comportamento do consumidor, “privilegia aspectos psicológicos”, e o define como um estado psicológico resultante de um processo avaliativo que compara uma referência interna pré-existente aos efeitos reais da compra. A satisfação do consumidor deve ser lida dentro desse contexto. Além de reação psicológica a uma série de fatores, ela é, também e sobretudo “o resultado da interpretação individual de um

conjunto de relações sociais”. Para esta autora, qualquer comportamento humano é uma “ação simbólica” que se situa no contexto de determinada relação, expressa um entendimento individual das modalidades reais e potenciais, ao mesmo tempo em que participa da construção do relacionamento (CHAUVEL, 1999, 2002).

A autora, em seus estudos sobre a satisfação, sobretudo sobre a insatisfação, especulou diversas definições existentes na literatura e achou que em todos os casos, têm-se as “hipóteses de uma comparação entre o “antes” e o “depois” e a avaliação é efetuada após a compra. Isto é, a satisfação, diferentemente da atitude, constitui uma resposta a determinada transação” (por exemplo: CHAUVEL, 1999; OLIVER, 1993; WESTBROOK e OLIVER, 1991; OLIVER e LINDA, 1981). Assim, se “o resultado real for julgado pelo comprador como pelo menos igual ao esperado, o comprador ficará satisfeito. Se, por outro lado, o resultado real for julgado como inferior ao esperado, o comprador se sentirá insatisfeito e sua atitude será menos favorável” (CHAUVEL, 1999) e essa análise ainda prevalece. A satisfação seria, então, “o resultado do confronto de uma referência interna (intangível) com os benefícios/prejuízos propiciados por determinada transação” (CHAUVEL, 1999). Esta definição implica que a satisfação é uma consequência de uma avaliação mental da experiência dos consumidores e resultados decorrentes dos serviços prestados (CHOI *et al.*, 2005).

Tanto as expectativas quanto sua confirmação ou desconfirmação são, assim, carregadas de significados, que afetam o nível de (in)satisfação. As expectativas são vistas como uma percepção *a priori*, da satisfação percebida em relação a um produto em termos de seus atributos, o que requer que, medidas de expectativas sejam obtidas antes que o consumidor seja exposto ao produto (GRÖLUND, 2002; FORNELL *et al.*, 1996; DAY, 1984; MANO e OLIVER, 1993; OLIVER e LINDA, 1981). Oliver e DeSarbo (1998) concluíram que expectativas e desconformidade têm efeitos diferentes na satisfação do consumidor, isto é, quanto maior (menor) for a expectativa, maior (ou menor) será o julgamento da satisfação. Rossi e Slongo (1998) afirmaram que a satisfação do cliente possui dois conceitos essenciais: (1) a satisfação específica em uma transação relacionada a trocas de curto prazo para um determinado produto ou serviço; e (2) a satisfação acumulada, que indica claramente o desempenho atual e no longo prazo de uma empresa no mercado.

Alguns autores focaram suas análises na satisfação como um todo durante o consumo (por exemplo: OLIVER, 1992, 1993; WESTBROOK, 1987) e outros em compras específicas no pós compra (por exemplo: FORNELL, 1992; WESTBROOK e OLIVER, 1991). Mais especificamente, Crosby e Stephens (1987) conceituaram a satisfação total do consumidor como tendo três faces: satisfação com o contato pessoal, a prestação dos serviços e a organização ou prestador de serviço. Essas faces podem variar em relação ao consumidor de cirurgia plástica estética, pois o cliente pode ficar satisfeito com o contato com o médico, mas não com o resultado e, ainda, com a clínica em que realizou a cirurgia. Mais genericamente, Mano e Oliver (1993) expuseram que a satisfação é uma atitude, como julgamento avaliativo na pós-compra, variando de satisfeito a insatisfeito, de acordo com o resultado (CROSBY e STEPHENS, 1987; WESTBROOK e OLIVER, 1991). Similarmente, Oliver (1999) sugeriu que a satisfação seria o julgamento do cliente em relação ao consumo de um produto ou serviço proveniente de um “agradável” nível de preenchimento das suas necessidades, desejos e objetivos. Para Garbarino e Johnson (1999) a satisfação total foi interpretada como uma avaliação positiva, além da esperada, baseada na compra e na experiência do consumo.

A falta de consenso na definição de satisfação criou, na visão de Giese e Cote (2000), três problemas para as pesquisas relacionadas à satisfação do consumidor: selecionar uma definição apropriada para um dado estudo; operacionalizar esta definição e interpretar e comparar os resultados empíricos. Estes autores relataram que é possível identificar três componentes gerais dentro destas definições: (1) satisfação do consumidor é uma resposta (emocional ou cognitiva); (2) as respostas são relativas a um foco particular (expectativas, produto, experiência de consumo etc.); e (3) a resposta ocorre em um tempo particular (depois do consumo, após a escolha, baseada na experiência acumulada) (GIESE e COTE, 2000).

Assim, em consonância com os autores acima citados, a satisfação é aqui interpretada como um estado psicológico pós-recuperação da cirurgia resultante das expectativas, esperança, ansiedade do cliente e confiança no médico, não sendo analisado fatores técnicos da cirurgia.

A relação da satisfação do consumidor de cirurgia plástica estética está ligada ao seu próprio senso de autoimagem. Dentro desta visão, roupa da moda, tratamentos de cabelo, tratamentos estéticos, exercícios, dietas, cirurgia plástica estética e outros veículos de consumo baseados na “construção da identidade são essencialmente autodirecionados pelas escolhas dos consumidores de modo que permitam os indivíduos a realizarem suas metas e se sentirem

mais satisfeitos com suas vidas” (THOMPSON e HIRSCHMAN, 1995). A lógica da satisfação com a cirurgia plástica estética chama a atenção porque ela é diferente dos serviços e produtos que os profissionais de marketing lidam normalmente, como a marca. Para este consumidor “os resultados e o seu sucesso são julgados pela invisibilidade da marca”, isto é, da cicatriz (EDMONDS, 2007, p. 234). Quanto mais natural for o resultado, melhor é o conceito do médico.

Para Choi *et al.* (2005) a satisfação do paciente e a qualidade do serviço dependem do serviço de qualidade que tem sido definido como um julgamento avaliativo do consumidor quanto ao grau de superioridade do desempenho do serviço. Apesar disso, levantaram que pacientes como leigos não podem avaliar corretamente os aspectos técnicos dos serviços médicos. Porém, entende-se que podem ficar ou não satisfeitos com o resultado do serviço, uma vez que a cirurgia plástica estética não é, normalmente, avaliada pelo consumidor por aspectos específicos, mas com a satisfação geral com o resultado. Edmonds (2007) ponderou que embora tenha falado com muitas pacientes que tiveram períodos pós-operatórios difíceis e dolorosos, além de várias que não ficaram satisfeitas com o resultado estético, somente uma teria se arrependido de ter feito a cirurgia (EDMONDS, 2007, p. 232).

Finalizando, Pitanguy (2009) expôs o seu incentivo da profissão: "A Medicina dá a satisfação de ser útil. O médico traz a esperança", dizia o pai de Pitanguy (PITANGUY, 2009).

3. MODELO TEÓRICO

3.1. Algumas Considerações Preliminares sobre os Construtos Estudados

De acordo com a literatura pesquisada algumas deduções poderiam ser feitas. A primeira delas é que o construto esperança tem implicações teóricas e gerenciais na área de marketing e, principalmente, no que tange ao comportamento do consumidor, comprovado por alguns trabalhos (por exemplo: VANZELLOTTI, 2008a; MELLO, MACINNIS e STEWART, 2007). Ainda, se poderia inferir que a esperança estaria ligada a influência positiva e, a ansiedade à negativa, embora sempre associadas (MACINNIS e MELLO, 2001; MACINNIS e CHUN, 2007). Em outras palavras, a esperança funcionaria como um incentivo, uma força a mais para o cliente alcançar o resultado positivo para a sua meta (por exemplo: SNYDER, 2000). Já a ansiedade funcionaria como um “freio”, uma barreira, tanto nas comunicações interpessoais quanto para atingir uma meta. Ambos os construtos estariam relacionados à percepção da possibilidade de ocorrer o evento no futuro, ou seja, em relação à perspectiva incerta do futuro, em sentidos opostos. Assim, quanto maior a possibilidade do sucesso, maior seria a esperança e menor a ansiedade do consumidor. Conseqüentemente, o impacto de cada construto na satisfação do cliente poderia ter efeito distinto, uma vez que satisfação existe somente quando da ocorrência.

Percebe-se que os construtos esperança e ansiedade, neste caso, seriam finitos e estariam relacionados à possibilidade da ocorrência do evento positivo, não ao evento em si, como comprovado por diversos trabalhos (por exemplo: VANZELLOTTI, 2008a; MELLO e MACINNIS, 2005; SNYDER, 2002). Assim, na ocorrência da compra não existiria mais esperança e ansiedade, somente (in)satisfação. Mello e MacInnis (2005) ainda sugerem que esperança seria um construto de medição contínua, uma vez que a esperança faz parte do indivíduo e poderia se renovar em relação a outro objetivo. Porém, outros estudos poderão comprovar se este construto é contínuo também após a compra em relação a ela ou a outra, ou mesmo que chegaria ao fim somente após o uso do produto, o que não é objeto deste estudo. Por exemplo, a esperança com o resultado da cirurgia plástica estética continuaria até o cliente usufruí-lo e, portanto, somente neste momento é que a esperança estaria influenciando a satisfação, propriamente dita. Além disso, poderia ser analisado como ela estaria influenciando na recompra, quando há. No entanto, a proposta desta tese é analisar o processo até a satisfação.

Propõe-se ainda que, se há revisão de expectativas pelo consumidor, poderia se supor que esperança age como ponto chave no papel da formação das intenções, reforçando que na percepção dos consumidores, o resultado da meta congruente realmente ocorrerá (MELLO e MACINNIS, 2005). Estes autores explicaram que, como as pessoas esperançosas tendem a ter um ponto de vista positivo com a realização de seu objetivo, a esperança poderia ser a “responsável pela intenção, formação, planejamento e ação de uma meta”, permitindo que as pessoas sejam mais leais e comprometidas com a ação. Portanto, poderia-se dizer que a esperança influenciaria a satisfação e confiança no médico que proporcionou a realização do “sonho de consumo”.

De modo similar, a relação da esperança com as expectativas do cliente depende do desejo. Se não existe o desejo, não existe esperança, conforme o exposto na Figura 3. O desejo também estaria ligado a algo a ser conquistado futuramente, permitindo que uma pessoa tenha esperança a partir do momento que existe a possibilidade de ocorrer o fato. MacInnis e Mello (2005, 2001) defendem que, quando o fato está prestes a ocorrer, ou seja, a probabilidade da ocorrência é certa, a pessoa passa a ter confiança. Assim, o desejo estaria num estágio preliminar do processo e a confiança e a satisfação no final, porém, não necessariamente, a esperança terminaria quando a ocorrência é iminente.

Ainda, poderia se sugerir, que há percepção do risco em compras de significado e que envolve risco real de vida, como de uma cirurgia plástica estética. Neste sentido, esperança e ansiedade estariam em “lados opostos”, porque a esperança tenderia a minimizar o risco percebido, enquanto o risco por si só aumentaria a ansiedade do cliente. A esperança é que “daria forças” para o consumidor continuar em direção ao seu objetivo, mesmo quando o risco e a ansiedade são grandes e tendem a “freiar” o indivíduo. Ressalta-se ainda que alguns construtos agiriam no presente, como a satisfação e a confiança, se o fato ocorreu, ou como a desesperança e a insatisfação, se o fato não ocorreu.

No Quadro 2 é apresentado um resumo das considerações apresentadas para o construto esperança e as variáveis relacionadas a ele, em função da possibilidade da ocorrência, na relação temporal. Este tipo de análise surgiu a partir dos estudos de MacInnis e Chun (2007), MacInnis e Mello (2005, 2001), e nos demais autores da revisão bibliográfica apresentada.

Quadro 2: Relação Temporal da Esperança e Outros Construtos

	Possibilidade (percepção da possibilidade) da ocorrência.	Forte Anseio com a ocorrência Construtos Identificados
Futuro	Vai acontecer (certamente)	Confiança/Satisfação/Expectativas/Prazer
	Provável de acontecer (possível, mas não é certo)	Esperança/Otimismo/Ansiedade/Expectativas
	Poderia acontecer (possível)	Esperança/ Ansiedade
	Provável não acontecer (mas ainda é possível)	Esperança/Ansiedade/Desejo
	Não acontecerá (impossível)	Desesperança/Confiança/Desejo
Presente	Aconteceu	Satisfação/Confiança/Prazer/Felicidade
	Não aconteceu	Insatisfação/Desesperança

Fonte: Adaptado a partir de MacInnis e Mello (2005, 2001) e MacInnis e Chun (2007)

3.2 Proposições do Modelo

Os modelos são representações do conjunto de relações que se quer examinar, sendo uma especificação explícita de um conjunto de variáveis e seus inter-relacionamentos. Eles são concebidos a partir de esquemas conceituais e evidências empíricas, para representar um sistema ou processo real (HAIR *et al.*, 1998; MALHOTRA, 2001).

O modelo inicial elaborado para esta tese retrata relações diretas e indiretas entre a esperança e os demais construtos estudados, resultante de formulações teóricas de alguns autores, adaptadas para este estudo e transformadas em hipóteses, de acordo com o objetivo (MACINNIS e CHUN, 2007; MACINNIS e MELLO, 2005; VIEIRA, 2008). Hipótese é uma afirmação ou proposição não comprovada a respeito de um fator ou fenômeno a que está ligado o estudo, podendo haver relações já comprovadas na literatura (MALHOTRA, 2001).

Doze hipóteses foram previstas para este modelo a partir da fundamentação teórico-empírica, que serão expostas a seguir.

3.3 Hipóteses da Pesquisa

Considerações conceituais de MacInnis e Mello (2001) indicam que em relação à satisfação, a esperança funcionaria como uma força para que os consumidores alcancem suas metas, e, portanto, estariam mais satisfeitos, dependendo da avaliação do resultado alcançado para a

meta congruente. Oliver (1993) demonstrou que a satisfação é função tanto do afeto positivo como do negativo e da desconfirmação; Rossiter e Foxall (2008) expuseram que a satisfação seria um exemplo de recompensa que pode ser carregada pela esperança. E mais, MacInnis e Chun (2007) propuseram que a esperança estaria intensamente e positivamente relacionada com o resultado para a meta e a satisfação, em consonância com MacInnis e Mello (2001). Diante do exposto, é plausível a primeira hipótese para este estudo:

H1: A esperança do cliente impacta na sua satisfação.

A esperança, que evoca sentimentos positivos, faz com que as pessoas processem a informação para restaurar a confiança (MELLO, MACINNIS, e STEWART, 2007) e, quanto maior a possibilidade da realização do evento, ou não, maior seria a confiança do consumidor (MACINNIS e CHUN, 2007; MACINNIS e MELLO, 2001). Vieira (2008) confirmou a hipótese de que a esperança e a confiança são associadas positivamente, sendo que quando as informações estiverem claras a esperança faria com que a confiança do cliente seja maior (MELLO, MACINNIS, e STEWART, 2007). Assim, quando se tem esperança, a confiança aumenta, bem como outros sentimentos, como otimismo e felicidade (WALKER, 2006), não considerados neste estudo. Ademais, Mello e MacInnis (2005) enfatizaram que a esperança tende a trazer segurança para o cliente na compra, o que, por conseguinte, poderia influenciar na confiança. Daí, a segunda hipótese proposta:

H2: A esperança influencia a confiança do cliente no médico.

O desejo foi exposto por diversos autores como antecedente da esperança (por exemplo: VANZELLOTTI, 2008a; BELK, GER, e ASKEGAARD, 2003; MACINNIS e MELLO, 2001; DOWNIE, 1963), bem como as expectativas como consequente (por exemplo: MELLO e MACINNIS, 2005; MACINNIS e MELLO, 2001; PIERON, 1966; HARVEY e CLAPP, 1965), conforme apresentado na Figura 3. Walker (2006) comprovou que a esperança é a ligação para as expectativas de alguma coisa desejada. Para se ter esperança é preciso que algo seja desejado e as expectativas dependem da esperança (MACINNIS e MELLO, 2005, 2001). Assim, chega-se a terceira e quarta hipóteses:

H3: O desejo é um construto independente e antecedente da esperança do cliente.

H4: A esperança do cliente influencia nas suas expectativas, sendo construtos distintos.

Da mesma forma que a esperança, a ansiedade estaria ligada ao resultado positivo do objetivo que ainda não foi alcançado, e variaria de pessoa para pessoa. Acreditando na possibilidade de um futuro resultado favorável, a futura incerteza que sublinha a esperança também seria a da ansiedade (LAZARUS, 1999), sendo assim considerado como um aspecto significante do comportamento do consumidor. A incerteza que alimentaria a esperança faz com que sentimentos tais como, a ansiedade e tristeza, surjam (WALKER, 2006). MacInnis e Chun (2007) propuseram que quando o sentimento de esperança é grande, consumidores tendem a experimentar o da ansiedade ao mesmo tempo, em consonância com outros estudos (VIEIRA, 2008; MACINNIS e MELLO, 2005, 2001). E ainda, pessoas que desejam fazer cirurgia plástica estética experimentam sentimentos de ansiedade e esperança ao mesmo tempo, mas inversamente proporcionais. Por conseguinte, propõe-se que:

H5: A esperança impacta para diminuir a ansiedade.

Tanto o nível de ansiedade como o de esperança podem variar conforme o evento, influenciando a reação naquela situação. Assim, produtos e serviços que são percebidos pelo cliente como de risco elevado tenderiam a aumentar a ansiedade (REISINGER e MAVONDO, 2005; CHANDRAN e MENON, 2004; BOVENS, 1999). Por exemplo, viagens internacionais têm se tornado um momento de ansiedade para o cliente que percebe o terrorismo e as relações sócio culturais como um risco. A segurança seria um dos fatores que influenciariam esta percepção e a ansiedade do cliente (REISINGER e MAVONDO, 2005). Acreditar na possibilidade de um resultado favorável, também poderia gerar ansiedade em razão da incerteza embutida neste futuro ainda não realizado (LAZARUS, 1999). Sendo assim, um resultado positivo a ser alcançado também pode ser considerado como um aspecto significante para o consumidor. Mitchell e Harris (2005) expuseram que o risco percebido poderia influenciar o medo e a ansiedade do cliente. No caso do serviço de cirurgia plástica estética, o risco é uma realidade e percebido. Diante do exposto é apresentada a sexta hipótese do modelo:

H6: O risco percebido com uma cirurgia plástica estética afeta diretamente a ansiedade do cliente.

De forma oposta, a esperança mediaria esta percepção de risco pelo cliente (MACINNIS e CHUN, 2007; MACINNIS e MELLO, 2005, 2001; MELLO e MACINNIS, 2005) uma vez que o cliente tenderia a aguentar mais condições adversas e se motivaria a achar um caminho para atingir a sua meta (ROSEMAN e EDDOKAS, 2004; BOVENS, 1999; LAZARUS, 1999; SNYDER, 1995). O risco percebido numa cirurgia plástica estética estaria diretamente ligado a esperança, uma vez que ela poderia minimizar os sentimentos negativos provocados por esta percepção (MACINNIS e MELLO, 2005). Assim, infere-se a sétima hipótese:

H7: A esperança é um construto presente no comportamento do consumidor de cirurgia plástica estética, influenciando diretamente no risco percebido.

Uma vez que a ansiedade estaria associada à tendência para deliberar e muitas vezes exibir certo grau de indecisão (ABE, BAGOZZI e SADARANGANI, 1996), a ansiedade do cliente seria uma emoção negativa, caracterizada pelo sentimento de incerteza e desconforto, desestimulando a conquista das metas e criando mecanismo de defesa, quando isto ainda é possível. Johnson, Sivadas e Garbarino (2008) expuseram que a satisfação e o risco percebido se relacionam negativamente, sugerindo que os níveis de satisfação do cliente são diretamente afetados pela percepção do risco de performance, financeiro e de tempo, em função da sua ansiedade. Emoções, tal como a ansiedade, influenciada pelo risco percebido, teria impacto negativo nos níveis de satisfação (JOHNSON, SIVADAS, e GARBARINO, 2008). Consequentemente, quando da decisão, é bem provável que os clientes fiquem menos satisfeitos, dependendo do nível de ansiedade envolvido. Portanto, a oitava hipótese proposta seria:

H8: A ansiedade do cliente influenciaria na satisfação.

Apesar de Vanzellotti (2008a) ter tido dificuldade com seus entrevistados quanto à distinção entre as definições dos construtos esperança e expectativas, a literatura é clara quanto a independência entre eles (por exemplo: MELLO e MACINNIS, 2005; MACINNIS e MELLO, 2001; PIERON, 1966). MacInnis e Mello (2001) explicaram que esperança seria um sentimento, enquanto que expectativas seria a probabilidade. Assim, se as expectativas interferem na (in)satisfação do cliente, de acordo com o grau de expectativa, e é o ato de ter esperança, então deduz-se que a satisfação também seria uma resposta emocional relativa ao grau de esperança que o cliente teria em relação a uma compra. E mais, MacInnis e Mello

(2005) defendem que o impacto da esperança na satisfação não funcionaria somente pela (des)confirmação, mas também por antecedentes adicionais, tal como equidade e prerrogativas. Spreng, Mackenzie e Olshavsky (1996) propuseram um modelo em que sentimentos de satisfação surgem quando os consumidores comparam suas percepções do desempenho de um produto ou serviço a ambos os seus desejos e expectativas.

Quando se trata de expectativas e satisfação existem evidências empíricas e conceituais em diversas áreas (por exemplo: OLIVER, 1993; SPRENG, MACKENZIE e OLSHAVSKY, 1996; GRÖLUND, 2002). De acordo com o modelo proposto por Grölund (2002), por exemplo, a satisfação seria resultado da relação entre as expectativas anteriores à compra e à satisfação na compra, sendo inversamente proporcional. Isto é, quanto maior as expectativas, menor poderia ser a satisfação e vice-versa. Spreng, Mackenzie e Olshavsky (1996) demonstraram que quando as expectativas não são confirmadas, ambos, satisfação com o produto (atributos da satisfação) e satisfação com as informações fornecidas pelo vendedor são afetadas, assim como a satisfação total (SPRENG, MACKENZIE e OLSHAVSKY, 1996). Por exemplo, se vendedores prometem mais do que podem entregar e se as expectativas que se baseiam nesta persuasão não são confirmadas, então o cliente ficará insatisfeito com as informações utilizadas na escolha do produto, como no caso do produto cirurgia plástica estética em relação ao médico (SPRENG, MACKENZIE e OLSHAVSKY, 1996). Portanto, entende-se que, satisfação do cliente seria proveniente da percepção dos outros construtos, das expectativas e dos resultados esperados em relação ao produto (MACINNIS e CHUN, 2007).

Assim, têm-se:

H9: As expectativas do cliente, influenciadas pela esperança, impactam na sua satisfação.

Diversos estudos na literatura de marketing expõem a relação entre a satisfação e a confiança (por exemplo, ALMEIDA e BOTELHO, 2008; BIGNE e BLESA, 2003). No estudo de Bigne e Blesa (2003), por exemplo, foram testados tanto o modelo da satisfação como antecedente da confiança, como o modelo da confiança como antecedente de satisfação, sendo que ambos foram aceitos. Porém, ressaltaram que no modelo em que a confiança foi antecedente da satisfação os índices obtidos eram mais significativos. Desse modo, concluíram que, quanto

maior a confiança, maior a satisfação. Eles também propuseram que as empresas com comportamento orientado para o cliente têm efeito positivo na confiança do consumidor e na satisfação com o relacionamento. E ainda, Crosby, Evans e Cowles (1990) concluíram que relacionamentos com qualidade dependem de confiança e satisfação, proporcionando antecipações de futuras intenções de compra, e Ramsey e Sohi (1997) que a confiança e a satisfação são importantes construtos em estágios iniciais de relacionamento e fundamentais para constituição de relacionamentos mais duradouros. Tanto o estudo de Crosby, Evans e Cowles (1990) como o de Bigne e Blesa (2003), sugeriram que os construtos confiança e satisfação são positivamente relacionados, bem como o de Almeida e Botelho (2008). Diante do exposto e uma vez que tanto a satisfação como a confiança no médico fazem parte do modelo, sendo construtos importantes nas relações, propõe-se a décima hipótese:

H10: A confiança no médico influencia diretamente na satisfação com o resultado.

A autoestima seria o principal motivo para que as pessoas queiram realizar uma cirurgia plástica estética (SBCP, 2008), resultante de implicações psíquicas da demanda e do desejo de modificar uma parte do corpo ou a imagem que a pessoa tem de seu corpo (AMORIN, 2007). As práticas embelezadoras seriam uma forma de consumo e a participação na cultura do consumidor é um aspecto essencial da inclusão social, elevando a autoestima e ensinando-se a valorizar a própria beleza (EDMONDS, 2007, p. 255). Soeste *et al.* (2006) realizaram uma pesquisa com mais de 907 participantes e concluíram que a autoestima está relacionada ao desejo de se submeter a uma cirurgia plástica estética. Naturalmente, tem-se a décima primeira hipótese:

H11: A baixa autoestima leva ao desejo de consumo da cirurgia plástica estética.

Amigos(as) e parentes como influenciadores do comportamento de compra consta de todas as principais literaturas sobre comportamento do consumidor (por exemplo: MOWEN e MINOR, 2003; SOLOMON, 2002; KOTLER e KELLER, 2006). Brei (2007), por exemplo, colocou que Kotler limitou-se a definir que as necessidades existem antes dos profissionais de marketing, havendo outras influências sociais que afetam os desejos além destes profissionais. No caso da cirurgia plástica estética, além da literatura (por exemplo: THOMPSON e HIRSCHMAN, 1995; EDMONDS, 2007), pesquisas empíricas comprovaram que o fato de amigos(as) e parentes realizarem uma cirurgia e obterem bons resultados alimenta a esperança

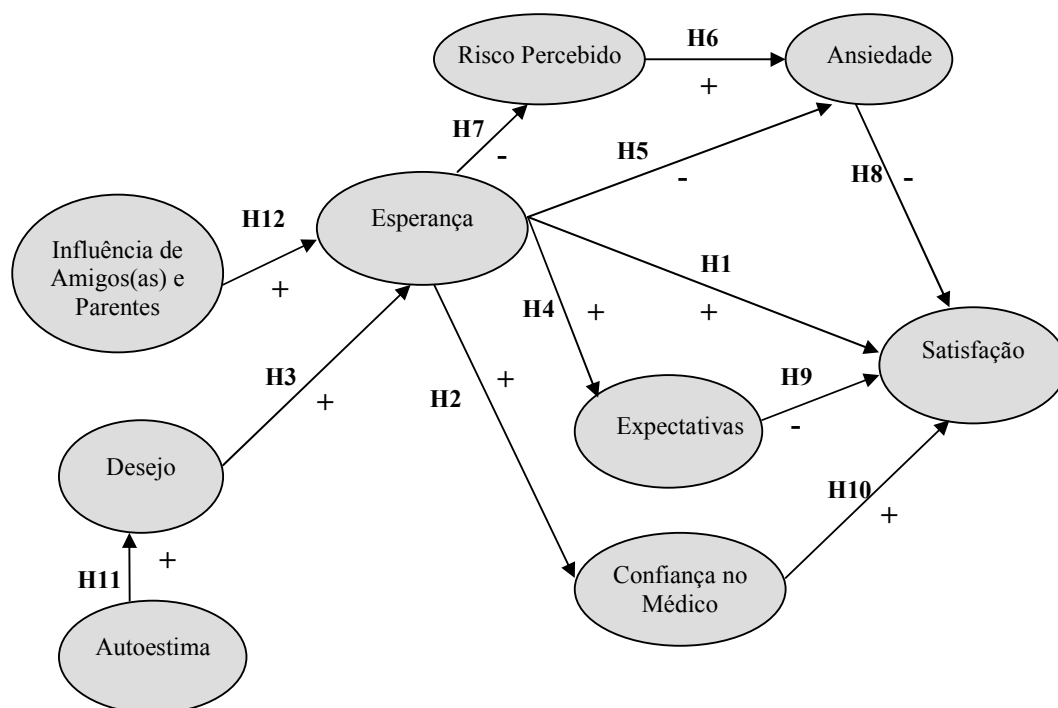
de retomar a “luta” para alcançar a sua meta, como relatado por diversos autores (por exemplo: SANT’ANNA, 2009) ou não. Assim, em consequência destas constatações propõem-se a décima-segunda e última hipótese de pesquisa para o modelo:

H12: A influência de amigos(as) e parentes impacta na esperança do consumidor de cirurgia plástica estética.

Diante das considerações teóricas analisadas aqui e das hipóteses expostas, apresenta-se, na Figura 4, o modelo teórico de pesquisa a ser testado.

O Quadro 3 expõe resumidamente a amarração metodológica das hipóteses que serão testadas.

Figura 4 : Modelo Teórico da Esperança no Contexto dos Consumidores de Cirurgia Plástica Estética



Quadro 3: Amarração Metodológica das Hipóteses

HIPÓTESES PROPOSTAS	CONSTRUTOS	TEORIA ESTUDADA
H1: A esperança do cliente impacta na sua satisfação.	Esperança e Satisfação	Satisfação como consequência da esperança, relacionada ao resultado da meta. Rossiter e Foxal (2008); MacInnis e Chun (2007); MacInnis e Mello (2001)
H2: A esperança influencia a confiança do cliente no médico.	Esperança e Confiança do Cliente	Confiança do cliente como consequência da esperança, associadas positivamente. Vieira (2008); MacInnis e Chun (2007); MacInnis e Mello (2007); Mello, MacInnis e Stewart (2007); Walker (2006)
H3: O desejo é um construto independente e antecedente da esperança do cliente.	Desejo e Esperança	Para se ter esperança é preciso que o objeto ou serviço seja desejado, sendo o desejo um antecedente da esperança. Vanzellotti (2008a); Walker (2006); Belk, Ger e Askegaard (2003); MacInnis e Mello (2005, 2001); Downie (1963).
H4: A esperança do cliente influencia nas suas expectativas, sendo construtos distintos.	Esperança e Expectativas	Para se ter expectativas é necessário que exista esperança, sendo a esperança um antecedente das expectativas e distintas entre si. Walker (2006); Mello e MacInnis (2005); MacInnis e Mello (2005, 2001); Pieron (1966)
H5: A esperança e a ansiedade são construtos correlacionados, sendo que a esperança impacta para diminuir a ansiedade.	Esperança e Ansiedade	Esperança e ansiedade aconteceriam ao mesmo tempo, sendo que a esperança ameniza os efeitos negativos da ansiedade. Vieira (2008), MacInnis e Chun (2007); Walker (2006); MacInnis e Mello (2005, 2001).
H6: O risco percebido com uma cirurgia plástica estética afetaria diretamente a ansiedade do cliente.	Risco Percebido e Ansiedade	O risco percebido presente em uma cirurgia plástica estética tenderia a influenciar a ansiedade do cliente. Mitchell e Harris (2005); Reisinger e Mavondo (2005); Chandran e Menon (2004); Bovens (1999); Lazarus (1999).

HIPÓTESES PROPOSTAS	CONSTRUTOS	TEORIA ESTUDADA
H7: A esperança é um construto presente no comportamento do consumidor de cirurgia plástica estética, influenciando diretamente o risco percebido.	Esperança e Risco Percebido	A esperança minimiza a percepção do risco com a cirurgia. MacInnis e Chun (2007); MacInnis e Mello (2005, 2001); Mello e MacInnis (2005); Roseman e Eddokas (2004); Snyder (1995); Lazarus (1999).
H8: A ansiedade do cliente influenciaria na satisfação.	Ansiedade e Satisfação	Ansiedade afetada pelo risco percebido com a cirurgia, tenderia a influenciar na satisfação com a compra. Johnson, Sivadas e Garbarino (2008); Abe, Bagozzi e Sadarangani (1996).
H9: As expectativas do cliente, influenciadas pela esperança, impactam na sua satisfação.	Expectativas, Esperança e Satisfação.	Expectativa, como consequente da esperança, influenciaria na satisfação. MacInnis e Chun (2007); MacInnis e Mello (2005, 2001); Grönlund (2002); Spreng, Mackenzie e Olshavsky (1996); Pieron (1966).
H10: A confiança no médico influencia diretamente na satisfação com o resultado.	Confiança e Satisfação	Confiança e satisfação são construtos que tendem a se influenciar. Confiança no médico estaria ligado diretamente a satisfação do cliente. Almeida e Botelho (2008); Bigne e Blesa (2003); Ramsey e Sohi (1997); Crosby, Evans e Cowles (1990).
H11: A baixa autoestima leva ao desejo de consumo da cirurgia plástica estética.	Autoestima e Desejo	A baixa autoestima seria o principal motivo para que as pessoas desejem uma cirurgia plástica estética. ABCP (2008); Amorin (2007); Edmonds (2007); Soest <i>et al.</i> (2006).
H12: A influência de amigos(as) e parentes impacta na esperança do consumidor de cirurgia plástica estética.	Influência de Amigos(as) e Parentes e Esperança.	Amigos(as) e parentes como influenciadores do comportamento do consumidor de cirurgia plástica estética e da esperança. Sant'Anna (2009); Mowen e Minor (2003); Solomon (2002); Kotler e Keller (2006); Brei (2007), Thompson e Hirschman (1995).

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Delineamento da Pesquisa

O delineamento da pesquisa é “a estrutura ou plano para o estudo, usado com guia e análise de dados” (CHURCHILL, 1995, p. 144), com intuito de atingir o objetivo do estudo.

Para atender às premissas desta tese, o presente estudo foi desenvolvido como uma pesquisa descritiva, pois investiga as relações entre os construtos através de uma metodologia estatística (VERGARA, 2000), testando-se hipóteses específicas (MALHOTRA, 2001). Tanto a teoria como o método, são importantes para realização da pesquisa, de modo que o objetivo seja alcançado, descrevendo, explicando, descobrindo, compreendendo e predizendo determinado fenômeno (VERGARA, 2005. p. 9).

Para realização da etapa descritiva, recomenda-se que a mesma seja precedida de uma fase exploratória com o intuito de entender melhor o fenômeno. Seguindo as recomendações de McDaniel e Gates (2005), Aaker, Kumar e Day (2001) e Malhotra, (2001), a pesquisa exploratória pode ser usada preliminarmente para descoberta de idéias e dados, aumentando a compreensão de um conceito, além do entendimento sobre a natureza geral do problema e na identificação de variáveis relevantes e suas possíveis relações que precisam ser consideradas, procurando gerar critérios e compreensão.

A fase exploratória do estudo teve três momentos distintos: uma bibliográfica, conforme a fundamentação teórica exposta neste estudo, e outra de pesquisa qualitativa, tendo sido realizadas entrevistas em profundidade e dois grupos focais. A fundamentação teórica possui três funções em uma pesquisa: ajudar a sustentar o problema de pesquisa, constituir a opção teórica do autor e dar sustentação à análise de dados (VIEIRA, 2004, p. 19). A fase da pesquisa qualitativa exploratória teve sua perspectiva orientada de corte seccional com perspectiva longitudinal, uma vez que foram analisados acontecimentos anteriores e do momento da pesquisa (VIEIRA, 2004, p. 21).

A fase quantitativa do estudo foi através da aplicação de questionários estruturados auto-administrados, hospedados em um *websurvey*, aplicados à amostra de entrevistados descrita posteriormente. Sob a perspectiva temporal, foi adotado um levantamento de corte transversal

único, “no qual é extraída uma amostra de entrevistados da população-alvo e as informações coletadas somente uma vez” (MALHOTRA, 2001, p. 109).

4.2 Primeira Fase do Estudo: Qualitativa

Na fase qualitativa do estudo, buscou-se entender as variáveis pesquisadas na literatura, principalmente a esperança e sua influência em outras variáveis, junto aos profissionais da área, médicos cirurgiões plásticos, e consumidores de cirurgia plástica estética, uma vez que o tema ainda não foi plenamente desenvolvido. A pesquisa qualitativa é a que se fundamenta, principalmente, em análises qualitativas, não considerando o uso de instrumentos estatísticos (MCDANIEL e GATES, 2005; VERGARA, 2005). Cada uma delas está descrita a seguir.

4.2.1 Grupos Focais

O grupo de foco, mais conhecido como “*focus group*”, é uma entrevista não estruturada de abordagem direta e natural com um moderador treinado junto a um grupo de participantes utilizados para discutir um tópico específico, auxiliando na construção de outros instrumentos de coleta, como um *survey* (VERGARA, 2005; MALHOTRA, 2001). Ruediger e Riclío (2004) expõem que é o instrumento de alto poder analítico, caracterizando-se pela possibilidade de intervenções em tempo real a respeito do tema, enfatizando-se “não apenas as percepções individuais, mas também aquelas oriundas das interações do coletivo” (RUEDIGER e RICLIO, 2004, p. 152).

Um grupo focal precisa ser homogêneo em termos de características comuns ao perfil do seu público-alvo, os participantes necessitam ter tido uma experiência adequada com o objetivo e o grupo deve ser constituído de no máximo 12 (doze) membros e não menos que 8 (oito) (MALHOTRA, 2001, p. 157). As sessões são realizadas em uma sala com espelho falso, que permite que os pesquisadores assistam numa sala ao lado, sendo registradas por meio de anotações e fitas de vídeo. As habilidades observacionais, relacionais, de comunicação, conhecimento do tema e a experiência do moderador são características essenciais ao sucesso na aplicação do método. Recomenda-se mais de um grupo de foco sobre o tema em questão, uma vez que pode haver problemas de validação. Os grupos focais contribuem para gerar várias hipóteses de futuras pesquisas, pois proporcionam descobertas inesperadas em

consequência dos entrevistados expressarem suas idéias e opiniões de forma espontânea (MALHOTRA, 2001).

Atendendo à necessidade do estudo e dentro dos parâmetros do método, foi alugada uma sala de espelhos, específica para este tipo de pesquisa, em dois dias distintos para a realização dos dois grupos focais com 12 (doze) pessoas cada: 1) mulheres com intenção de fazer cirurgia plástica estética; e, 2) mulheres que haviam feito cirurgia plástica estética. Uma vez que pessoas do sexo feminino é a maioria dos consumidores de cirurgia plástica, adotou-se para a realização dos grupos de foco somente com elas, para que fosse mantida uma homogeneidade dos membros e não houvesse interferências (por exemplo: inibições nas respostas) entre eles. Foi selecionada uma moderadora com larga experiência com grupos focais em comportamento do consumidor e realizadas duas reuniões de treinamento para que pudesse entender o que estaria sendo explorado nos grupos. O roteiro foi elaborado junto com a autora da tese, que assistiu na sala ao lado, e deu orientações através de bilhetes no sentido de tirar dúvidas que ainda estivessem ocorrendo sobre o assunto pesquisado. A autora não foi a moderadora, por não ter experiência em moderação de grupos de foco e conhecer algumas pessoas que participaram, o que comprometeria a validade das respostas.

Os grupos foram realizados nos dias 19 e 20 de maio de 2009 na cidade do Rio de Janeiro e as participantes foram recrutadas através de e-mails para conhecidos e amigos(as) da autora e das pessoas que se dispuseram a ajudar. Foram oferecidos lanche e brinde, que eram 2 cupons de ingressos de cinema, que poderiam ser trocados nas bilheterias de diversas salas de exibição na Zona Sul da cidade do Rio de Janeiro. O e-mail foi um apelo para que as pessoas se sensibilizassem para ajudar a captar pessoas a participarem dos grupos. A presença de cada participante foi confirmada por e-mail ou telefone pela autora da tese, que ficou responsável pelo recrutamento. O fato de ser um grupo focal para pesquisa de tese de doutorado com apelo de ajuda, diante das limitações de se fazer um recrutamento profissional em bancos de dados de clínicas, por exemplo, surtiu o efeito esperado com o comparecimento necessário nos dois dias (12 pessoas). O e-mail convite para que as pessoas pudessem ajudar e/ou participar encontra-se no Anexo 1 e, os roteiros utilizados nos dois grupos estão no Anexo 2. O tempo de duração de cada um deles foi de duas horas e, após o término, as fitas de vídeo foram transcritas e analisadas, junto com as anotações realizadas durante a aplicação dos grupos de foco.

4.2.2 Entrevistas em Profundidade

Esta parte da pesquisa foi realizada por meio de entrevistas espontâneas semiestruturadas, com o objetivo de indagar o entrevistado de forma detalhada a respeito de suas percepções e avaliações, em relação aos seus clientes, das variáveis a serem exploradas para o modelo, como recomendado por Kerlinger (1980, p. 350). A entrevista semiestruturada é “aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessem à pesquisa e que, em seguida, podem oferecer amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo, à medida que se recebem as respostas” (TRIVIÑOS, 1987, p. 146). Sentiu-se necessidade destas entrevistas após a realização dos grupos focais para verificar a abrangência das variáveis e a relação entre elas, sob o foco de quem tem experiência com o público alvo do estudo.

Como recomendado por diversos autores (por exemplo, TRIVIÑOS, 1987; KERLINGER, 1980) estabeleceu-se um roteiro para o desenvolvimento das entrevistas, que foram realizadas com especialistas, isto é, médicos cirurgiões plásticos. A primeira parte da entrevista objetivou levantar informações sobre os profissionais e sua percepção a respeito do perfil emocional de suas clientes. Na segunda parte buscou-se explorar o entendimento do especialista sobre as variáveis proposta no estudo e suas possíveis relações. Os entrevistados foram estimulados a expor suas opiniões em relação ao que eles considerariam mais importantes para seus(suas) clientes, para torná-los(las) satisfeitos(as), bem como a exporem histórias que consideravam estar diretamente ligadas à esperança.

A seleção dos entrevistados foi feita através de indicação de amigos(as) e de acordo com a disponibilidade dos médicos. As duas entrevistas foram realizadas entre os dias 01 e 30 de junho de 2009, nos consultórios dos médicos, e gravadas, sendo transcritas posteriormente. O roteiro para realização destas entrevistas está no Anexo 3.

4.3 Segunda Fase do Estudo: Quantitativa

4.3.1 Construção do Instrumento de Coleta de Dados

Após a fase qualitativa do estudo, foi realizada uma pesquisa de campo, na fase descritiva, através de um *survey*. O *survey* é uma ferramenta de medidas de características simples, em

que o pesquisador consegue interagir para obter informações sobre fatos, comportamento, intenções, motivações, opiniões, atitudes e características demográficas e de estilo de vida (MCDANIEL e GATES, 2005; MALHOTRA, 2001; ALRECK e SETTLE, 1995, p. 144). O método de *survey* apresenta vantagens pela sua aplicação simples e pela obtenção de dados confiáveis porque as respostas são limitadas às alternativas mencionadas. Porém, os entrevistados podem relutar em fornecer a informação desejada e em responder a informação quando esta é pessoal, ou ainda, as perguntas estruturadas e alternativas de respostas fixas podem resultar na perda de sensações e crenças. Apesar disso, o método é o mais comum e o recomendado para coletas de dados em pesquisa de marketing (MALHOTRA, 2001, p. 179).

Os dados primários foram obtidos através de questionários estruturados auto-administrados, contendo perguntas fechadas, aplicados junto aos entrevistados da amostra que fazem parte da população delineada por meio de *survey* pela internet, ou *websurvey*. Entre os métodos de *survey*, este permite maior flexibilidade da coleta de dados, porque o questionário é aplicado de forma interativa; além de diversidade de questões, pela possibilidade de se formular diversas questões; obtenção de uma quantidade maior de dados a um custo menor que uma entrevista pessoal, por exemplo; percepção de anonimato dos entrevistados, porque não há contato; e velocidade, sendo considerado o mais rápido (MALHOTRA, 2001, p. 187-192). O método aplicado ainda permite ao pesquisador “construir botões, caixas de verificação e campos de entrada de dados, que impedem que os entrevistados selecionem mais de uma resposta” minimizando os erros inerentes as coletas de dados (MALHOTRA, 2001, p. 185).

Uma vez que o levantamento de dados é auto-administrado, o questionário é instrumento recomendado (ALRECK e SETTLE, 1995, p. 143). O questionário estruturado para a coleta de dados consiste de uma série de perguntas escritas que um entrevistado deve responder. O questionário tem três objetivos: (1) traduzir a informação desejada em um conjunto de questões específicas que os entrevistados tenham condições de responder; (2) motivar e incentivar o entrevistado a cooperar, respondendo às perguntas; e (3) minimizar o erro das respostas (MALHOTRA, 2001, p. 274). As perguntas foram estruturadas pré especificando o conjunto de respostas, escalonadas em todos os itens (MALHOTRA, 2001, p. 282).

De acordo as recomendações de Alreck e Settle (1995, p. 153), o questionário foi organizado em três grandes seções. A primeira seção referiu-se a carta-convite e as instruções de preenchimento. A seção seguinte, organizada de maneira lógica, abrangia o agrupamento das

perguntas referentes às escalas de medição das variáveis. A terceira seção continha questões sobre a identificação do perfil sóciodemográfico dos entrevistados. A amostra abrangia tanto as pessoas que já haviam realizado uma cirurgia plástica estética, quanto as que tinham a intenção de fazer. Por questões operacionais, em função da falta de opção de perguntas de ramificação no plano para estudantes no site escolhido para hospedagem, quando do envio do e-mail convite, para que as pessoas pudessem responder e/ou divulgar a pesquisa, foram encaminhados dois links de acesso ao *websurvey*, de forma a pré-selecionar os grupos amostrais. O site em que foram hospedados os questionários foi o www.surveygizmo devido aos seguintes critérios contidos para pesquisa de estudantes: ser gratuito (deve-se declarar que a pesquisa faz parte da tese); permitir construção de questões de diferencial semântico e *likert*; aceitar até 500 (quinhentos) respondentes no mês; e exportar os resultados para os softwares Excel e SPSS, apesar de não permitir questões de ramificação. Considerou-se, portanto, que o envio de dois links não afetaria a pesquisa e que as demais vantagens compensariam.

Inicialmente foi escolhido, por conveniência, um grupo piloto para pré-teste do questionário constituído de 12 (doze) pessoas, sendo 4 (quatro) que já haviam feito cirurgia e 8 (oito) que tinham a intenção de fazer, e se dispuseram a respondê-lo na presença da autora para que fossem analisados o tempo gasto e as dúvidas que surgissem, uma vez que havia dois tipos de questionários diferentes somente quanto a temporalidade (passado para quem já havia feito a cirurgia e futuro para quem tem a intenção de fazer). Todos os aspectos do questionário foram testados, inclusive o conteúdo das perguntas, os enunciados, a sequência, as dificuldades, e entendimentos a respeito das questões (MALHOTRA, 2001, p. 290).

O tempo médio de resposta ficou em 12 (doze) minutos e algumas sugestões foram incorporadas para melhoria das questões em geral. As solicitações mais significativas foram dos respondentes que têm a intenção de fazer a cirurgia, no que se referia à compreensão de alguns indicadores, devidamente alterados. Também foi solicitado que a instrução da primeira parte das questões na segunda seção fosse mais explicada, com um exemplo. Em relação à terceira seção, perfil do consumidor, foi feita a sugestão de acrescentar no texto de número de cirurgias realizadas a palavra plástica, para que ficasse claro que não incluía cirurgias de apêndice, por exemplo. Assim, os questionários foram refeitos e enviados novamente para algumas destas pessoas do grupo piloto para nova crítica. Somente neste momento é que o instrumento foi construído no *websurvey* e um novo grupo de cinco pessoas foi convidado a testar diretamente na *web*, sendo alteradas algumas instruções de uso, como: “Por favor, ao

final, não se esqueça de teclar em *FINISHED? Submit your Survey*”. Isto foi necessário pois algumas instruções eram em inglês, podendo induzir o respondente ao erro, levando ao não preenchimento e registro do questionário.

No total, o pré-teste foi feito com 17 (dezesete) respondentes, com as mesmas características básicas dos entrevistados da amostra, em conformidade com a recomendação de Alreck e Settle (1995, p. 178). As análises proporcionaram a elaboração de um questionário de rápida (12 min) e fácil aplicação, minimizando o erro das respostas pela correta interpretação dos itens aplicados, facilitando o processo e economizando o tempo dos entrevistados.

Para elaboração do questionário, na medição das variáveis, foram adotadas as escalas ordinais, que assume valores para efeitos estatísticos, de classificação por itens do tipo de *Likert*, com sete categorias de respostas que vão de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”, e do tipo diferencial semântico, com sete categorias, sendo os extremos associados a rótulos bipolares. Escolheu-se estas escalas por serem de fácil aplicabilidade e pelo entendimento rápido que os entrevistados têm a respeito da questão (MALHOTRA, 2001, p. 255). No questionário, foi retirada a codificação referente ao indicador (por exemplo: Es de esperança) deixando-se somente a numeração das questões. Todas as questões referentes a terceira parte do questionário foram distribuídas aleatoriamente, em relação a variável, a fim de minimizar o efeito halo – que é a possibilidade de que a avaliação de um item possa interferir no julgamento sobre outros fatores, contaminando o resultado geral (KLINE, 2005).

O questionário aplicado encontra-se no Anexo 4 desta tese e ficou disponível para acesso, de 15 de agosto até meados de dezembro de 2009, para que se pudesse completar o tamanho necessário da amostra estratificada.

4.3.2 Operacionalização das Variáveis

De acordo com o tipo de análise adotada para este estudo, a Modelagem de Equações Estruturais (SEM), e o modelo a ser testado apresentado anteriormente, são diagnosticadas as variáveis latentes, sendo algumas dependentes e outras independentes. As variáveis latentes são construtos, ou seja, construções teóricas, que não podem ser diretamente observadas. Entende-se por construto, ou característica a ser medida, como o sinônimo de conceito ou

abstração (MALHOTRA, 2001, p. 262) e são a base para formação da relação entre variáveis, visto que são as melhores representações possíveis dos conceitos (HAIR *et al.*, 1998, p. 579). Os construtos, por não poderem ser diretamente observados, não podem ser medidos diretamente e necessitam ser ligados a uma ou mais variáveis observáveis que, dentro do contexto da metodologia do SEM, servem como indicadores, que se presume representar as variáveis latentes (BYRNE, 1998, p. 4, 5). As escalas permitem tornar conceitos abstratos em valores que possam ser manipulados algebricamente, ou ainda, estatisticamente. Hair *et al.* (1998, p. 581) acrescenta que para se entender melhor percepções e atitudes, tais como as relações das variáveis propostas neste estudo, estas precisam ser medidas e necessitam de várias perguntas contextualizadas que podem estimar aspectos das atitudes das pessoas. Estas perguntas são os indicadores.

O SEM examina um conjunto de equações dependentes simultaneamente, sendo particularmente útil quando uma variável dependente torna-se independente em uma equação subsequente (HAIR *et al.*, 1998, p. 585). Neste estudo, há variáveis latentes tanto dependentes como independentes, sendo que as variáveis latentes “esperança”, “ansiedade” e “confiança no médico”, por exemplo, são dependentes em uma equação e independente na subsequente, indicando que, a análise dos dados pelo SEM é adequada para este estudo.

Variáveis independentes são as variáveis que não estão associadas à flutuação dos valores de outras variáveis latentes no modelo (BYRNE, 1998, p. 10), sendo que no diagrama de caminhos¹ as variáveis têm somente caminho causal² da direção delas e não são precedidas por nenhum outro construto do modelo (HAIR *et al.*, 1998, p. 580), como “autoestima”. As variáveis dependentes são as influenciadas pelas variáveis independentes no modelo (BYRNE, 1998, p. 10), sendo que no diagrama de caminhos existem um ou mais caminhos da direção dos outros construtos do modelo para estas variáveis (HAIR *et al.*, 1998, p. 580), como confiança.

Na geração dos itens propostos para mensuração das variáveis latentes do modelo, foi realizada uma revisão da literatura. As escalas foram adaptadas para a situação do consumidor

¹¹ O diagrama de caminhos é a representação gráfica do conjunto completo de relações entre os construtos do modelo. As representações entre as variáveis são representadas por uma reta com uma flecha, ficando a ponta da seta na variável precedente e a outra extremidade na variável latente. As correlações entre as variáveis latentes ou indicadores são representadas por curvas com setas entre as mesmas (HAIR *et al.*, 1998, p. 582).

² Apesar do uso do termo causal na literatura referenciada, a autora tem ciência que, como observado por Pedhazur (1991, p. 695), causalidade é um dos tópicos mais controversos na ciência.

de cirurgia plástica estética a partir de outros estudos, de diversas áreas, sendo algumas a partir das existentes no exterior, que foram traduzidas do inglês para o português. Após a tradução, os itens foram avaliados por dois professores doutores e pré-testados, conforme descrição anterior. Tal procedimento é necessário para examinar a validade de conteúdo, que consiste na avaliação subjetiva ou teórica, mas sistemática da representatividade do conteúdo de uma escala antes da geração dos itens, isto é, o quão relevantes são os itens para a medição do construto (MALHOTRA, 2001, p. 265; HAIR *et al.*, 1998).

No Quadro 4 é apresentado um sumário das variáveis do modelo da tese, as dimensões e a que se referem suas escalas originais. A codificação dos indicadores das variáveis consta nos quadros específicos de operacionalização elaborados para cada construto e apresentados a seguir.

Na sequência descreve-se cada um dos os construtos, como foram operacionalizados, expondo-se somente os itens usados no questionário dos consumidores que já haviam feito cirurgia plástica estética.

Quadro 4: Sumário das Variáveis do Modelo

Variável no Modelo	Dimensão	Escalas Originais
Autoestima (unidimensional)	Autoestima (AE)	Rosenberg (1991), Bearden e Rose (1990), Richins (1991) e Richins e Dawson (1992) – medição de autoestima com adolescentes e adultos.
Esperança (unidimensional)	Esperança (Es)	Snyder (2000) e Snyder <i>et al.</i> (1996, 1991) – medição da disposição da esperança em adultos
Expectativas (unidimensional)	Expectativas em relação ao produto ou serviços (Ex)	Fornell <i>et al.</i> (1996) – medição das expectativas com a qualidade do produto.
Desejo (unidimensional)	“querer”, “prazer” e “vontade de ter” (D)	MacInnis e Chun (2007) e Bearden e Netemeyer (1999) – medição de desejo/anseio para com o acontecimento
Ansiedade (unidimensional)	Ansiedade (Ans)	Pham (1996) – medição o estado de ansiedade do indivíduo num determinado instante
Confiança no Médico (multidimensional)	Segurança/Sinceridade (Cs)	Andaleeb (1996) – medição da confiança através da segurança, da sinceridade e do apoio percebidos pelo cliente.
	Credibilidade(Cc)	Crosby, Evans e Cowley (1990), Ramsey e Sohi (1997) e Doney e Cannon (1997) – medição da credibilidade, cordialidade durante a interação e preocupação com os interesses dos clientes.
	Integridade (Ci)	Prado (2004) e Lau e Lee (1999) – medição de integridade, honestidade e promessas cumpridas em relação à empresa
Risco Percebido (unidimensional)	Risco em relação ao produto ou serviço (R)	Eroglu e Machleit (1990) – medição do risco com a compra de um específico produto.
	Risco global com a compra (R)	Stone e Gronhaug (1993) – medição do risco global pela incerteza.
Influência de Amigos(as) e Parentes. (unidimensional)	Influência social (If)	Andrews <i>et al.</i> (2004) – medição da influência de amigos(as) e parentes no consumo de cigarros.
Satisfação (unidimensional)	Satisfação com a compra (Sa)	Westbrook e Oliver (1991), Oliver (1993), Prado (2004) e Baptista (2005) – medição da satisfação global com a compra.

4.3.2.1 Operacionalização do Construto Autoestima

A escala Rosemberg Self-esteem (RSE) é a mais popular e amplamente usada no âmbito global de autoestima, na qual baixos valores refletem grande autoestima (por exemplo: SARWER *et al.*, 2008; BOLTON *et al.*, 2003; ROBINS, HENDIN, e TRZESNIEWSKI, 2001). Nesta tese, a operacionalização da escala de medição do construto autoestima foi adaptada a partir dos itens das escalas originais de quatro estudos: (1) Rosenberg (1979) usada com estudantes: esta escala, originalmente com quatro pontos, foi adaptada para inúmeros

estudos por ser de fácil administração, rápida aplicação, unidimensional e ter validade de face; (2) Bearden e Rose (1990) aplicaram a escala numa série de estudos, comprovando que a autoestima é um moderador da influência interpessoal; (3) Richins (1991) conduziu quatro estudos, no esforço para entender melhor como a publicidade pode levar à insatisfação com o ego, sendo que a autoestima foi utilizada principalmente nas análises como covariável relacionada a autoavaliações de atratividade; e (4) Richins e Dawson (1992) usaram para entender o materialismo em relação à autoestima. Esta escala foi aplicada tanto em adolescentes como adultos e considera-se como adequada por ter sido largamente utilizada em diversos estudos, com confiabilidade acima de 80%. Foi utilizada a escala *Likert* com sete pontos que vão de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”. O Quadro 5 apresenta os indicadores desta variável utilizados no questionário.

Quadro 5: Escala do Construto Autoestima

Item do Questionário	Codificação	Indicadores
17	AE1	Antes da cirurgia, eu estava satisfeita(o) comigo mesma(o).*
32	AE2	Eu penso que eu não estava bem de todo antes da cirurgia plástica.
40	AE3	Eu sinto que eu tinha muitas qualidades boas antes da cirurgia.*
27	AE4	Eu fui capaz de fazer a cirurgia plástica, assim como outras pessoas.*
35	AE5	Eu sentia que eu não tinha do que me orgulhar antes da cirurgia.
28	AE6	Eu me sentia sem valor antes da cirurgia.
45	AE7	No todo, eu estava inclinada(o) a pensar que eu não era um sucesso.
55	AE8	Queria ter mais estima por mim mesma(o) antes da cirurgia.
19	AE9	Antes da cirurgia, eu sentia que era uma pessoa que dava importância a mim mesma(o).*
59	AE10	Tinha uma atitude positiva comigo mesma(o) antes de me submeter à cirurgia.*

* Escalas reversas

4.3.2.2 Operacionalização do Construto Esperança

O construto esperança ainda não dispõe de escalas na área de marketing testadas para serem aplicadas, somente de proposições como as de MacInnis e Chun (2007) e MacInnis e Mello (2005). Eles sugerem que esta escala seja multidimensional composta pelas dimensões da própria esperança, importância e meta, através de indicadores reflexivos, mas não conseguiram comprovar. Em contrapartida, alguns autores defendem a medição unidimensional baseado somente na medida esperança (por exemplo: ROSEMAN e EVDOKAS, 2004). Assim, adotou-se para a operacionalização do construto esperança neste estudo, adaptar escalas originais já estabelecidas de Snyder *et al.* (1996, 1991) e Snyder (2000). Para os autores, as escalas de esperança podem ser usadas para determinar as

motivações da percepção do cliente para perseguir seus objetivos e sua capacidade de identificar caminhos viáveis para atingir o objetivo. Entre as disponibilizadas por eles, a escala sobre disposição da esperança em adultos se mostrou a mais adequada na adaptação para a situação dos consumidores de cirurgia plástica estética sendo ela medida com sete pontos que vão de “definitivamente falso” a “definitivamente verdadeiro”. Os indicadores deste construto usados no questionário estão no Quadro 6.

Quadro 6: Escala do Construto Esperança

Item do Questionário	Codificação	Indicadores
6	Es1	Se eu me encontro numa dificuldade para resolver um desejo, como no caso da cirurgia plástica, eu procuro vários caminhos para sair dele.
7	Es2	Eu persegui energicamente minha meta de fazer a cirurgia plástica.
8	Es3	Há muitas maneiras para resolver qualquer problema, como quando eu queria fazer a cirurgia.
9	Es4	Antes da cirurgia me via como sendo uma pessoa de êxito.
10	Es5	Eu sempre posso pensar em muitos caminhos para alcançar minhas metas.
11	Es6	Eu fui ao encontro da meta de realizar a cirurgia plástica que havia definido para mim.

4.3.2.3 Operacionalização do Construto Expectativas

A operacionalização da escala para medição da variável expectativas foi adaptada da escala original de Fornell *et al.* (1996), usada na maioria dos estudos de marketing. Esta escala original mede as expectativas através da lembrança dos entrevistados com nível de qualidade esperado em função do seu conhecimento e experiência com um produto ou serviço, através de três medidas: expectativa total, expectativa em relação à personalização, e expectativa quanto à confiabilidade. Na adaptação desta escala foi necessária a análise dos grupos de foco para que fossem avaliadas as reais expectativas dos consumidores de cirurgia plástica. Foi utilizada a escala *Likert* com sete categorias de resposta que vão de “discordo totalmente” a “concordo totalmente” na medição dos indicadores desta variável utilizados no questionário, apresentados no Quadro 7.

Quadro 7: Escala do Construto Expectativas

Itens do Questionário	Codificação	Indicadores
16	Ex1	A minha expectativa era que o resultado da cirurgia plástica seria positivo.
44	Ex2	Não tinha expectativa de sentir dor na cirurgia plástica.
58	Ex3	Tinha preocupação que a cirurgia não ficasse de acordo com o meu querer (por exemplo: artificial, cicatriz).*
24	Ex4	Eu estava confiante que nada aconteceria de errado na minha cirurgia plástica.

* Escalas reversas

4.3.2.4 Operacionalização do Construto Desejo

Em relação ao construto desejo, a operacionalização foi a partir da escala adaptada de Bearden e Netemeyer (1999) e da sugerida por MacInnis e Chun (2007), ambas baseadas no “querer”, “desejar” e “vontade de ter”. Apesar de alguns estudos entenderem que desejo seria uma dimensão de esperança (VIEIRA, 2008; BRUININKS e MALLE, 2005), nesta tese os construtos são distintos, em consonância com a fundamentação teórica apresentada e com muitos outros estudos (por exemplo: VANZELLOTTI, 2008a; MACINNIS e MELLO, 2005, 2001, LAZARUS, 1999, MACINNIS e PRICE, 1987). Na medição dos indicadores desta variável utilizados no questionário adotou-se a escala *Likert* com sete categorias de resposta que vão de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”. Sua composição é descrita no Quadro 8.

Quadro 8: Escala do Construto Desejo

Itens do Questionário	Codificação	Indicadores
34	D1	Eu realmente quis que a cirurgia plástica acontecesse
53	D2	Pensar que a cirurgia plástica iria acontecer me dava muito prazer.
31	D3	Eu não tinha desejo de realizar a cirurgia plástica *

* Escalas reversas

4.3.2.5 Operacionalização do Construto Ansiedade

Apesar de haverem várias escalas do construto ansiedade como as de Raghunathan e Pham (1999) e Taylor e Deane (2002), elas focam em alunos de graduação e na ansiedade social, o que não é o caso desta tese. Assim, os itens de mensuração deste construto foram adaptados para a situação do consumidor de cirurgia plástica estética a partir da escala original de Pham (1996), que mede o estado de ansiedade do indivíduo num determinado instante. Em

consonância com o autor, para medição dos indicadores desta variável utilizados no questionário, foi adotada a escala de diferencial semântico com sete categorias de resposta, sendo os extremos associados a rótulos bipolares. Eles são apresentados no Quadro 9.

Quadro 9: Escala do Construto Ansiedade

Itens do Questionário	Codificação	Indicadores
1	Ans1	Relaxada(o) Tensa(o)
2	Ans2	Calma(o) Nervosa(o)
3	Ans3	Muito Confiante Pouco Confiante
4	Ans4	Segura(o) Insegura(o)
5	Ans5	Pouco ansiosa(o) Muito ansiosa(o)

4.3.2.6 Operacionalização do Construto Confiança no Médico

O construto confiança, medido neste estudo em relação à confiança no médico, é uma escala multidimensional, com as dimensões segurança/sinceridade, credibilidade e integridade, a partir da adaptação das escalas originais dos estudos de: (1) Andaleeb (1996) na medição da confiança através da segurança, da sinceridade e apoio do vendedor, percebidos pelo cliente; (2) Crosby, Evans e Cowles (1990), medida através da credibilidade e cordialidade durante a interação; (3) Ramsey e Sohi (1997) e Doney e Cannon (1997), medição da credibilidade e preocupação com os interesses dos clientes; e (4) Prado (2004) e Lau e Lee (1999), na medição de integridade através da honestidade e promessas cumpridas. As escalas foram adaptadas a situação dos consumidores de cirurgia plástica estética.

O Quadro 10 apresenta os indicadores desta variável utilizados no questionário com as suas devidas dimensões. Foi utilizada a escala *Likert* com sete categorias de resposta que vão de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”.

Quadro 10: Escala do Construto Confiança no Médico

Item do Questionário	Codificação	Indicador	Dimensão
47	Cc1	O médico(a) foi acessível.	Credibilidade
13	Cc2	O médico(a) foi sincero.	
37	Cc3	Eu senti que poderia haver pouco risco envolvido quando tratei com o meu médico(a).	
33	Cc4	Eu penso que o médico(a) foi completamente aberto durante a negociação.	
42	Cc5	O médico(a) parecia estar preocupado com meus desejos.	
20	Ci1	As ações do médico(a) foram consistentes com o seu discurso.	Integridade
46	Ci2	O médico(a) fez promessas que não cumpriu.*	
49	Ci3	O médico(a) foi honesto(a) no trato comigo.	
52	Ci4	O médico(a) que fez minha cirurgia plástica é ético(a).	
41	Ci5	O médico(a) manteve suas promessas.	
57	Ci6	Tinha confiança que as informações que recebia do médico(a) estavam sempre corretas.	
22	Ci7	Confiava no médico(a) porque ele(a) é bastante correto, sério.	Segurança e Sinceridade
26	Cs1	Eu confiava muito no meu médico(a).	
30	Cs2	O médico(a) foi sincero na manutenção de seus compromissos.	
23	Cs3	Considero que o médico(a) foi prestativo para resolver os problemas que surgiram.	

* Escalas reversas

4.3.2.7 Operacionalização do Construto Risco Percebido

A operacionalização da escala, para medição do construto risco percebido, foi a partir da adaptação das escalas originais de: (1) Eroglu e Machleit (1990) examinaram os determinantes e resultados de compras sob condições de risco; e (2) Stone e Gronhaug (1993) analisaram e mediram o risco percebido como um construto psicológico intervindo no marketing. A escala de risco total proposta por Stone e Gronhaug (1993) tem sido muito usada em estudos sobre risco percebido na área de marketing (por exemplo: LAROCHE, BERGERON e GOUTALAND, 2003; MITCHELL, 1999; DHOLAKIA, 1997). Algumas escalas medem o risco percebido como um construto multidimensional, como financeiro e de performance (por exemplo: JACOBY e KAPLAN, 1972), mas, foi comprovada por Stone e Gronhaug (1993) a forte correlação entre as dimensões e o uso apropriado do construto como unidimensional, medindo-se o risco percebido global. Em consonância com os autores das escalas originais, adotou-se aqui a escala *Likert* com sete categorias de resposta que vão de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”. O Quadro 11 apresenta os indicadores desta variável utilizados no questionário.

Quadro 11: Escala do Construto Risco Percebido

Itens do Questionário	Codificação	Indicadores
50	R1	Uma cirurgia plástica é um serviço muito caro.
15	R2	A decisão de fazer uma cirurgia plástica envolve alto risco.
21	R3	Como um todo, a compreensão do serviço da cirurgia plástica era complexa para mim.
38	R4	Fazendo todas as considerações, eu pensava que poderia ser um erro a cirurgia plástica.
54	R5	Quando estava tudo tratado, eu realmente senti que a cirurgia plástica poderia trazer problemas para mim que não necessitada.

4.3.2.8 Operacionalização do Construto Influência de Amigos(as) e Parentes

Para operacionalização do construto influência de amigos(as) e parentes recorreu-se a escala original de Andrews *et al.* (2004) usada na medição da influência de amigos(as) e parentes no consumo de cigarros. Os indicadores desta escala foram adaptados de acordo com as análises dos grupos focais e pela necessidade de não se usar uma medição dicotômica, sendo adotada a *Likert* com sete categorias de resposta que vão de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”. O Quadro 12 apresenta os indicadores desta variável utilizados no questionário.

Quadro 12: Escala do Construto Influência de Amigos(as) e Parentes

Itens do Questionário	Codificação	Indicadores
36	If1	Minha família e minhas(meus) amigas(os) diziam que eu não devia fazer a cirurgia plástica.*
18	If2	Amigas(os) ou parentes que fizeram cirurgia plástica influenciaram na minha decisão.
14	If3	A decisão da escolha do médico(a) foi influenciada por amigas(os) ou parentes.
43	If4	Minhas(meus) amigas(os) me incentivavam para eu fazer a cirurgia plástica.

* Escalas reversas

4.3.2.9 Operacionalização do Construto Satisfação

A medição do construto satisfação foi realizada a partir das escalas originais adaptadas de: (1) Westbrook e Oliver (1991), usada para medir a satisfação total, de acordo com o nível do produto, desempenho do serviço e qualidade; (2) Oliver (1993), analisou a satisfação e insatisfação com a compra de carro; (3) Prado (2004) adaptou e testou esta escala original de Oliver (1997) no Brasil; e Baptista (2005), adaptou diversas escalas para medição na compra *on line* inclusive a de Prado (2004). Estas escalas avaliam a satisfação global com a decisão, escolha, arrependimento, atendimento das expectativas, afeto e atribuição de sucesso.

O Quadro 13 apresenta os indicadores desta variável utilizados no questionário adaptadas para a situação dos consumidores de cirurgia plástica estética. Foi adotada a escala *Likert* com sete categorias de resposta que vão de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”, em conformidade com as escalas originais.

Quadro 13: Escala do Construto Satisfação

Itens do Questionário	Codificação	Indicadores
12	Sa1	O resultado da cirurgia plástica que eu fiz é exatamente o que eu precisava.
25	Sa2	Eu estou satisfeito(a) com a minha decisão de ter feito a cirurgia.
39	Sa3	Minha escolha em realizar a cirurgia plástica foi acertada.
48	Sa4	Se eu pudesse voltar a trás, eu teria feito tudo de outra forma.*
56	Sa5	Tenho realmente desfrutado do resultado da cirurgia plástica.
29	Sa6	Eu me sinto mal por ter decidido pela cirurgia plástica.*
51	Sa7	Tenho certeza que fiz a coisa certa na escolha da minha cirurgia plástica.

* Escalas reversas

No Anexo 5, é exposto um quadro resumo dos construtos estudados para a tese, os principais autores referenciados e as escalas originais utilizadas, para melhor entendimento do estudo e do modelo proposto para teste.

4.3.3 População e Amostra

Para a obtenção de um resultado consistente, foi necessária uma pesquisa planejada e estruturada, além de uma amostra significativa. Para tal, a amostra deve ser determinada a partir do entendimento real da dimensão da população-alvo. A população-alvo de uma pesquisa é a “coleção de elementos ou objetos que possuem a informação procurada pelo pesquisador e sobre os quais devem ser feitas inferências” (MALHOTRA, 2001, p. 302). Estes elementos deverão ser selecionados para compor a amostra da pesquisa. Neste estudo a população consiste de todas as pessoas, de ambos os sexos, brasileiros, que fizeram cirurgia plástica estética não reparadora ou têm a intenção de fazer. Uma vez que não há informação disponível sobre quantas pessoas têm a real intenção de fazer a cirurgia, partiu-se do universo das que fizeram cirurgia plástica estética, estimado em aproximadamente 629 mil no prazo de um ano (SBCP, 2009).

Como a amostra é um subgrupo dos elementos da população selecionado para participação do estudo (MALHOTRA, 2001, p. 301), foi necessária a deliberação da mesma. Assim, devido

às dificuldades inerentes a um estudo acadêmico de dimensões limitadas, adotou-se uma amostra não probabilística, porém com as mesmas características da população-alvo. Segundo McDaniel e Gates (2005, p. 21) a “amostra não probabilística é aquela em que a probabilidade de seleção dos diversos elementos da população é desconhecida”.

Apesar das dificuldades de determinação do tamanho da amostra, adotou-se as recomendações dos autores Jöreskog e Sorbon (1996) e Hair *et al.* (1998) por se tratar de um estudo onde os dados são analisados por um modelo de equações estruturais. Jöreskog e Sorbon (1996) sugerem não menos de 200 observações como suficientes para que seja utilizado o modelo e informam que esta está limitada a quantidade de parâmetros necessários ao modelo. Hair *et al.* (1998, p. 605) recomendam como tamanho mínimo para a amostra 200 respondentes, e quando se utiliza a estimativa da máxima verossimilhança no cálculo dos parâmetros, pelo menos 100 respondentes.

Neste estudo obteve-se uma amostra não probabilística de 384 (trezentos e oitenta e quatro) casos válidos, sendo 177 (cento e setenta e sete) de respondentes que têm intenção de fazer cirurgia plástica estética, constituindo a amostra do grupo chamado de A, e 207 (duzentos e sete) dos que já fizeram cirurgia plástica estética, formando a amostra do grupo B. Cada uma isoladamente atende aos parâmetros estipulados por Hair *et al.* (1998 e 2005), possibilitando análises parciais além da amostra total.

4.3.4 Procedimentos de Coleta e Registro

Os dados podem ser numéricos ou não e classificados como dados primários e secundários. Os secundários são os coletados pelo pesquisador sem a finalidade específica de solucionar o problema da pesquisa. Estes dados já estão disponíveis, de diversas maneiras, e podem ser utilizados para ajudar a mapear oportunidades, por exemplo (MALHOTRA, 2001; AAKER *et al.*, 2001). A obtenção dos dados secundários neste estudo se deu através de materiais publicados, como artigos e teses de doutorado, no ambiente *on line*, sendo necessários ao processo de elaboração do modelo e dos itens de mensuração das escalas do questionário.

Os dados primários são os coletados pelo pesquisador, pois não estão disponíveis para a finalidade específica de solucionar o problema da pesquisa. Na coleta de dados, muitas vezes o tempo necessário pode ser longo e o custo mais elevado, dificultando o trabalho. Porém os

dados são mais atualizados e direcionados para responder ao objetivo da pesquisa (MALHOTRA, 2001; AAKER *et al.*, 2001). Para tal, a coleta de dados deste estudo se deu por meio da aplicação de questionários estruturados de autopreenchimento na *web*, um *websurvey*.

Na etapa de coleta de dados, com objetivo de gerar um bom fluxo de acessos aos questionários, foram realizadas as seguintes ações:

- ✓ Envio de aproximadamente 200 e-mails para amigos(as) e parentes da autora da tese;
- ✓ Envio de e-mail através do banco de dados dos alunos e ex-alunos da pós-graduação da FEA-USP; alunos da graduação da EBAPE-FGV; ex-alunos de mestrado de diversas turmas da EBAPE-FGV, em que a autora dispunha dos e-mails; e ex-alunos da turma de 1987 do MBA da COPPEAD-RJ;
- ✓ Todos os e-mails enviados convidavam as pessoas a responderem o questionário no link correspondente, se este fizesse parte do perfil, e/ou encaminhasse a amigos(as). O esboço deste e-mail está no Anexo 6.

O banco de dados foi registrado automaticamente pelo site em que ficaram hospedados os questionários e os resultados válidos exportados no formato do Excel, sendo tratados antes de serem analisados no SPSS. O total de visitas no site foi de 889, sendo que na amostra do grupo A, 148 questionários foram abandonados e 149 parciais, enquanto que no grupo B foram 106 e 102 respectivamente. O site considera “abandonados” o número de pessoas que somente visitou o site sem responder a nenhuma pergunta do questionário e “parciais” os que saíram do site no meio do questionário. No total ficaram válidos 177 questionários na amostra do grupo A e 207 do B, correspondendo a 19% e 23% do total de visitantes, respectivamente. No entanto, algumas pessoas que abandonaram ou responderam parcialmente podem, posteriormente, ter preenchido o questionário na totalidade, mas esta informação não se consegue apurar, assim como a do total de pessoas que recebeu o e-mail convite, uma vez que no ambiente da internet a proliferação da informação é grande e não há controle. Assim, não foi possível calcular a taxa de aproveitamento de resposta pela total falta de controle entre as pessoas que receberam as mensagens, além de quantas acessaram e não completaram as respostas, em relação ao número de questionários preenchidos ao final.

Da amostra obtida no site não foi necessário descartar mais nenhum respondente pois as respostas referentes as escalas das variáveis para validação do modelo eram obrigatórias e as demais foram preenchidas sem problemas no *website*. Consequentemente restou uma amostra final para o estudo de 384 entrevistados, o que atenderia as premissas necessárias à análise dos dados pela Modelagem de Equações Estruturais, estando de acordo com a maioria dos estudos publicados no Brasil e acima dos no exterior, com média de 449 e 178 respectivamente (BREI e NETO, 2006; BAUMGARTNER e HOMBURG, 1996).

4.3.5 Técnica de Análise dos Dados

Os dados coletados pela pesquisa de campo através de questionários autoadministrados foram tratados estatisticamente, sendo codificados, apresentados de maneira estruturada e, por fim, analisados. A análise do modelo está descrita no subitem a seguir.

4.3.5.1 Análise do Modelo Proposto para a Pesquisa

A análise dos dados do modelo proposto foi com base no Modelo de Equações Estruturais (SEM), através do *software* Amos 7.0. O SEM é uma metodologia estatística que assume uma abordagem confirmatória para a análise multivariada de uma estrutura teórica (BYRNE, 1998, p. 3). A mais direta aplicação do SEM é o modelo estratégico confirmatório, em que é especificado um modelo simples e usado para estimar essa significância estatística, isto é, a confirmação da existência da relação entre os construtos, necessários para a presente tese (BOLLEN, 1989; JÖRESKOG e SÖRBOM, 1996; HAIR *et al.*, 1998). Os tratamentos indicados representam as recomendações de Byrne (1998), Bollen, (1989) e Hair *et al.* (1998).

O SEM é uma das técnicas de análise de dados multivariados, combinando aspectos de regressão múltipla (examinando relações dependentes) e análise fatorial (representando conceitos não medidos – fatores – com variáveis múltiplas) para estimar uma série de equações dependentes simultaneamente (HAIR *et al.*, 1998, p. 583). Segundo Byrne (1998, p. 3) o SEM é uma metodologia estatística que leva a uma abordagem confirmatória de uma análise multivariável de estrutura teórica.

O SEM também tem sido chamado de modelagem de caminhos (*path modeling*), análise de caminhos (*path analysis*) e análise de variáveis latentes de equações estruturais (*latent variable analysis of structural equations*), e este modelo deve ser desenvolvido antes da coleta de dados (BERI e NETO, 2006). Alguns programas são conhecidos e associados diretamente ao SEM, sendo o Lisrel (JÖRESKOG e SÖRBOM, 1996) um dos mais usados. Porém, outros programas como AMOS e Smart PLS, têm sido amplamente utilizados pela maior flexibilidade, agilidade na análise dos dados e de acordo com o objetivo do estudo.

O termo modelagem através de equações estruturais assume dois aspectos essenciais do procedimento: (1) as relações hipotetizadas entre as variáveis podem ser representadas por uma série de equações estruturais (regressões); (2) estas relações estruturais podem ser modeladas graficamente para possibilitar uma clara conceituação da teoria que está sendo estudada. O modelo hipotético é testado estatisticamente através de uma análise simultânea do sistema completo de variáveis, para determinar a extensão na qual ele se adequou aos dados. Se as medidas de ajuste forem adequadas, o modelo provavelmente representa corretamente as relações entre as variáveis; caso contrário, rejeita-se que o modelo representa corretamente as relações entre as variáveis (BYRNE, 1998, p. 3). O mais importante é o questionamento se os dados confirmam o modelo ou não (BREI e NETO, 2006).

O mais antigo e mais conhecido procedimento estatístico para investigação das relações entre as variáveis observáveis e as latentes é a análise fatorial. Existem dois tipos básicos de análise fatorial: (1) análise fatorial exploratória (EFA); e (2) análise fatorial confirmatória (CFA). A EFA é designada para situações onde a ligação entre as variáveis observáveis e latentes são desconhecidas ou incertas. A CFA é apropriadamente usada quando o pesquisador tem algum conhecimento da estrutura da variável latente implícita. Em resumo, conseqüentemente, o modelo de análise fatorial (EFA ou CFA) foca somente em como e que extensão para quais variáveis observáveis são ligadas com seus fatores latentes implícitos (BYRNE, 1998, p. 5).

Em contraste com o modelo da análise fatorial (EFA e CFA), o modelo completo de variável latente leva em conta a especificação da estrutura de regressão entre as variáveis latentes. O modelo SEM também é chamado de modelo completo porque, compreendido de duas partes, podendo ser analisados separadamente: (1) o modelo de mensuração e de medidas; e o (2) modelo estrutural (JÖRESKOG e SÖRBOM, 1996, p. 1; BYRNE, 1998, p. 5).

O modelo de medidas é um submodelo do SEM e especifica os indicadores para cada construto. O modelo de medidas é similar à forma da análise fatorial, sendo a maior diferença o posicionamento no grau de controle provido na pesquisa (HAIR *et al.*, 1998, p. 581). O modelo de medidas especifica como as variáveis latentes dependem ou são indicados pelas variáveis observáveis. Isto descreve as propriedades das medidas das variáveis observáveis (JÖRESKOG e SÖRBOM, 1996, p. 1). Em outras palavras, o relacionamento entre os indicadores e os construtos constitui o modelo de medidas.

O modelo estrutural fixa uma ou mais relações de dependência ligando os construtos dos modelos de hipóteses. Ele é mais usual na representação de interrelação de variáveis com relações de dependência (HAIR *et al.*, 1998, p. 583). O modelo estrutural especifica as relações causais entre as variáveis latentes, descreve os efeitos, e aponta a variância explicável e não explicável (JÖRESKOG e SÖRBOM 1996, p. 1), isto é, o relacionamento teórico entre os construtos constitui o modelo estrutural da pesquisa, necessário à avaliação das hipóteses do estudo.

Na montagem do SEM ele pode ser classificado por dois tipos: (1) recursivo, e (2) não recursivo. O modelo recursivo é onde as causalidades são hipotetizadas em uma única direção, sendo um fluxo unidirecional. O modelo não recursivo é quando o fluxo causal é bidirecional entre duas variáveis (HAIR *et al.*, 1998 e 2005). Na presente tese o modelo proposto é recursivo.

Além disso, ainda se pode utilizar indicadores reflexivos ou formativos. Os indicadores são as variáveis observáveis do modelo, sendo que os reflexivos são típicos da teoria clássica e teste de modelos de análise fatorial, pois eles são invocados em uma tentativa para explicar as variâncias e covariâncias observadas. No modelo reflexivo a direção da causalidade é do construto para os indicadores, sendo eles manifestações dele, ao contrário do modelo formativo, que também não pressupõe a correlação entre as medidas. Assim, como na maioria dos estudos de marketing e de acordo com a operacionalização usada nos construtos do modelo, utilizou-se o modelo reflexivo (JARVIS, MACKENZIE e PODSAKOFF, 2003).

Para Hair *et al.* (1998, p. 584), o erro mais crítico na definição do modelo é a omissão de uma ou mais variáveis independentes. Esse erro é conhecido como erro de especificação, que é a falta de medidas de adequação do modelo resultante da omissão de uma variável relevante no

modelo proposto. Mas um dos principais problemas iniciais do modelo estrutural é quando este é subidentificado (*underidentified*) com número negativo de graus de liberdade. Isto indica uma tentativa para estimar mais parâmetros do que possível na entrada da matriz para análise. O modelo ideal é o superidentificado (*overidentified*) com mais informações disponíveis do que parâmetros a serem estimados e que tem um número positivo de graus de liberdade, indicando que há a possibilidade de generalização, como no caso do modelo proposto aqui (HAIR *et al.*, 1998, p. 582).

O modelo, na sua forma completa, é expresso por três equações:

- ✓ Modelo Estrutural:

$$\eta = B\eta + \Gamma\xi + \zeta$$

- ✓ Modelo de Medidas para y :

$$y = \Lambda_y\eta + \varepsilon$$

- ✓ Modelo de Medidas para x :

$$x = \Lambda_x\xi + \delta$$

O modelo também analisa as matrizes de covariâncias envolvidas no processo de modelagem, a saber:

$$\text{COV}[\xi] = \Phi \text{ (covariância das variáveis } \xi)$$

$$\text{COV}[\zeta] = \Psi \text{ (covariância dos erros de } \eta)$$

$$\text{COV}[\varepsilon] = \Theta_\varepsilon \text{ (covariância dos erros de } Y)$$

$$\text{COV}[\delta] = \Theta_\delta \text{ (covariância dos erros de } X)$$

As equações dos modelos também podem ser expressas na forma de matriz. As matrizes, beta e gama, por exemplo, correspondem às hipóteses do estudo e são subscriptas em cada coeficiente, como definido originalmente no diagrama de caminhos, o correspondente para a linha e a coluna da matriz na qual eles aparecem. Ressalta-se que possíveis caminhos que não são incluídos no diagrama correspondem a zeros nas matrizes. Cada um dos parâmetros das matrizes contém elementos fixados (zero e um) e parâmetros livres (um coeficiente com dois

subscritos) para que se possa obter resultados dos programas (JÖRESKOG e SÖRBOM, 1996, p. 8; BYRNE, 2001).

Além das especificações dos parâmetros do modelo, ainda deve ser definido como o modelo será estimado. A estimação visa minimizar as diferenças entre a matriz de covariância da amostra e a matriz de covariância da população do modelo especificado. Os métodos disponíveis nos programas são: ML (Máxima Verossimilhança); GLS (Mínimos Quadrados Generalizados); WLS (Mínimos Quadrados Ponderados); e ADF (Assintoticamente Livre Distribuição). O mais utilizado no SEM, padrão da maioria das implementações SEM em software, incluindo a análise no AMOS, é o ML, por ser um procedimento que melhora por interações as estimativas de parâmetros para minimizar uma função de ajuste especificada sendo, conseqüentemente, mais eficiente (BREI e NETO, 2006; HAIR *et al.*, 1998 e 2005). O modelo tende a ter boas estimativas, mesmo quando os dados não têm a normalidade esperada, e é descrito como um método de informação completa (*full-information method*), apesar de ser considerado complexo nas soluções iniciais (KLINE, 2005). Neste estudo, considerando-se a ausência de normalidade multivariada e a avaliação de um modelo estrutural complexo com duas amostras de grupos diferentes, adotou-se o método de estimação ML.

Para Hair *et al.* (2005, p. 475) “o verdadeiro valor do SEM vem dos benefícios do uso de modelos estrutural e de medidas simultaneamente”. Assim, através do AMOS 7.0, o modelo proposto para a tese também foi estimado simultaneamente, isto é, o modelo estrutural completo do SEM. Posteriormente, como forma de avaliar os submodelos, foram estimados cada modelo de medidas.

Na avaliação do modelo estrutural objetiva-se determinar se as relações são suportadas pelos dados, de acordo com os objetivos do estudo. Assim, consideram-se dois aspectos: (1) os sinais dos parâmetros de γ e β e (2) a magnitude e significância de γ e β (BYRNE, 1998, p. 107), considerando-se os valores padronizados significativos acima de 0,05 como adequados. Usa-se para análise as soluções padronizadas, pois os coeficientes “têm variâncias iguais e um valor máximo de 1,0, aproximando-se bastante de tamanhos de efeito” (HAIR *et al.*, 2005).

Porém, a avaliação dos critérios de qualidade de ajuste do SEM é o determinante na aceitação do modelo. De acordo com Kline (2005), Byrne (1998), Hair *et al.* (1998 e 2005) e Bollen

(1989), o ajuste geral do modelo depende de um conjunto de medidas agrupadas, sendo os valores genericamente aceitos como os sugeridos no Quadro 14.

As primeiras medidas que devem ser analisadas são as de ajuste absoluto, que determinam o grau em que modelo geral (tanto estrutural quanto de medidas) prediz a matriz de covariância ou de correlação. As mais comuns são: 1) o valor do χ^2 (qui-quadrado) do modelo estimado em relação aos graus de liberdade e ao nível de significância; 2) o Índice de Qualidade de Ajuste (GFI), que varia de 0 a 1, e quando superior a 0,90 indica adequação quase perfeita e 1,00 perfeita, embora modelos complexos tendam a ter valores menores; 3) a Raiz do Resíduo Quadrático Médio ou Raiz Quadrada da Média Residual (RMR) que devem ter valores inferiores a 0,05; e 4) a Raiz Quadrada da Média do Erro de Aproximação (RMSEA) que tem valores aceitos entre 0,05 e 0,08, e zero como adequação perfeita, sendo o RMSEA mais confiável que o RMR. Ainda se deve avaliar o Índice de Validação Cruzada Esperada (ECVI), que tem boa adequação, quanto mais próximo for o seu valor do modelo saturado (KLINE, 2005, HAIR *et al.*, 2005).

As medidas de ajuste incremental são o segundo tipo a ser analisado e comparam o modelo proposto com algum modelo nulo, abrangendo o Índice Ajustado de Qualidade de Ajuste (AGFI); Índice de Adequação da Normalidade (NFI) e o Índice de Ajuste não-normado (NNFI), sendo que todos variam de 0 a 1 e os valores de boa adequação são acima de 0,90. Estes valores se baseiam na amostra. Usa-se, normalmente, para análise o AGFI e o NFI (KLINE, 2005; HAIR *et al.*, 2005).

O último tipo de medidas a ser avaliado, é o de ajuste parcimonioso, ou índices de adequação relativa, que tem como objetivo determinar a quantidade de ajuste conseguida por cada coeficiente estimado. Eles são: Índice de Adequação da Parcimônia Padrão (PNFI), com valores de boa adequação acima de 0,50; Índice de Adequação Comparativo (CFI); Índice de Adequação Incremental (IFI); e Índice de Adequação Relativa (RFI), em que valores maiores de 0,90 nestes três últimos indicam ótima adequação. Os índices de adequação relativa relacionam o ajuste do modelo ao número de coeficientes estimados requeridos para atingir o nível adequado obtido e se baseiam na amostra, sendo que o CFI é o mais confiável (BREI e NETO, 2006; BYRNE, 1998, p. 107; HAIR *et al.*, 2005, p. 489).

Quadro 14: Medidas de Adequação Recomendadas para Análise

	Índices	Descrições	Valores Esperados
Medidas de Ajuste Absoluto	GL (Graus de Liberdade)	Número de correlações ou covariâncias não redundantes na matriz de entrada menos o número de coeficientes estimados.	Valores positivos até 5
	χ^2 (Qui-quadrado)/GL (Grau de Liberdade)	Testa H_0 . No caso do SEM não se quer rejeitar H_0 .	Valores ($p < 0,05$)
	RMSEA (Raiz Quadrada Média do Erro de Aproximação)*	Quanto o modelo se adequaria à matriz de covariância da população, baseado na média dos resíduos.	= 0 (adequação perfeita) < 0,08 (boa adequação)
	ECVI (Índice Esperado de Validação Cruzada)*	Avalia a possibilidade de o modelo ser validado em outras amostras da mesma população. Valores entre parênteses correspondem ao modelo saturado.	O mais próximo do modelo Saturado (1,01)
	RMR (Raiz Quadrada Média Residual)	Valores médios dos resíduos	< 0,05 (boa adequação)
	GFI (Índice de Boa Adequação)	Corresponde a uma medida da quantidade relativa de variância e covariância da matriz observada e quanto está reproduzindo a matriz especificada.	> 0,90 (boa adequação)
Medidas de Ajuste Incremental	AGFI (Índice Ajustado de Qualidade de Ajuste)	É o valor de GFI ajustado pelos graus de liberdade e também variam de 0 a 1.	> 0,90 (boa adequação)
	PGFI (GFI Ajustado pela Parcimônia)*	Nível de complexidade do modelo.	> 0,50 (boa adequação)
	NFI (Índice de Adequação da Normalidade)*	Proporção da covariância total entre as variáveis observáveis que é explicada pelo modelo especificado, comparando com o modelo nulo.	> 0,90 (boa adequação)
Medidas de Adequação Relativa	PNFI (Índice de Adequação da Parcimônia Padrão)*	É o valor da NFI ajustado pela parcimônia.	> 0,50 (boa adequação)
	CFI (Índice de Adequação Comparativo)	Média do ajustamento incremental, a partir da revisão de NFI.	> 0,90 (boa adequação)
	IFI (Índice de Adequação Incremental)*	Cálculo igual ao NFI, levando-se em consideração os GL.	> 0,90 (boa adequação para grandes amostras)
	RFI (Índice de Adequação Relativa)	Quanto melhor o modelo se adequa em relação ao modelo nulo.	> 0,90 (boa adequação)

Fonte: Baseado em Kline (2005); Hair *et al.* (2005); Byrne (1998); e Bollen (1989).

* Resultados sensíveis ao tamanho da amostra

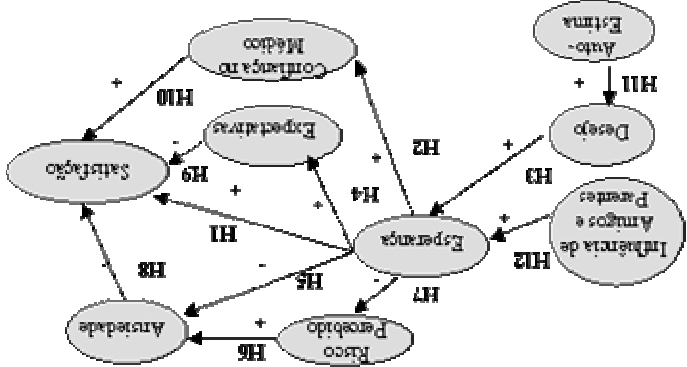
Brei e Neto (2006) e Baumgartner e Homburg (1996) diagnosticaram que os índices mais utilizados para análise dos modelos são a estatística χ^2 (qui-quadrado) de forma absoluta, GFI, AGFI e CFI, e citam em suas descrições o RMR, utilizado em menos de 30% dos trabalhos verificados por ambos, RMSEA, RFI e IFI. Brei e Neto (2006) ainda sugeriram que deve haver maior diversidade nas informações dos índices, mas sem especificá-los. Eles expuseram que os valores médios encontrados nas publicações no Brasil para os principais índices foram: $\chi^2/gf = 6,85$; GFI = 0,88; AGFI = 0,76; RMR = 0,23; RMSEA = 0,09; CFI = 0,92; RFI = 0,88; e IFI = 0,90.

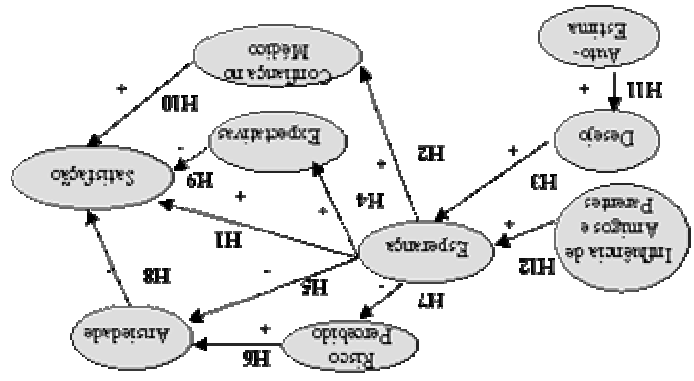
A partir das recomendações de vários autores (por exemplo: KLYNE, 2005; HAIR *et al.*, 1998 e 2005; BOLLEN, 1989), a validade dos modelos é suportada, basicamente, se: (a) o modelo de mensuração se ajustar bem aos dados, isto é, dentro dos índices de ajustamento considerados satisfatórios; (b) as cargas fatoriais (λ_x e λ_y) em seus respectivos indicadores forem significativas com valores padronizados acima de 0,05; (c) os indicadores de um mesmo construto produzirem índices de confiabilidade (medidas pela confiabilidade composta) e a variância extraída superiores a 0,50; (d) as correlações entre os indicadores de um mesmo construto produzirem evidência de validade convergente; e (e) a análise das correlações entre construtos indicar validade discriminante.

Hair *et al.* (1998 e 2005), recomendam analisar as cargas dos indicadores nos construtos tanto no modelo completo, quanto nos modelos de mensuração, isoladamente. Além disso, em cada modelo de mensuração, ainda devem ser analisadas a confiabilidade composta, variância extraída e as medidas de adequação de cada modelo. A confiabilidade é uma medida de “consistência dos indicadores do construto, descrevendo o grau em que eles indicam este construto” (HAIR *et al.*, 2005, p. 489). A variância extraída também é uma medida de confiabilidade e verifica quanto da variância dos indicadores pode ser explicada pelo construto, sendo “uma medida complementar do valor da confiabilidade do construto”. Tanto a confiabilidade composta quanto à variância extraída, precisam ser calculadas fora dos programas usados normalmente, como o AMOS, e se baseiam nas cargas padronizadas de cada indicador e no erro de mensuração deles, sendo sugerido para ambos que os valores excedam 0,50 (HAIR *et al.*, 2005, p. 490). Um resumo da matriz de amarração metodológica está no Quadro 15 e as análises dos resultados dos modelos da tese estão descritos no Capítulo a seguir.

Quadro 15: Resumo da Matriz de Amarração Teórica para Análise do Modelo Inicial

Modelo Teórico	Objetivos específicos	Hipóteses	Construtos	Variáveis observáveis (no modelo e no questionário)	Técnicas estatísticas
	Avaliar a influência direta da esperança na satisfação do cliente e em relação às expectativas.	H1: A esperança do cliente impacta na sua satisfação.	Esperança e Satisfação	<ul style="list-style-type: none"> Es1; Es2; Es3; Es4; Es5; Es6. 6;7;8;9;10;11. Sa1;Sa2; Sa3; Sa4; Sa5; Sa6;Sa7 12;25;39;48;56;29;51 	Modelo de Equações Estruturais:
	Avaliar relação do construto esperança em relação a confiança do médico	H2: A esperança influencia a confiança do cliente no médico.	Esperança e Confiança no Médico	<ul style="list-style-type: none"> Es1; Es2; Es3; Es4; Es5; Es6. 6;7;8;9;10;11 Ce1;Ce2;Ce3; Ce4;Ce5; Ci1;Ci2; Ci3;Ci4;Ci5; Ci6; Ci7; Cs1; Cs2; Cs3. 47;13;37;33;42;20;46;49;52;41;57;22;26; 30; 23. 	1) Coeficientes γ e β ; 2) Cargas dos indicadores;
	Avaliar a influência do desejo na esperança	H3: O desejo é um construto independente e antecedente da esperança do cliente.	Desejo e Esperança	<ul style="list-style-type: none"> D1;D2;D3. 34;53;31; Es1; Es2; Es3; Es4; Es5; Es6. 6;7;8;9;10;11. 	3) Medidas de Adequação: χ^2/GL ; RMSEA; ECVI; GFI; AGFI;
	Avaliar a influência direta da esperança na satisfação do cliente e em relação às expectativas.	H4: A esperança do cliente influencia nas suas expectativas, sendo construtos distintos.	Esperança e Expectativas	<ul style="list-style-type: none"> Es1; Es2; Es3; Es4; Es5; Es6. 6;7;8;9;10;11. Ex1;Ex2;Ex3;Ex4. 16;44; 58;24. 	PGFI; CFI; IFI; RFI.

Modelo Teórico	Objetivos específicos	Hipóteses	Construtos	Variáveis observáveis (no modelo e no questionário)	Técnicas estatísticas
	<p>Analisar o impacto da esperança na ansiedade do cliente</p>	<p>H5: A esperança impacta para diminuir a ansiedade.</p>	<p>Esperança e Ansiedade</p>	<p>➤ Es1; Es2; Es3; Es4; Es5; Es6 6;7;8;9;10;11. ➤ Ans1; Ans2; Ans3; Ans4; Ans5. 1;2;3;4;5.</p>	<p>Modelo de Equações Estruturais: 1) Coeficientes γ e β; 2) Cargas dos indicadores; 3) Medidas de Adequação: χ^2/GL; RMSEA; ECVI; GFI; AGFI; PGFI; CFI; IFI; RFI.</p>
	<p>Avaliar a influência da esperança no risco percebido pelo cliente e dele na ansiedade.</p>	<p>H6: O risco percebido afetaria diretamente a ansiedade do cliente.</p>	<p>Risco Percebido e Ansiedade</p>	<p>➤ R1;R2;R3;R4;R5. 50;15;21;38;54. ➤ Ans1; Ans2; Ans3; Ans4; Ans5. 1;2;3;4;5.</p>	
	<p>Verificar como os construtos expectativas, confiança e ansiedade se comportam no modelo em relação à satisfação.</p>	<p>H7: A esperança influenciaria diretamente o risco percebido.</p> <p>H8: A ansiedade do cliente influenciaria na satisfação.</p> <p>H9: As expectativas do cliente, influenciadas pela esperança, impactam na sua satisfação.</p>	<p>Esperança e Risco Percebido</p> <p>Ansiedade e Satisfação</p> <p>Expectativas e Satisfação</p>	<p>➤ Es1; Es2; Es3; Es4; Es5; Es6 6;7;8;9;10;11. ➤ R1;R2;R3;R4;R5. 50;15;21;38;54. ➤ Ans1; Ans2; Ans3; Ans4; Ans5. 1;2;3;4;5. ➤ Sa1;Sa2; Sa3; Sa4; Sa5; Sa6; Sa7 12;25;39;48;56;29;51 ➤ Ex1;Ex2; Ex3;Ex4. 16;44; 58;24. ➤ Sa1; Sa2; Sa3; Sa4; Sa5; Sa6; Sa7 12;25;39;48;56;29;51</p>	

Modelo Teórico	Objetivos específicos	Hipóteses	Construtos	Variáveis observáveis (no modelo e no questionário)	Técnicas estatísticas
	<p>Avaliar como a autoestima influencia o desejo e em relação ao modelo.</p> <p>Analisar a influência dos amigos(as) e parentes na esperança do consumidor de cirurgia plástica estética</p>	<p>H10: A confiança no médico influencia na satisfação com o resultado.</p> <p>H11: A baixa autoestima leva ao desejo de consumo da cirurgia plástica estética.</p> <p>H12: A influência de amigos(as) e parentes impacta na esperança do consumidor de cirurgia plástica estética.</p>	<p>Confiança no Médico e Satisfação</p> <p>Autoestima e Desejo</p>	<p> > Ce1;Ce2;Ce3; Ce4;Ce5; Ci1;Ci2; Ci3;Ci4;Ci5; Ci6; Ci7; Cs1; Cs2; Cs3. 47;13;37;33;42;20;46;49;52;41;57;22;26; 30; 23. > Sa1; Sa2; Sa3; Sa4; Sa5; Sa6; Sa7 12;25;39;48;56;29;51 > AE1;AE2;AE3;AE4;AE5;AE6; AE7; AE8; AE9;AE10. 17;32;40;27;35;28;45;55; 19;59 > D1;D2;D3 34;53;31 > Es1; Es2; Es3; Es4; Es5; Es6 6;7;8;9;10;11. > If1; If2;If3;If4 36; 18; 14;43 </p>	<p>Modelo de Equações Estruturais: 1) Coeficientes γ e β; 2) Cargas dos indicadores; 3) Medidas de Adequação: χ^2/GI; RMSEA; ECVI; GFI; AGFI; PGFI; CFI; IFI; RFI.</p>

5. ANÁLISE DOS RESULTADOS

5.1 Primeira Fase - Qualitativa

Nesta seção, são analisadas as informações obtidas a partir dos grupos focais, realizados com as consumidoras de cirurgia plástica estética e as entrevistas em profundidade com os médicos da especialidade de cirurgia plástica.

5.1.1 Grupos Focais

5.1.1.1 Perfil dos Participantes

Nesta fase do estudo, foram realizados dois grupos focais com 24 (vinte e quatro) mulheres, sendo que cada grupo era composto 12 (doze) delas. O grupo A foi das mulheres que têm a intenção de fazer cirurgia plástica estética e, o B, das que já haviam feito. Cada grupo foi marcado em um dia e as principais características das participantes estão descritas nos Quadros 16 e 17. Os desejos do grupo A e o tipo de cirurgia que realizaram as do grupo B, também são apresentados.

Quadro 16: Grupo A - Mulheres que têm a Intenção de Fazer Cirurgia Plástica Estética

Id.	Idade	O que querem fazer	Estado Civil	Filhos	Grau de Instrução	Renda Familiar - Faixa em Salário Mínimo (SM)*
PA01	53	Plástica do abdômen	Casada	1	Superior Completo	Mais de 20 SM
PA02	45	Pálpebras e abdômen	Separada	1	Pós-Graduação	Entre 15 e 20 SM
PA03	54	Abdômen	Solteira	não	Pós-Graduação	Entre 15 e 20 SM
PA04	27	Lipoaspiração do abdômen	Solteira	não	Pós-Graduação	Mais de 20 SM
PA05	53	Pálpebras	Casada	3	Pós-Graduação	Mais de 20 SM
PA06	52	Plástica do abdômen	Casada	3	Pós-Graduação	Mais de 20 SM
PA07	33	Lipoaspiração do abdômen	Solteira	não	Pós-Graduação	Entre 5 e 8 SM
PA08	30	Lipoaspiração do abdômen e papada	Solteira	não	Pós-Graduação	Entre 5 e 8 SM
PA09	44	Lipoaspiração do abdômen, prótese e mama	Casada	1	Pós-Graduação	Mais de 20 SM
PA10	29	Lipoaspiração de abdômen	Casada	1	Superior Completo	Entre 15 e 20 SM
PA11	46	Redução de Mama	Casada	1	Superior Completo	Entre 2,5 e 5 SM
PA12	29	Lipoaspiração de abdômen e prótese de mama	Solteira	não	Superior Completo	Entre 5 e 8 SM

*Salário base para cálculo vigente em 2009

Quadro 17: Grupo B - Mulheres que já Fizeram Cirurgia Plástica Estética

Id.	Idade	O que fizeram	Estado Civil	Filhos	Grau de Instrução	Renda Familiar - Faixa em Salário Mínimo (SM)*
PB01	40	Redução de Mama	Separada	não	Superior Completo	Entre 2,5 e 5 SM
PB02	40	Prótese de Mama	Casada	2	Superior Completo	Entre 5 e 8 SM
PB03	54	Plástica de Nariz	Casada	2	Superior Completo	Mais de 20 SM
PB04	51	Plástica de Abdômen	Casada	não	Superior Completo	Entre 8 e 15 SM
PB05	66	Redução de Mama	Outros	3	Superior Completo	Mais de 20 SM
PB06	24	Prótese de Mama	Solteira	não	Superior Completo	Entre 8 e 15 SM
PB07	37	Orelha de abano e Prótese de Mama	Separada	2	Pós-Graduação	Mais de 9.733
PB08	48	Lipoaspiração do abdômen	Separada	1	Superior Completo	Entre 15 e 20 SM
PB09	29	Prótese de Mama	Solteira	não	Superior Completo	Mais de 20 SM
PB10	45	Prótese de Mama e Lipoaspiração do abdômen	Separada	1	Pós-Graduação	Mais de 20 SM
PB11	40	Prótese de Mama e Lipoaspiração do abdômen	Separada	2	Pós-Graduação	Entre 15 e 20 SM
PB12	53	Redução de Mama	Solteira	não	2o Grau Incompleto	Entre 5 e 8 SM

*Salário base para cálculo vigente em 2009

A partir do perfil das participantes que se traçou para os grupos de focais, a idade ficou mais elevada no grupo B que no A, mas o nível de instrução e a renda familiar foram elevados em ambos os grupos, sendo a maioria com nível superior e pós-graduação, e renda acima de 5 salários-mínimos. Menos da metade não têm filhos (10) e somente 8 eram solteiras. A lipoaspiração do abdômen é o desejo de grande parte das participantes do grupo A, e prótese de mama foi o procedimento com maior incidência no grupo B. Porém, houve equilíbrio entre os desejos das participantes do grupo A e o tipo de cirurgia que fizeram as do grupo B.

Estas características se devem à forma como foi realizado o recrutamento, de acordo com a conveniência e disponibilidade das participantes, não havendo rigor na aleatoriedade da escolha. No entanto, os grupos não eram viciados, não havendo nenhuma pessoa que já tivesse participado de pesquisa semelhante anteriormente. Além disso, elas não se conheciam entre si, cuidado tomado quando do recrutamento, realizado pela autora da tese. Observa-se que todas estavam muito dispostas a ajudarem na pesquisa, tornando-se, às vezes, difícil de organizar as participantes para não falarem ao mesmo tempo.

5.1.1.2 Análise das Variáveis e suas Relações

Nesta seção são apresentadas, resumidamente, as análises dos dois grupos focais, simultaneamente e por vezes individualmente, em relação aos principais fatores identificados na literatura, com consumidores de cirurgia plástica estética em estudos qualitativos, e aos aspectos inerentes as variáveis da tese (por exemplo: BORELLI, 2009; NOVAES, 2008; EDMONSDS, 2007; MELLO e MACINNIS, 2005; ASKEGAARD, GERTSEN e LANGER, 2002; SCHOUTEN, 1991).

Os motivos para fazer a cirurgia, por exemplo, foram os mesmos encontrados por Borelli (2009) e Edmonds (2007), tais como: insatisfação com o corpo, inseguranças, autoimagem e autoestima, sendo que esta última é a mais forte e será apresentada separadamente. Mas quando foram questionadas sobre “qual o perfil da mulher que faz cirurgia plástica?” os adjetivos foram no sentido de uma pessoa positiva como “esperançosa”, “feliz”, “persistente”, “faz por ela”, “independente”, “decidida” e “poderosa”. Da mesma forma que os demais estudiosos da área, as participantes afirmaram que fazem a cirurgia plástica estética para si com expressões como “plástica a gente faz pra gente” e “só porque ele quis pagar eu não quis fazer” (por exemplo: EDMONDS, 2007, ASKEGAARD, GERTSEN e LANGER, 2002) diagnosticando-se nos dois grupos focais, mesmo o das mulheres que têm intenção de fazer. Para elas a recuperação da autoestima, ou elevá-la, era essencial na conquista da qualidade de vida, como exposto pelas participantes abaixo:

[...] No final, eu não ia mais a praia, tinha vergonha. Uma mama imensa e não regredia e aquilo foi causando um certo problema. Eu era muito magra. Então, não teve jeito! A cuca foi ficando ruim, problema com o marido aquela coisa, a gente vai ficando incomodada [...] Eu tinha sutiã quarenta, de repente sutiã quarenta e seis. Aquilo me deixava doente mesmo a ponto de não sair, ir à praia e tal [...].PB05 (depois que teve os três filhos)

Mas você fez por que você se olhava no espelho e não gostava do que via?
(Moderador)

[...] é eu não gostava de min [...] (PB11)

[...] é não gostava [...] (PB01) (concordava a outra participante)

Ainda assim, pairava uma dúvida sobre se a vaidade poderia ser o motivo para a realização de uma cirurgia plástica estética, tanto quanto a autoestima, questionando-se os grupos. No grupo A quase todas admitiram fazer pela autoestima, somente três falaram em vaidade. O grupo B foi unânime em dizer que fizeram por autoestima, sendo que a diferença se fez quando se falou das consequências que a cirurgia trouxe ou poderiam trazer para suas vidas. Em relação ao grupo B, as participantes, assim como os entrevistados da pesquisa de Askegaard, Gertsen e Langer (2002), disseram que estão felizes e sentem-se melhor, dado por mais autoestima, colocando afirmativas como "definitivamente trouxe mais felicidade", "a gente se sente poderosa" e "eu já fiz plástica há 25 anos, eu me acho linda". Levantar a autoestima faz com que as pessoas se sintam mais jovens e "vivas".

Eu acho que fiquei mais abusada, passei a ter um tanquinho que eu não tinha desde os dezoito anos, chega a ter um vinco aqui no meio e eu acabei de fazer não tem nem seis meses. Você passa uns tempos sem fazer abdominais, as roupas que eu comecei a comprar são mais jovens. Eu estava com uma cabeça mais matrona eu tenho 52 anos mais eu estava com uma cabeça mais senhora e agora eu fiquei menos senhora. Não sou uma garotinha, mas estou mais leve. (PB04)

E afirmaram que "a gente faz por autoestima, mas depois fica mais vaidosa", "é aquela vaidade, estou velha, mas podendo" (depois da passar pela cirurgia) e "ficamos muito mais vaidosas depois da cirurgia". Assim, vaidade seria uma consequência da satisfação com a cirurgia plástica estética, como achado por Borelli (2009) e ilustrado abaixo:

[...] Aí eu comecei a usar outro tipo de roupa, ta? e hoje eu já não tenho aquela cabeça. Eu já nem sei como comprava antes (risos). Porque agora a minha cabeça é uma cabeça que nunca teve um peitão. [...] Sim, faltava isso (a cirurgia) porque quando você se vê mais bonita já vai acertando aquelas coisas que antes não via. Porque enquanto aquilo era [...] Você não via outra coisa por aí até que eram boas, mas que você não dava tanto valor. Agora que você dá valor de cada coisa [...] (PB01)

[...] aí você vai querer botar um decote sim e se sentir mais poderosa e é isso [...] (PB02)

Novaes (2008, p. 155) havia exposto que não deveríamos esquecer o "prazer e sentimento de bem-estar que um novo corpo pode fornecer" como descrito abaixo:

Eu sei que eu fiz a cirurgia em dezembro e em fevereiro eu estava na Mocidade sambando assim (mostra que sambava com os braços cruzados segurando o peito) (risos). Não deixei de fazer o que queria e fiquei muito satisfeita. Hoje em dia eu faria um retoque e barriga, sem falta eu vou fazer a barriga. (PB10)

Assim, autoestima quando elevada, aumentaria a vaidade e esta não provocaria o desejo pela cirurgia, somente por produtos e roupas. Desejo é o “prazer” que elas almejam. Novaes (2008), por exemplo, expôs que a subjetividade feminina se construiria sobre os pilares do desejo e a cirurgia plástica estética produziria uma “nova identidade”, a de ser mulher (NOVAES, 2008, p. 173), quando se imagina não ser. O “desejo de fazer”, como colocado pelas participantes do grupo B e algumas do A não é compartilhada por todas, que ainda não teriam se decidido pelo serviço.

Eu tenho medo também. Eu morro de medo de morrer, mas o que eu acho é assim é porque não é um desejo tão forte. Quer ver um exemplo, eu ainda não fiz botox. Fui a dermatologista que vou há muitos anos e disse: Regina essa ruga aqui fazer botox quanto é? Ela falou R\$ 1.000,00. Eu falei R\$1.000,00? Com R\$1.000,00 eu passo o final de semana no Club Méd (risos). Vou me divertir a beça e vou voltar ótima. Eu acho assim é o desejo. Quando você tem um desejo de verdade, não tem nada o que segure. (PA02)

Além disso, o desejo depende de momentos da vida que podem motivá-la a querer uma cirurgia plástica estética, por exemplo. Várias participantes reportaram que ficaram com desejo de se submeterem ao procedimento cirúrgico após terem tido filhos pelas consequências naturais, em concordância com o estudo de Novaes (2008). “A gravidez e as suas marcas são um fenômeno a ser combatido, pois são responsáveis pelo envelhecimento e pelos excessos que geram as formas duramente conquistadas” (NOVAES, 2008, p. 151).

Este desejo ainda refletiria uma necessidade de crescimento da autodeterminação e eficácia dentro de suas vidas e no ambiente, como colocado por Schouten (1991) e ilustrado pela participante.

Eu também coloquei prótese. É... porque eu sempre fui pequeninha, magrinha eu sempre me senti assim mais uma criancinha, meio Sandi e aí eu olhava para aquela mulher da propaganda com aqueles peitos redondos, da “De Millus” (PB06)

Seria este desejo que levaria a esperança, como a de ser “mulher”, e a moveria para o objetivo. Como exposto por Dorn (2001) a esperança seria da transformação da “lagarta para uma criatura de graça, elegância e beleza”.

A história da participante PB03 traça, ilustrando claramente, o que a esperança pode fazer com o consumidor, podendo até trazer problemas posteriormente, o que não foi o caso:

PB03 – Eu fiz nariz. Eu tinha um nariz de bruxa (todas riem). Bruxa mesmo! Aquele negócio assim com a ponta virada e corcova tipo de nariz de judeu, e aquilo me incomodava desde criança. Criança mesmo tipo nove e dez anos aquilo já me perturbava. Criança é má então eu era a Memeia. Então, para mim aos dez anos o presente que eu queria era operar o nariz. [...] Meus pais não tinham nem condição de dinheiro, nem ninguém achava que aquilo era razoável de se fazer. Então, daí pra frente eu juntei dinheiro de merenda escolar, juntei dinheiro de natais e aniversários dos dez aos dezoito anos. Era dinheiro de pai, mãe, tia, tio e avó.

Moderador – Mais ninguém sabia o que você queria fazer?

PB03 – Eu só dizia que queria dinheiro. Eu juntava moedinha, todo mundo na família juntava moedinha porque eu gostava de moedinha. Não gostava de moedinha, eu queria era dinheiro. Eu só podia fazer por minha conta e risco com dezoito anos porque senão teria que ter autorização dos pais e eu não teria. Então, eu guardei tudo e no dia que eu fiz dezoito eu já estava com os exames feitos e com médico tratado. Entrei na São Vicente (Clínica) e tinha o dinheiro para o cirurgião plástico, não tinha dinheiro nem para o anestesista, nem para a casa de saúde [...] E aí já namorava o meu marido e ele me emprestou o dinheiro da casa de saúde, que também não tinha lá grandes dinheiros e eu também só podia pagar uma diária de casa de saúde. Eu tinha que ir embora com gesso na cara porque era o que eu tinha. E a minha tia, irmã da minha mãe foi que me emprestou o dinheiro do anestesista e eu fiz. Eu liguei de lá para avisar em casa que estava sendo operada. Estou entrando na sala de cirurgia até logo e boa sorte [...] Acabei fazendo com o assistente do Pitanguy que dividia o consultório com um tio postiço meu. Era um Zé ninguém que conseguiu ficar lá com o Pitanguy assistindo o que ele fazia. E é com esse que eu vou. E aí fez com anestesia local, acordada vendo o que acontecia [...] Me botou gesso e eu saí de lá ainda não satisfeita e ainda sobrou um pouquinho do tal osso e depois não tinha nem condição mais nenhuma. Mas depois ele queria fazer até um por fora uma raspagem, mas tá bom assim resolveu meu problema. Eu fiz isso numa última semana de férias e na outra semana voltei pra faculdade. Muita gente nem notou. [...] Achavam

uma coisa estranha. Cortou o cabelo ou qualquer coisa disso aí. E foi a história dos meus dezoito anos.[...]

A “história dos seus dezoito anos” foi se libertar da “Memeia” e virar “princesa”, sem “aquele nariz”. A esperança fez com que ela se “movesse” para a “meta” de uma forma que poderia até trazer problemas. Não houve obstáculos, não considerava riscos, nem quem seria o médico que freasse ou a desviasse do seu objetivo de se “livrar daquele nariz” e ficar bem consigo mesma, virar mulher. A participante queria ficar satisfeita consigo mesma, recuperar a autoestima. Poderia se supor que se há problema na autoestima, ela influenciaria a esperança em recuperá-la.

A esperança também foi exposta pelas participantes do grupo A, com expressões como “é ter uma qualidade de vida melhor”, “de que vou ficar bem, de que vou gostar do que vou ver”, “de satisfação com o resultado”, “de se sentir bem é muito mais do que estética”, “de colocar mesmo um decote” e “viver a vida com um corpinho um pouco melhorzinho”. A esperança motivaria as pessoas a alcançarem esta meta do que desejam, como ilustrado.

Tudo me motiva e a única coisa que me freia nesse momento é o trabalho, mas que já tô tirando o freio. Eu já até falei pra minha diretora, olha só vai ser agora. [...] Agora eu não vou permitir que nada atrapalhe [...](PA11)

Outra participante, já do grupo B, falou sobre a esperança de reconquistar o corpo, elevar a autoestima. Ela teve a disposição de conquistar sua meta e obter prazer, mesmo que isso significasse minimizar obstáculos colocados por ela para outras situações:

Eu sempre tive medo de anestesia, eu tive parto normal sem anestesia, eu tenho pavor de agulha, hospital, se eu pudesse ter filho em casa com parteira, acharia ótimo. Mas meu pai achou que eu nunca teria coragem devido a esse medo de hospital, cirurgia, anestesia. Eu nunca tinha tomado. Mas eu cisme! [...] No dia que eu saio pro hospital, o meu pai disse: Você vai mesmo? Ele sabia do meu pavor. Eu vou. Eu tava determinada. Eu tinha trinta anos. Todo mundo dizia trinta é o ápice da mulher e então a mulherada tinha que ta bonita e tal. (PB11)

Elas ainda explanaram sobre a esperança de “voltar a ter o corpo de antes”, depois de ter os filhos, de forma a recuperar o que foi “perdido; de “ficar mais segura” ou mesmo de “levantar

a autoestima perdida”. Mas, uma delas contou que adiou a cirurgia por entender que ainda era nova, que “a ditadura da beleza” não poderia atingi-la tão cedo, mesmo depois de ter filhos. A idade, ou pessoas mais velhas, estariam mais dispostas.

É, eu tinha tido filho sem cirurgia. Como assim? eu com 25, 26 anos. Eu me falava assim: to muito nova ainda, se começar agora (cirurgia) imagina quando tiver 50 anos? Vou ficar igual a Elza Soares. Não vai dar e tal. Aí me freava um pouco. Depois, com 30 anos, aí a motivação veio. Além do medo de cirurgia, que você pensa será que eu vou? aquele babado! Fui! (PB11)

A esperança permite as pessoas sonharem. A participante PB06, por exemplo, falava que queria o “peito igual a uma modelo da De Millus”, que era o seu “sonho” de ter os “seios da De Millus”, mostrando a esperança de se tornar mulher, mudando a sua vida.

Agora eu sou a mulher De Millus [...] Nunca tinha comprado roupa na Cavendish, Fórum comprei tudo, comprei tudo. [...] Eu me sentia uma menina, depois é que eu me senti uma mulher. Eu podia andar assim (peito erguido) e não assim (encurvada) tanto que eu fiquei esquisita. Mas eu senti muito mais autoconfiança, ando de cabeça erguida (PB06).

Nesse sentido, esperança de ser “mulher” a motivou para a meta de se tornar a “mulher De Millus”. De modo oposto, uma participante do grupo A expôs que a “a minha motivação não supera o medo ainda”, demonstrando que não há esperança que a faça mover até a meta. As participantes do grupo A não demonstraram ter esperança, colocando obstáculos para a realização do desejo.

Também foi analisado como as participantes entendiam a esperança em relação às expectativas, tentando-se interpretar se conseguiam fazer a distinção entre os conceitos. De acordo com o observado, as expectativas das participantes ficaram mais focadas nas negativas, principalmente quando comparada à esperança. Esperança para elas é sempre alguma coisa boa da qual querem alcançar. Expectativas positivas são mais específicas, como “perder o tanquinho”. As negativas foram colocadas por expressões que reportavam o risco de “sair alguma coisa errada”, “medo da sequela”, “que eu morra”, “cicatriz”; “de sentir dor”, “medo da anestesia” (várias, principalmente do grupo A); “de me decepcionar” (expectativa com o resultado) e “se olhar no espelho e não era aquilo que eu queria”. O risco percebido estaria influenciando as expectativas que elas apontavam.

Da mesma forma que no estudo de Askegaard, Gertsen e Langer (2002), as participantes de ambos os grupos, mostraram a preocupação em “ficar artificial”, para descrever quando é demais e “de olhar e dizer que é plástica”. Termos como “Barbie dolls”, ou Michael Jackson, Cher, Elza Soares e outros foram usados para descrever o que não gostariam que acontecesse, como exposto estória anterior de PB11, refletindo o sentimento de várias que não desejavam parecer “plastificadas”. Novaes (2008) também constatou entre suas entrevistadas que elas não queriam ficar com a “cara plástica”. Este medo estaria ligado ao risco funcional.

A ansiedade foi outra variável analisada. Nestes dois grupos observou-se existir um “estado de ansiedade” por não ter certeza que iria conseguir realizar a cirurgia. A ansiedade estava em “fazer logo”, “resolver logo” e principalmente, as reportadas pelas participantes do grupo B, como “não passar nos exames”, “pegar os exames e alguma coisa impedir a cirurgia”, interferindo também nas expectativas. A ansiedade constatada foi no processo até a cirurgia em “será que tá tudo bem para eu operar?” ou “não passar nos exames” o que implicaria não poder fazer a cirurgia tão almejada, ou num obstáculo que não poderia ser suplantado de imediato. Elas foram expostas assim.

A minha ansiedade é que eu quero que chegue rápido o dia de fazer. Tô doida que chegue junho porque é mês de férias e quando eu vou correr atrás de tudo o que eu parei. Talvez seja por isso, pela proximidade (PA11)

Será que eu vou ficar boa, não será que tá tudo bem para eu operar (PB1).
Então, deixa eu ver se entendi; a ansiedade era de não passar nos exames (todas falam ao mesmo tempo sobre os problemas que poderiam ocorrer nos exames) [...] a ansiedade dela aqui era ao pegar os exames alguma coisa impedisse a cirurgia. (Moderador)

É verdade (PB12)

Não, a minha não foi (PB03, PB06, PB07, ao mesmo tempo)

A minha foi (PB10, PB05, PB09, outras responderam ao mesmo tempo)

Ansiedade de fazer logo. Assim, quando eu decidi fazer logo, eu queria fazer pra ontem. (PB06)

Resolver logo (PB11)

É resolver logo (PB04)

A ansiedade funcionou como um medo de não conseguir realizar a cirurgia, de chegar na sua meta de elevar a autoestima, ficar bem.

Eu tava tão ansiosa com a cirurgia que não tinha nada que me parasse, eu levei 4 anos, quase 5 anos com aquele peito imenso. Meu filho ia fazer 5 anos quando eu fiz a cirurgia, então passei aqueles 4 anos assim. (PB05)

E ainda, a ansiedade estava ligada às questões comuns do dia a dia, que de alguma forma pudesse impedir a cirurgia por ter que “conciliar agenda do trabalho, filhos e cirurgia”. Mas ela não conseguiu “freiar” as esperanças colocadas por cada uma que havia realizado a cirurgia, nem a percepção de risco.

De acordo com a literatura, existem sete riscos que podem ser identificados quanto à percepção dos clientes, quando do processo de compra, e que foram aqui explorados JOHNSON, SIVADAS e GARBARINO, 2008; MITCHELL e HARRIS, 2005; SOLOMON, 2002; DHOLAKIA, 1997).

O primeiro que os autores ponderam é o risco financeiro. De acordo com as participantes dos dois grupos, apesar de considerarem os valores cobrados pelos médicos muito elevados, disseram que sempre se pode encontrar um meio para pagar, seja financiando, economizando ou procurando um médico mais acessível às suas posses, como as que procuraram a Santa Casa da Misericórdia, que tem fila de espera, mas oferecem cirurgias plásticas estéticas e reparadoras a preços compatíveis às possibilidades de suas pacientes. Este risco ficaria quase nulo quando se tem esperança.

Já o risco de performance ou funcional, talvez seja o mais evidente nas participantes, principalmente pelas do grupo A, que entendem ser o “freio” que não as deixa chegar ao objetivo, como relatado abaixo:

Uma coisa é você chegar doente e fazer uma cirurgia pra se curar. Outra é você estar bem, deita na maca, vai entrando no centro cirúrgico: o que é que eu estou fazendo aqui? eu vou tomar uma anestesia? dá medo! (PB07)

As participantes fizeram clara exposição do risco que poderia ser gerado em função da cirurgia, como problemas de saúde, sequelas ou até o próprio falecimento, colocando expressões que insinuavam o bloqueio considerado para algumas, como “o mais forte foi o risco cirúrgico, a anestesia, de ter choque”, também exposto quando se falava de expectativas

negativas. Nas do grupo A os riscos e expectativas negativas foram evidenciados contando-se “casos” de amigas que não tiveram bom resultado e de notícias publicadas na mídia.

Ao mesmo tempo em que pensavam nos problemas diretos da cirurgia, mostravam-se preocupadas com o resultado para os outros, caracterizando o risco social. As participantes do grupo B queriam que as pessoas não percebessem que a cirurgia havia sido feita, somente parecer que estavam bem, como proposto em outros estudos (por exemplo: EDMONDS, 2007; ASKEGAARD, GERTSEN e LAGER, 2002) e considerado como “ponto de venda” de muitos cirurgiões (MEDINA e CERQUEIRA, 2009). A expressão mais ouvida em relação ao grupo B é que “as pessoas notam que estamos melhores”, caracterizando que, apesar de declararem que fazem a cirurgia para si, estão preocupadas com o contexto social. Ainda foi identificado como risco psicológico o medo “de ficar artificial”, não agradando a si mesma, o que afetaria nas expectativas.

O risco de tempo/conveniência notificou-se pela necessidade de compatibilizarem a cirurgia com o trabalho, ou estar fora dele, família e filhos, tarefas que ocupam o dia a dia de qualquer mulher e que o pós-cirúrgico as impedem de executar plenamente. A condição de separada e o número de filhos ainda dificultam esta decisão, e impactam na ansiedade.

Além disso, quanto ao risco de satisfação, esse seria muito baixo, pois elas queriam que a cirurgia trouxesse satisfação e as que já haviam feito nem pensavam sobre isso. O fato é que, como colocado por Edmonds (2007), as pessoas em geral, mesmo as que tiveram um pós-operatório difícil, ficam satisfeitas. Observa-se que a autora da tese tentou realizar um grupo de foco com mulheres insatisfeitas, para fazer um contraponto na análise, e não foi possível pela indisponibilidade de pessoas nesta condição. Quem havia ficado insatisfeita, já tinha feito outra cirurgia e estava satisfeita, sendo totalmente influenciada pelos resultados positivos. Alcançar a meta de ficar satisfeita consigo mesma é o objetivo.

E finalmente, o risco de futura oportunidade perdida estaria explicitado pelo receio de escolher o médico errado ou não realizar a cirurgia no momento em que desejam, minimizando-o através das recomendações ou influências de amigos(as) e parentes.

As influências do contexto social e do meio, como levantadas por Askegaard, Gertsen e Langer (2002) quando constataram que um dos seus entrevistados disse que no seu ambiente

social todas as pessoas fizeram cirurgia plástica estética, e ele também foi na mesma direção, não se mostrou forte entre as participantes dos grupos focais analisados aqui. Identifica-se a influência do meio, ou mais especificamente da cultura da beleza voltada para as mulheres magras, no sentido de dificultar as que estão acima do peso se manter belas, como fator que influenciaria na insatisfação com o corpo e no desejo pela cirurgia, em especial em relação às roupas.

As roupas demasiado pequenas representariam um problema, sendo “um inferno para quem está acima do peso ou tem a estrutura corporal maior”, como seios avantajados, contribuindo para a necessidade da mudança física (ASKEGAARD, GERTSEN e LANGER, 2002). Uma das participantes do grupo A que havia tido filho há pouco tempo, por exemplo, levantou a questão de não conseguir mais se vestir com roupas de “marca”, pois ficam muito apertadas, mesmo os tamanhos maiores, sendo feitas para o estilo de beleza que os estilistas consideram “ideal”, vindo a prejudicar o seu embelezamento. Ela questionava o porquê das lojas se colocarem desta maneira, alimentando, de certa forma a indústria de procedimentos estéticos, como a de cirurgia plástica estética.

Se eu quiser comprar uma roupa, eu, por exemplo, eu sou grande, eu sou alta. Então, o “G” não cabe entendeu? A ditadura da beleza é exatamente isso. Por exemplo, Salinas eu era “M” lá. Agora o “G” não cabe em mim, sabe? Meu peito não cabe. Tudo bem que agora eu tô amamentando, mas antes não cabia, sabe? Eles foram mudando as coisas e agora tá tudo muito pequeno. Tem lojas que eu entro, quer dizer, não entro, passo na porta e digo ai que lindo (PA10)

Várias participantes do grupo A concordaram com as questões levantadas. No grupo B uma participante ainda falou do seu desejo por roupas de “marca” uma vez que não se sentia bem por causa de seu seio pequeno. Seu sonho era ter os “seios da mulher da DeMillus” (do anúncio) e depois que realizou a cirurgia (prótese de silicone) comprou um monte de roupas. Este tipo de influência poderia criar o desejo.

Nas histórias relatadas pelas participantes diagnosticou-se a influência de amigos(as) ou parentes na esperança, quando já existe o desejo, indicando o médico, por ter passado pela experiência, por exemplo. Ver que a amiga realizou a cirurgia e ficou bem, nutriria a esperança de fazer a sua. Expressões como “depois que a minha amiga fez eu resolvi fazer”,

“minha mãe fez e eu também resolvi” ou “fui ao médico que operou a minha ginecologista (ou amiga)” foram comuns. A influência de amigos(as) ou parentes seria na diminuição das expectativas em relação a este tipo de serviço e no aumento da sua satisfação, como exposto:

[...] A minha cunhada tinha feito um mês antes e a bem verdade uma influência a outra.[...] quando ela se recuperou eu fiz.[...] não teve aquela coisa assim, ela não morreu então eu vou [...] ela ficou satisfeita e eu também vou ficar (PB08)

É interessante notar que, as participantes do grupo A falavam na 3^a pessoa, contando histórias de amigos(as) e parentes que se identificavam, se espelhando e desejando, ou usavam como crítica, porque não gostariam que acontecesse com elas. São histórias que influenciariam no desejo, na escolha do médico, nas expectativas e na satisfação. Esta influência também poderia ser negativa, se a pessoa entende que passar por todo o processo não vale a pena, podendo afetar o desejo e as expectativas. Porém, se há determinação e esperança de suplantar os obstáculos para chegar aos objetivos, ela não interferiria na decisão, como no relato de uma participante do grupo B:

Ninguém da minha família me apoiou. Minha família era totalmente contra. Meu namorado era contra e aí eu decidi. Eu estava tão decidida que eu fui contra todo mundo. Todo mundo até o dia da cirurgia falava: você tem certeza de que você vai fazer você vai mesmo? Eu fui pra cirurgia com aquilo na cabeça, todo mundo contra aí será que vai dar errado todo mundo ta dizendo que eu não devia[...].No dia que eu fui, todo mundo deve ter pensado: vamos dar um apoio pra ela, ela já vai mesmo. Aí todo mundo me deu apoio total e eu fiquei mais tranquila. Esse era o meu maior freio. (PB09)

Além do já discutido, confiança no médico foi outro tópico abordado. Esta confiança passa por características como “sincero”, “íntegro”, “honesto, na verdade” ou também como “uma questão de empatia”. Para elas, o médico precisa “se mostrar conservador, não querer fazer tudo”, de modo a passar esta confiança almejada, como exposto pelas participantes.

Eles são meio psicólogos. Eles querem saber se você realmente tá certa no que você está mudando. Se você depois não se arrepende com a sua mudança. Tem que estar preparada para a mudança [...] ele tem que estar preocupado com gente (PB02)

[...] e o cirurgião tem que estar preparado pra isso porque quando eu fui falar pro meu, não quero peito grande ele falou mesmo que você me pedisse eu não colocaria porque não é sua estrutura. Isso é um bom cirurgião. Isso você diz esse é bom, esse tem critério. [...] E é você, a sua imagem a sua autoestima, você não vai se entregar na mão de qualquer pessoa assim. (PB07)

O estado psicológico exposto pela participante, que é avaliado pelo médico, diz respeito à autoestima, que muitas vezes pode levar a desconfiança, quando há insistências por parte do médico que afetam a autoconfiança dela. Amorin (2007) levantou que muitas vezes é necessário que a paciente seja encaminhada para um tratamento psicológico antes de realizar o procedimento cirúrgico, uma vez que a cirurgia não resolve problemas mais profundos, como de relacionamento. Isto só seria possível se ela confiar nele, dependendo da autoestima.

A confiança ainda suplantaria questões como a do hospital ou clínica. Para muitas delas, inclusive do grupo A, “não importa o local”, “se você gostou dele é lógico que vai te operar num lugar legal” e “ou confia no cirurgião ou não”. Apesar disso existiria a preocupação em relação ao suporte do local.

“Você confia no médico você vai a qualquer lugar” (PB04) (afirmando que não escolheu o hospital)

Isso! Foi a primeira coisa que me disseram. [...] olha só quando você for fazer uma cirurgia, tem que ser no hospital, porque se tiver qualquer problema de emergência, você tem que estar num hospital que tenha UTI próprio, apropriado pra te atender. Essa foi a primeira coisa que eu gravei das pessoas que fizeram, porque tem gente que faz em clínica e clínica não tem CTI.(PA01)

Aí você desconfia do médico né? (PA03)

Não por isso, o Pitanguy só opera na clínica dele (PA10)

O que ficou claro nas discussões é que, quem determina a confiança para realizar a cirurgia, é o médico e não o local (hospital). Ninguém escolhe o hospital que tem confiança e depois o médico e sim ele é que determina como e onde tudo será realizado.

A falta de confiança também pode impedir o processo de compra, sem ser influenciado por nada.

Eu fui num médico não sei se vocês conhecem (nome suprimido)? [...] Eu fui no shopping vertical e o pessoal estava distribuindo aquele santinhos, [...] Quando eu vi a cara do [...], muito bonito, coroa grisalho, muito esbelto [...] passou confiança e aí comecei a investigar e aí fui a consulta dele aqui em Botafogo. [...]ele falou vamos fazer, vamos fazer seus exames e tal , mas eu fui lá para uma consulta e uma avaliação e ele já queria marcar a cirurgia. Aquilo me despertou assim. Aqui tem alguma coisa esquisita, alguma coisa errada, né? [...] Aí já me mandou pra secretária dele e a secretária dele já me deu o orçamento tudo separadinho, numa salinha separadinha e deixei meus dados, telefone e e-mail. [...] Ah!! E ainda me deu os valores. No dia da cirurgia você paga x, com trinta dias você paga mais x e trinta dias mais x. Tá bom. Eu nunca tive essa facilidade pra pagar plástica, quando eu fiz paguei ali à vista. Aí uma semana depois, ela começou a me ligar. Por enquanto, eu não estou querendo. [...] Ela começou a me ligar insistentemente. Não gostei, eu achei assim muito insistente. Um profissional que se preze, não faz isso. [...]aí eu fui na Internet procurar lá [...]aí eu entrei no google e ele me deu um site lá de “estou de olho em você doutor”, aí apareceu o nome do cara lá com um processo (PB10)

Esta desconfiança gerou a desistência pela cirurgia naquele momento, e a procura posterior por outro médico. Na segunda vez checkou nos sites que denunciam médicos e na SBCP.

A literatura ainda propõe que a esperança poderia influenciar na confiança (por exemplo: MacInnis e Mello, 2005), e no caso dos grupos focais deste estudo algumas questões foram exploradas. A primeira é que a esperança poderia “tornar o médico confiável”, na medida em que não importa quem seja o médico e sim atingir o objetivo. No caso da participante PB03 a esperança de conquistar sua autoestima era tanta, deixar de ter o “nariz de bruxa”, que a confiança implicaria num freio, com exposto:

[...] Eu queria fazer, não importava como. Eu fui no que dava, o que resolveu. Não escolhi muito não e fui ao que resolveu fazer. (PB03).

A confiança também poderia ser influenciada pela esperança quando uma simples recomendação, sem muita pesquisa, abre o caminho para se atingir a meta, e a pessoa segue nele:

O único motivo que eu não fiz antes porque eu não tinha médico, mas a minha angiologista me indicou um amigo dela aí só depois eu fui lá numa quarta, operei na terça porque eu tirei férias eu ia fazer mochilão. Nada me impediu. Não me arrependo de nada. (PB06)

Tudo para ter o peito da De Millus. (Moderadora)

É. [...] E – Ah! Eu perdi o emprego. Nem sei o que era. Eu pedi dois dias. Lá onde eu trabalhava, tinha banco de horas e eu perguntei se podia tirar. Eu precisei entrar na quarta. Na segunda falei que ia fazer uma intervenção cirúrgica, só não falei o porquê. Eu não devo satisfação. Só que uma menina, minha subgerente descobriu que era isso e me despediu. Eu não tinha outra alternativa. Mas e daí? Estou muito melhor aonde eu estou agora. (PB06)

A confiança no médico não importava e sim a esperança, movendo no sentido de alcançar a meta de “se tornar mulher”. Elas ainda colocaram que tinham confiança nelas de que iriam achar o médico, como “eu tinha que escolher uma pessoa que fosse boa”. Nesse sentido a esperança poderia estar influenciando a confiança no médico, mas de modo consciente.

[...] Então, uma médica, recentemente há cerca de um ano[...] eu fui procurar uma geriátrica e ela então sugeriu que depois de ficar onze meses fazendo dieta e tendo pouco resultado, que eu procurasse um cirurgião com quem ela já tinha sido operada, conversar com ele para ver o que achava. Eu já tinha pensado em fazer uma lipo [...] E aí eu fui nele, uma pessoa muito legal! Conversou comigo sugeriu lipo em várias partes, mas achou que seria o caso de fazer uma cirurgia plástica na barriga [...] Bem, eu disse, se eu me apaixonar pelo médico eu até faço porque ele é quem conhece, eu estou aqui para uma opinião. Acabei encarando. Não tem nem seis meses que eu fiz. [...] Quando eu decidi, fui. [...] (PB04)

O peito me incomodava, mas na verdade, quando eu fui operar com o cirurgião plástico o peito não era caído, só murcho. [...] eu fui porque eu tinha umas gordurinhas aqui devido a gravidez. [...] Aí eu fui lá procurei um (médico). Uma amiga me indicou, mas eu não senti firmeza e fui embora de lá, pois eu já tinha medo de cirurgia. Uma amiga da minha mãe me indicou outro. Esse cirurgião plástico é bom eu já fiz. [...] e aí minha filha o que te incomoda? Eu fui logo mostrando a barriga, tirar a pochete na verdade eu

nem me lembrei nem me lembrava do peito. Na verdade, porque eu tenho isso aqui (mostra barriga). Mas isso? Isso me incomoda. Olha só, vou sentando com essa banha aqui e aqui isso não tá bom, não está me agradando. Ele olhou e olhou e aí me deu um instalo na hora do peito. Ah!!Doutor eu queria dar uma “pence” no peito [...] Ele achou graça e quando ele olhou, Ah!! Minha filha você tem que fazer no seio, botar uma prótese aí. Não, não é só um aplique e aí ele começou a me mostrar as próteses e aí eu vou cobrar tanto. Na verdade, ele é que me convenceu a fazer o seio. Mas e a barriga? Olha vamos fazer o seguinte: faço a sua barriga do jeito que você quiser, não precisa pagar a mais. Faz o seio que eu faço a sua barriga. Tá fechado? Vamos lá escolher o tamanho, disse que eu não queria peitão, esse negócio do meu peito chegar e eu dez minutos depois não dá certo. Eu quero o que eu tinha antes. [...] Aí fiz e depois que fiz e olhei e disse se eu não tivesse feito o peito ia me arrepender. É maravilhoso (PB11).

O médico pode conduzir o processo de modo a cliente ficar satisfeita, como no caso da PB11 e das demais participantes, em que a confiança no médico levaria à satisfação, a partir do momento que promessas são cumpridas e o resultado é o esperado. Nesse sentido, ser honesto pode fazer a diferença.

Porém, também foi observado que para algumas participantes a confiança no médico é que poderia estar alimentando a esperança, fazendo com que elas se sentissem seguras, resolvendo fazer a cirurgia:

Eu falava que estava interessada e a minha médica me falou de um amigo dela que operava na Santa Casa [...] Aí são dois cirurgiões (José) e (Wagner) e eles foram muito legais comigo, me passaram muita confiança e naquele dia mesmo eu marquei. Só fui fazer uma consulta e sai de lá falando pra minha mãe que na semana seguinte eu ia operar. Porque eu confiava nele, porque a minha médica me indicou. (PB10)

Então a confiança no médico aumentou sua esperança? (Moderadora)

Se fosse qualquer um que eu tivesse lido em algum lugar eu não ia fazer, mas como era colega de trabalho da minha médica eu confiava, eram dois cirurgiões muito legais, muito simpáticos, sim. (PB10)

Outra participante relatou a diferença que a confiança pode fazer em relação à esperança:

[...] Sim, tanto é que eu não fiz nesse (médico que não passou confiança), procurei um outro e nesse assim que ele falou, eu não queria nem fazer seio, ele passou tanta confiança que é agora. Naquele dia eu saí com tudo marcado. (PB11)

A confiança no médico estaria “sustentando” a esperança de forma a suplantar os “obstáculos” do “pavor de hospital, cirurgia e agulha” expostos em diversos momentos. Nesse sentido, diferentemente do que foi proposto pelos autores da área de marketing, a esperança estaria sendo influenciada pela confiança do médico, e não o inverso.

Além disso, observou-se que a satisfação para consigo mesma, é o objetivo de todas e não querem se arrepender. No grupo B, várias participantes dizem que fariam novamente, se precisassem. Mas, por exemplo, a participante PB03 expôs que não faria de novo porque já havia conquistado o que queria (o nariz) e que “não faria seios ou algo do tipo” porque estava bem. O que a incomodava já tinha sido resolvido. Assim, ela ficou satisfeita porque recuperou a autoestima e autoconfiança em si, da mesma forma que PB05, sendo que esta declarou que se fosse necessário fazer outra cirurgia para elevar a autoestima, faria novamente, o que outras concordaram. Estar satisfeita é o que interessa.

A expressão final de umas das participantes expõe a felicidade de poder falar com outras pessoas sobre alguma coisa que foi tão importante para ela e resumiu o entendimento da esperança e a sua relação do comportamento do consumidor de cirurgia plástica estética:

[...] Gostei muito de participar da pesquisa. Seja há 25 anos (como no meu caso), ou há um mês (no caso da convidada mais jovem), a esperança de elevar a autoestima continua sendo a motivação das mulheres para fazer plástica. (PB05).

5.1.2 Entrevistas em Profundidade

Como reconhecimento de campo, no sentido de avaliar a visão dos médicos sobre suas pacientes e alinhar interpretações sobre o entendimento das variáveis, tanto da literatura como de suposições que foram levantadas nos grupos focais, foram realizadas duas entrevistas com cirurgiões especialistas em cirurgia plástica, ambos do sexo masculino, que atuam há mais de 31 anos na profissão e são da SBCEP. As duas entrevistas foram presenciais, realizadas nos

consultórios dos médicos, com duração de cerca de 30 minutos cada. As principais questões são brevemente apresentadas.

Ambos os médicos, assim como a literatura e as participantes dos grupos focais, expuseram que o perfil de suas pacientes é as que querem recuperar a autoestima. Um deles falou em “procura de si, às vezes procura do outro” que querem ser. O médico 2 acrescentou que as participantes dos grupos focais são pessoas “equilibradas que já chegam com uma idéia e querem segurança”. Também colocaram que as questões culturais influenciariam as pessoas a desejarem a cirurgia, comparando o Brasil com a Itália, por exemplo, onde aqui é mais comum e aceita pela sociedade.

Mais especificamente em relação às variáveis, eles identificaram que as pessoas têm esperança de “recuperar a vida, a sua autoestima”. O médico 1 lembra que a autoestima significa, muitas vezes, “deixar de ser sacaneada”, quando a criança tem orelha de abano, por exemplo. O médico 2 já fez um alerta sobre a esperança:

A esperança é muitas vezes tão grande que se torna ruim, pois será impossível chegar ao resultado. Isso geraria uma futura insatisfação. Essas pessoas querem recuperar a sua autoestima, além de amigos(as), convívio social etc. (médico 2).

Este foi o caso de uma das participantes de um dos grupos de focais que poderia ter trazido problemas, inclusive de saúde. A esperança de ter amigos(as) não será necessariamente resolvida por conta da cirurgia. Precisarão de outro tipo de ajuda. Mas a confiança no médico poderia interferir nesta segurança e estar sendo influenciada pela autoestima. Se a autoestima é baixa, a confiança no médico que poderia recuperá-la seria maior.

Os médicos conseguiram separar esperança das expectativas, sendo que esta última estaria ligada a realidade do procedimento e ao pós-operatório. Na percepção de um dos médicos, o que seus clientes sempre querem saber é sobre a recuperação e como vai ficar (seios grandes ou pequenos). Eles também afirmaram que a esperança influencia na decisão da realização da cirurgia, não as expectativas e que, a percepção do risco poderia impactar nas expectativas.

Ainda foi explorada a ansiedade percebida por eles em relação as suas pacientes, sendo que o médico 1 falou sobre “a ansiedade é de realizar”, como nas participantes dos grupos focais. O médico 2 entendia que havia ansiedade nos seus pacientes em relação ao pós-operatório, as suas expectativas. Ambos expuseram que a ansiedade é viver agora o futuro.

Em relação aos influenciadores neste processo, eles foram categóricos em afirmar que são as(os) amigas(os) e parentes e que têm clientes por que sempre tiveram o boca-a-boca. Eles fizeram declarações como:

[...] Satisfação traz outros pacientes. Se na fulana deu certo vai dar em mim também. Ao médico cabe tirar a “fantasia” para poder conquistar a confiança.(médico 1)

[...] Sempre vêm através de outras pessoas que já fizeram. Indicadas. O papel do médico é passar segurança, confiança, falando a verdade e tentando entender os seus objetivos. Às vezes é preciso dizer que não pode fazer a cirurgia pois não irá alcançar o almejado. (médico 2)

A afirmativa que “satisfação traz outros pacientes” caracterizaria a influência que amigas(as) e parentes têm no desejo de ficarem igualmente satisfeitas. Os médicos falam de sua influência no processo, para conquistar a confiança e darem satisfação para as clientes. O médico 1 expôs que a esperança seria influenciada pela confiança, uma vez que “tirando a fantasia”, diminuiria a ansiedade e percepção de risco. O médico 2 declarou que as pessoas chegam normalmente com a cabeça muito definida, mas concorda que a autoestima é o grande impulsionador. A confiança no médico faz com que elas tenham a real situação dos riscos, fazendo diminuir esta percepção, assim como a ansiedade e as expectativas. Este risco não seria quanto ao procedimento em si, mas quanto à anestesia, na maioria dos casos.

Em relação ao questionamento sobre o que fez os números de cirurgias plásticas aumentarem, encaram que seja a moda e a grande evolução das próteses, mas afirmam que os procedimentos mais delicados continuam dependendo do talento do médico, como uma cirurgia de barriga ou nariz. Para eles, existe em muitas pacientes, um sentimento de culpa na pós-cirurgia, que deve ser bem trabalhado.

Além disso, a satisfação das pacientes seria uma busca constante do médico porque interpretam como a parte mais gratificante de seus serviços, ou seja, a satisfação do cirurgião com a cirurgia plástica que ele fez, depende da satisfação da sua paciente e a recuperação da autoestima. O médico 2 também fez questão de afirmar que não conhece nenhuma paciente que tenha ficado pior depois da cirurgia, demonstrando que a maioria ficaria satisfeita, como exposto por Sawyer *et al.* (2008).

Ademais, a percepção deles sobre o “sonho” de suas clientes e as mudanças em suas vidas está na “juventude eterna”, “de retorno ao que tinha” (mulheres que fazem pós-maternidade ou mais velhas), relação social e ter mais amigos(as), com autoestima, da mesma forma que na literatura pesquisada (por exemplo: Askegaard, Gertsen e Langer, 2002). Para o médico 2, a cirurgia plástica estética no Brasil é encarada com “naturalidade”, sem objetivo de exageros e de tornar as pessoas plastificadas. Esses “sonhos” seriam, sem dúvida, os motivadores para estas pessoas procurarem uma cirurgia plástica estética.

Estas entrevistas realizadas com os médicos se mostram esclarecedoras para o estudo, apesar de não evidenciarem a necessidade de mudanças nas variáveis já exploradas nos grupos focais, somente confirmaram o que há na literatura e as suposições levantadas a partir destes grupos.

5.1.3 Considerações da Fase Qualitativa.

Diante destas análises, surgem algumas considerações que poderiam fazer parte de modelos alternativos às formulações existentes na literatura. Uma delas é que a confiança influenciaria na esperança, contrária aos estudos de Mello e MacInnis (2005) e MacInnis e Chun (2007), fazendo com que a análise seja vista por outro ângulo.

Além disso, a influência de amigos(as) e parentes também poderia influenciar no desejo pela cirurgia, na confiança no médico, nas expectativas e na satisfação, diretamente, expondo a teoria de serviços quanto a influência de outras pessoas nas escolhas, no processo e ainda no resultado. Essas influências poderiam ser, tanto positivas como negativas.

As expectativas ainda são, algumas vezes, confundidas com o risco percebido, podendo-se dizer que seriam influenciadas por ele. A ansiedade pré-operatória também impactaria estas

expectativas, de forma a minimizá-las, uma vez que, quanto mais as “coisas se resolvem para a realização da cirurgia” menor seriam as expectativas.

Quanto ao papel da autoestima, quando é baixa, as discussões nos grupos focais confirmam as formulações teóricas em que seria iniciadora do processo, e sugerem que poderia influenciar diretamente a esperança, além do efeito indireto através do desejo. Esta baixa autoestima ainda impactaria na confiança no médico.

Assim, têm-se as seguintes proposições a serem testadas:

P1: Confiança no médico influenciaria na esperança

P2: A influência de amigos(as) e parentes determinaria o desejo;

P3: A influência de amigos(as) e parentes impactaria na confiança no médico;

P4: A influência de amigos(as) e parentes minimizaria as expectativas;

P5: A influência de amigos(as) e parentes impactaria na satisfação;

P6: A ansiedade influenciaria nas expectativas do cliente;

P7: O risco percebido pelo cliente influenciaria nas expectativas;

P8: A baixa autoestima seria determinante da confiança no médico;

P9: Autoestima influenciaria na esperança.

5.2 Segunda Fase - Quantitativa

Nesta seção são apresentados os resultados obtidos na fase quantitativa do estudo, resultantes da coleta de dados, mais especificamente quanto ao modelo proposto e suas variações.

5.2.1 Perfil dos Respondentes

Na Tabela 1, encontram-se resumidas as características dos entrevistados que compõem a amostra total de 384 casos, sendo também apresentadas as informações por amostra. O grupo A são das pessoas da amostra que têm a intenção de fazer cirurgia plástica estética e o B o das que já fizeram.

Na amostra total considerada no estudo, há um equilíbrio entre elas, sendo 46% pertencentes ao grupo A e 54% ao B. Entre as características gerais, também não há diferenças

significativas, como exposto na Tabela 1. A amostra total se caracteriza por pessoas do sexo feminino com 95% e, somente 5% do sexo masculino. Os respondentes também se mostraram jovens, com 51% variando entre 25 e 40 anos de idade, e chama atenção que 11% do total, sendo 11% no grupo A e 12% no B têm menos de 24 anos. A maioria, 53%, não têm filhos e 22% dois filhos. Observou-se um equilíbrio em relação ao estado civil entre solteiras e casadas, consistindo de 41% e 42% respectivamente, sendo quase a totalidade.

A amostra também se caracteriza por forte presença de respondentes com escolaridade elevada, com 51% do total de pessoas com pós-graduação, mestrado ou doutorado, registrando somente um respondente com 1º Grau incompleto e 1% com 2º Grau incompleto. Além disso, constatou-se que a faixa de renda familiar mensal bruta com mais representatividade na amostra total, foi com mais de 20 salários mínimos (45%), apesar da amostra do grupo A ter 34% do total desta e 55% ser do B. A faixa de renda seguinte foi entre 15 e 20 salários-mínimos, com 16% em ambas as amostras, e somente 2% do total com renda menor que 3 ½ salários-mínimos. Entre a ocupação atual 34% são empregados de empresa privada, seguido de profissionais liberais/autônomos, com 20%, funcionários públicos (11%) e estudantes/estagiários (10%). Do total da amostra considerada no estudo, 63% das pessoas pesquisadas vivem no estado do Rio de Janeiro, apesar da ampla distribuição de e-mails para pessoas de São Paulo, por exemplo.

Tabela 1: Perfil dos Respondentes por Grupo

	Amostra Grupo A		Amostra Grupo B		Amostra Total	
	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%
Sexo						
Feminino	162	92%	201	97%	363	95%
Masculino	15	8%	6	3%	21	5%
Faixa de Idade						
Com 24 anos ou menos	19	11%	24	12%	43	11%
Entre 25 e 30 anos	49	28%	46	22%	95	25%
Entre 31 e 40 anos	44	25%	54	26%	98	26%
Entre 41 e 50 anos	33	19%	29	14%	62	16%
Entre 51 e 60 anos	27	15%	39	19%	66	17%
Com 61 anos ou mais	5	3%	15	7%	20	5%
Filhos						
Não Tem	98	55%	107	52%	205	53%
1 Filho(a)	37	21%	30	14%	67	17%
2 Filhos(as)	36	20%	50	24%	86	22%
Mais de 2 Filhos(as)	6	3%	20	10%	26	7%
Estado Civil						
Solteira(o)	75	42%	84	41%	159	41%
Casada(o)	72	41%	89	43%	161	42%
Viúva(o)	1	1%	4	2%	5	1%
Divorciada(o)	20	11%	22	11%	42	11%
Outros	9	5%	8	4%	17	4%
Grau de Instrução						
1º Grau Incompleto	1	1%	0	0%	1	0%
1º Grau Completo/2º Grau Incompleto	3	2%	2	1%	5	1%
2º Grau Completo/Superior Incompleto	27	15%	26	13%	53	14%
Superior Completo	63	36%	74	36%	137	35%
Pós-graduação/Mestrado/Doutorado	83	47%	105	51%	196	51%
Renda Familiar Mensal Bruta em Salário Mínimo (SM) *:						
Até 3,5 SM	5	3%	2	1%	7	2%
Entre 3,5 e 7 SM	29	16%	14	7%	43	11%
Entre 7 e 10 SM	28	16%	13	6%	41	11%
Entre 10 e 15 SM	27	15%	32	15%	59	15%
Entre 15 e 20 SM	28	16%	33	16%	61	16%
Mais de 20 SM	60	34%	113	55%	173	45%
Ocupação Atual:						
Aposentado/Pensionista	2	1%	12	6%	14	4%
Dona de Casa	5	3%	10	5%	15	4%
Empregado de empresa privada	66	37%	66	32%	132	34%
Empresário(a)	15	8%	20	10%	35	9%
Estudante/estagiário(a)	22	12%	16	8%	38	10%
Funcionário Público	16	9%	27	13%	43	11%
Profissional liberal/ autônomo	38	21%	40	19%	78	20%
Outros	13	7%	16	8%	29	8%

*Salário base para cálculo vigente em 2009

Em relação ao grupo B, na Tabela 2 a seguir, é apresentado o número de cirurgias a que os respondentes já se submeteram, caracterizando-se por pessoas que fizeram somente uma cirurgia plástica estética.

Tabela 2: Número de Cirurgias da Amostra do Grupo B

Grupo B		
Números de Cirurgias Plásticas	Quant.	%
1	114	64%
2	46	26%
Mais 2	17	10%
Total	207	100%

5.2.2 Avaliação dos Modelos de Medidas de cada Construto pelas CFAs

De acordo com os objetivos da tese, optou-se por analisar os modelos de medida de cada construto nas amostras, total e de cada grupo individualmente, de forma a se avaliar mais detalhadamente os indicadores que integram as variáveis latentes, de acordo com recomendações de diversos autores (KLINE, 2005; HAIR *et al.*, 2005; BYRNE, 2001).

Esta avaliação da amostra do grupo A e B, separadamente, tornou-se necessária porque as opiniões e percepções dos respondentes eram diferentes, se comportando, em alguns momentos, de maneira oposta, inviabilizando a análise por multigrupos. A estimação dos modelos por multigrupos adota interações entre eles objetivando um modelo único, apesar de apresentar os resultados separados para as matrizes beta e gama e nas cargas individuais dos construtos (BRYNE, 2001). A questão central da CFA dos multigrupos diz respeito à invariância das medidas, que seria a análise de um conjunto de indicadores estimados em um mesmo construto, que deveriam se apresentar da mesma maneira em diferentes grupos. O viés do construto nos multigrupos, ou a tendenciosidade dele, implica que o teste seja diferente de um grupo para o outro, provocando a dificuldade de se obter um modelo único significativo. As interações ainda sobrecarregam o sistema, inviabilizando, algumas vezes, a obtenção dos resultados (KLINE, 2005). Estas disparidades entre os grupos amostrais da tese, afetando os resultados, ficarão evidentes a partir das análises em cada grupo, uma vez que a diferença das estimativas entre eles se mostrou importante, sendo necessária uma avaliação individual.

Para esta análise isoladamente dos construtos, foram realizadas Análises Fatoriais Confirmatórias (CFAs), através do AMOS 7.0, que indicam a consistência das relações entre as variáveis observáveis, ou indicadores, e os construtos de primeira e segunda ordem, como no caso da confiança. Partiu-se dos modelos de medidas de cada construto propostos inicialmente no estudo, de acordo com os itens do questionário constantes no Anexo 4 e na seção 4.3.2 (operacionalização das variáveis), e analisou-se os resultados, independentemente

dos apresentados nos modelos estruturais examinados anteriormente. A análise de cada um destes modelos é apresentada a seguir.

5.2.2.1 Autoestima

A Tabela 3 revela os resultados das cargas fatoriais das CFAs do construto autoestima em cada amostra, com seus respectivos índices de confiabilidade composta e variância extraída. Os indicadores AE1, AE2, AE4 e AE10, que constavam no modelo inicial, foram retirados destes modelos de medidas finais, uma vez que suas cargas não obtiveram valores significativos em nenhuma das amostras, resultando os indicadores expostos na Tabela 3 que sugerem adequação da estrutura proposta. Ainda é possível verificar na Tabela que, tanto a confiabilidade composta como a variância extraída, apresentam valores superiores aos recomendados na literatura, demonstrando que, para todas as amostras estudadas, há consistência da medida.

Tabela 3: CFAs do Construto Autoestima

Indicadores	Amostra Total	Grupo A	Grupo B
Autoestima → AE3	0,50	0,61	0,49
Autoestima → AE5	0,71	0,79	0,64
Autoestima → AE6	0,76	0,75	0,77
Autoestima → AE7	0,62	0,76	0,55
Autoestima → AE8	0,49	0,51	0,48
Autoestima → AE9	0,51	0,44	0,57
Confiabilidade	0,78	0,81	0,76
Variância extraída	0,58	0,66	0,53

Obs. 1: Coeficientes padronizados significativos a $p < 0,01$.

Também foram verificadas as medidas de adequação das CFAs para as três amostras, apresentadas na Tabela 4. Constata-se que, todas as medidas obtidas foram significativas, sugerindo que os modelos de medidas do construto autoestima, em todas as amostras testadas aqui, representariam as relações entre estas variáveis.

Tabela 4: Medidas de Adequação das CFAs do Construto Autoestima

Índices	Modelo de Medidas Análise da Amostra total	Modelo de Medidas Análise Grupo A	Modelo de Medidas Análise Grupo B
χ^2 (Qui-quadrado)/GL (Graus de Liberdade)	3,35	2,14	1,43
RMSEA (Raiz Quadrada Média do Erro de Aproximação)	0,08	0,08	0,05
GFI (Índice de Boa Adequação)	0,98	0,97	0,98
CFI (Índice de Adequação Comparativo)	0,96	0,97	0,98
IFI (Índice de Adequação Incremental)	0,96	0,97	0,98

5.2.2.2 Esperança

Na Tabela 5 são apresentados os valores das cargas fatoriais das CFAs do construto esperança nas amostras, com seus respectivos resultados de confiabilidade composta e variância extraída. O indicador ES1, que constava no modelo inicial, foi retirado destes modelos de medidas finais uma vez que suas cargas não resultaram em valores significativos em nenhuma das amostras, resultando os indicadores expostos na Tabela que indicam adequação da estrutura proposta, diferentes em cada amostra. Nesta análise é possível observar a heterogeneidade entre as amostras do grupo A e B, que afetaria os resultados da amostra total. Nota-se que alguns indicadores foram retirados de uma amostra por não serem significativos nela, mas tiveram bons valores em outra, como os ES2 e ES4. É possível verificar ainda, na Tabela 5, que os resultados, tanto da confiabilidade composta, quanto da variância extraída, apresentam valores superiores aos sugeridos na literatura para o grupo B, demonstrando que há consistência da medida nesta amostra, mas que denunciam valores para a variância extraída abaixo dos recomendados, nas amostras: total e do grupo A, podendo-se questionar a consistência da medida nestas amostras, apesar da confiabilidade composta ter obtido valores aceitáveis. Uma vez que as pessoas da amostra do grupo A ainda não realizaram a cirurgia plástica estética, supõe-se que ainda não teriam esperança, pois se a tivessem já teriam realizado o seu desejo, o que pode ter influenciado nos resultados.

Tabela 5: CFAs do Construto Esperança

Indicadores	Amostra Total	Grupo A	Grupo B
Esperança → ES2	0,55*	-----	0,70*
Esperança → ES3	----	-----	0,11***
Esperança → ES4	-----	0,55*	----
Esperança → ES5	0,20*	0,51*	----
Esperança → ES6	0,86*	0,54*	0,97*
Confiabilidade	0,57	0,54	0,67
Variância extraída	0,38	0,25	0,57

* Coeficientes padronizados significativos a $p < 0,01$.

** Coeficientes padronizados significativos a $p < 0,05$.

*** Coeficientes padronizados significativos a $p < 0,10$

Obs 2: valores não recomendados em negrito.

Ainda foram analisadas as medidas de adequação das CFAs para as três amostras, expostas na Tabela 6. Verifica-se que todas as medidas obtidas foram significativas, com valores acima do recomendado, com exceção do RMSEA das amostras dos grupos isoladamente, apresentando valores um pouco acima do recomendado. Consequentemente, os resultados encontrados sugerem que os modelos de medidas do construto esperança, em todas as amostras testadas, representariam as relações entre as variáveis apresentadas.

Tabela 6: Medidas de Adequação das CFAs do Construto Esperança

Índices	Modelo de Medidas Análise da Amostra total	Modelo de Medidas Análise Grupo A	Modelo de Medidas Análise Grupo B
χ^2 (Qui-quadrado)/GL (Graus de Liberdade)	3,51	4,05	4,68
RMSEA (Raiz Quadrada Média do Erro de Aproximação)	0,08	0,13	0,13
GFI (Índice de Boa Adequação)	0,99	0,99	0,99
CFI (Índice de Adequação Comparativo)	0,98	0,92	0,97
IFI (Índice de Adequação Incremental)	0,98	0,93	0,97

5.2.2.3 Expectativas

Na Tabela 7 são apresentados os valores encontrados para as cargas fatoriais das CFAs do construto expectativas em cada amostra, com seus respectivos índices de confiabilidade composta e variância extraída. O indicador EX2, que constava no modelo inicial, foi retirado destes modelos de medidas finais, pois suas cargas não resultaram em valores significativos em nenhuma das amostras, ficando os indicadores expostos na Tabela 7. Neste construto, apesar da adaptação de uma escala confiável como a de Fornell *et al.* (1996), os indicadores não conseguiram evidenciar uma boa adequação da estrutura proposta, refletido nos valores obtidos de confiabilidade composta e a variância extraída, que apresentaram estimativas aquém dos sugeridos pela literatura, apesar da confiabilidade composta para a amostra do grupo B ser aceitável. Neste caso, a consistência interna estaria comprometida, indicando uma limitação da medida.

Tabela 7: CFAs do Construto Expectativas

Indicadores	Amostra Total	Grupo A	Grupo B
Expectativa → EX1	0,22	0,65	0,29
Expectativa → EX3	0,50	----	0,44
Expectativa → EX4	0,72	0,28	0,75
Confiabilidade	0,49	0,34	0,50
Variância extraída	0,24	0,13	0,24

Obs. 1: Coeficientes padronizados significativos a $p < 0,01$.

Obs. 2: valores não recomendados em negrito.

Além das cargas fatoriais, foram analisadas as medidas de adequação das CFAs para as três amostras, apresentadas na Tabela 8. Verifica-se que todas as medidas obtidas foram significativas na amostra total, mas os valores achados de RMSEA, CFI e IFI para o grupo B, foram aquém dos recomendados como de boa adequação, embora GFI tenha se mostrado excelente. Estas observações sugerem que o modelo de medidas do construto expectativas para a amostra do grupo B, não poderia ser considerado como adequado. Porém, os resultados da amostra total e na do grupo A, indicariam que eles refletiriam as relações entre estas variáveis.

Tabela 8: Medidas de Adequação das CFAs do Construto Expectativas

Índices	Modelo de Medidas Análise da Amostra total	Modelo de Medidas Análise Grupo A	Modelo de Medidas Análise Grupo B
χ^2 (Qui-quadrado)/GL (Graus de Liberdade)	3,23	1,33	4,11
RMSEA (Raiz Quadrada Média do Erro de Aproximação)	0,04	0,04	0,12
GFI (Índice de Boa Adequação)	0,99	0,99	0,99
CFI (Índice de Adequação Comparativo)	0,93	0,96	0,79
IFI (Índice de Adequação Incremental)	0,94	0,96	0,82

5.2.2.4 Desejo

A Tabela 9 apresenta os resultados das cargas fatoriais das CFAs do construto desejo nas amostras testadas, com seus respectivos índices de confiabilidade composta e variância extraída. Todos os indicadores que constavam no modelo inicial foram mantidos nestes modelos de medidas finais, uma vez que suas cargas foram significativas nas amostras, sugerindo adequação da estrutura proposta. Ainda é possível verificar na Tabela 9, que a confiabilidade composta em todas as amostras e a variância extraída da amostra total e do grupo A, apresentam valores superiores aos recomendados na literatura, demonstrando que, para elas, há consistência da medida. O valor obtido no grupo B para a variância extraída, sugere que a consistência interna nela poderia ser questionada, apesar de ter resultados aceitáveis para a confiabilidade composta. Este resultado pode ter sido influenciado pelo desejo já realizado das pessoas que compõem este grupo.

Tabela 9: CFAs do Construto Desejo

Indicadores	Amostra Total	Grupo A	Grupo B
Desejo → D1	0,80	0,84	0,59
Desejo → D2	0,64	0,79	0,62
Desejo → D3	0,69	0,72	0,46
Confiabilidade	0,76	0,83	0,58
Variância extraída	0,62	0,74	0,30

Obs. 1: Coeficientes padronizados significativos a $p < 0,01$.

Obs. 2: valores não recomendados em negrito.

Ainda foram vistas as medidas de adequação das CFAs deste construto para as três amostras, apresentadas na Tabela 10. Constata-se que todas as medidas obtidas foram significativas, com exceção do RMSEA do grupo B, que apresentou valor um pouco superior ao recomendado. Mesmo assim, os resultados exposto indicariam que os modelos de medidas do construto desejo, em todas as amostras testadas, refletiriam as relações entre as variáveis apresentadas.

Tabela 10: Medidas de Adequação das CFAs do Construto Desejo

Índices	Modelo de Medidas Análise da Amostra total	Modelo de Medidas Análise Grupo A	Modelo de Medidas Análise Grupo B
χ^2 (Qui-quadrado)/GL (Graus de Liberdade)	2,83	2,43	4,60
RMSEA (Raiz Quadrada Média do Erro de Aproximação)	0,07	0,09	0,13
GFI (Índice de Boa Adequação)	0,99	0,99	0,99
CFI (Índice de Adequação Comparativo)	0,99	0,99	0,91
IFI (Índice de Adequação Incremental)	0,99	0,99	0,91

5.2.2.5 Ansiedade

A Tabela 11 revela os valores das cargas fatoriais das CFAs do construto ansiedade em cada amostra, com seus respectivos índices de confiabilidade composta e variância extraída. O indicador ANS3, que constava no modelo inicial, foi retirado destes modelos de medidas finais, uma vez que seus valores não foram significativos em nenhuma das amostras, resultando os indicadores expostos na Tabela que sugerem boa adequação da estrutura proposta. Ainda é possível verificar na Tabela 11 que tanto a confiabilidade composta como a variância extraída, apresentam valores superiores aos recomendados na literatura, demonstrando que, para todas as amostras estudadas, há consistência da medida.

Tabela 11: CFAs do Construto Ansiedade

Indicadores	Amostra Total	Grupo A	Grupo B
Ansiedade → Ans1	0,96	0,99	0,93
Ansiedade → Ans2	0,92	0,87	0,95
Ansiedade → Ans4	0,50	0,49	0,43
Ansiedade → Ans5	0,65	0,61	0,64
Confiabilidade	0,86	0,84	0,84
Variância extraída	0,79	0,77	0,77

Obs. 1: Coeficientes padronizados significativos a $p < 0,01$.

Também foram investigadas as medidas de adequação das CFAs nas amostras testadas, expostas na Tabela 12. Averigua-se que todas as medidas obtidas foram significativas demonstrando que os modelos de medidas do construto ansiedade, nas amostras testadas, representariam as relações entre as variáveis sugeridas. Nota-se que para o grupo B os valores de RMSEA, CFI e IFI apresentados seriam de adequação perfeita, como exposto por Hair *et al.* (2005).

Tabela 12: Medidas de Adequação das CFAs do Construto Ansiedade

Índices	Modelo de Medidas Análise da Amostra total	Modelo de Medidas Análise Grupo A	Modelo de Medidas Análise Grupo B
χ^2 (Qui-quadrado)/GL (Graus de Liberdade)	2,32	2,49	0,42
RMSEA (Raiz Quadrada Média do Erro de Aproximação)	0,06	0,09	0,00
GFI (Índice de Boa Adequação)	0,99	0,99	0,99
CFI (Índice de Adequação Comparativo)	0,99	0,99	1,00
IFI (Índice de Adequação Incremental)	0,99	0,99	1,00

5.2.2.6 Confiança no Médico

Na Tabela 13 são expostos os resultados das CFAs de 1ª e 2ª ordem do construto confiança no médico em cada amostra, com seus respectivos índices de confiabilidade composta e variância extraída. Os indicadores Cc3 de credibilidade e Ci2 de integridade, que constavam no modelo inicial, foram retirados destes modelos de medidas finais, pelos valores das suas cargas não

serem significativos em nenhum dos testes, restando os indicadores que sugerem adequação da estrutura proposta para as CFAs de 1ª ordem. Os resultados obtidos para as cargas fatoriais de 2ª ordem entre o construto confiança no médico e as variáveis latentes de 1ª ordem, credibilidade, integridade e segurança, também estão expostos na Tabela 13, e oferecem resultados significativos.

Ainda é possível verificar na Tabela 13 que, tanto a confiabilidade composta como a variância extraída, apresentam valores superiores aos recomendados na literatura em cada variável de 1ª ordem (credibilidade, integridade e segurança), nas amostras total e do grupo B, demonstrando que, para estas amostras, há consistência da medida. Na amostra do grupo A a variável credibilidade não apresentou tal consistência e, na integridade o valor da variância ficou um pouco aquém do esperado. Talvez estes resultados tenham sido influenciados pela não convivência das pessoas deste grupo com o médico, ou pela falta de confiança, uma vez que ainda não realizaram a cirurgia plástica estética. Mesmo assim, poderia se considerar o modelo de medidas da confiança no médico adequado, pela estrutura e valores apresentados de R^2 .

Tabela 13: CFAs do Construto Confiança no Médico

Indicadores e Betas	Amostra Total	Grupo A	Grupo B	
Confiança → Credibilidade	0,99	0,99	0,99	
Confiança → Integridade	0,99	0,99	0,99	
Confiança → Segurança	0,97	0,98	0,95	
Credibilidade → CC1	0,68	0,55	0,70	
Credibilidade → CC2	0,81	----	0,84	
Credibilidade → CC4	0,67	0,54	0,70	
Credibilidade → CC5	0,33	0,34	----	
Integridade → CI1	0,80	----	0,87	
Integridade → CI3	0,82	----	0,89	
Integridade → CI4	0,75	0,74	0,74	
Integridade → CI5	0,88	0,68	0,94	
Integridade → CI6	----	---	0,52	
Integridade → CI7	0,42	0,48	-----	
Segurança → CS1	0,54	0,64	0,55	
Segurança → CS2	0,86	0,73	0,86	
Segurança → CS3	0,85	0,60	0,86	
Confiabilidade	Credibilidade	0,73	0,47	0,79
	Integridade	0,86	0,67	0,90
	Segurança	0,80	0,70	0,81
Variância extraída	Credibilidade	0,55	0,18	0,68
	Integridade	0,79	0,47	0,86
	Segurança	0,71	0,50	0,73
R ²	Credibilidade	0,98	0,98	0,98
	Integridade	0,98	0,98	0,98
	Segurança	0,93	0,96	0,91

Obs. 1: Coeficientes padronizados significativos a $p < 0,01$.

Obs. 2: valores não recomendados em negrito.

Além da verificação dos carregamentos nos construtos, foram examinadas as medidas de adequação das CFAs nas três amostras, apresentadas na Tabela 14. Constata-se que todas as medidas obtidas foram significativas, com valores acima do recomendado, com exceção do RMSEA do grupo B, que ficou com pouca diferença do recomendado na literatura (de 0,08 para 0,10). Por conseguinte, os resultados encontrados implicam que os modelos de medidas do construto confiança, nas amostras testadas, representariam as relações entre as variáveis indicadas.

Tabela 14: Medidas de Adequação das CFAs do Construto Confiança no Médico

Índices	Modelo de Medidas Análise da Amostra total	Modelo de Medidas Análise Grupo A	Modelo de Medidas Análise Grupo B
χ^2 (Qui-quadrado)/GL (Graus de Liberdade)	4,04	1,11	3,29
RMSEA (Raiz Quadrada Média do Erro de Aproximação)	0,04	0,03	0,10
GFI (Índice de Boa Adequação)	0,91	0,97	0,90
CFI (Índice de Adequação Comparativo)	0,94	0,99	0,94
IFI (Índice de Adequação Incremental)	0,94	0,99	0,94

5.2.2.7 Risco Percebido

Na Tabela 15 destacam-se os resultados das cargas fatoriais das CFAs do construto risco percebido nas amostras, com seus respectivos índices de confiabilidade composta e variância extraída. O indicador R1, que constava no modelo inicial, foi retirado destes modelos de medidas finais, visto que os valores obtidos não eram significativos em nenhuma das amostras, resultando os indicadores que insinuam adequação da estrutura proposta. Ainda é possível examinar na Tabela 15, que os valores de confiabilidade composta foram dentro dos recomendados na literatura, mas que os da variância extraída da amostra total e na do grupo A, ficaram aquém do esperado. No entanto, para os valores apresentados no grupo B, poder-se-ia inferir que há boa consistência da medida nesta amostra.

Tabela 15: CFAs do Construto Risco Percebido

Indicadores	Amostra Total	Grupo A	Grupo B
Risco → R2	----	0,51	
Risco → R3	0,42	----	
Risco → R4	0,87	0,56	0,87
Risco → R5	0,57	0,72	0,65
Confiabilidade	0,67	0,63	0,74
Variância extraída	0,48	0,38	0,63

Obs. 1: Coeficientes padronizados significativos a $p < 0,01$.

Obs. 2: valores não recomendados em negrito.

Foram averiguadas, também, as medidas de adequação das CFAs do construto risco percebido nas três amostras, apresentadas na Tabela 16. Verifica-se que todos os valores das medidas foram acima do recomendado, com exceção do RMSEA na amostra total e na do grupo A, que apresentaram valores superiores ao esperado. Porém, diante dos valores alcançados, pode-se sugerir que os modelos de medidas do construto risco percebido, nas amostras testadas, refletiriam as relações entre as variáveis.

Tabela 16: Medidas de Adequação das CFAs do Construto Risco Percebido

Índices	Modelo de Medidas Análise da Amostra total	Modelo de Medidas Análise Grupo A	Modelo de Medidas Análise Grupo B
χ^2 (Qui-quadrado)/GL (Graus de Liberdade)	5,92	5,59	1,94
RMSEA (Raiz Quadrada Média do Erro de Aproximação)	0,11	0,16	0,07
GFI (Índice de Boa Adequação)	0,99	0,98	0,99
CFI (Índice de Adequação Comparativo)	0,97	0,92	0,98
IFI (Índice de Adequação Incremental)	0,97	0,93	0,98

5.2.2.8 Influência de Amigos(as) e Parentes

Na Tabela 17 são apresentados os resultados das cargas fatoriais das CFAs do construto influência de amigos(as) e parentes em cada amostra, com seus respectivos índices de confiabilidade composta e variância extraída. O indicador IF1, que constava no modelo inicial, foi retirado destes modelos de medidas finais, uma vez que seus carregamentos não foram significativos em nenhuma das amostras, restando os indicadores que se supõe ser adequados à estrutura estudada. Na Tabela 17 também é possível analisar que a confiabilidade composta em todas as amostras apresenta valores aceitáveis na literatura, mas que a variância extraída oferece resultados que não se mostraram adequados às amostras. Com isso, a consistência da medida precisaria ser analisada em outras amostras para validar as medidas deste construto.

Tabela 17: CFAs do Construto Influência de Amigos(as) e Parentes

Indicadores	Amostra Total	Grupo A	Grupo B
Influência → IF2	0,76*	0,59*	0,51*
Influência → IF3	0,42*	0,19**	0,43*
Influência → IF4	0,46*	0,94*	0,64*
Confiabilidade	0,57	0,63	0,54
Variância extraída	0,32	0,48	0,25

* Coeficientes padronizados significativos a $p < 0,01$.

** Coeficientes padronizados significativos a $p < 0,05$.

*** Coeficientes padronizados significativos a $p < 0,10$

Obs. 2: valores não recomendados em negrito.

Porém, ao se investigar as medidas de adequação das CFAs nas três amostras apresentadas na Tabela 18, aponta-se para medidas bem significativas, com exceção do RMSEA do grupo A, que apresentou valor superior ao recomendado. Os resultados achados demonstrariam que os modelos de medidas do construto influência de amigos(as) e parentes, em todas as amostras testadas, refletiriam as relações entre as variáveis sugeridas.

Tabela 18: Medidas de Adequação das CFAs do Construto Influência de Amigos(as) e Parentes

Índices	Modelo de Medidas Análise da Amostra total	Modelo de Medidas Análise Grupo A	Modelo de Medidas Análise Grupo B
χ^2 (Qui-quadrado)/GL (Graus de Liberdade)	1,92	7,03	1,73
RMSEA (Raiz Quadrada Média do Erro de Aproximação)	0,05	0,18	0,06
GFI (Índice de Boa Adequação)	0,99	0,98	0,99
CFI (Índice de Adequação Comparativo)	0,99	0,92	0,98
IFI (Índice de Adequação Incremental)	0,99	0,92	0,98

5.2.2.9 Satisfação

A Tabela 19 revela os resultados das cargas fatoriais das CFAs do construto satisfação nas amostras estudadas, com seus respectivos índices de confiabilidade composta e variância extraída. O indicador SA6, que constava no modelo inicial, foi retirado dos modelos de medidas finais, uma vez que suas cargas não obtiveram valores significativos em nenhuma

das amostras, resultando os indicadores que se mostraram adequados à estrutura sugerida para cada uma delas. Ainda é possível verificar na Tabela 19 que, tanto a confiabilidade composta como a variância extraída, tem valores superiores aos recomendados na literatura, principalmente no grupo B, demonstrando que, para todas as amostras estudadas, há consistência da medida. Os valores mais elevados expostos no grupo B poderiam ser reflexos do grande número de clientes satisfeitos com a cirurgia plástica estética, como levantado no estudo de Sarwer *et al.* (2008).

Tabela 19: CFAs do Construto Satisfação

Indicadores	Amostra Total	Grupo A	Grupo B
Satisfação → SA1	-----	0,45	----
Satisfação → SA2	0,66	0,52	0,81
Satisfação → SA3	0,74	0,65	0,86
Satisfação → SA4	0,51	0,52	-----
Satisfação → SA5	0,63	0,69	0,65
Satisfação → SA7	0,81	0,76	0,76
Confiabilidade	0,81	0,77	0,85
Variância extraída	0,66	0,56	0,78

Obs. 1: Coeficientes padronizados significativos a $p < 0,01$.

Obs. 2: valores não recomendados em negrito.

Ainda foram analisadas as medidas de adequação das CFAs nas três amostras testadas, apresentadas na Tabela 20. Os valores encontrados em todas as medidas mostraram-se significativos, com exceção do RMSEA do grupo B, que apresentou índice diferente do recomendado. Porém, isto não invalidaria a implicação que estes modelos de medidas do construto satisfação, em todas as amostras testadas, refletiriam as relações entre as variáveis testadas na tese.

Tabela 20: Medidas de Adequação das CFAs do Construto Satisfação

Índices	Modelo de Medidas Análise da Amostra total	Modelo de Medidas Análise Grupo A	Modelo de Medidas Análise Grupo B
χ^2 (Qui-quadrado)/GL (Graus de Liberdade)	3,85	2,17	5,94
RMSEA (Raiz Quadrada Média do Erro de Aproximação)	0,08	0,08	0,27
GFI (Índice de Boa Adequação)	0,98	0,96	0,94
CFI (Índice de Adequação Comparativo)	0,98	0,95	0,92
IFI (Índice de Adequação Incremental)	0,98	0,96	0,92

Os modelos de medidas formados a partir da literatura pesquisada, não se mostraram muito fortes quando analisados isoladamente na tese, devendo ser reavaliados e testados em outras amostras ou com a interrelações com outras variáveis, como no caso desta tese. Observa-se que os resultados achados nesta seção não invalidam os diagnósticos posteriores, mas acrescentam informações que podem ajudar a enriquecer outros estudos, na medida em que as melhorias na consistência das medidas na formação de escalas podem favorecer a operacionalização destes construtos em diferentes tipos de amostras.

5.2.3 Elaboração do Modelo Estrutural Inicial proposto para Análise

Após a análise individual dos construtos foi realizada a avaliação dos modelos estruturais. Segundo Hair *et al.* (2005, p. 475; 1998, p. 592), para garantir que os modelos estejam corretamente especificados e que o resultado seja válido, utiliza-se de um processo de 7 estágios, a saber: (1) desenvolvimento de um modelo teoricamente suportado, avaliando a estratégia de modelagem e especificação do modelo; (2) construção do diagrama de caminhos, com a definição dos construtos exógenos e endógenos³, e a relação dos conceitos no diagrama; (3) conversão do diagrama de caminhos, em equações do modelo estrutural, equações do modelo de medidas e identificação da correlação dos conceitos; (4) escolha da matriz de análise, de acordo com as premissas do SEM, no caso da utilização do Prelis, e estimação do modelo; (5) análise de identificação do modelo, com a determinação dos graus de liberdade, e diagnóstico e solução dos problemas de identificação; (6) avaliação das

³ Construtos exógenos são os ETAs (η) e os endógenos são os Ksis (ξ), sendo os primeiros dependentes do segundo (KLINE, 2005).

estimativas do modelo e das medidas de adequação, analisando as cargas fatoriais, os índices de adequação do modelo de medidas e do estrutural, e adequação do modelo estrutural; e (7) análise e interpretação do modelo, de acordo com os índices de modificação, análise dos resíduos, identificação das mudanças potenciais do modelo, e, se necessário, alteração teoricamente justificada do modelo ou pelos resultados de observações ou pesquisas do comportamento do consumidor para melhoria do mesmo. O objetivo principal deve ser o de responder a questionamentos, como por exemplo, se as relações da teoria foram comprovadas estatisticamente e se modelos alternativos formam hipóteses a serem testadas (BREI e NETO, 2006; KLINE, 2005). Neste processo, o sistema é continuamente realimentado até que a solução final se estabilize, com base na literatura.

Deste modo, para os estágios (1) e (2), se encontram no Anexo 6 o diagrama de caminhos do modelo de hipóteses referente ao modelo inicial proposto para a presente tese, e nos Quadros apresentados na seção 4.3.2, os indicadores com as suas referidas codificações para identificação melhor no modelo. As equações e matrizes testadas inicialmente foram verificadas diretamente no software utilizado. Este é o estágio (3) do processo sugerido por Hair *et al.* (1998). Nota-se que o modelo proposto tem mais variáveis observáveis e latentes que a média dos sugeridos na literatura de marketing, caracterizando-o como um modelo complexo (BAUMGARTNER e HOMBURG, 1996)

Seguindo para o quarto estágio do processo sugerido por Hair *et al.* (1998), escolhe-se a matriz a ser analisada. Como o software utilizado para a análise foi o AMOS 7.0, que trabalha com a base de dados gerada pelo software SPSS, não foi necessária esta escolha. Vale lembrar que no questionário disponibilizado no site, as respostas referentes aos indicadores do modelo eram obrigatórias e, portanto, no tratamento das respostas não foi preciso descartar pessoas da amostra, pois os dados não continham “*missing values*”⁴. Para estimação, como explicado no Capítulo anterior, utilizou-se a *Maximum Likelihood* (ML).

Passa-se para o estágio (5) do processo, que analisa a identificação do modelo. Para este cálculo necessita-se dos parâmetros e dos graus de liberdade do modelo, também obtidos no AMOS 7.0, sendo o modelo proposto super identificado, demonstrando que existe liberdade

⁴ Os *missing values*, ou *missing data*, podem ter profundo efeito no cálculo da matriz de dados a ser gerada para análise e deve-se ter habilidade para usá-los no processo de estimação (HAIR *et al.*, 1998, p. 603).

para encontrar a solução no programa, uma vez que os graus de liberdade são positivos (HAIR *et al.*, 1998, p. 609).

Os estágios (6) e (7) do processo sugerido por Hair *et al.* (1998), são avaliados e apresentados conjuntamente, nas seções a seguir. Da mesma forma que as averiguações efetuadas nos modelos de medidas, tanto o modelo estrutural inicial proposto na tese quanto o alternativo, baseado nas proposições dos grupos focais, foram analisados com a base de dados da amostra total, com 384 casos, e cada uma delas separadamente, sendo 177 casos referentes ao grupo A e 207 do grupo B.

5.2.4 Avaliação dos Resultados e Modificação do Modelo Estrutural Inicial na Amostra Total

Através do software AMOS 7.0, foram estimados simultaneamente os modelos estrutural e de medidas, usando-se a ML, de acordo com o diagrama de caminhos apresentado no Anexo 7. A estimação do SEM visa atender os objetivos da pesquisa, tendo-se como foco as relações entre as variáveis (γ e β) e a estabilidade do modelo, através das medidas de adequação em cada modelo. Não foram utilizados os resultados obtidos nas análises dos construtos isoladamente porque as interrelações entre as variáveis alteravam significativamente os efeitos, adotando-se o modelo completo com todas as variáveis observáveis propostas inicialmente.

Assim, primeiramente, utilizou-se para análise a amostra total do estudo, para se obter um modelo que pudesse ter abrangência para os consumidores de cirurgia plástica estética, incluindo os efetivos e em potencial.

Diante da avaliação das medidas de adequação do modelo, coeficientes de γ e β , cargas dos indicadores e dos índices de modificação, o modelo foi alterado na tentativa de obter melhor ajustamento. Os índices de modificação são calculados para cada relação possível que não foi estimada no modelo especificado (HAIR *et al.*, 1998, p. 581), podendo indicar relações entre os construtos endógenos e exógenos, além de carregamento de indicadores em outros construtos, o que não foi utilizado aqui. O objetivo foi verificar se havia um modelo com as relações propostas no estudo que fosse significativo. Assim, não se acrescentou nenhum outro caminho entre os construtos nem indicadores com outras variáveis latentes.

Pela avaliação das magnitudes e significâncias estatísticas dos coeficientes de regressão, cargas fatoriais padronizadas nos indicadores e dos erros de mensuração neles, foram retiradas do modelo inicial, as variáveis observáveis: AE1, AE4, AE10, Es1, Es3, Es4, Ex2, Ans3, Cc3, Ci2, Ci6, Ci7, Cs1, R1, R2, If1, Sa1, Sa4 e Sa5. Além disso, foram acrescentadas correlações entre os erros de alguns indicadores dentro de um mesmo construto. Este novo modelo com as alterações realizadas foi chamado de Modelo Inicial Revisto 1, ou Inicial R1. As comparações dos resultados obtidos para os dois modelos estão nas Tabelas 21 e 22, e os indicadores utilizados em cada um dos modelos com seus devidos carregamentos estão no Anexo 8.

Tabela 21: Comparação dos Resultados das Medidas de Adequação dos Modelos Inicial e Inicial R1 – Amostra Total.

Índices	Modelo	Modelo Inicial
	Inicial	R1
χ^2 (Qui-quadrado)/GL (Grau de Liberdade)	2,51	1,79
GL (Graus de Liberdade)	1639	705
RMSEA (Raiz Quadrada Média do Erro de Aproximação)	0,06	0,05
ECVI (Índice Esperado de Validação Cruzada)	11,40 (9,24)	3,90 (4,28)
GFI (Índice de Boa Adequação)	0,72	0,86
AGFI (GFI Ajustado pelos Graus de Liberdade)	0,69	0,84
PGFI (GFI Ajustado pela Parcimônia)	0,66	0,74
CFI (Índice de Adequação Comparativo)	0,72	0,91
IFI (Índice de Adequação Incremental)	0,72	0,91
RFI (Índice de Adequação Relativa)	0,59	0,80

As alterações proporcionaram uma melhoria significativa nas magnitudes das medidas de adequação, embora alguns permanecessem um pouco abaixo do recomendado. De acordo com as recomendações de diversos autores, o modelo inicial R1 se mostrou mais adequado aos dados, uma vez que o χ^2 /GL, CFI, IFI e RMSEA obtiveram índices com valores acima do recomendado; e GFI e AGFI dentro dos padrões de estudos no Brasil (BREI e NETO, 2006). Demonstra-se com isso que o modelo inicial R1 é confirmado pelos dados desta amostra.

Na avaliação das hipóteses propostas, as modificações permitiram uma melhoria dos coeficientes de regressão padronizados e suas significâncias estatísticas, porém três delas ainda permaneceram não significativas, sendo rejeitadas.

Tabela 22 Comparação dos Resultados dos Modelos Inicial e Inicial R1 – Amostra Total.

HIPÓTESES TESTADAS	γ E β	Modelo Inicial	Modelo Inicial R1	Resultado para o Modelo Inicial R1
H1: Esperança → Satisfação.	β_{72}	0,89^{ns}	0,99 [*]	Não Rejeitada
H2: Esperança → Confiança	β_{62}	-0,05^{ns}	-0,09^{ns}	Rejeitada
H3: Desejo → Esperança	β_{21}	0,80^{ns}	0,78 [*]	Não Rejeitada
H4: Esperança → Expectativas,	β_{52}	0,70^{ns}	0,64 ^{**}	Não Rejeitada
H5: Esperança → Ansiedade.	β_{42}	-0,06^{ns}	-0,23 ^{***}	Não Rejeitada
H6: Risco percebido → Ansiedade.	β_{43}	0,38^{ns}	0,30 ^{**}	Não Rejeitada
H7: Esperança → Risco percebido.	β_{32}	-0,75^{ns}	-0,75 [*]	Não Rejeitada
H8: Ansiedade → Satisfação.	β_{74}	-0,02^{ns}	-0,04^{ns}	Rejeitada
H9: Expectativas → Satisfação.	β_{75}	-0,14^{ns}	-0,16^{ns}	Rejeitada
H10: Confiança → Satisfação	β_{76}	0,42 [*]	0,23 [*]	Não Rejeitada
H11: Autoestima → Desejo	γ_{11}	0,20 [*]	0,12 ^{***}	Não Rejeitada
H12: Influência de amigos(as) e parentes → Esperança	γ_{22}	0,03^{ns}	-0,17 [*]	Não Rejeitada
Construtos Principais – Valores de R ²				
Esperança		0,63	0,64	
Satisfação		0,80	0,81	

* Coeficientes padronizados significativos a $p < 0,01$.

** Coeficientes padronizados significativos a $p < 0,05$.

*** Coeficientes padronizados significativos a $p < 0,10$

(ns) Coeficientes não significativos em negrito

A Tabela 22 revela resultados que validariam, nesta amostra, algumas formulações teóricas de autores estudados. Em relação às hipóteses não rejeitadas “H1: A esperança do cliente impacta na sua satisfação”, “H3: O desejo é um construto independente e antecedente da esperança do cliente”, “H4: A esperança do cliente influencia nas suas expectativas, sendo construtos distintos” e “H7: A esperança é um construto presente no comportamento do consumidor de cirurgia plástica estética influenciando diretamente o risco percebido”, os coeficientes foram significativos, confirmando proposições de outros estudos (por exemplo: ROSSITER e FOXAL, 2008; VANZELLOTTI, 2008^a; MACINNIS e CHUN, 2007; WALKER, 2006; MELLO e MACINNIS, 2005; BELK, GER e ASKEGAARD, 2003; MACINNIS e MELLO, 2001; SNYDER, 1995). Em relação a H7, o valor inverso confirma que quando a esperança eleva até 1,00 o risco percebido diminui em 0,75, minimizando esta

percepção. A confirmação desta hipótese deve ser levada em consideração pelos estudiosos da área pelas consequências que poderiam advir desta relação.

A hipótese “H2: A esperança influencia a confiança do cliente no médico” foi rejeitada em ambos os modelos não sendo significativa. Esta hipótese não confirma a relação entre estes construtos para esta amostra, diferente do sugerido por alguns autores (MACINNIS e CHUN, 2007; MELLO, MACINNIS e STEWART, 2007), mas, de acordo com alguns relatos dos grupos focais. Como esta hipótese ainda não havia sido ratificada por outro estudo, fica a ressalva da necessidade de estudos mais aprofundados.

Ainda em relação ao construto esperança, a hipótese “H5: A esperança impacta para diminuir a ansiedade” se verifica com 90% de probabilidade do coeficiente beta ser diferente de zero, confirmando proposições que a esperança amenizaria os efeitos negativos da ansiedade (VIEIRA, 2008; MACINNIS e MELLO, 2001 e 2005). O mesmo ocorreu com a “H12: A influência de amigos(as) e parentes impacta na esperança do consumidor de cirurgia plástica estética”, que obteve coeficiente significativo e inverso, demonstrando que quanto maior a influência de amigos(as) e parentes menor seria a esperança em realizar a cirurgia. Este fato pode ser verificado nos relatos dos grupos focais, uma vez que diversas participantes levantaram que “todos diziam para não fazer” e “meu pai não acreditou que eu iria fazer”, por exemplo, mas que insistiram nas suas metas. Quando esta influência é negativa não implica que afetaria a esperança em alcançar a meta, pelo contrário, haveria a necessidade de comprovar que seria capaz de chegar a ela.

Em relação à ansiedade, a não rejeição da hipótese “H6: O risco percebido com uma cirurgia plástica estética afetaria diretamente a ansiedade do cliente” leva a implicação de que, quanto maior a percepção do cliente de cirurgia plástica estética em relação ao risco, maior será a sua ansiedade, como exposto por diversos autores em outros contextos (MITCHELL e HARRIS, 2005; REISINGER e MAVONDO, 2005; CHANDRAN e MENON, 2004; BOVENS, 1999). Já a hipótese “H8: A ansiedade do cliente influenciaria na satisfação” foi rejeitada, devendo ser reavaliada esta proposição teórica sugerida por Johnson, Sivadas e Garbarino (2008) e Abe, Bagozzi e Sadarangani (1996) confirmada em outros estudos.

Proposições sobre as relações diretas das expectativas e da confiança como antecedentes da satisfação, comuns na literatura, também foram testadas (por exemplo: BIGNE e BLESÁ,

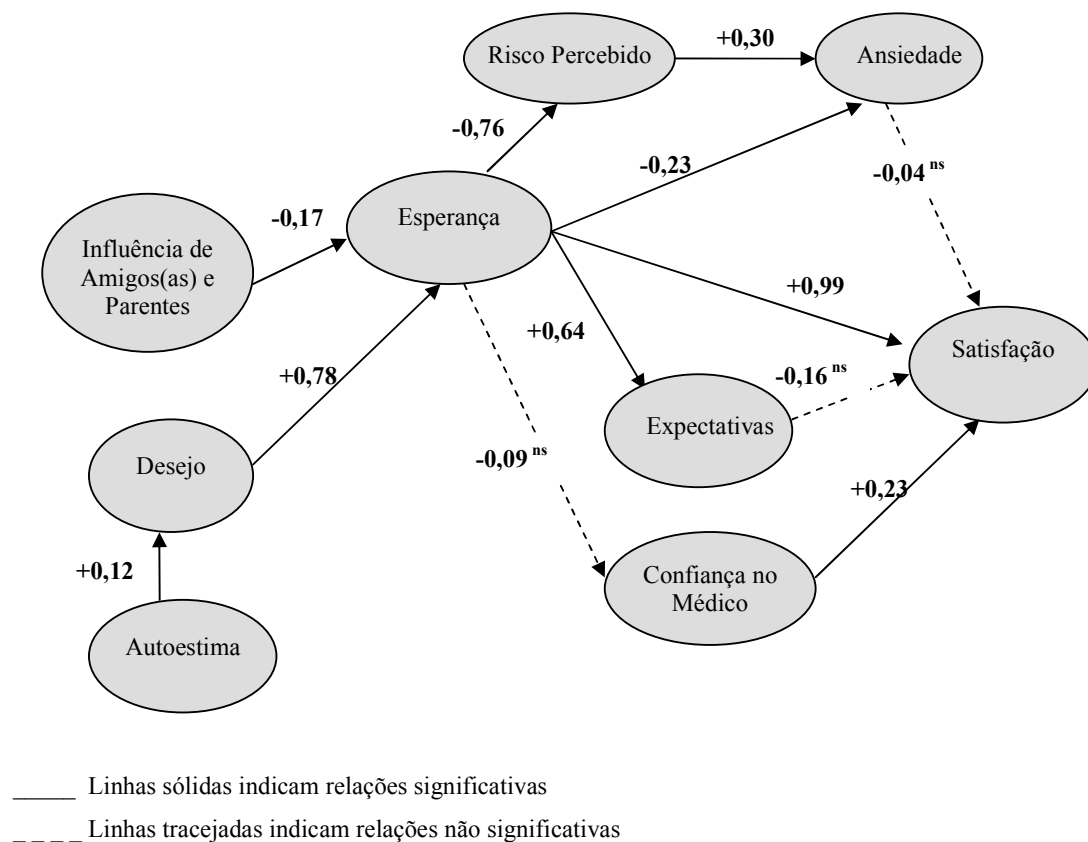
2003; GRÖNLUND, 2002; CROSBY, EVANS e COWLES, 1990). A hipótese “H9: As expectativas do cliente, influenciadas pela esperança, impactam na sua satisfação” foi rejeitada e “H10: A confiança no médico influencia na satisfação com o resultado” não foi rejeitada. A influência indireta da esperança na relação talvez tenha interferido nos resultados, uma vez que as expectativas poderiam se confundir com a esperança e até mesmo com o risco (VIEIRA, 2008).

A última hipótese a ser comentada é a “H11: A baixa autoestima leva ao desejo de consumo da cirurgia plástica estética”, que não foi rejeitada a nível significativo com 90% de probabilidade de o coeficiente beta ser diferente de zero, como sugerido pelos especialistas da área de cirurgia plástica e pela literatura (ABCP, 2008; AMORIN, 2007, ASKEGAARD, GERTSEN e LANGER, 2002).

Ainda analisando-se o final da Tabela 22, verifica-se que o modelo permite a explicação de 81% da variância observada no construto satisfação ($R^2=0,81$) e 64% na esperança ($R^2=0,64$). Estes resultados não podem ser comparados com valores obtidos em outros modelos, sobretudo em relação à esperança, por não existirem estudos similares à amostra e complexidade apresentadas na tese, principalmente pelas hipóteses que ainda não haviam sido testadas anteriormente. Existem insuficientes estudos publicados que os pesquisadores informam o R^2 , como constatados por Brei e Neto (2006) e Baumgartner e Homburg (1996), e os poucos que relatam o da satisfação, sem os efeitos propostos aqui, variam de 33% até 67% (por exemplo, BAPTISTA, 2005; WESTBROOK e OLIVER, 1991), sendo que muitos deles não consideram a interrelações entre os construtos, sendo resultados de modelos de regressão múltipla. Assim, poder-se-ia explicar que a variância do erro satisfação é de aproximadamente 19% da variância do construto em si e da esperança 36% neste modelo testado. Isto significa que, a proporção destes construtos que estão sendo explicados no modelo é maior que 50%, permitindo que, mesmo um modelo complexo como o sugerido nesta tese, contribua para novos estudos.

Na Figura 5 são apresentados os resultados do modelo inicial R1 com seus respectivos coeficientes padronizados.

Figura 5: Modelo Inicial R1 na Amostra Total



5.2.5 Avaliação dos Resultados e Modificação do Modelo Estrutural Inicial nas Amostras A e B.

Após a análise com a amostra total do estudo, o modelo inicial foi testado em cada uma delas separadamente, no grupo A e B. Da mesma forma que na avaliação dos modelos de medidas, nos modelos estruturais não foi utilizada a análise de multigrupos pelas disparidades dos resultados entre os grupos amostrais, sendo necessária uma avaliação e reespecificação individual.

Portanto, partiu-se para análise em cada amostra das medidas de adequação dos modelos, estimativas entre os construtos, cargas dos indicadores e dos índices de modificação os modelos, de maneira a alterá-los na tentativa de obter melhor ajustamento. O objetivo neste momento era verificar se havia um modelo com as relações propostas no estudo que fosse significativo em cada amostra, igual a total ou não. Da mesma forma que o procedimento

adotado para a amostra como um todo, não foi acrescentado nenhum outro caminho entre os construtos nem indicadores com outras variáveis latentes, mesmo que isso significasse um modelo que não tivesse boa adequação.

Em decorrência dos valores encontrados nas cargas fatoriais padronizadas, das significâncias estatísticas dos coeficientes de regressão e nos erros de medidas dos indicadores, foram retiradas do modelo inicial as variáveis observáveis: AE4, AE10, Es3, Es5, Ex2, Ans3, Cc3, Ci1, R1, SA4 e SA6 em ambos os grupos, além de AE1, AE8, AE9, Es1, Es6, Ex1, Ans4, Cc2, Ci2, Ci6 e If3 no grupo A e AE3, Es4, D1, Cc5, Ci7, Cs1, R3, If1 e Sa1 no grupo B. Além disso, foram acrescentadas correlações distintas entre os erros de alguns indicadores dentro de um mesmo construto nos modelos de cada grupo. Os novos modelos com as alterações realizadas foram chamados de Modelo Inicial Revisto 1 do Grupo A e B, ou Inicial R1-A e R1-B, respectivamente. Os resultados obtidos para os dois grupos estão nas Tabelas 23 e 24, e variáveis observáveis utilizadas nos modelos com seus devidos carregamentos no Anexo 8.

Tabela 23: Resultados das Medidas de Adequação do Modelo Inicial Revisto 1 dos Grupos A e B.

Índices	Amostra Grupo A	Amostra Grupo B
	Modelo Inicial R1-A	Modelo Inicial R1-B
χ^2 (Qui-quadrado)/GL (Grau de Liberdade)	1,44	1,54
GL (Graus de Liberdade)	585	661
RMSEA (Raiz Quadrada Média do Erro de Aproximação)	0,05	0,05
ECVI (Índice Esperado de Validação Cruzada)	6,14 (7,99)	6,09 (7,57)
GFI (Índice de Boa Adequação)	0,80	0,81
AGFI (GFI Ajustado pelos Graus de Liberdade)	0,76	0,77
PGFI (GFI Ajustado pela Parcimônia)	0,66	0,68
CFI (Índice de Adequação Comparativo)	0,87	0,90
IFI (Índice de Adequação Incremental)	0,88	0,90
RFI (Índice de Adequação Relativa)	0,64	0,73

As modificações implementaram uma melhoria nos valores iniciais das medidas de adequação em ambos os grupos, mas não conseguiram produzir resultados que se possa afirmar que representariam as relações entre as variáveis no grupo A, com valores inferiores ao

recomendado na literatura para GFI, AGFI, CFI, IFI e RFI. Pela análise do χ^2/GL e de RMSEA ambos os modelos têm resultados de acordo com critérios internacionais. No grupo B os índices GFI, AGFI e RFI apresentaram valores um pouco abaixo do sugerido, mas outros índices importantes, como CFI e IFI, obtiveram valores de acordo com o recomendado (BREI e NETO, 2006; BAUMGARTNER e HOMBURG, 1996). O modelo inicial revisto 1 de cada grupo foi o que se mostrou mais adequado aos dados.

Tabela 24: Resultados dos Modelos Iniciais Revistos – Grupos A e B

HIPÓTESES TESTADAS	γ E β	Amostra	Resultados	Amostra	Resultados
		Grupo A	Grupo A	Grupo B	Grupo B
		Modelo	para o	Modelo	para o
		Inicial	Modelo	Inicial	Modelo
		R1-A	R1-A	R1-B	R1-B
H1: Esperança → Satisfação.	β_{72}	0,79^{ns}	Rejeitada	0,20 ^{**}	Não Rejeitada
H2: Esperança → Confiança	β_{62}	0,18^{ns}	Rejeitada	-0,04^{ns}	Rejeitada
H3: Desejo → Esperança	β_{21}	0,76 [*]	Não Rejeitada	0,84 [*]	Não Rejeitada
H4: Esperança → Expectativas,	β_{52}	0,99 ^{***}	Não Rejeitada	0,40 ^{***}	Não Rejeitada
H5: Esperança → Ansiedade.	β_{42}	-0,25^{ns}	Rejeitada	0,22^{ns}	Rejeitada
H6: Risco percebido → Ansiedade.	β_{43}	0,16^{ns}	Rejeitada	0,73 ^{**}	Não Rejeitada
H7: Esperança → Risco percebido.	β_{32}	-0,73 ^{**}	Não Rejeitada	-0,29 ^{***}	Não Rejeitada
H8: Ansiedade → Satisfação.	β_{74}	0,16 ^{***}	Não Rejeitada	0,03^{ns}	Rejeitada
H9: Expectativas → Satisfação.	β_{75}	0,14^{ns}	Rejeitada	0,10^{ns}	Rejeitada
H10: Confiança → Satisfação	β_{76}	-0,06^{ns}	Rejeitada	0,77 [*]	Não Rejeitada
H11: Autoestima → Desejo	γ_{11}	0,18 ^{**}	Não Rejeitada	0,44 [*]	Não Rejeitada
H12: Influência de amigos(as) e parentes → Esperança	γ_{22}	-0,02^{ns}	Rejeitada	-0,14^{ns}	Rejeitada
Construtos Principais – Valores de R ²					
Esperança			0,57		0,72
Satisfação			0,77		0,65

* Coeficientes padronizados significativos a $p < 0,01$.

** Coeficientes padronizados significativos a $p < 0,05$.

*** Coeficientes padronizados significativos a $p < 0,10$

(ns) Coeficientes não significativos em negrito

Na avaliação das hipóteses propostas na tese, as mudanças permitiram uma melhoria das magnitudes dos coeficientes de regressão padronizados, mas várias hipóteses não se confirmaram. Na Tabela 24 é possível verificar que esta rejeição foi distinta para cada grupo

amostral, demonstrando a diferença entre grupos, o que pode ter influenciado alguns resultados analisados da amostra total, de acordo com o peso de cada uma. Quatro hipóteses foram rejeitadas em ambos os grupos e quatro não, como exposto a seguir.

Ainda constata-se resultados que validariam, em ambas as amostras, formulações teóricas de alguns autores estudados. Em relação às hipóteses relacionadas à esperança “H3: O desejo é um construto independente e antecedente da esperança do cliente”, “H4: A esperança do cliente influencia nas suas expectativas, sendo construtos distintos” e “H7: A esperança é um construto presente no comportamento do consumidor de cirurgia plástica estética influenciando diretamente o risco percebido” não foram rejeitadas, confirmando proposições de outros estudos e de acordo com a análise da amostra total (por exemplo: ROSSITER e FOXAL, 2008; VANZELLOTTI, 2008a; MACINNIS e CHUN, 2007; WALKER, 2006; MELLO e MACINNIS, 2005; BELK, GER e ASKEGAARD, 2003; MACINNIS e MELLO, 2001; SNYDER, 1995). Observa-se que H4 e H7 na amostra do grupo A apresentaram coeficientes com magnitudes mais elevadas que do grupo B, demonstrando, mas com níveis de significância similares. Em relação a H7, o valor inverso do coeficiente padronizado confirma que, quanto maior a esperança menor é o risco percebido.

Há uniformidade em outras análises como a hipótese “H2: A esperança influencia a confiança do cliente no médico” que foi rejeitada em ambas as amostras, da mesma forma que na amostra total. Esta hipótese não confirma a relação entre os construtos esperança e confiança no médico, como sugerido por alguns autores (por exemplo: MACINNIS e CHUN, 2007; MELLO, MACINNIS e STEWART, 2007). A hipótese “H12: A influência de amigos(as) e parentes impacta na esperança do consumidor de cirurgia plástica estética” também obteve resultado similar, sendo rejeitada em ambos os grupos, diferente dos achados na amostra total. Este resultado não comprova as proposições apresentadas pela literatura de marketing nem das suposições oriundas dos grupos focais (MOWEN e MINOR, 2003; SOLOMON, 2002; KOTLER e KELLER, 2006). Também foi rejeitada em ambas as amostras, a hipótese “H5: A esperança impacta para diminuir a ansiedade” não ratificando que a esperança amenizaria os efeitos negativos da ansiedade, estando em discordância com a teoria estudada (VIEIRA, 2008; MACINNIS e MELLO, 2001 e 2005).

A avaliação da hipótese “H1: A esperança do cliente impacta na sua satisfação”, relacionada ao construto esperança, apresenta diferença entre os grupos amostrais, sendo rejeitada no

grupo A e não rejeitada para o grupo B, apoiando conjecturas teóricas somente no segundo grupo (por exemplo: MACINNIS e CHUN, 2007; WALKER, 2006).

A diferença entre os grupos amostrais ainda é notada em relação às hipóteses envolvendo a ansiedade, que “H6: O risco percebido com uma cirurgia plástica estética afetaria diretamente a ansiedade do cliente” foi rejeitada no grupo A e não rejeitada no B; e “H8: A ansiedade do cliente influenciaria na satisfação” não rejeitada no grupo A e rejeitada no B. Isso significa que, quanto maior a percepção do cliente de cirurgia plástica estética em relação ao risco, maior será a sua ansiedade, somente entendido pelas pessoas que já a realizaram, como exposto por diversos autores em outros contextos (MITCHELL e HARRIS, 2005; REISINGER e MAVONDO, 2005; CHANDRAN e MENON, 2004; BOVENS, 1999). Em relação a H8, quanto maior a ansiedade, maior seria a satisfação somente para as pessoas que têm a intenção de realizar uma cirurgia plástica estética, conforme sugerido pela literatura em situações diferentes (JOHNSON, SIVADAS e GARBARINO, 2008; ABE, BAGOZZI e SADARANGANI, 1996).

Suposições teóricas das relações diretas das expectativas e da confiança como antecedentes da satisfação, comuns na literatura de marketing, não se confirmaram na totalidade. A hipótese “H9: As expectativas do cliente, influenciadas pela esperança, impactam na sua satisfação” foi rejeitada em ambos os grupos e “H10: A confiança no médico influencia na satisfação com o resultado” não foi rejeitada no grupo B. O comportamento das magnitudes dos resultados e dos sinais na H10 demonstra, mais uma vez, o comportamento diferente dos grupos, se confirmando para o grupo B que, quanto maior a confiança no médico, maior seria a satisfação com o resultado. A rejeição de H9 em ambas as amostras, da mesma forma que na amostra total, demonstra que as expectativas deste público podem ser diferentes das apontadas neste estudo, não corroborando a teoria estudada e explorações nos grupos focais (por exemplo: BIGNE e BLESÁ, 2003; GRÖNLUND, 2002; CROSBY, EVANS e COWLES, 1990).

Em relação ao papel da autoestima no modelo, a hipótese “H11: A baixa autoestima leva ao desejo de consumo da cirurgia plástica estética” se confirmou em ambos os grupos em níveis significativos, não sendo rejeitada. No grupo B o impacto seria maior, verificando-se as proposições de especialistas da área de cirurgia plástica, da literatura e suposições levantadas

nos grupos focais (ABCP, 2008; AMORIN, 2007, ASKEGAARD, GERTSEN e LANGER, 2002).

Na Tabela 24 examina-se ainda que os modelos permitem a explicação de 77% e 65% da variância observada no construto satisfação ($R^2=0,77$ e $0,65$) e 57% e 72% na esperança ($R^2=0,57$ e $0,72$), para os grupos A e B respectivamente, sendo superiores aos poucos valores apresentados na literatura, como exposto na seção anterior. Assim, a variância do erro da satisfação é de aproximadamente 23% e 35% da variância do construto em si. Em relação ao mesmo modelo na amostra total, os valores se revelaram um pouco inferiores, mas demonstram que a proporção destes construtos que estão sendo explicados nos modelos é maior que 50%. Estes resultados sugerem a importância do modelo proposto na tese, que poderia contribuir na compreensão do comportamento deste consumidor, mesmo com construtos menos explorados, que o tornaram complexo.

Nas Figuras 6 e 7 são expostos os resultados do modelo inicial R1-A e R1-B com seus respectivos coeficientes padronizados.

Figura 6: Modelo Inicial R1-A na Amostra do Grupo A

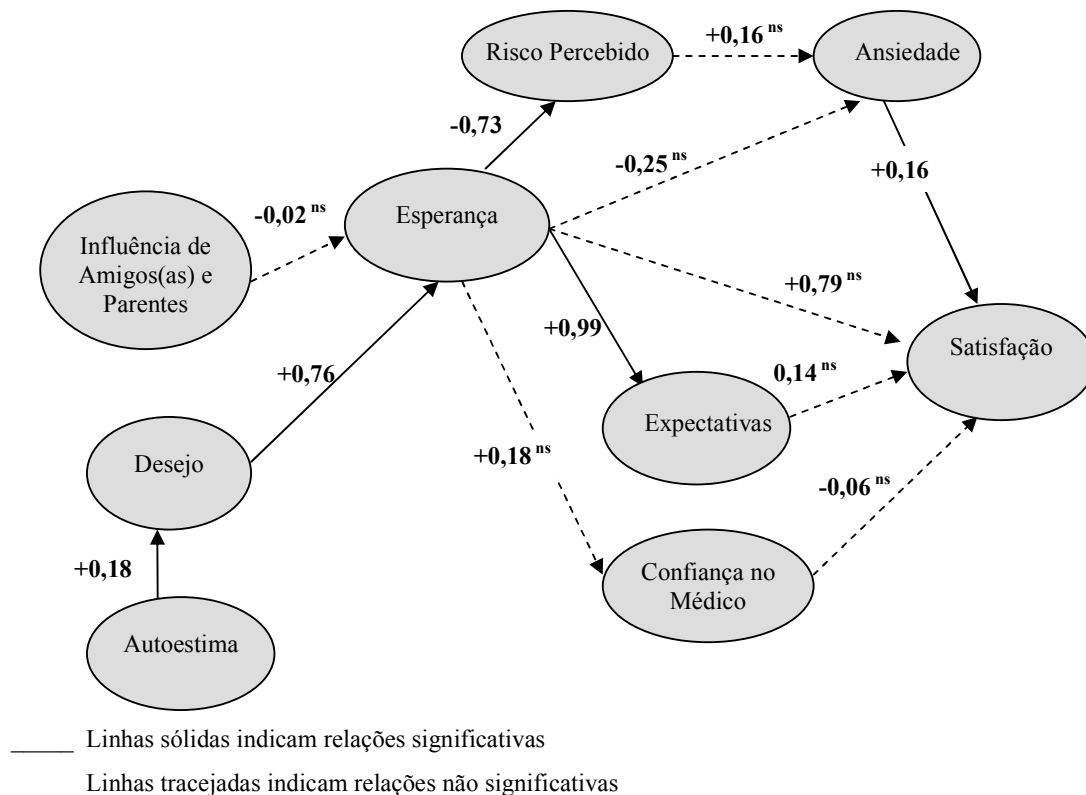
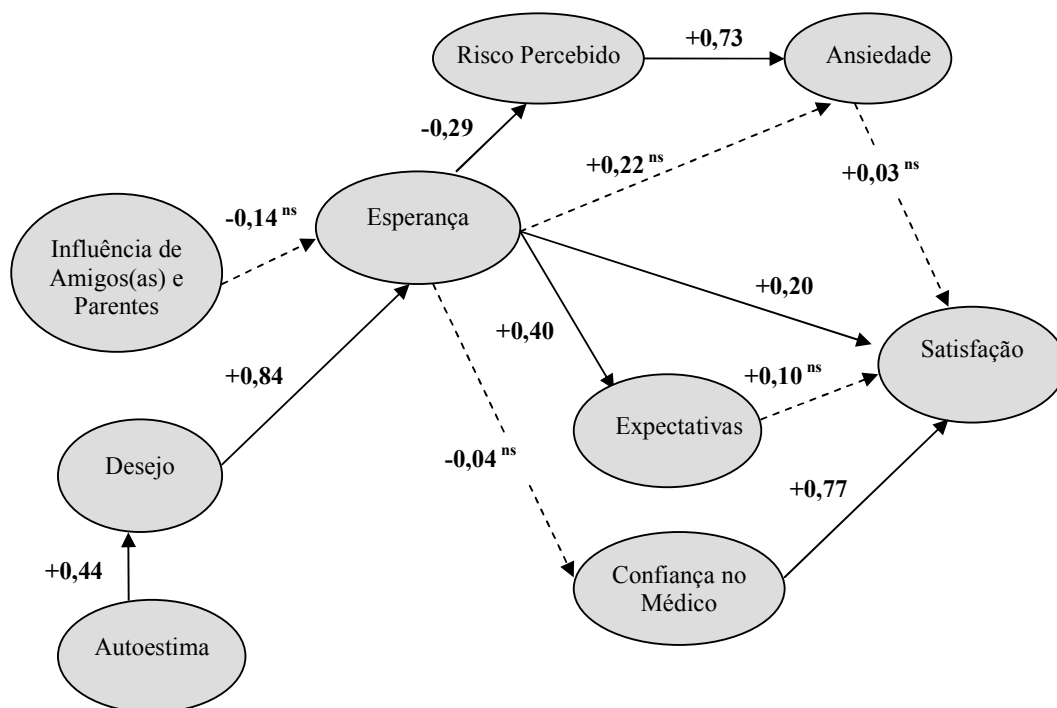


Figura 7: Modelo Inicial R1--B na Amostra do Grupo B



— Linhas sólidas indicam relações significativas

- - - Linhas tracejadas indicam relações não significativas

5.2.6 Avaliação dos Resultados do Modelo Estrutural Alternativo e Estabilidade do Modelo nas Amostras.

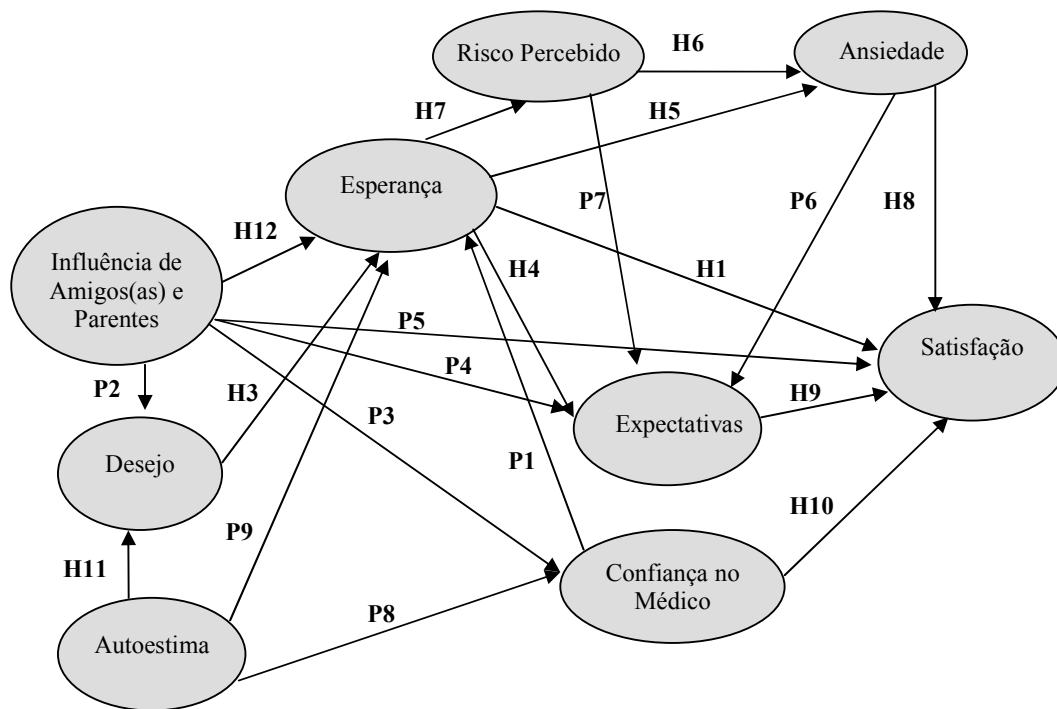
Os modelos testados, mesmo que se ajustem aos dados, não necessariamente são a garantia do melhor modelo. Modelos são usados para “analisar ou prever o comportamento de um determinado fenômeno sendo uma forma de obtenção do conhecimento”. Adotar uma atitude seletiva que favorece a procura de aspectos relevantes que possam modificar entendimentos anteriores, proporciona elevação do conhecimento (MAZZON, 1978, p. 7). No SEM, o papel da teoria seria definida como um conjunto sistemático de relações fornecendo uma explicação consistente e abrangente de um fenômeno, podendo ser oriunda da experiência e prática obtidas na observação de comportamento do mundo real, ou através de pesquisas qualitativas. A abordagem final é comparar um modelo proposto inicialmente com um modelo alternativo,

sugerido com o intuito de se entender melhor o comportamento das variáveis na amostra (HAIR *et al.*, 2005, p. 474).

A utilização de modelos apriorísticos ou concorrentes não é tão usada por pesquisadores (8% no Brasil e 16% no exterior) sendo mais comum a aplicação de geração de modelos, em que o inicial é modificado, e, novamente analisado, objetivando um modelo alternativo que tenha sentido em termos teóricos e magnitudes estatísticas, admitindo-se uma tendência exploratória do SEM (BREI e NETO, 2006). A estratégia de modelos alternativos representa relações estruturais hipotéticas diferentes. Podem ser usadas teorias subjacentes bem como formulações alternativas, sendo necessário realizar uma série de reespecificações de forma a ajustar o “melhor possível” o modelo sugerido, com o objetivo de se chegar a um modelo final significativo. Para isso, todas as medidas de ajuste do modelo, bem como os índices de modificação, devem ser consideradas de forma a se proceder as alterações corretamente (KLINE, 2005; HAIR *et al.*, 2005).

Nesse sentido, adotou-se para esta tese a verificação de um modelo alternativo, de acordo com a tendência exploratória. Este modelo foi baseado nas análises dos grupos focais e nas entrevistas em profundidade com os médicos, em que surgiram proposições de hipóteses alternativas a serem testadas. Foram mantidas no modelo alternativo proposto, as relações entre os construtos originalmente indicadas, de acordo com a literatura, com exceção da hipótese H2 que se tornou P1 com a inversão do impacto entre os construtos esperança e confiança. O modelo alternativo foi estimado da mesma forma que o inicial, para as amostras, total e de cada grupo, objetivando um modelo final que se adequasse melhor aos dados em cada uma delas independente. O modelo alternativo proposto para teste está na Figura 8.

Figura 8: Modelo Alternativo a ser Testado



5.2.6.1 Avaliação na Amostra Total.

Primeiramente, utilizou-se para apuração a amostra total do estudo, como no teste do modelo inicial. Assim, diante da avaliação das medidas de adequação do modelo, estimativas estatísticas dos coeficientes de regressão, cargas fatoriais dos indicadores e dos índices de modificação, o modelo alternativo foi analisado e alterado na tentativa de obter melhor ajustamento. Neste sentido, as relações entre construtos propostos para o modelo alternativo, que não se mostraram significativas, não foram retiradas do modelo, mas analisadas em relação aos seus indicadores, sem prejuízo da adequação do mesmo, visando à melhoria dos índices que indiquem um modelo final melhor possível.

Ao se avaliar as magnitudes e significâncias estatísticas, foram retirados do modelo as variáveis observáveis: AE1, AE4, AE10, Es1, Es3, Es4, Es5, Ex2, Ans3, Cc3, Ci2, Ci6, Ci7, Cs1, R1, R2, If1, Sa1, Sa4 e Sa5, e acrescentadas correlações entre os erros de alguns indicadores dentro de um mesmo construto. Este novo modelo com as alterações realizadas

foi chamado de Modelo Alternativo Final. Os resultados estão nas Tabelas 25 e 26, e no Anexo 8 encontram-se os indicadores utilizados com as cargas fatoriais obtidas.

Tabela 25: Medidas de Adequação do Modelo Alternativo Final da Amostra Total.

Índices	Modelo Alternativo Final
χ^2 (Qui-quadrado)/ GL(Graus de Liberdades)	1,74
GL (Graus de Liberdade)	655
RMSEA (Raiz Quadrada Média do Erro de Aproximação)	0,04
ECVI (Índice Esperado de Validação Cruzada)	3,63 (4,07)
GFI (Índice de Boa Adequação)	0,87
AGFI (GFI Ajustado pelos Graus de Liberdade)	0,85
PGFI (GFI Ajustado pela Parcimônia)	0,74
CFI (Índice de Adequação Comparativo)	0,92
IFI (Índice de Adequação Incremental)	0,92
RFI (Índice de Adequação Relativa)	0,81

As alterações proporcionaram uma melhoria nos valores esperados para as medidas de adequação, também em relação ao modelo inicial R1, com valores considerados bons para χ^2 /GL, CFI, IFI, PGFI e RMSEA, sendo que GFI e AGFI tiveram resultados compatíveis com estudos publicados no Brasil, embora outros permaneçam ainda um pouco aquém do recomendado (BREI e NETO, 2006, BAUMGARTNER e HOMBURG, 1996). Por conseguinte, este Modelo Alternativo Final se mostrou mais adequado aos dados do que os demais testados na tese para a amostra total.

Tabela 26: Resultados obtidos nas Hipóteses Testadas do Modelo Alternativo Final da Amostra Total.

HIPÓTESES TESTADAS	Modelo Alternativo Final	Resultados na Amostra Total
H1: Esperança → Satisfação.	0,61*	Não Rejeitada
H3: Desejo → Esperança	0,96*	Não Rejeitada
H4: Esperança → Expectativas	0,23***	Não Rejeitada
H5: Esperança → Ansiedade	-0,06^{ns}	Rejeitada
H6: Risco percebido → Ansiedade.	0,43*	Não Rejeitada
H7: Esperança → Risco percebido.	-0,63*	Não Rejeitada
H8: Ansiedade → Satisfação	-0,05^{ns}	Rejeitada
H9: Expectativas → Satisfação.	0,39**	Não Rejeitada
H10: Confiança → Satisfação	0,23*	Não Rejeitada
H11: Autoestima → Desejo	0,18*	Não Rejeitada
H12: Influência de amigos(as) e parentes → Esperança	-0,35**	Não Rejeitada
P1: Confiança → Esperança	-0,07^{ns}	Rejeitada
P2: Influência de amigos(as) e parentes → Desejo	0,11^{ns}	Rejeitada
P3: Influência de amigos(as) e parentes → Confiança	0,25**	Não Rejeitada
P4: Influência de amigos(as) e parentes → Expectativas	-0,19^{ns}	Rejeitada
P5: Influência de amigos(as) e parentes → Satisfação	0,25***	Não Rejeitada
P6: Ansiedade → Expectativas	-0,27*	Não Rejeitada
P7: Risco percebido → Expectativas	-0,48*	Não Rejeitada
P8: Autoestima → Confiança	-0,18*	Não Rejeitada
P9: Autoestima → Esperança	-0,16**	Não Rejeitada
Construtos Principais – Valores de R²		
Esperança		0,96
Satisfação		0,74

* Coeficientes padronizados significativos a $p < 0,01$.

** Coeficientes padronizados significativos a $p < 0,05$.

*** Coeficientes padronizados significativos a $p < 0,10$

(ns) Coeficientes não significativos em negrito

Na avaliação das hipóteses e proposições sugeridas, as modificações de retirada de variáveis observáveis permitiram uma melhoria das magnitudes e significâncias estatísticas, dos coeficientes de regressão padronizados nas relações hipotetizadas do modelo, conforme demonstrado na Tabela 26. Mesmo assim, foram rejeitadas duas hipóteses, “H5: A esperança impacta para diminuir a ansiedade” e “H8: A ansiedade do cliente influenciaria na satisfação”; e três proposições, “P1: A confiança do médico influenciaria na esperança”, “P2: A influência

de amigos(as) e parentes determinaria o desejo” e “P4: A influência de amigos(as) e parentes minimizaria as expectativas” neste modelo testado para esta amostra, não confirmando formulações teóricas de alguns autores (por exemplo: MACINNIS e CHUN, 2007; MELLO, MACINNIS e STEWART, 2007; MACINNIS e MELLO, 2001 e 2005), apesar das hipóteses terem se confirmado em análises anteriores neste estudo, e suposições oriundas dos grupos focais.

A Tabela 26 também mostra resultados que validariam, nesta amostra, formulações teóricas dos autores estudados em relação ao construto esperança, com a não rejeição das hipóteses “H1: A esperança do cliente impacta na sua satisfação”, “H3: O desejo é um construto independente e antecedente da esperança do cliente”, “H4: A esperança do cliente influencia nas suas expectativas, sendo construtos distintos” e “H7: A esperança é um construto presente no comportamento do consumidor de cirurgia plástica estética influenciando diretamente o risco percebido”, com probabilidade de o coeficiente beta ser diferente de 0 entre 99% e 90% (por exemplo: ROSSITER e FOXAL, 2008; MACINNIS e CHUN, 2007; WALKER, 2006; MELLO e MACINNIS, 2005; BELK, GER e ASKEGAARD, 2003; MACINNIS e MELLO, 2001; LAZARUS, 1999; SNYDER, 1995). O risco percebido, importante neste modelo, também foi medido nas relações com as expectativas e a ansiedade, sendo aceito pela não rejeição da proposição “P7: O risco percebido pelo cliente influenciaria nas expectativas” e da hipótese “H6: O risco percebido com uma cirurgia plástica estética afetaria diretamente a ansiedade do cliente”. A confirmação de H6 corrobora exposições de diversos autores em outros contextos em que o risco percebido tende a aumentar a ansiedade do cliente (por exemplo: MITCHELL e HARRIS, 2005; REISINGER e MAVONDO, 2005). A confirmação de P7 com valor negativo no coeficiente demonstra que, quanto maior a percepção do risco, menor a expectativa do cliente, com valores significativos ($p < 0,01$), implicando que esta proposição complementar a importância deste construto neste tipo de serviço, citado por alguns autores (por exemplo: BOVENS, 1999).

Ainda em relação ao construto esperança, a hipótese “H12: A influência de amigos(as) e parentes impacta na esperança do consumidor de cirurgia plástica estética” não foi rejeitada, obtendo valor negativo e significativo, demonstrando que quanto menor a influência de amigos(as) e parentes maior seria a esperança em realizar a cirurgia, confirmando também suposições levantadas nos grupos focais.

A influência de amigos(as) e parentes se mostrou mais abrangente neste modelo alternativo proposto, não sendo rejeitadas com valores significativos as proposições sugeridas a partir dos grupos focais de “P3: A influência de amigos(as) e parentes impactaria na confiança no médico” e “P5: A influência de amigos(as) e parentes impactaria na satisfação”. A abrangência deste construto como influenciador no modelo chama a atenção, confirmando suposições da literatura de quanto os amigos(as) e parentes interferem numa prestação de serviço e das discussões nos grupos focais (ZEITHAML e BITNER, 2003), porém, muitas vezes, elas podem ser negativas e não impedem que se realize a meta. Esta influência seria diretamente proporcional.

Para a ansiedade, a não rejeição da proposição “P6: A ansiedade influenciaria nas expectativas do cliente” confirmaria suposições levantadas a partir das discussões nos grupos focais de que, quanto maior a ansiedade, menor seriam as expectativas.

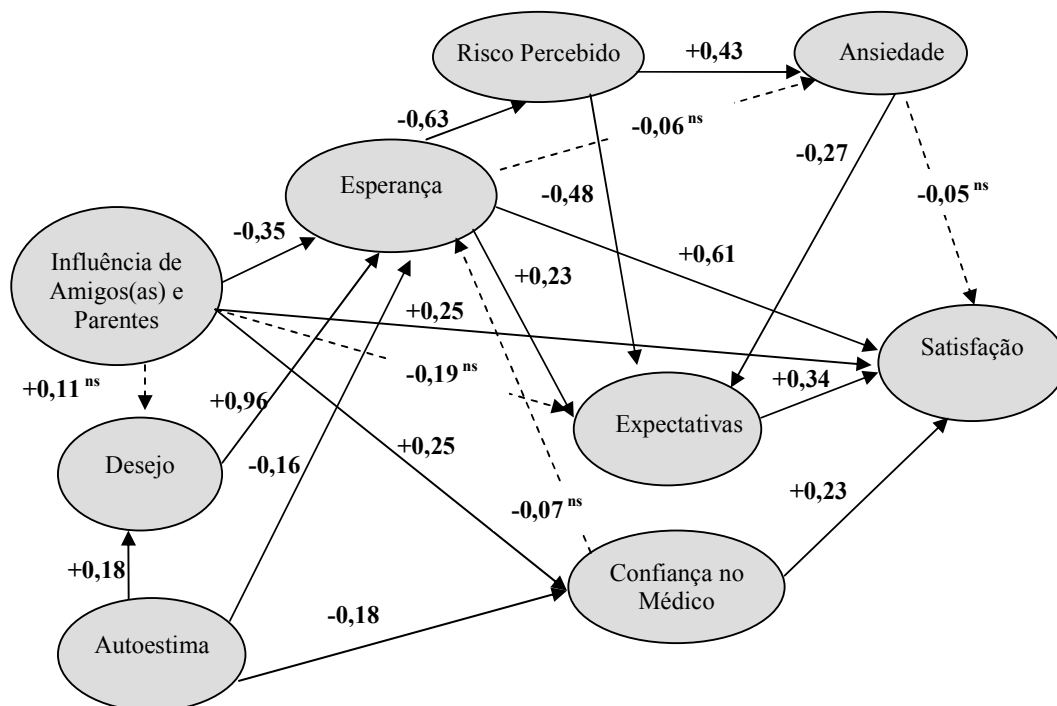
Sentenças teóricas sobre as relações diretas das expectativas e da confiança como antecedentes da satisfação, se confirmaram neste modelo pela não rejeição das hipóteses “H9: As expectativas do cliente, influenciadas pela esperança, impactam na sua satisfação” e “H10: A confiança no médico influencia na satisfação com o resultado” (por exemplo: BIGNE e BLESÁ, 2003; SPRENG, MACKENZIE e OLSHAVSKY, 1996; CROSBY, EVANS e COWLES, 1990). Na avaliação desta amostra, H9 assume valores positivos, implicando que quanto maiores as expectativas, maior seria a satisfação, podendo ser explicado pelo grande número de expectativas negativas que estas pessoas demonstram ter, de acordo com os grupos focais.

A autoestima, tão citada em estudos sobre cirurgia plástica estética, seria influenciadora do desejo e da confiança, pela não rejeição da hipótese “H11: A baixa autoestima leva ao desejo de consumo da cirurgia plástica estética” e da proposição “P8: A baixa autoestima seria determinante da confiança no médico”, tendo obtido níveis significativos, inferindo-se para esta última que, quando a autoestima é elevada há desconfiança na relação médico paciente. A hipótese H11 ainda estaria de acordo com a suposição dos especialistas da área de cirurgia plástica e literatura (ABCP, 2008; AMORIN, 2007, ASKEGAARD, GERTSEN e LANGER, 2002). A autoestima ainda assumiria uma influência direta e inversa na esperança, pela análise e não rejeição da proposição “P9: Autoestima influenciaria na esperança”.

Além disso, a Tabela 26 expõe os valores de R^2 , verificando-se que o modelo permite a explicação de 74% da variância observada no construto satisfação ($R^2=0,74$) e 96% na esperança ($R^2=0,96$). Em outras palavras, a variância do erro da satisfação é de aproximadamente 26% da variância do construto em si, e 4% no caso do construto esperança. Isto significa que as proporções destes construtos que estão sendo explicadas no modelo são bem maiores do que 50%, permitindo que, mesmo um modelo complexo, como o sugerido nesta tese, contribua para novos estudos. Se comparado ao modelo inicial R1, o modelo alternativo final explicaria melhor a esperança do que o anterior e da satisfação seria menor, apesar de ter maior poder explicativo que os estudos publicados (por exemplo: WESTBROOK e OLIVER, 1991).

Na Figura 9, são apresentados os resultados para modelo alternativo final da amostra total com seus respectivos coeficientes padronizados.

Figura 9: Modelo Alternativo Final da Amostra Total



_____ Linhas sólidas indicam relações significativas

----- Linhas tracejadas indicam relações não significativas

5.2.6.2 Avaliação na Amostra do Grupo A.

Na amostra do grupo A foi realizada a avaliação da mesma forma que na amostra total, sendo analisada isoladamente, a partir do modelo alternativo proposto na teste. As variáveis observáveis que foram retiradas do modelo nesta amostra, em função das magnitudes e significâncias estatísticas, das cargas fatoriais padronizadas e dos erros de mensuração dos indicadores, foram: AE1, AE2, AE4, Ae8, AE9, AE10, Es1, Es3, Es4, Es5, Ex2, Ex3, Ans3, Ans5, Cc2, Cc3, Ci2, Ci6, Ci7, Cs1, R1, R3, If1, If3, Sa1, Sa4 e Sa6. Este novo modelo com as alterações realizadas foi chamado de Modelo Alternativo Final A do Grupo A. Os valores resultantes destas modificações estão nas Tabelas 27 e 28, e os indicadores finais com suas cargas fatoriais padronizadas são expostos no Anexo 8.

Tabela 27: Medidas de Adequação do Modelo Alternativo Final A no Grupo A.

Índices	Alternativo Final A Grupo A
χ^2 (Qui-quadrado)/GL (Graus de Liberdade)	1,40
GL (Graus de Liberdade)	419
RMSEA (Raiz Quadrada Média do Erro de Aproximação)	0,05
ECVI (Índice Esperado de Validação Cruzada)	4,56 (6,00)
GFI (Índice de Boa Adequação)	0,83
AGFI (GFI Ajustado pelos Graus de Liberdade)	0,79
PGFI (GFI Ajustado pela Parcimônia)	0,66
CFI (Índice de Adequação Comparativo)	0,90
IFI (Índice de Adequação Incremental)	0,91
RFI (Índice de Adequação Relativa)	0,68

Nota-se na Tabela 27 que os valores destas medidas de adequação se mostraram mais significativos que no modelo inicial R1-A do grupo A, com valores de χ^2 /GL, CFI, IFI, PGFI e RMSEA, de acordo com os recomendados pela literatura. Apesar de alguns resultados ainda não alcançarem os níveis esperados, este Modelo Alternativo Final A do Grupo A foi o mais adequado aos dados nesta amostra, em relação ao demais testados na tese.

Tabela 28: Resultados obtidos nas Hipóteses Testadas do Modelo Alternativo Final A no Grupo A.

HIPÓTESES TESTADAS	Modelo Alternativo Final A do Grupo A	Resultados na Amostra do Grupo A
H1: Esperança → Satisfação.	0,86 ^{***}	Não Rejeitada
H3: Desejo → Esperança	0,83 [*]	Não Rejeitada
H4: Esperança → Expectativas,	0,38^{ns}	Rejeitada
H5: Esperança → Ansiedade	-0,30^{ns}	Rejeitada
H6: Risco percebido → Ansiedade.	0,31^{ns}	Rejeitada
H7: Esperança → Risco percebido.	-0,62 [*]	Não Rejeitada
H8: Ansiedade → Satisfação	-0,03^{ns}	Rejeitada
H9: Expectativas → Satisfação.	0,14^{ns}	Rejeitada
H10: Confiança → Satisfação	-0,08^{ns}	Rejeitada
H11: Autoestima → Desejo	0,14^{ns}	Rejeitada
H12: Influência de amigos(as) e parentes → Esperança	-0,27 ^{***}	Não Rejeitada
P1: Confiança → Esperança	0,10^{ns}	Rejeitada
P2: Influência de amigos(as) e parentes → Desejo	0,22 ^{**}	Não Rejeitada
P3: Influência de amigos(as) e parentes → Confiança	0,19 ^{**}	Não Rejeitada
P4: Influência de amigos(as) e parentes → Expectativa	-0,01^{ns}	Rejeitada
P5: Influência de amigos(as) e parentes → Satisfação	0,33 [*]	Não Rejeitada
P6: Ansiedade → Expectativas	-0,25^{ns}	Rejeitada
P7: Risco percebido → Expectativas	-0,27^{ns}	Rejeitada
P8: Autoestima → Confiança	-0,16 ^{***}	Não Rejeitada
P9: Autoestima → Esperança	-0,11^{ns}	Rejeitada
Construtos Principais – Valores de R²		
Esperança		0,65
Satisfação		0,99

* Coeficientes padronizados significativos a $p < 0,01$.

** Coeficientes padronizados significativos a $p < 0,05$.

*** Coeficientes padronizados significativos a $p < 0,10$

(ns) Coeficientes não significativos em negrito

Idem para a avaliação das hipóteses e proposições sugeridas do modelo na amostra total, as modificações da retirada das variáveis observáveis, permitiram uma melhoria das magnitudes e dos níveis de significância nos coeficientes de regressão padronizados nas relações do modelo, mais ainda foram rejeitadas sete hipóteses e quatro proposições. Para esta amostra, foram rejeitadas as hipóteses: “H4: A esperança do cliente influencia nas suas expectativas, sendo construtos distintos”; “H5: A esperança impacta para diminuir a ansiedade”; H6: O risco percebido com uma cirurgia plástica estética afetaria diretamente a ansiedade do

cliente”; “H8: A ansiedade do cliente influenciaria na satisfação”; “H9: As expectativas do cliente, influenciadas pela esperança, impactam na sua satisfação”, “H10: A confiança no médico influencia na satisfação com o resultado” e “H11: A baixa autoestima leva ao desejo de consumo da cirurgia plástica estética”, não comprovando formulações teóricas de diversos autores (por exemplo: MACINNIS e CHUN, 2007; MELLO, MACINNIS e STEWART, 2007; MACINNIS e MELLO, 2001 e 2005; JOHNSON, SIVADAS e GARBARINO, 2008). As proposições rejeitadas foram “P1: A confiança no médico influenciaria na esperança”; “P4: A influência de amigos(as) e parentes minimizaria as expectativas”; “P6: A ansiedade influenciaria nas expectativas do cliente”, “P7: O risco percebido pelo cliente influenciaria nas expectativas” e “P9: Autoestima influenciaria na esperança”.

Apesar da grande rejeição de hipóteses e proposições, observam-se na Tabela 28 resultados que confirmariam teorias expostas. A não rejeição das hipóteses “H1: A esperança do cliente impacta na sua satisfação”, “H3: O desejo é um construto independente e antecedente da esperança do cliente” e “H7: A esperança é um construto presente no comportamento do consumidor de cirurgia plástica estética influenciando diretamente o risco percebido”, também se confirmaram na amostra total com magnitudes similares, comprovando proposições de alguns autores (por exemplo: MACINNIS e CHUN, 2007; MELLO, MACINNIS e STEWART, 2007; MACINNIS e MELLO, 2001 e 2005). No entanto, em relação a estes mesmos autores e as suposições dos grupos focais, a rejeição de P1 em níveis não significativos descarta, neste modelo, conjecturas da relação entre as variáveis confiança e esperança.

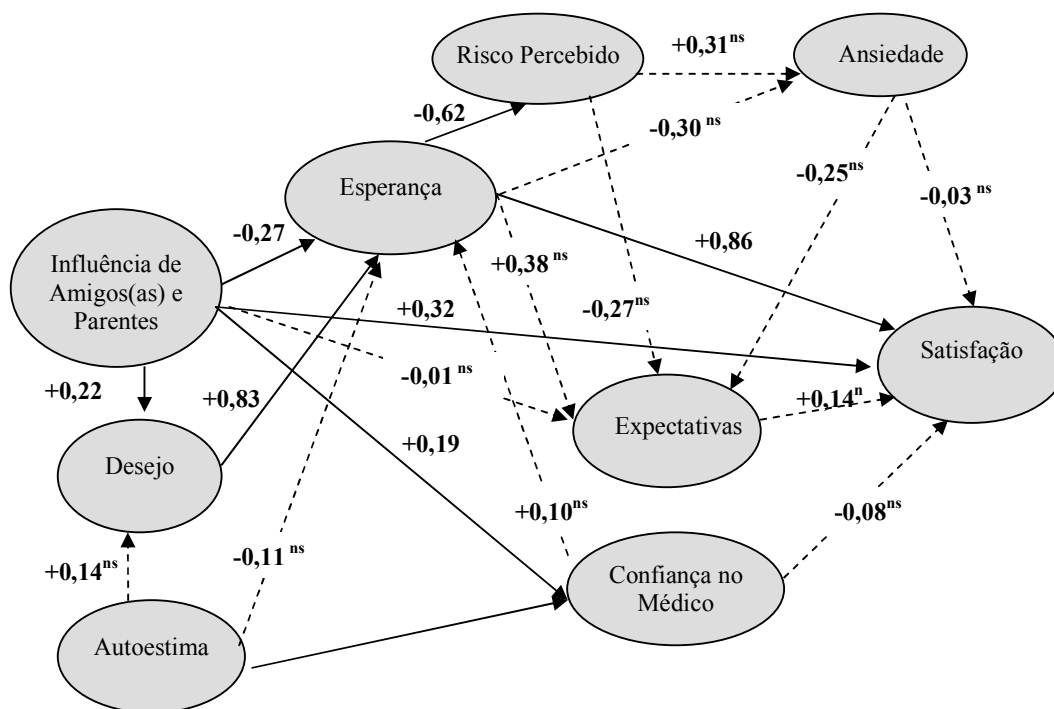
A hipótese “H12: A influência de amigos(as) e parentes impacta na esperança do consumidor de cirurgia plástica estética” não foi rejeitada demonstrando que, quanto menor a influência de amigos(as) e parentes maior seria a esperança em realizar a cirurgia. A influência de amigos(as) e parentes se mostrou abrangente para o grupo A, confirmadas pela não rejeição em níveis significativos as seguintes proposições: “P2: A influência de amigos(as) e parentes determinaria o desejo”; “P3: A influência de amigos(as) e parentes impactaria na confiança no médico”; e “P5: A influência de amigos(as) e parentes impactaria na satisfação”. Os resultados indicam que, quanto maior a é a influência de amigos(as) e parentes, maior seria o desejo, a confiança no médico e a satisfação, levantando equivalências no marketing de serviço para estas proposições (por exemplo: ZEITHAML e BITNER, 2003; MOWEN e MINOR, 2003).

A autoestima como influenciadora da esperança foi confirmada para esta amostra do grupo A pela não rejeição da proposição “P9: A baixa autoestima influenciaria na esperança”. Assim, a baixa autoestima estimularia a pessoa ter esperança de recuperá-la, tendo não somente um efeito indireto através do desejo, mas também direto, podendo ser considerada pelos estudiosos da área (por exemplo: ABCP, 2008; ASKEGAARD, GERTSEN e LANGER, 2002).

Pela leitura da Tabela 28 também é possível verificar que o modelo permite a explicação de 98% da variância observada no construto satisfação ($R^2=0,98$) e 65% na esperança ($R^2=0,65$), denotando que a proporção destes construtos que estão sendo explicados no modelo, são maiores que 50%. O valor de R^2 para a satisfação, foi o maior obtido entre os modelos testados no estudo e superior aos expostos na literatura (por exemplo: MARCHETTI e PRADO, 2004). Apesar de alguns índices de adequação não terem alcançado os níveis esperados, os valores alcançados no modelo estariam representando as relações das variáveis apresentadas para esta amostra, a despeito de toda a sua complexidade.

A Figura 10 apresenta os resultados do modelo alternativo final A da amostra do grupo A.

Figura 10: Modelo Alternativo Final A do Grupo A



_____ Linhas sólidas indicam relações significativas

----- Linhas tracejadas indicam relações não significativas

5.2.6.3 Avaliação na Amostra do Grupo B.

Na amostra do grupo B a avaliação foi feita da mesma maneira que na amostra total e do grupo A, sendo analisada isoladamente a partir do modelo alternativo proposto. As variáveis observáveis que foram retiradas do modelo do grupo B, pelas magnitudes e significâncias estatísticas, cargas fatoriais dos indicadores e erros de medidas dos indicadores, foram: AE3, AE4, AE9, AE10, Es1, Es3, Es4, Es5, Ex2, Ans3, Cc3, Ci2, Ci6, Ci7, Cs1, R1, R2, R3, If1, Sa1, Sa4 e Sa5. Este novo modelo com as alterações realizadas foi chamado de Modelo Alternativo Final B do Grupo B, e os resultados estão expostos nas Tabelas 29 e 30, e os indicadores finais são apresentados no Anexo 8.

Tabela 29: Medidas de Adequação do Modelo Alternativo Final B no Grupo B.

Índices	Alternativo Final B do Grupo B
χ^2 (Qui-quadrado)/GL (Graus de Liberdade)	1,45
GL (Graus de Liberdade)	573
RMSEA (Raiz Quadrada Média do Erro de Aproximação)	0,05
ECVI (Índice Esperado de Validação Cruzada)	5,29 (6,83)
GFI (Índice de Boa Adequação)	0,84
AGFI (GFI Ajustado pelos Graus de Liberdade)	0,80
PGFI (GFI Ajustado pela Parcimônia)	0,68
CFI (Índice de Adequação Comparativo)	0,93
IFI (Índice de Adequação Incremental)	0,93
RFI (Índice de Adequação Relativa)	0,77

A Tabela 29 revela que as medidas de adequação se mostraram melhores que no modelo inicial R1-B do grupo B, com valores de χ^2 /GL, RMSEA, CFI, IFI e NFI acima dos recomendados pela literatura e os expostos em estudos no Brasil. Alguns índices ainda apresentam valores um pouco abaixo dos encontrados em pesquisas de marketing no exterior, mas compatíveis com os valores encontrados em periódicos nacionais, como GFI (BREI e NETO, 2006; BAUMGARTNER e HOMBURG, 1996). Consequentemente, o Modelo Alternativo Final B do Grupo B se mostrou o mais adequado para representar as relações entre as variáveis nesta amostra, em comparação com os demais testados.

Da mesma forma que na avaliação das hipóteses e proposições do modelo na amostra total e do grupo A, as modificações da retirada de variáveis observáveis permitiu uma melhoria dos valores dos coeficientes de regressão padronizados nas relações do modelo. Nesta amostra não foram confirmadas 5 hipóteses e 5 proposições, expostas a seguir.

Tabela 30: Resultados obtidos nas Hipóteses Testadas do Modelo Alternativo Final B no Grupo B

HIPÓTESES TESTADAS	Modelo Alternativo Final B do Grupo B	Resultados na Amostra do Grupo B
H1: Esperança → Satisfação.	0,24 ^{***}	Não Rejeitada
H3: Desejo → Esperança	0,99 [*]	Não Rejeitada
H4: Esperança → Expectativas,	0,33^{ns}	Rejeitada
H5: Esperança → Ansiedade	0,09^{ns}	Rejeitada
H6: Risco percebido → Ansiedade.	0,55 [*]	Não Rejeitada
H7: Esperança → Risco percebido.	-0,27 [*]	Não Rejeitada
H8: Ansiedade → Satisfação	0,21^{ns}	Rejeitada
H9: Expectativas → Satisfação.	0,29^{ns}	Rejeitada
H10: Confiança → Satisfação	0,84 [*]	Não Rejeitada
H11: Autoestima → Desejo	0,34 [*]	Não Rejeitada
H12: Influência de amigos(as) e parentes → Esperança	-0,24^{ns}	Rejeitada
P1: Confiança → Esperança	-0,06^{ns}	Rejeitada
P2: Influência de amigos(as) e parentes → Desejo	0,34 [*]	Não Rejeitada
P3: Influência de amigos(as) e parentes → Confiança	0,34 [*]	Não Rejeitada
P4: Influência de amigos(as) e parentes → Expectativas	-0,41^{ns}	Rejeitada
P5: Influência de amigos(as) e parentes → Satisfação	0,04^{ns}	Rejeitada
P6: Ansiedade → Expectativas	-0,37^{ns}	Rejeitada
P7: Risco percebido → Expectativas	-0,45 ^{***}	Não Rejeitada
P8: Autoestima → Confiança	-0,22 ^{**}	Não Rejeitada
P9: Autoestima → Esperança	-0,01^{ns}	Rejeitada
Construtos Principais – Valores de R²		
Esperança		0,89
Satisfação		0,75

* Coeficientes padronizados significativos a $p < 0,01$.

** Coeficientes padronizados significativos a $p < 0,05$.

*** Coeficientes padronizados significativos a $p < 0,10$

(ns) Coeficientes não significativos em negrito

As análises levaram à rejeição das hipóteses “H4: A esperança do cliente influencia nas suas expectativas, sendo construtos distintos”; “H5: A esperança impacta para diminuir a ansiedade”; “H8: A ansiedade do cliente influenciaria na satisfação”; “H9: As expectativas do cliente, influenciadas pela esperança, impactam na sua satisfação” e “H12: A influência de amigos(as) e parentes impacta na esperança do consumidor de cirurgia plástica estética”, não confirmam formulações teóricas de alguns autores (por exemplo: MACINNIS e MELLO,

2005 e 2007; JOHNSON, SIVADAS e GARBARINO, 2008; WALKER, 2006; MOWEN e MINOR, 2003; ABE, BAGOZZI e SADARANGANI, 1996).

As proposições “P1: A confiança do médico influenciaria na esperança”; “P5: A influência de amigos(as) e parentes impactaria na satisfação”; “P4: A influência de amigos(as) e parentes minimizaria as expectativas”; “P5: A influência de amigos(as) e parentes impactaria na satisfação”; “P6: A ansiedade influenciaria nas expectativas do cliente”, “P9: A baixa autoestima influenciaria na esperança” também foram rejeitadas não confirmando as suposições expostas a partir dos grupos focais.

A Tabela 30 também expõe resultados que suportariam teorias expostas por alguns autores, como já observado nas demais amostras testadas aqui. Algumas hipóteses não rejeitadas, tais como: “H1: A esperança do cliente impacta na sua satisfação”; “H3: O desejo é um construto independente e antecedente da esperança do cliente” e “H7: A esperança é um construto presente no comportamento do consumidor de cirurgia plástica estética influenciando diretamente o risco percebido”, confirmam tais autores e corroboram resultados achados nas demais amostras (por exemplo: MACINNIS e CHUN, 2007; MELLO, MACINNIS e STEWART, 2007; MACINNIS e MELLO, 2001 e 2005). Além disso, o risco percebido interferiria na ansiedade e nas expectativas, pela não rejeição da hipótese “H6: O risco percebido com uma cirurgia plástica estética afetaria diretamente a ansiedade do cliente” e da proposição “P7: O risco percebido pelo cliente influenciaria nas expectativas”, que apresentaram níveis significativos, confirmando suposições teóricas e dos grupos focais (por exemplo: MITCHELL e HARRIS, 2005; LAZARUS, 1999).

Apesar de exercer menor impacto, o construto influência de amigos(as) e parentes também se mostrou importante nesta amostra, com a não rejeição das proposições “P2: A influência de amigos(as) e parentes determinaria o desejo”; e “P3: A influência de amigos(as) e parentes impactaria na confiança no médico” com 99% de probabilidade do coeficiente beta ser diferente de zero, levantando suposições de autores na área de marketing de serviços (por exemplo: ZEITHAML e BITNER, 2003). Com os valores dos coeficientes padronizados para P2 e P3, infere-se que, quanto maior a influência de amigos(as) e parentes, maior seria o desejo e a confiança no médico.

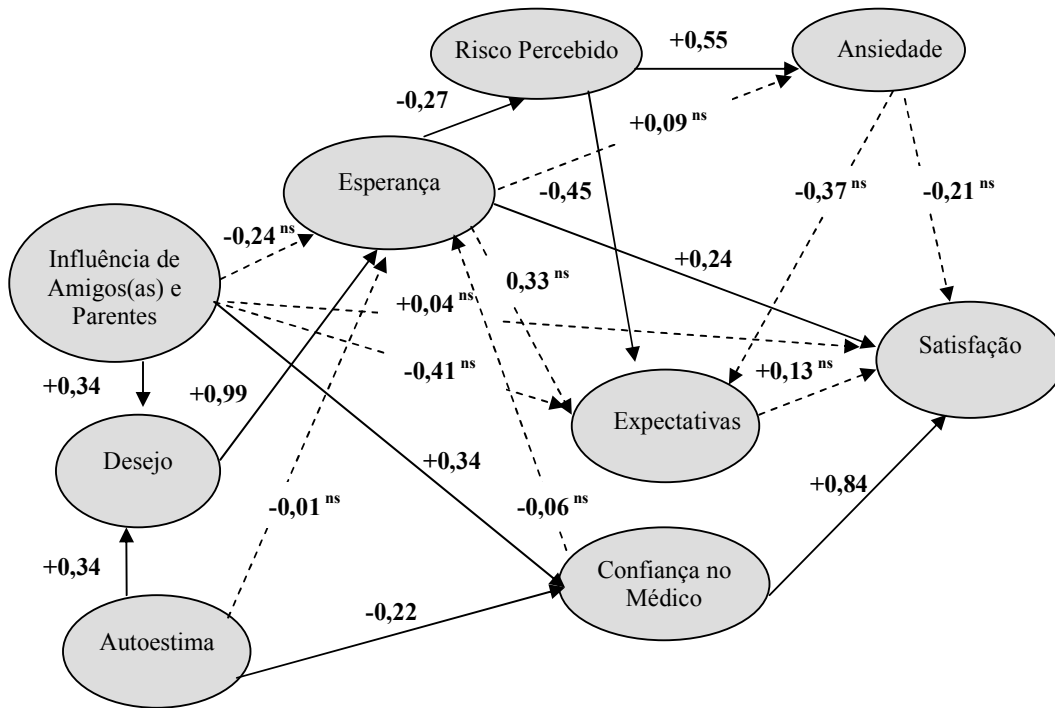
Como proposto pela literatura em geral, a relação direta da confiança como antecedente da satisfação se confirmou pela não rejeição da hipótese “H10: A confiança no médico influencia na satisfação com o resultado” (por exemplo: BIGNE e BLESA, 2003; CROSBY, EVANS e COWLES, 1990).

As relações entre a autoestima e os construtos desejo e confiança no médico, também tiveram coeficientes significativos e, não foram rejeitadas: a hipótese: “H11: A baixa autoestima leva ao desejo de consumo da cirurgia plástica estética” e a proposição “P8: A baixa autoestima seria determinante da confiança no médico”, se portando de maneira similar que na amostra total. Os resultados corroborariam suposições de especialistas e levantariam novas questões a serem avaliadas por eles (ABCP, 2008; ASKEGAARD, GERTSEN e LANGER, 2002).

Observando-se a Tabela 30 também é possível verificar que o modelo permite a explicação de 75% da variância observada no construto satisfação ($R^2=0,75$) e 89% na esperança ($R^2=0,89$), demonstrando que a proporção destes construtos que estão sendo explicadas no modelo é bem superior a 50%. O valor de R^2 para a satisfação e esperança, implicaria que o modelo alternativo final do grupo B estaria representando as relações das variáveis apresentadas nele para esta amostra, apesar da complexidade do modelo. Estes valores são superiores aos achados na literatura e expostos anteriormente.

A Figura 11 apresenta os resultados do modelo alternativo final B da amostra do grupo B com seus coeficientes padronizados.

Figura 11: Modelo Alternativo Final B do Grupo B



— Linhas sólidas indicam relações significativas

- - - Linhas tracejadas indicam relações não significativas

5.2.7 Análises Comparativas dos Resultados dos Modelos Estruturais nas Amostras

Nesta seção são analisados os modelos iniciais R1 e modelos alternativos finais comparando-se os resultados já demonstrados individualmente para as amostras, total e dos grupos. A intenção é apresentar resumidamente os resultados dos modelos, analisando suas similaridades e diferenças. Os resultados das medidas de adequação alcançados em cada um dos modelos estão na Tabela 31 e os coeficientes de regressão padronizados, com as respectivas significâncias estatísticas na Tabela 32.

Tabela 31: Resumo dos Indicadores das Medidas de Adequação nos Modelos Finais.

Índices	Amostra total		Amostra Grupo A		Amostra Grupo B	
	Inicial R1	Alternativo Final	Inicial R1-A	Alternativo Final A	Inicial R1-B	Alternativo Final B
χ^2 (Qui-quadrado)/GL (Grau de Liberdade)	1,79	1,74	1,44	1,40	1,54	1,45
GL (Graus de Liberdade)	705	655	585	419	661	573
RMSEA (Raiz Quadrada Média do Erro de Aproximação)	0,05	0,04	0,05	0,05	0,05	0,05
ECVI (Índice Esperado de Validação Cruzada)	3,90 (4,28)	3,63 (4,07)	6,14 (7,99)	4,56 (6,00)	6,09 (7,57)	5,29 (6,83)
GFI (Índice de Boa Adequação)	0,86	0,87	0,80	0,83	0,81	0,84
AGFI (GFI Ajustado pelos Graus de Liberdade)	0,84	0,85	0,76	0,79	0,77	0,80
PGFI (GFI Ajustado pela Parcimônia)	0,74	0,74	0,66	0,66	0,68	0,68
CFI (Índice de Adequação Comparativo)	0,91	0,92	0,87	0,90	0,90	0,93
IFI (Índice de Adequação Incremental)	0,91	0,92	0,88	0,91	0,90	0,93
RFI (Índice de Adequação Relativa)	0,80	0,81	0,64	0,68	0,73	0,77

A Tabela 31 aponta a escolha dos modelos alternativos como modelos finais como acertada, uma vez que, em todas as amostras os resultados alcançados para eles foram melhores. Os índices de χ^2 /GL, RMSEA, CFI e IFI nos modelos alternativos finais apresentaram valores acima do recomendado na literaturan e compatíveis com as magnitudes expostas na média dos estudos de marketing. Os índices GFI e AGFI também conseguiram, no modelo alternativo final da amostra total, estimativas com resultados considerados em grande número de pesquisas em marketing, apesar de permanecerem abaixo do sugerido na teoria (BAUMGARTNER e HOMBURG, 1996). As medidas de adequação são sensíveis ao tamanho da amostra, a complexidade do modelo e normalidade, podendo sofrer grandes variações. Estes índices ainda não garantem que o modelo seja adequado, mesmo quando considerado que seria suportado pelos dados (KLINE, 2005). A análise de todos os modelos apresentados na Tabela 31 nos faz supor que poderiam ser testados em outras amostras, com as devidas adaptações quanto à especificidade do assunto, e que os dados confirmariam os modelos testados.

Tabela 32: Resumo dos Resultados obtidos nas Hipóteses Testadas em cada Modelo.

HIPÓTESES TESTADAS	Amostra Total		Amostra Grupo A		Amostra Grupo B	
	Modelo Inicial	Modelo Alternativo Final	Modelo Inicial R1-A	Modelo Alternativo Final A	Modelo Inicial R1-B	Modelo Alternativo Final B
	R1	Final	R1-A	Final A	R1-B	Final B
H1: Esperança → Satisfação	0,99*	0,61*	0,79^{ns}	0,86*	0,20**	0,24***
H2: Esperança → Confiança	-0,09^{ns}	nt	0,18^{ns}	nt	-0,04^{ns}	nt
H3: Desejo → Esperança	0,78*	0,96*	0,76*	0,83*	0,84*	0,99*
H4: Esperança → Expectativas	0,64**	0,23***	0,99***	0,38^{ns}	0,40***	0,33^{ns}
H5: Esperança → Ansiedade	-0,23***	-0,06^{ns}	-0,25^{ns}	-0,30^{ns}	0,22^{ns}	0,09^{ns}
H6: Risco percebido → Ansiedade	0,30**	0,43*	0,16^{ns}	0,31^{ns}	0,73**	0,55*
H7: Esperança → Risco percebido	-0,75*	-0,63*	-0,73**	-0,62*	-0,29***	-0,27*
H8: Ansiedade → Satisfação.	-0,04^{ns}	-0,05^{ns}	0,16***	-0,03^{ns}	0,03^{ns}	0,21^{ns}
H9: Expectativas → Satisfação	-0,16^{ns}	0,39**	0,14^{ns}	0,14^{ns}	0,10^{ns}	0,29^{ns}
H10: Confiança → Satisfação	0,23*	0,23*	-0,06^{ns}	-0,08^{ns}	0,77*	0,84*
H11: Autoestima → Desejo	0,12***	0,18*	0,18**	0,14^{ns}	0,44*	0,34*
H12: Influência de amigos(as) e parentes → Esperança	-0,17*	-0,35**	-0,02^{ns}	-0,27***	-0,14^{ns}	-0,24^{ns}
P1: Confiança → Esperança	nt	-0,07^{ns}	nt	0,10^{ns}	nt	-0,06^{ns}
P2: Influência de amigos(as) e parentes → Desejo	nt	0,11^{ns}	nt	0,22**	nt	0,34*
P3: Influência de amigos(as) e parentes → Confiança	nt	0,25**	nt	0,19**	nt	0,34*
P4: Influência de amigos(as) e parentes → Expectativas	nt	-0,19^{ns}	nt	-0,01^{ns}	nt	-0,41^{ns}
P5: Influência de amigos(as) e parentes → Satisfação	nt	0,25***	nt	0,33*	nt	0,04^{ns}
P6: Ansiedade → Expectativas	nt	-0,27*	nt	-0,25^{ns}	nt	-0,37^{ns}
P7: Risco percebido → Expectativas	nt	-0,48*	nt	-0,27^{ns}	nt	-0,45***
P8: Autoestima → Confiança	nt	-0,18*	nt	-0,16***	nt	-0,22**
P9: Autoestima → Esperança	nt	-0,16**	nt	-0,11^{ns}	nt	-0,01^{ns}
Construtos Principais – Valores de R²						
Esperança	0,64	0,96	0,57	0,65	0,72	0,89
Satisfação	0,81	0,74	0,77	0,99	0,65	0,75

* Coeficientes padronizados significativos a $p < 0,01$.

** Coeficientes padronizados significativos a $p < 0,05$.

*** Coeficientes padronizados significativos a $p < 0,10$

(ns) Coeficientes não significativos em negrito

Obs.: As hipóteses e proposições não testadas no modelo estão marcadas com nt

Em relação às hipóteses testadas em cada modelo, a Tabela 32 expôs resultados que validariam formulações teóricas expostas anteriormente no Quadro 3. Duas hipóteses não foram rejeitadas em todos os modelos testados, implicando que estes construtos se relacionam. Elas são:

H3: O desejo é um construto independente e antecedente da esperança do cliente.

H7: A esperança é um construto presente no comportamento do consumidor de cirurgia plástica estética, influenciando diretamente o risco percebido.

Os coeficientes apresentaram magnitudes similares e significância estatística para H3, comprovando as proposições de diversos autores (por exemplo: MACINNIS e MELLO, 2007; WALKER, 2007; BELK, GER e ASKEGAARD, 2003). De forma similar, H7 obteve significância estatística em todas as amostras, com variação das magnitudes dos coeficientes de regressão na amostra do grupo B, confirmando a teoria que, quanto maior a esperança, menor a percepção de risco (por exemplo: MACINNIS e CHUN, 2007; MELLO e MACINNIS, 2005; SNYDER, 1995).

Na análise comparativa da hipótese “H1: A esperança do cliente impacta na sua satisfação”, somente no modelo inicial R1-A da amostra do grupo A é que foi rejeitada, não sendo significativa. Nos demais modelos e amostras a esperança seria influenciadora direta da satisfação, de acordo com várias formulações teóricas (por exemplo: ROSSITER e FOXAL, 2008; MACINNIS e MELLO, 2001).

O modelo inicial R1 na amostra total foi o único em que a hipótese “H5: A esperança impacta para diminuir a ansiedade” não foi rejeitada. Nos demais modelos e amostras, os resultados não estão em consonância com outros estudos (por exemplo: MACINNIS e CHUN, 2007; MACINNIS e MELLO, 2005). Ainda analisando as relações com o construto esperança, a hipótese “H2: A esperança influencia a confiança do cliente no médico” foi rejeitada em todos os modelos em que foi testada, não confirmando conjecturas teóricas da relação da esperança como influenciadora da confiança (por exemplo: MELLO, MACINNIS e STEWART, 2007; WALKER, 2006). Já a hipótese “H4: A esperança do cliente influencia nas suas expectativas, sendo construtos distintos” foi rejeitada somente nos modelos alternativos finais A e B das amostras dos grupos A e B, podendo ter sido influenciada por outras relações introduzidas no

modelo. No entanto, na amostra total e nos modelos iniciais R1 das amostras dos grupos a esperança se mostrou como antecedente das expectativas, reforçando formulações teóricas expostas por alguns autores (por exemplo: WALKER, 2006; PIERON, 1966).

Analisando a hipótese “H6: O risco percebido com uma cirurgia plástica estética afetaria diretamente a ansiedade do cliente”, ela foi rejeitada nos modelos da amostra do grupo A e não rejeitada nos demais, mostrando-se válida quanto a proposições expostas na teoria para a amostra como um todo e no grupo B (por exemplo: MITCHELL e HARRIS, 2005; REISINGER e MAVONDO, 2005). Além disso, na avaliação das relações envolvendo a ansiedade, a hipótese “H8: A ansiedade do cliente influenciaria na satisfação” não foi rejeitada somente no modelo inicial R1-A do grupo A, não obtendo significância estatística nos demais modelos e amostras, se mostrando como uma relação fraca para ser testada em outras amostras, discordando de alguns autores (JOHNSON, SIVADAS e GARBARINO, 2008; ABE, BAGOZZI e SADARANGANI, 1996).

As expectativas do consumidor em relação à satisfação, testada através da hipótese “H9: As expectativas do cliente, influenciadas pela esperança, impactam na sua satisfação” foi rejeitada em todos os modelos e amostras, menos no modelo alternativo final na amostra total. Apesar de existirem evidências empíricas e formulações teóricas na literatura que apontam para esta relação (por exemplo: OLIVER, 1999; SPRENG, MACKENZIE e OLSHAVSKY, 1996; FORNELL *et al.*, 1996), o objetivo deste público é a autoestima e, provavelmente, pode ter influenciado nos resultados.

Já na relação da confiança com a satisfação, a rejeição de “H10: A confiança no médico influencia diretamente na satisfação com o resultado” somente na amostra do grupo A, demonstra o comportamento díspare deste grupo, provocado pela intenção com a compra, o que ainda não o tornaria satisfeito. Nas demais amostras e modelos, os resultados corroboram as proposições desta relação (por exemplo: BIGNE e BLESA, 2003; CROSBY, EVANS e COWLES, 1990).

Na avaliação do impacto entre a autoestima e o desejo, expostos amplamente na literatura (por exemplo: ABCP, 2008; SAWER *et al.*, 2008; SOEST *et al.*, 2006) a não rejeição de “H11: A baixa autoestima leva ao desejo de consumo da cirurgia plástica estética” na amostra do grupo B e total, e no modelo inicial R1-A no grupo A, se mostra em consonância com os autores.

No modelo alternativo final A na amostra do grupo A, esta hipótese foi rejeitada e não refletiria os resultados dos demais estudos. Acredita-se que ele seja decorrente do desejo não satisfeito, uma vez que há intenção em realizar a cirurgia plástica estética, mas não foi efetivada.

Analisando a última hipótese, “H12: A influência de amigos(as) e parentes impacta na esperança do consumidor de cirurgia plástica estética”, foi rejeitada nos modelos na amostra do grupo B e no modelo inicial R1-A do grupo A, divergindo de autores da literatura de marketing de serviços e proposições de estudiosos do mercado de cirurgia plástica estética (por exemplo: SANT’ANNA, 2009; MOWEN e MINOR, 2003; THOMPSON e HIRSCHMAN, 1995). Poder-se-ia atribuir este resultado à perseguição que estas pessoas têm de encontrar a autoconfiança e autoestima, alegando que realizam a cirurgia para si (EDMONDS, 2007). No entanto, a não rejeição da hipótese no modelo alternativo final A na amostra do grupo A e nos modelos na amostra total, confirmam as teorias expostas.

Pela leitura da Tabela 32 também se verifica as proposições dos modelos alternativos finais, levantadas a partir da pesquisa qualitativa, realizada na primeira fase desta tese. Duas delas não foram rejeitadas em nenhuma amostra, o que demonstra que são significativas e devem ser consideradas em futuras pesquisas. Elas tiveram o mesmo sinal e magnitudes similares em todas as amostras e indicam que a influência de amigos(as) e parentes tem relação com a confiança no médico, corroborando suposições da teoria de marketing de serviços (por exemplo: ZEITHAML e BITNER, 2003; SOLOMON, 2002), e que a baixa autoestima levaria à desconfiança no médico. São elas:

P3: A influência de amigos(as) e parentes impactaria na confiança no médico;

P8: A baixa autoestima seria determinante na confiança no médico.

De modo oposto, duas proposições não se confirmaram em nenhuma das amostras pela rejeição de “P1: Confiança no médico influenciaria na esperança” e “P4: A influência de amigos(as) e parentes minimizaria as expectativas”. A relação entre confiança e esperança se mostrou confusa e não estável nas análises dos modelos, quando se compara aos resultados desta proposição junto com a hipótese H2, não se podendo afirmar que exista relação entre os construtos, conforme formulações teóricas e suposições levantadas a partir da pesquisa

qualitativa (por exemplo: VIEIRA, 2008; MACINNIS e MELLO, 2007). A influência de amigos(as) e parentes, presente em outras proposições que se confirmaram, não obteve significância na sua relação com as expectativas.

Outras relações envolvendo a influência de amigos(as) e parentes com o desejo e a satisfação foram testadas. A proposição “P2: A influência de amigos(as) e parentes determinaria o desejo” foi rejeitada na amostra total, mas se confirmou nos grupos individualmente. Já a proposição “P5: A influência de amigos(as) e parentes impactaria na satisfação” foi rejeitada no grupo B, mas confirmadas nos demais testes. Os resultados aprovados corroborariam suposições destas relações diretamente, sendo que, quanto maior a influência de amigos(as) e parentes, maior seria o desejo e a satisfação.

Suposições sobre as influências da ansiedade e risco percebido nas expectativas foram verificadas pelas proposições “P6: A ansiedade influenciaria nas expectativas do cliente”, não rejeitada na amostra total, e “P7: O risco percebido pelo cliente influenciaria nas expectativas”, rejeitada somente no grupo A. Ambas as proposições, quando confirmadas, apresentaram relação inversa, sendo que quanto maior a ansiedade e o risco percebido, menor as expectativas.

Na análise da última proposição “P9: Autoestima influenciaria na esperança” verifica-se que foi rejeitada nas amostras dos grupos individualmente e não rejeitada na total, já que, pelo valor negativo supõe-se que a baixa autoestima interfere na esperança de cada um. A relação entre a autoestima e a esperança seria maior pelos efeitos indiretos através do desejo.

Finalizando a análise da Tabela 33, constata-se ainda, que os modelos permitem a explicação de boa parte da variância observada nos construtos satisfação e esperança, uma vez que todos apresentaram proporções maiores que 50%, superiores aos encontrados na literatura (por exemplo: MARCHETTI e PRADO, 2004).

Complementando as avaliações, uma vez escolhidos como os melhores modelos possíveis os modelos alternativos finais de cada amostra, foram averiguados os efeitos diretos, indiretos e totais entre os construtos esperança e satisfação e os demais construtos dos modelos estruturais alternativos finais nas amostras, expostos nas Tabelas 33 e 34. As influências indiretas entre os construtos são avaliadas quando há intermediação das interferências de um

construto sobre o outros, as diretas são entre construtos e a total irá depender de quantos construtos influenciam o final analisado.

Verifica-se na Tabela 33 que a esperança exerce efeitos totais significativos na satisfação e risco percebido em todas as amostras, nas expectativas no grupo B e nela como um todo, sendo que as magnitudes dos efeitos oscilam entre as amostras. A satisfação é o construto em que a esperança exerce maior efeito na amostra total e do grupo A, podendo se considerar um importante antecedente.

Os efeitos na esperança são constatados em relação aos construtos desejo, influência de amigos(as) e parentes e autoestima, sendo que o desejo tem magnitudes significativas em todas as amostras, enquanto a influência de amigos(as) e parentes não se confirma em nenhuma delas e a autoestima somente na do grupo B, indiretamente. A esperança ainda é mediadora, com efeitos indiretos significativos, na satisfação, expectativa e ansiedade na amostra como um todo. Por isso, a esperança seria responsável por grande parte da variância observada na satisfação.

Na Tabela 34 observa-se os efeitos de todos os construtos na satisfação, diagnosticando-se que nos modelos alternativos finais, na amostra total e do grupo A a esperança tem coeficientes significativos com amplitude maior que os demais construtos na satisfação. Na amostra do grupo B o efeito total da esperança apresenta magnitude similar do desejo, sendo que o construto que exerce maior efeito é a confiança neste grupo. Desejo ainda apresenta efeitos indiretos e totais significativos nas demais amostras. Ainda no grupo B, os efeitos indiretos da autoestima e da ansiedade se mostraram não significativos na satisfação.

Nota-se que o poder de explicação da satisfação se dá por antecedentes diretos, como a esperança, e antecedentes indiretos importantes, como desejo e a própria esperança. No caso do grupo B, o efeito direto da confiança também contribui na explicação da satisfação. Consequentemente, em relação aos valores apresentados nas Tabelas 33 e 34 poderia supor-se que esperança é um construto necessário em modelos teóricos similares aos testados na tese pelo seu grande poder de explicação da satisfação do cliente, bem como pelos efeitos nas expectativas e risco percebido. Ao mesmo tempo, o desejo também deve ser sempre inserido, pois contribuiu imensamente no modelo com efeitos sobre a satisfação e esperança.

Tabela 33: Efeitos das Relações entre a Esperança e outros Construtos nos Modelos Estruturais Alternativos Finais

Relação Estrutural	Amostra Total			Grupo A			Grupo B		
	Efeito Direto	Efeito Indireto	Efeitos Totais	Efeito Direto	Efeito Indireto	Efeitos Totais	Efeito Direto	Efeito Indireto	Efeitos Totais
	Esperança → Satisfação.	0,61 [*]	0,22 [*]	0,84 [*]	0,86 [*]	0,11^{ns}	0,97 [*]	0,24 ^{***}	0,13 ^{***}
Esperança → Expectativas	0,23 ^{***}	0,39 ^{**}	0,63 ^{**}	0,38^{ns}	0,29 ^{**}	0,68 ^{**}	0,33^{ns}	0,14 ^{**}	0,47 ^{**}
Confiança → Esperança	-0,07^{ns}	-----	-0,07^{ns}	0,10^{ns}	-----	0,10^{ns}	-0,06^{ns}	-----	-0,06^{ns}
Esperança → Risco percebido.	-0,63 [*]	-----	-0,63 [*]	-0,63 [*]	-----	-0,63 [*]	-0,27 [*]	-----	-0,27 [*]
Esperança → Ansiedade	-0,06^{ns}	-0,27 [*]	-0,33 ^{**}	-0,30^{ns}	-0,19^{ns}	-0,49^{ns}	0,09^{ns}	-0,15^{ns}	-0,06^{ns}
Desejo → Esperança	0,96 [*]	-----	0,96 [*]	0,83 [*]	-----	0,83 [*]	0,99 [*]	-----	0,99 [*]
Influência de Amigos(as) e Parentes → Esperança	-0,35 ^{***}	0,07^{ns}	-0,28^{ns}	-0,25 ^{***}	0,20 ^{**}	-0,07^{ns}	-0,24^{ns}	0,32^{**}	0,08^{ns}
Autoestima → Esperança	-0,16 ^{**}	0,19 ^{**}	0,03^{ns}	-0,11^{ns}	0,10 ^{***}	-0,01^{ns}	-0,01^{ns}	0,35 ^{**}	0,34 ^{**}

* Coeficientes padronizados significativos a $p < 0,01$.** Coeficientes padronizados significativos a $p < 0,05$.*** Coeficientes padronizados significativos a $p < 0,10$

(ns) Coeficientes não significativos em negrito

Obs.: Relações não expostas são com os efeitos iguais a zero.

Tabela 34: Efeitos das Relações entre Satisfação e outros Construtos nos Modelos Estruturais Alternativos Finais

Relação Estrutural	Amostra Total				Grupo A			Grupo B				
	Efeito Direto		Efeito Indireto		Efeito Direto		Efeito Indireto		Efeito Direto		Efeito Indireto	
Esperança → Satisfação.	0,61*	0,22*	0,84*	0,86*	0,11 ^{ns}	0,97*	0,24 ^{***}	0,13 ^{***}	0,37 ^{***}			
Risco percebido → Satisfação.	----	-0,21**	-0,21**	----	-0,06 ^{ns}	-0,06 ^{ns}	----	-0,08 ^{ns}	-0,08 ^{ns}			
Ansiiedade → Satisfação.	0,05^{ns}	-0,10^{ns}	-0,05^{ns}	-0,03^{ns}	-0,04^{ns}	-0,07^{ns}	0,21^{ns}	-0,11^{ns}	0,10^{ns}			
Expectativa → Satisfação.	0,39 ^{***}	----	0,39 ^{***}	0,14 ^{ns}	----	0,14 ^{ns}	0,29 ^{ns}	----	0,29 ^{ns}			
Confiança → Satisfação.	0,23*	-0,06 ^{ns}	0,17 ^{**}	-0,08 ^{ns}	0,10 ^{ns}	0,02 ^{ns}	0,84*	-0,02 ^{ns}	0,82*			
Influência de Amigos(as) e Parentes → Satisfação	0,25 ^{**}	-0,24 ^{**}	0,01^{ns}	0,33*	-0,08 ^{ns}	0,25*	0,04^{ns}	0,19*	0,23 ^{**}			
Desejo → Satisfação.	----	0,80*	0,80*	----	0,80*	0,80*	----	0,36*	0,36*			
Autoestima → Satisfação	----	-0,02^{ns}	-0,02^{ns}	----	0,01^{ns}	0,01^{ns}	----	0,06^{ns}	0,06^{ns}			

* Coeficientes padronizados significativos a $p < 0,01$.

** Coeficientes padronizados significativos a $p < 0,05$.

*** Coeficientes padronizados significativos a $p < 0,10$

(ns) Coeficientes não significativos em negrito

Obs.: Relações não expostas são com os efeitos iguais a zero.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste último Capítulo são expostas as conclusões da tese, implicações teóricas e gerenciais, limitações e sugestões de futuros estudos. As conclusões surgiram a partir da análise dos modelos expostos no Capítulo anterior, em comparação com a literatura estudada e a pesquisa da fase qualitativa.

6.1 Conclusões

O foco desta tese foi elaborar e testar as influências do construto esperança num modelo teórico aplicado ao comportamento do consumidor de cirurgia plástica estética no Brasil, principalmente na relação com os construtos satisfação do cliente, confiança no médico, expectativas, ansiedade e risco percebido. É importante salientar que estudos similares não foram detectados na literatura, não podendo se comparar resultados, e que comprovar a esperança como construto influenciador em um processo de compra foi um desafio para a autora da tese. A idéia da esperança como um construto influenciador em um modelo foi a partir de estudos de Mello e MacInnis (2005) e MacInnis e Mello (2007 e 2001) que se propunham a explicá-lo, mas não o haviam operacionalizado.

Os resultados obtidos a partir dos testes dos modelos propostos nesta tese, conforme as análises das Tabelas no Capítulo anterior e a apresentação dos modelos finais demonstraram que o objetivo principal foi alcançado para as amostras analisadas. Além dos valores alcançados para os modelos iniciais revistos, os sugeridos como alternativos finais conseguiram alcançar índices de adequação acatados como bons, e que já validaram diversas amostras em outros estudos, podendo também ser considerados neste. Através dos resultados revelados, verificou-se que os modelos alternativos finais apresentaram adequadas medidas de ajustamento, apesar dos índices de GFI e AGFI não terem alcançado o coeficiente considerado como muito bom, se mantendo, em todas as amostras testadas, um pouco abaixo. Índices como χ^2/GL , RMSEA, CFI, PGFI e IFI se mostraram com muito boa adequação, proporcionando a implicação de que estes modelos poderiam ser validados e testados em outras amostras. Além disso, o fato de se ter explorado dois tipos de grupos amostrais, similares na essência - por serem consumidores de cirurgia plástica estética em potencial - mas com características distintas, visto que a do grupo B já havia realizado o “sonho” através da esperança e o A não, ajudou a enriquecer as análises realizadas para o modelo teórico.

Similarmente, os objetivos intermediários relacionados aos construtos também foram alcançados, à medida que os resultados das cargas fatoriais entre os construtos em cada amostra nos permitem supor que a avaliação deles foi realizada. Eles foram averiguados a partir das análises das Tabelas no Capítulo anterior nos modelos testados.

Assim, a aceitação das hipóteses 3 e 7 e a rejeição da hipótese 2 em todas as amostras e modelos testados, levam a algumas implicações. A primeira delas seria a validação do esquema apresentado na Figura 3, que retrata que o desejo é um construto independente e antecedente da esperança do cliente. A confirmação da hipótese 3 permitiria afirmar que, quanto maior o desejo, maior será a esperança, com fortes valores embasando esta relação direta. Ela também foi interpretada da mesma maneira por participantes dos grupos focais, quando fizeram afirmativas como “se o desejo é muito grande nada poderá impedir a pessoa de realizar a sua cirurgia”.

O risco percebido, tão importante em compras, onde o produto ou serviço é caro e/ou complexo de se entender, sendo função da probabilidade negativa da ocorrência do fato, se mostrou minimizado pela esperança, pela aceitação da hipótese 7, visto que, quanto maior a esperança, menor esta percepção do risco. Esperança, portanto, assume um papel delicado que requer cuidado dos “alimentadores” do processo, como médicos e até amigos(as) e parentes, uma vez que o risco real pode ser desconsiderado em função da esperança de se alcançar a meta, podendo trazer várias consequências desagradáveis. A avaliação desta relação entre esperança e risco percebido está de acordo com a teoria estudada para a tese e com a preocupação dos autores em geral, em relação aos problemas que podem ser causados pela diminuição da percepção de risco. Nos grupos focais a esperança se mostrou “perigosa”, diante de relatos de participantes que desprezaram o risco como “obstáculo” para alcançarem a sua meta. Esta mesma questão foi levantada por um dos médicos entrevistados.

A rejeição da hipótese 2 com níveis não significativos sugere a afirmação que não há influência do construto esperança na confiança no médico, não se confirmando a relação exposta na literatura estudada, de que a esperança impacta na confiança, relacionada à meta. De acordo com as análises dos grupos focais, observa-se que quando há esperança, como nas pessoas que realizaram a cirurgia, não é essencial que se tenha confiança no médico para alcançar o resultado, tanto que algumas relataram ter atingido a meta com médicos que as

convinham ou foram procurar outro que aceitassem o desafio. Talvez esse seja o motivo para tal resultado e deve ser explorado em outras pesquisas.

Outras suposições ainda seriam válidas, apesar de não haver uniformidade nos resultados. Uma delas é que a esperança do cliente impacta na sua satisfação, com efeitos positivos diretos e indiretos de magnitudes a serem consideradas, induzindo a afirmação que, quanto maior é a esperança, maior seria a satisfação do cliente, em consonância com a teoria estudada na tese. Nota-se que esta influência é percebida mais fortemente na amostra como um todo, sendo que nas pessoas que têm a intenção de fazer a cirurgia plástica estética, em um dos modelos não se confirmou a hipótese 1, mas nos modelos finais foi impactante na relação. A satisfação estaria representando o resultado da meta alcançada pela presença da esperança no processo.

Na relação da esperança como antecedente das expectativas, os resultados indicam que outros construtos podem afetar esta relação, uma vez que a hipótese 4 da relação direta entre eles não se confirmou nos modelos alternativos finais das amostras dos grupos. No entanto, nos modelos e amostras em que ela não foi rejeitada, as magnitudes foram significativas tanto nos efeitos diretos como totais, e seria recomendável que se considere esta relação em outros estudos. Ressalta-se que a questão levantada por alguns autores sobre a dificuldade do entendimento dos construtos como independentes, não se mostrou relevante nesta tese, uma vez que as definições ficaram claras para os participantes dos grupos focais que conseguiram distingui-las, expondo suas expectativas independentemente da esperança. Apesar disso, ainda pode haver problemas para se medir o construto esperança, pois não existem escalas desenvolvidas e validadas em marketing que possam dar essa segurança, como no construto confiança. Pode haver interpretações que confundam esperança com expectativas. Precisa-se de tempo e muitos outros estudos.

A análise do impacto da esperança na ansiedade ainda não se mostrou importante neste estudo. Com exceção do modelo inicial R1 da amostra total, em que a hipótese 5 se mostra significativa com 90% de probabilidade, nos demais a mesma não se confirmou, dificultando afirmações sobre esta relação. Se a esperança pode minimizar a ansiedade, isto não se conseguiu provar aqui, apesar de apresentar valores expressivos nos efeitos totais. Como análise exploratória, se considerarmos algumas declarações levantadas pelas participantes dos grupos focais, nas quais a ansiedade ocorreria em relação a obstáculos que poderiam ser

criados, como por exemplo, um exame com resultado ruim que inviabilizasse a cirurgia, a esperança agiria como estimuladora, porque, quanto maior a esperança para alcançar a meta da cirurgia, maior poderia ser a ansiedade que a impedisse de atingi-la. Mas esta suposição também não se confirmou. Da mesma forma, a ansiedade não foi significativa na satisfação, com a rejeição da hipótese 8 em todos os modelos e amostras, com exceção do modelo inicial R1-A no grupo A, não podendo se considerar esta relação na amostra deste trabalho.

Outras análises foram feitas em relação à satisfação, e as expectativas dos clientes também não impactariam na satisfação dos consumidores estudados nesta tese, pela rejeição da hipótese 9, apesar de sua aceitação no modelo alternativo final na amostra total. A influência das expectativas na satisfação, comum em estudos do comportamento do consumidor, não se mostrou importante nos modelos apresentados para estudo. Já a confiança no médico como influenciadora da satisfação com o resultado, só não apresentou significância nos modelos testados na amostra das pessoas que têm a intenção de fazer cirurgia plástica estética, através da rejeição da hipótese 10. Apesar do objetivo de verificação desta relação ter sido alcançado, os resultados se mostraram diferentes nas amostras, sendo que, para os consumidores que realizaram a cirurgia plástica estética quanto maior for a confiança no médico maior é a satisfação, obtendo-se magnitudes elevadas, tanto nos efeitos diretos quanto totais, influenciando os resultados da amostra total, o que não aconteceu em relação ao grupo daqueles que têm a intenção de fazer. Os achados para o grupo B estão em consonância com a teoria pesquisada, uma vez que os estudos em geral realizam a coleta de dados após a prestação do serviço, como neste grupo, diferente da coleta com pessoas que têm a intenção, isto é, os dados foram coletados antes da execução dos serviços. É bem provável que consumidores em potencial provoquem resultados deste tipo, porque não encontraram o médico em quem confiar e não conseguem associar positivamente a satisfação com o resultado.

Este comportamento distinto entre os dois grupos também foi notado na análise da percepção do risco como influenciador da ansiedade, pela confirmação da hipótese 6 nas amostras do grupo B e nela como um todo, e pela rejeição nos modelos testados no grupo A. Para quem já realizou cirurgia plástica estética, quanto maior o risco percebido, maior seria a ansiedade, com valores importantes a serem considerados, o que não ocorreu para as pessoas que têm a intenção. O fato de não terem realizado a cirurgia e passado efetivamente pela experiência poderia implicar na falta de percepção desta relação.

Outra avaliação desempenhada e díspare entre os grupos amostrais é que a baixa autoestima levaria ao desejo de consumo da cirurgia plástica estética. Os resultados obtidos na hipótese 11 denotam que o exposto por especialistas da SBCP e na literatura estudada, estaria correto para os consumidores que já realizaram a cirurgia plástica estética ou na amostra como um todo, mas não foi significativa no modelo alternativo final A da amostra do grupo A. Esta interpretação poderia estar associada às declarações de algumas participantes do grupo focal das mulheres que tinham a intenção de realizar a cirurgia, com dúvidas quanto ao desejo de estar influenciado pela vaidade, e se a autoestima estaria impactando neste desejo. Assim, a autoestima se mostraria iniciadora deste processo quando as pessoas percebem que a recuperaram como no caso da amostra do grupo B. A autoestima ainda assume outras relações, testadas a partir das proposições sugeridas pelas análises dos grupos focais, que serão tratadas mais adiante.

O último objetivo específico foi analisar a influência dos amigos(as) e parentes na esperança do consumidor de cirurgia plástica estética, sendo que a hipótese 12 se confirmou nos modelos testados na amostra como um todo e no modelo alternativo final A na do grupo A, apesar dos efeitos totais serem significativos somente na amostra como um todo. Os resultados obtidos nos efeitos diretos foram negativos, dando a entender que quanto menor a influência de amigos(as) e parentes maior seria a esperança, como relatado por várias participantes dos grupos focais, apesar de não as impedir de realizar a meta.

Avaliações complementares aos objetivos da tese foram realizadas através dos modelos alternativos finais, consequência das proposições resultantes das análises da fase qualitativa da tese. Das nove proposições sugeridas, duas se mostraram significativas em todos os testes e outras duas foram rejeitadas em todas.

A aceitação da proposição 3 em todos os testes realizados implicaria na afirmação que a influência de amigos(as) e parentes impacta na confiança no médico. Os resultados foram positivos, indicando a relação direta e confirmando especulações levantadas a partir das análises dos grupos focais, das entrevistas com os médicos e alusões da literatura do marketing de serviço pesquisada para a tese. Outra proposição confirmada em todas as amostras foi a P8 e também se relaciona com a confiança. Neste estudo a baixa autoestima levaria à desconfiança no médico, podendo ter implicação direta na prestação de serviço, sendo necessária atenção por parte da SBCP quanto a esta suposição.

As duas proposições que não se confirmaram em nenhuma das amostras foram a 1 e 4. A rejeição da proposição 1 implicaria que a confiança no médico não influenciaria a esperança, como sugerido pelos médicos e levantado em algumas discussões nos grupos focais. A relação entre estes dois construtos se mostrou confusa pelos resultados apresentados tanto para esta proposição quanto para a hipótese 2, sugerida pela literatura. Não parece que a esperança esteja relacionada com a confiança, de nenhuma maneira, pelo menos nas amostras testadas na tese. Porém, em outros mercados e públicos, esta análise pode ser modificada. Já com a rejeição da proposição 4, se faz supor que as influências de amigos(as) e parentes não teria impacto nas expectativas. Talvez este resultado seja em função da percepção das expectativas negativas e o sucesso dos amigos(as) e parentes poderia estar anulando o impacto nesta relação.

A influência de amigos(as) e parentes ainda foi analisada nas relações com o desejo e satisfação, pelas proposições 2 e 5, sendo que a primeira não foi rejeitada nos grupos amostrais isolados e a segunda foi rejeitada somente no grupo B. Nos testes considerados significativos, quanto maior esta influência maior seria o desejo e a satisfação. A confirmação das proposições de forma distinta nas amostras sugere que os potenciais consumidores considerariam que a influência de amigos(as) e parentes impacta no desejo de realizar a cirurgia plástica estética, mas quem já a realizou não entenderia esta influência na satisfação. Isto poderia ser explicado por declarações obtidas a partir da fase qualitativa desta tese e na literatura estudada, que as pessoas fazem a cirurgia plástica estética para si, pensando na sua satisfação

Também foi verificado o impacto da ansiedade e do risco percebido nas expectativas. A proposição 6 só se confirmou na amostra total, sugerindo que, quanto maior a ansiedade, menor seriam as expectativas. Mas nas análises das amostras isoladamente, não seria possível esta consideração. Ansiedade, como vista pelas participantes dos grupos focais, é não conseguir realizar a meta por não passar num exame, por exemplo, e pode ter interferido nos resultados. Já a proposição 7 não foi rejeitada na amostra do grupo B e nela como um todo, insinuando a suposição que, quanto maior o risco percebido, menores as expectativas do cliente, percebida por quem realizou a cirurgia plástica estética. Assim, os riscos envolvidos em uma cirurgia seriam mais impactantes no processo que as expectativas, tendendo a minimizá-las. Explora-se se isto seria consequência da interpretação de que “antes ficar com uma cicatriz do que morrer”, por exemplo.

No final das avaliações complementares, a autoestima não se mostrou influenciadora da esperança nas amostras de cada grupo, pela rejeição da proposição 9, apesar de se confirmar na verificação da amostra como um todo. Esse efeito direto da autoestima na esperança seria negativo, sendo que a baixa autoestima influenciaria negativamente a esperança, mas quando intermediado pelo desejo ela se anularia, já que o desejo influencia positivamente e com grande magnitude, a esperança.

Apesar de não se caracterizar como problema de pesquisa, mostrou-se necessária a avaliação dos modelos de medidas de cada construto, analisados no Capítulo anterior. A maioria dos modelos se mostrou adequada aos dados, quando verificadas as medidas de ajustamento em cada um deles, com exceção do construto expectativas na amostra no grupo B que não apresentou plenamente ajustado aos dados pelos valores de CFI e IFI. Alguns modelos em amostras específicas ainda demonstraram valores da RMSEA acima do esperado, mas os demais valores foram superiores aos recomendados, aceitando-se a adequação destes modelos aos dados. Porém, na análise da confiabilidade dos construtos, somente autoestima, ansiedade e satisfação tiveram valores significativos para estas medidas em todas as amostras. Os demais variaram de acordo com o grupo analisado, denotando que a disparidade entre eles pode ter influenciado nos resultados, devendo ser revisto em outros estudos. Isto implicaria dizer que, em algumas partes dos modelos isoladamente, e dependendo da amostra, a variância dos indicadores não poderia ser explicada por estes construtos, nas amostras em que a variância extraída não foi significativa, e que o grau dos indicadores não indicaria corretamente o construto, quando os valores da confiabilidade composta não atingiram o recomendado.

Porém, estas considerações sobre os modelos de medidas não invalidam os resultados verificados nesta tese, uma vez que foram alcançados valores consistentes nos modelos estruturais e nas medidas de adequação do SEM. Insinua que as escalas devem ser mais trabalhadas em outros estudos, proporcionando o desenvolvimento da teoria.

Conseguiu-se com este trabalho, mesmo não podendo se generalizar, destacar a importância que o construto esperança teria em estudos do comportamento do consumidor, podendo alterar, em muitos casos e dependendo do produto, resultados obtidos em modelos com relações dos construtos estudados na tese sem a presença da esperança. Os efeitos da esperança na satisfação, expectativas, ansiedade e, principalmente, risco percebido não

deveriam mais ser ignorados em estudos que se propõem a entender o comportamento dos consumidores de vários produtos em marketing.

6.2 Implicações Teóricas

Apesar do construto esperança já ter começado a fazer parte do interesse da comunidade acadêmica em marketing, estudos empíricos sobre o tema desta tese ainda são incipientes. Estudar os efeitos que este construto poderia ter em outros era necessário e os resultados nas amostras sugerem que ainda há muito a ser explorado e desenvolvido, mas que eles existiriam e devem ser considerados neste e em outros segmentos. Portanto, os achados nesta tese sugerem aos pesquisadores o aprofundamento dos modelos aqui apresentados com uso de outras abordagens, onde as variáveis propostas no presente estudo possam ser mais desenvolvidas. Novos estudos poderiam tratar quantitativamente a esperança como antecedente da satisfação em diversos outros tipos de mercado, como o de compra de imóveis ou serviços, em ambiente brasileiro e, se possível, comparado com outros países. Antecedentes da esperança, como a influência de parentes e amigos(as), também poderiam ser explorados, além da possibilidade de novas descobertas.

Desejo, esperança e expectativas ainda se mostraram construtos independentes e influenciadores, tanto na fase qualitativa como na quantitativa, ajudando a explicar algumas discussões acadêmicas e possibilitando novos estudos. Embora o segmento estudado na tese seja muito específico, a cirurgia plástica estética, há outros em que poderia haver distinção maior entre os construtos que possibilitariam o aprofundamento das diferenças e, principalmente, do papel da esperança. Pela teoria apresentada e pesquisas realizadas aqui, essa distinção só seria importante quando há a necessidade de conquistar uma meta, como na compra do primeiro carro, o que não aconteceria na compra de gêneros de primeira necessidade, por exemplo. Porém, descobrir em que situação a esperança exerce maior influência, pode interferir na interpretação de algumas teorias expostas pelos estudiosos de marketing.

O risco percebido, importante em diversos tipos de compra, como de serviços financeiros ou estéticos, também se mostrou sensível à influência da esperança nas amostras estudadas, reduzindo o impacto negativo na adversidade da percepção do risco pelo cliente, manifestando a necessidade do aprofundamento de estudos sobre esta relação em diversos

segmentos. O risco percebido é, como a confiança e a satisfação, um construto que faz parte de muitos estudos em marketing, mas não como foi estudado aqui em relação as demais variáveis. Pesquisadores poderão desenvolver estratégias específicas de interesse acadêmico e de empresas com foco no desenvolvimento de estratégias que ajudem a minimizá-lo sem comprometer a satisfação do consumidor. Cabe ressaltar que, apesar de muitos outros estudos já terem analisado os construtos risco percebido, ansiedade, expectativas, confiança e satisfação este estudo se propôs a analisá-los conjuntamente e com os efeitos da esperança, gerando contribuição teórica para futuras pesquisas. Observa-se que antecedentes e consequentes tidos como certos em relação a estes construtos, podem sofrer alterações na presença da esperança.

Além disso, um construto bastante explorado na literatura de marketing, a confiança, não se mostrou determinante nos modelos testados na tese, principalmente, na relação com a esperança, levantando a necessidade de um aprofundamento dos estudos sobre eles, visto que ambos fariam parte de alguns modelos, como o de serviços. A esperança em um tratamento estético pode alterar avaliações teóricas sobre serviços em relação à confiança. Já a satisfação, foi direta e indiretamente influenciada pela esperança, ajudando a entender o processo de satisfação na amostra estudada e abrindo caminhos para estudiosos de marketing, na exploração de táticas para aumentar a satisfação, baseadas nesta relação.

Ressalta-se que os livros de marketing não tratam o que foi explorado nesta tese, sendo necessária a introdução da esperança como uma variável nos estudos do comportamento do consumidor, principalmente em serviços e bens de alto valor agregado. Os autores em geral, também não têm trabalhado este construto em artigos publicados em importantes periódicos, havendo, ainda, grande concentração em estudos sobre satisfação, lealdade, confiança e risco percebido, sem a introdução da esperança. Cria-se, portanto, a partir das questões levantadas nesta tese, oportunidades de aumentar o entendimento sobre o comportamento de consumidores, quando há esperança envolvida, e ampliar formulações teóricas.

As considerações traçadas durante o estudo, mesmo dentro de suas limitações, insinuam que houve contribuição para a formação do conhecimento de marketing no Brasil, no que tange ao comportamento do consumidor, mais especificamente ao consumidor de serviços estéticos, como cirurgia plástica estética ou programas de embelezamento. A operacionalização destes

modelos e outros similares poderiam ser comparados a resultados de estudos acadêmicos em âmbito nacional e internacional.

6.2 Implicações Gerenciais

Os resultados da tese trouxeram algumas questões a serem discutidas por gestores de políticas públicas e do segmento de beleza, como de cirurgia plástica estética, no sentido de limitarem ações de empresas e médicos que estimulem a esperança sem análises mais profundas, uma vez que os riscos ficariam minimizados por ela. Devem ter atenção a condições de financiamento, exigências médicas e hospitalares, porque as pessoas podem não perceber o real risco inerente à questão, o que poderia provocar diversos tipos de problemas, tanto financeiros como até físicos. Políticas públicas de procedimentos mais rígidos ligados ao assunto deveriam ser desenvolvidas. Além disso, investigações com maior alcance sobre empresas que agem como intermediários entre médicos e pacientes, facilitando o financiamento, por exemplo, precisariam ser implementadas.

No que tange às comunicações, muitas vezes sutis, e incentivos das empresas e da mídia em geral, surge um questão a ser debatida, porque apesar da liberdade de expressão não poder ser afetada, não se deve estimular o desejo pela cirurgia para alcançar a autoestima, muitas vezes perdida pela influência da própria mídia. Gestores envolvidos nestas publicações e comunicações precisariam estar cientes da responsabilidade desta influência sobre a esperança das pessoas que podem gerar insatisfação e dor, já debatida pela SBCP.

Para médicos, clínicas e empresas que vendem serviços, bem como bens de valor com envolvimento da esperança, parece haver aqui implicações de pesquisas que podem afetar diretamente a gestão estratégica de marketing. Vendedores de carros ou imóveis, por exemplo, tratam quase sempre com a esperança dos consumidores, sem perceberem que ela pode estar influenciando nas expectativas, risco e satisfação. Pesquisas em outros segmentos que possam proporcionar o melhor entendimento destes comportamentos seriam recomendadas.

O desenvolvimento dos profissionais de vendas de produtos ou serviços, que sofrem a influência de amigos(as) e parentes, ainda encontram informações que poderiam ajudar no fortalecimento do relacionamento com clientes, uma vez que esta influência se encontraria

presente em algumas partes do processo de compra. Entender melhor a ação que amigos(as) e parentes exercem em cada momento deste processo, se faz necessário para gestores das empresas envolvidas neste tipo de venda, com implicações gerenciais diretas para os profissionais de marketing.

6.3 Limitações e Sugestões para Futuros Estudos

O estudo está limitado pela amostra de conveniência, o que não permite a generalização dos resultados para a população, podendo sofrer alterações nos efeitos apresentados quando da coleta de dados em amostra probabilística ou com características diferentes. Ele também não pode ser validado em outros segmentos de vendas. Ainda há limitações inerentes à natureza da pesquisa aqui realizada, inclusive deficiências metodológicas. Uma delas é que o estudo empírico é baseado em percepções que podem não refletir corretamente o que se quer diagnosticar. O *websurvey*, por exemplo, com perguntas estruturadas, possibilita a perda de sensações e crenças, além de realizar uma seleção prévia dos respondentes. Além disso, pesquisas de corte longitudinal normalmente refletem mais precisamente a análise das relações de causa de efeito do que pesquisas de corte transversal, embora demandem maior tempo de coleta de dados e manipulação das variáveis. Apesar disso, os modelos aqui analisados poderiam ser testados em outros estudos, ajudando a aumentar o conhecimento sobre estes construtos e suas relações.

Também se limitou a pesquisa ao campo da cirurgia plástica estética, o que pode ter influenciado na avaliação de indicadores específicos, como a influência de amigos(as) e parentes e expectativas, principalmente na análise das relações entre os construtos. Embora as variáveis estudadas terem sido analisadas qualitativamente, anteriormente à montagem do modelo de hipóteses proposto e estarem com base teórica consistente, admite-se que a interpretação de alguns indicadores também possam ter interferido nos resultados. Partes que compõem os modelos estudados não se mostraram adequadas isoladamente e, pesquisas futuras podem enriquecer no desenvolvimento de escalas de construtos menos estudados até o momento, como a esperança. Propõe-se a ampliação dos estudos que possibilitem o uso de outras bases teóricas e práticas, além de diferentes segmentos.

Enfatiza-se ainda que seja possível haver outras variáveis que poderiam ser colocadas no modelo de consumidores de cirurgia plástica estética, tais como medo, vergonha, otimismo e

vaidade, mas seria complexo demais inserir todas elas, podendo inviabilizar a análise e, especificamente, a avaliação da esperança. Nesta consideração, foram examinados alguns aspectos, como em que situação elas fariam parte do contexto. A vaidade, por exemplo, foi colocada pelas participantes dos grupos focais como uma consequência da cirurgia, o que neste trabalho limitou-se à satisfação. Algumas participantes chegaram a falar que fariam a cirurgia por vaidade, no grupo das que têm a intenção, mas as demais enfatizaram a autoestima como “responsável”, em concordância com a literatura. O medo foi muitas vezes confundido com expectativas e risco, o que dificultaria ainda mais o trabalho. Isto sugere a oportunidade de futuros estudos com amostras bem maiores que as utilizadas nesta tese e que incorporem mais variáveis, apesar de tornar o modelo ainda mais complexo.

Relações não exploradas ou que não se confirmaram nos modelos apresentados, também devem ser avaliadas em diferentes estudos. Aventa-se, de acordo com a literatura existente e pelos resultados obtidos, considerar a relação da esperança com a confiança e ansiedade em futuras pesquisas. Estudos posteriores podem comprovar estas relações e até rejeitar outras consideradas aqui.

Propõe-se ainda, pesquisa comparativa dos modelos obtidos com amostras coletadas em outros países, uma vez que a esperança, independente das limitações expostas, se mostrou um construto que possibilita novas interpretações no entendimento do comportamento do consumidor. Como os estudos sobre este construto ainda são incipientes, as possibilidades de pesquisas também seriam imensas e poderiam produzir estudos diferentes aos encontrados até aqui, contribuindo ainda mais para o desenvolvimento da teoria.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

ABE, Shuzo; BAGOZZI, Richard P. e SADARANGANI, Pradip. An investigation of construct validity and generalizability of the self-concept: self-consciousness in Japan and the United States. **Journal of International Consumer Marketing**, v. 8, no 3/4, p. 97-123, 1996.

ALMEIDA, Alda Rosana D.; e BOTELHO, Delane. Antecedentes da satisfação no setor imobiliário. **Revista de Administração de Empresas**, v. 48, p. 11-23, 2008.

_____ ; e LIMA, Carlos. Ai meu Deus, o que eu Compro? Um Estudo Experimental sobre a Ansiedade na Compra de Presentes. In: XXXI Encontro Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração – ENANPAD, **Anais**, Rio de Janeiro, 2007.

_____ ; MAZZON, J.A.; BOTELHO, Delane. Esperança: o Estado-da-Arte e a Construção de um Modelo Teórico no Campo do Comportamento do Consumidor. In: XXXI Encontro Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração – ENANPAD, **Anais**, Rio de Janeiro, 2007.

ALRECK, Pamela e SETTLE, Robert B. **The Survey Research Handbook – Guidelines and Strategies for Conducting a Survey**. McGraw-Hill, 1995, 2^a. ed.

AMORIN, Fernando de. As implicações psíquicas da cirurgia plástica estética. **Tempo Psicanalítico**. Rio de Janeiro, v. 39, p. 195-224, 2007.

ANDALEEB, S. S. An experimental investigation of satisfaction and commitment in marketing channels: the role of trust and dependence. **Journal of Retailing**, v. 72, n. 1, p. 77-93, 1996.

ANDERSON, Eugene W.; e SALISBURY, Linda C. The formation of market-level expectations and its covariates. **Journal of Consumer Research**, v. 30, p. 115-124, June 2003.

ANDREWS, J. Graig; NETEMEYER, Richard G.; BURTON, Scot; MOBERG, D. Paul; CHRISTIANSEN, Ann. Understanding adolescent intentions to smoke: An examination of relationships among social influence, prior trial behavior, and antitobacco campaign advertising. **Journal of Marketing**, vol. 68, p. 110-123, July, 2004.

AVERILL, J.R.; CATLIN, C.; e CHON, K.K. **Rules of Hope**, Springer-Verlag, New York, New York, 1990.

ASAPS-AMERICAN SOCIETY FOR AESTHETIC PLASTIC SURGERY. **Cosmetic Surgery National Data Bank**, 2008. Disponível em: <http://www.surgery.org/sites/default/files/2008stats.pdf> Acesso em: junho de 2009.

ASKEGAARD, Soren; GERTSEN, Martine Cardel; e LANGER, Roy. The body consumed: Reflexivity and cosmetic surgery. **Psychology & Marketing**. Vol. 19(10), p. 793-812, October 2002.

BANISTER, Emma N.; HOGG, Margaret K.. Negative symbolic consumption and consumers' drive for self-esteem. **European Journal of Marketing**. Vol. 38, no. 7, p. 850-868, 2004.

BAPTISTA, Paulo de P. **Lealdade do consumidor e os seus antecedentes: um estudo aplicado ao setor varejista na internet**. Tese (Doutorado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

BARBOZA, Maria de Lourdes de A.; KOVACS, Michelle Helena; MONETA, Marina de Azevedo Vasconcelos; e COSTA, Roberta Madureira. “Vai uma ostra aí?”: Percepção de risco no consumo de alimentos de praia. In: XXXII Encontro Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração – ENANPAD, **Anais**, Rio de Janeiro, Anpad, 2008.

BATCHELOR, Claire; OWENS, David J.; READ, Martin e BLOOR Michael. Patient satisfaction studies: methodology, management and consumer evaluation. **International Journal of Health Care Quality**, vol. 7, no. 7, p. 22-30, 1994.

BATESON, J. E. G. e HOFFMAN, K. D. **Marketing de Serviços**. 4ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

BAUMGARTNER, Hans; HOMBURG, Christian. Applications of structural equation modeling in marketing and consumer research: A review. **International Journal of Research in Marketing**, no. 13, p. 139-161, 1996.

BEARDEN, William O.; NETEMEYER, Richard G.; **Handbook of Marketing Scales: Multi-Item Measures for Marketing and Consumer Behavior Research**; Sage; 537 p., 1999.

_____ ; ROSE, Randall L. Attention to social comparison information: An individual difference factor affecting consumer conformity. **Journal of Consumer Research**, v. 16, p. 461-471, March, 1990.

BELK, Russel; GER, Güliz e ASKEGAARD, Soren. The fire of desire: a multisited inquiry into consumer passion. **Journal of Consumer Research**, v. 30, p. 326-351, December 2003.

_____. Possessions and the extended self. **Journal of Consumer Research**, v. 15, p. 140-168, September 1988.

BERRY, Leonard L. e PARASURAMAN, AS. **Serviços de Marketing: competindo através da qualidade**. 3ª ed. São Paulo: Maltese, 1995.

BIGNE, Enrique e BLESA, Andreu. Market orientation, trust and satisfaction in dyadic relationships: a manufacturer-retailer analysis. **International Journal of Retail e Distribution Management**, v. 31 (11), p. 574-590, 2003.

BLACKWELL, Roger D., MINIARD, Paul W., ENGEL, James F. **Comportamento do consumidor**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

BOLLEN, K. A. **Structural equations with latent variables**. New York: John Wiley & Sons, Inc., 1989.

BOLTON, Michael A.; PRUZINSKY, Thomas; CASH, Thomas F.; PERSING, John. Measuring outcomes in plastic surgery: Body image and quality of life in abdominoplasty patients. **Plastic and Reconstructive Surgery**. Vol. 112 (2), p. 619-625, August 2003.

BORELLI, Fernanda Chagas. **O antes e o depois: Um estudo exploratório sobre o consumo de cirurgia plástica de jovens mulheres no Rio de Janeiro**. Dissertação (Mestrado em Administração) – Instituto COPPEAD de Administração – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

BOVENS, Luc. The value of hope. **Philosophy and Phenomenological**, v. 59, no. 3, p. 667-681, Sept., 1999.

BREI, Vinicius Andrade. Da necessidade ao desejo de consumo: Uma análise sobre o papel do marketing na transformação do significado da água. In: XXXI Encontro Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração – ENANPAD, **Anais**, Rio de Janeiro, Anpad, 2007.

BREI, Vinicius Andrade; e NETO, Guilherme Liberali. . O uso de técnicas de modelagem em equações estruturais na área de marketing: Um estudo comparativo entre publicações no Brasil e no Exterior. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 10, n.4, p. 131-151, Out/Dez, 2006.

BRETZKE, M. Comportamento do cliente. In: DIAS, S. R. (Org.). **Gestão de marketing**. São Paulo: Saraiva, 2003.

BRUININKS, P.; e MALLE, B.F. Distinguishing hope from optimism and related affective states. **Motivation and Emotion**, v.29, no. 4, December, p. 327-355, 2005.

BYRNE, B. M. **Structural Equation Modeling with LISREL, PRELIS, and SIMPLIS: basic concepts, applications, and programming**. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 1998.

BYRNE, B. M. **Structural Equation Modeling with AMOS: basic concepts, applications, and programming**. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 2001.

CABEDA, Sonia T. Lisboa; GUARESCHI, Neuza. O discurso cirurgia plástica estética na mídia especializada e o projeto do corpo feminino perfeito. **Psicologia argumento**; 22(39) : p. 19-26, out.-dez. 2004.

CABRAL, Álvaro. **Dicionário de psicologia e psicanálise**. Rio de Janeiro: Expressão e Cultura, 1971.

CAYGILL, Howard. **Dicionário Kant**. Rio de Janeiro: J. Zahar, 2000.

CHAUVEL, Marie Agnes. **Consumidores insatisfeitos. uma oportunidade para as empresas**. Rio de Janeiro: Mauad, 2000.

_____. A satisfação do consumidor no pensamento de marketing: Revisão de literatura. In: XXIII Encontro Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração – ENANPAD, **Anais**, Foz do Iguaçu, Paraná, Anpad, 1999.

CHANDRAN, Sucharita; e MENON, Geeta. When a day means more than a year: effects of temporal framing on judgments of health risk. **The Journal of Consumer Research**, v. 31, p. 375-389, 2004.

CHEUNG, Chau-Kiu; e KWOK, Siu-Tong. Conservative orientation as a determinant of hopelessness. **The Journal of Social Psychology**, 136(3), p. 333-347, 1996.

CHOI, Kui-Son; LEE, Hanjoon; KIM, Chankon; e LEE, Sunhee. The service quality dimensions and patient satisfaction relationships in South Korea: comparisons across gender, age and types of service. **Journal of Services Marketing**. 19/3, p. 140-149, 2005.

CHURCHILL, Girbert A. **Marketing research: methodological foundations**. Fort Worth: The Dryden Press 1995.

_____.; PETER, J. Paul. **Marketing: Criando valor para os clientes**. São Paulo: Saraiva, 2000.

CROSBY, Lawrence A.; EVANS, Kenneth R.; e COWLES, Deborah. Relationship Quality in Services Selling: An Interpersonal Influence Perspective. **Journal of Marketing**, v. 25, p. 127-137, Spring, 1990.

_____.; e STEPHENS, Nancy. Effects of relationship marketing on satisfaction, retention and prices in the life insurance industry. **Journal of Marketing Research**, v. 24, p. 404-411, November, 1987.

DABHOLKAR, Pratibha; e BAGOZZI, Richard P. An attitudinal model of technology-based self-service: modeling effects of consumer traits and situational. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v. 30, no. 3, p. 184-201, 2002.

DAY, Ralph L.. Modeling choices among alternative responses to dissatisfaction. **Advances in Consumer Research**, Vol. 11, Issue 1, p. 496-499, 1984.

DHOLAKIA, Utpal M. An investigation of the relationship between perceived risk and product involvement. **Advances in Consumer Research**, Vol. 24, p. 159-167, 1997.

DONEY, Patricia M.; e CANNON, Joseph P. An Examination of the Nature of Trust in Buyer-Seller Relationships. **Journal of Marketing**, 61 (April), p. 35-51, 1997.

DORIN, E. **Dicionário de psicologia: abrangendo terminologia de ciências correlatas**. São Paulo: Melhoramentos, 1978.

DORN, Carol Ann. **Cutting remarks: on ethics, consumer behavior and cosmetic surgery**. Disponível em www.sbaer.uca.edu/research/acme/2001/21.pdf, 2001. Acesso em maio de 2009.

DORSCH, Friedrich; HÄCKER, Hartmut; e STAPF, Kurt-Hermann; **Dicionário de psicologia Dorsch**; Editora Vozes, 2001.

DOWNIE, R.S. Hope. **Philosophy and Phenomenological**, v. 24, no. 2, p. 248-251, Dec., 1963.

DUBOIS, Bernard. **Compreender o Consumidor**. Lisboa: Dom Quixote, 1993.

DUFAULT, K.; e MARTCCHIO, B.C. Hope: its spheres and dimensions. **Nursing Clinical North American**, v. 20, p. 379-391, 1985.

EDMONDS, Alexander. “No universo da beleza: Notas de campo sobre cirurgia plástica no Rio de Janeiro”. IN: Goldenberg, Mirian org. **Nu & Vestido**. Rio de Janeiro: Record, 2007.

EROGLU, Segin; e MACHLEIT, Karen A., An empirical study of retail crowding: antecedents and consequences, **Journal of Retailing**, 66 (summer), p. 201-221, 1990.

FARIAS, Salomão Alencar; e SANTOS, Rubens da Costa. Modelagem de equações estruturais e satisfação do consumidor: uma investigação teórica e prática. **Revista de Administração Contemporânea**. v. 4, nº.3, p. 107-132, Set/Dez. 2000.

FARLEY, Frank. The big T in personality. **Psychology Today**, v. 20, (May), p. 44-50, 1986.

FERRATER MORA, Jose. **Diccionario de filosofia**. 5ª. ed. Buenos Aires: Sudamericana, 2 v, 1965.

FLEMING, Marta Cristina Nunes Cruz. **O papel da esperança na compra de crédito pessoal em consumidores de baixa renda**. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Administração) – Programa de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração e Economia – Faculdade de Economia e Finanças IBMEC, Rio de Janeiro, 2008.

FORNELL, Claes. A national customer satisfaction barometer: The Swedish experience. **Journal of Marketing**, 56 (January) p. 6-21, 1992.

_____; JOHNSON, Michael D.; ANDERSON, Eugene W.; CHA, Jaesung; e BRYANT, Barbara Everitt. The American Customer Satisfaction Index: Nature, Purpose, and Findings. **Journal of Marketing**, 60 (October) p. 7-18, 1996.

FREUD, Sigmund. **Freud para todos: obras basicas de Sigmund Freud sobre la teoria psicoanalitica**/Trad. por Luis Lopez-Ballesteros y De Torres. Buenos Aires: Rueda, 1966.

FURTER, Pierre. **A dialética da esperança: uma interpretação do pensamento utópico de Ernest Bloch**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1974.

GARBARINO, E.; JOHNSON, M. The different roles of satisfaction, trust and commitment for relational and transactional consumers. **Journal of Marketing**, v. 63, no. 2, p. 70-87, 1999.

GIESE, Joan L.; e COTE, Joseph A. Defining consumer satisfaction. **Academy of Marketing Science Review**. v.2000. no.1, p. 1-24, 2000; Disponível em: www.amsreview.org/amsrev/theory/giese00-01.html. Acesso em: janeiro de 2009.

GOLDENBERG, Mirian. “Nem toda brasileira é bunda: corpo e envelhecimento na cultura contemporânea”. IN: Cassotti, Letícia; Suarez, Marebel; Campos, Roberta Dias, org. **O tempo da beleza: consumo e comportamento feminino, novos olhares**. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2008.

_____. **Nu & Vestido**. Rio de Janeiro: Record, 2007.

GRÖLUND, Mikko. Customer satisfaction, price and financial performance: a study of finish printing industry companies. IN: Picard, Robert G. org. **Media Firms: Structures, Operations, and Performance**. Lawrence Erlbaum Associates: 2002.

GRÖNROOS, Christian. **Marketing: gerenciamento e serviços**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.

HAIR, J.; ANDERSON, R. E.; TATHAM, R.; BLACK, W. C. **Multivariate data analysis**. 5 Ed. Upper Saddle River: Prentice-Hall, 1998.

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

HARVEY, O.J.; e CLAPP, William F. Hope, expectancy, and reactions to the unexpected. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 2, no. 1, p. 45-52, 1965.

HAWKINS, Del I.; MOTHERSBAUGH, David L. e BEST, Roger J. **Comportamento do consumidor: construindo a estratégia de marketing**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

HOFFMAN, K. Douglas; BATESON, John E.G. **Princípios de Marketing de Serviços: conceitos, estratégias e casos**. São Paulo, Thompson, 2003.

HOUAISS, Antonio; VILLAR, Mauro de Salles; FRANCO, Francisco Manoel de Mello. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

HUANG, Min-Hsin. The influence of selling behaviors on customer relationships in financial services. **International Journal of Service Industry Management**. v.19. no.4, p. 458-473, 2008.

JACOBY, J.; KAPLAN, L.. The components of perceived risk, in Venkatesan, M (ed.). **Proceedings of the 3rd Annual Conference**, Association for Consumer Research, Champaign, IL, p. 382-393, 1972.

JARVIS, Cheryl; MACKENZIE, Scott B.; PODSAKOFF, Philip M.. The A critical review of construct indicators and measurement model misspecification in marketing and consumer research. **Journal of Consumer Research**, v. 30, p. 199-218, September 2003.

JOHNSON, Mark S.; SIVADAS, Eugene; GARBARINO, Ellen. Customer satisfaction, perceived risk and affective commitment: an investigation of directions of influence. **Journal of Services Marketing**, 22/5, p. 353-362, 2008.

JÖRESKOG, K.G.; SÖRBOM, D. **Lisrel 8: user's reference guide**. Illinois: SSI. 1996.

JORGE, Douglas. Comunicação em cirurgia plástica. **Plastiko's Especial: Marketing, Medicina e Justiça**, 2008. Disponível em: <http://www.cirurgiaplastica.org.br/plastikos/especial/plastikosespecial.pdf> . Acesso em: junho de 2009.

KAMAKURA, Wagner A; MITTAL, Vikas; ROSA, Fernando de; MAZZON, José Afonso. Assessing the service-profit chain. **Marketing Science**. USA, v. 21, n. 3, p. 294-317, 2002.

KERLINGER, F.N. **Metodologia da Pesquisa em Ciências Sociais: Um Tratamento Conceitual**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda., 1980.

KLINE, Rex B. **Principles and practice of structural equation modeling**. 2nd ed. New York: The Guilford Press, 2005.

KOTLER, Philip e KELLER, Kevin Lane. **Administração de Marketing**. 12a ed., São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2006.

KOVACS, Michelle H.; FARIAS, Salomão. Dimensões de riscos percebidos nas compras pela internet. RAE-eletrônica – **Revista de Administração de Empresas**, v. 3, nº 2, Art. 15, jul./dez., 2004.

LAIN ENTRALGO, Pedro. **La espera y la esperanza: historia y teoría del esperar humano**. Madrid: Alianza Editorial, 1984.

LAROCHE, Michel; BERGERON, Jasmin; e GOUTALAND, Christine. How intangibility affects perceived risk: the moderating role of knowledge and involvement. **Journal of Services Marketing**, Vol. 17, No. 2, p. 122-140, 2003.

LAU, Geok Theng; LEE, Sook Han. Consumers' trust in a brand and the link to brand loyalty. **Journal of Market Focused Management**, Vol. 4, p. 341-370, 1999.

LAZARUS, Richard S.. Hope: an emotion and a vital coping resource against despair. **Social Research**, v. 66, no 2, p. 653-678, Summer 1999.

_____; e LAZARUS, B.N.. **Passion and reason: Making sense of our emotions**. Oxford, Oxford University Press, 1994.

LOPES, Marcela; CASOTTI, Letícia. "Será que volta ao normal? Um estudo sobre beleza, maternidade e consumo". IN: Cassotti, Letícia; Suarez, Marebel; Campos, Roberta Dias, org. **O tempo da beleza: consumo e comportamento feminino, novos olhares**. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2008.

LOPEZ, Shane J.; CIARLELLI, Roseanne; COFFMAN, Lisa; STONE, Marion; e WYATT, Lisa. "Diagnosing for strengths: On measuring hope building blocks". In: C.R. Snyder org. **Handbook of Hope: Theory, measures & applications**. San Diego: Academic Press, 2000.

LOVELOCK, Christopher, e WRIGHT, Lauren. **Serviços: marketing e gestão**. São Paulo: Saraiva, 2001.

LUKASH, Frederick N. Children's art as a helpful index of anxiety and self-esteem with plastic surgery. **Plastic and Reconstructive Surgery**. Vol. 109 (6), p. 1777-1786, may 2002.

MACINNIS, Deborah J.; e CHUN, H.E. Understanding hope and its implications for consumer behavior: I hope therefore, I consume. **Foundations and Trends in Marketing**, v. 1, no. 2, p. 97-189, 2007.

_____ ; e MELLO, Gustavo E. The concept of hope and its relevance to product evaluation and choice. **Working Paper**, WP-01-1, September 24th, University of Southern, Marshall Business School, Marketing Department, LA, p. 01-110, 2001.

_____ ; e MELLO, Gustavo E. The concept of hope and its relevance to product evaluation and choice. **Journal of Marketing**, v. 69, p. 1-14, January 2005.

_____, MELLO, Gustavo E., PATRICK, V.M. Consumer hopefulness: construct, relevance to internet marketing, antecedents and consequences. **International Journal of Internet Marketing and Advertising**, v. 1, no. 2, p. 174-195, 2004.

_____ ; e PRICE, Linda L. The role of image in information processing: review and extensions. **Journal of Consumer Research**, v. 13, p. 473-491, March 1987.

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

MANO, H.; e OLIVER, R.L. Assessing the dimensionality and structure of the emotion patterns and consumer satisfaction. **Journal of Consumer Research**, v. 18, p. 84-91, June, 1991.

MANSELL, Warren; CLARK, David M.; EHLERS, Anke e CHEN, Yi-Ping. Social anxiety and attention away from emotional faces. **Cognition and Emotion**, 13 (6), p. 673-690, 1999.

MARCHETTI, Renato; PRADO, Paulo H.M.. Avaliação da satisfação do consumidor utilizando o método de equações estruturais: um modelo aplicado ao setor elétrico brasileiro. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 8, n^o.4, p. 9-32, Out/Dez, 2004.

MAUSS, Iris B.; WILHELM, Frank H. & GROSS, James J.; Is there less to social anxiety than meets the eyes? Emotion experience, expression, and bodily responding; **Cognition and Emotion**; 18 (5), p. 631-662, 2004.

MAZZON, José Afonso. **Formulação de um modelo de avaliação e comparação de modelos de marketing**. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1978.

MCDANIEL, Carl D.; e GATES, Roger. **Fundamentos de pesquisa de marketing**. 2^a Edição, Rio de Janeiro: LTC, 2005.

MEDINA, Alessandra; CERQUEIRA, Sofia. Os senhores do tempo. **Veja Rio**, ano 18, n^o 29, 2009.

MELLO, Gustavo E.; e MACINNIS, Deborah J.. "Why and how consumers hope. Motivated reasoning and marketplace". IN: Ratneshwar, S. and Mick, David Glen org. **Inside Consumption. Consumer motives, goals, and desires**. New York: Routledge, 2005.

_____ ; MACINNIS, D.J.; e STEWART, D.W. Threats to hope: effects on reasoning about product information. **Journal of Consumer Research**, v.34, n.2, August, 2007.

MITCHELL, Vincent-Wayne. Consumer perceived risk: conceptualizations and models. **European Journal of Marketing**, Vol.33, No. 1 / 2, p. 163-195, 1999.

_____, e HARRIS, Greg. The importance of consumers' perceived risk in retail strategy. **European Journal of Marketing**, Vol. 39, No 7/8, p. 821-837, 2005.

MORGAN, R.M.; HUNT, S. D. The commitment-trust theory of relationship marketing, **Journal of Marketing**, v. 58, n. 3, p. 20-38, 1994.

MOWEN, John C. e MINOR, Michael. **Comportamento do Consumidor**. São Paulo: Pearson Printice Hall, 2003.

NOVAES, Joana de Vilhena. "Vale quanto pesa... Sobre mulheres, beleza e feiúra". In: Cassotti, Letícia; Suarez, Marebel; Campos, Roberta Dias, org. **O tempo da beleza: consumo e comportamento feminino, novos olhares**. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2008.

OLIVEIRA, Érica Custódia de. **Comportamento do consumidor – Processo de decisão de compra de livros pela internet**. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

OLIVER, Richard L. An investigation of attribute basis of emotion and related affects in consumption: Suggestions for a stage-specific satisfaction framework. **Advances in Consumer Research**, 19. Eds John F. Sherry and Brian Sternthal. Ann Arbor, MI: Association for Consumer Research, p. 237-244, 1992.

_____. Cognitive, affective and attribute bases of the satisfaction response. **Journal of Consumer Research**, v. 20, no. 3, p. 418-430, Dec., 1993.

_____. Whence Consumer Loyalty?, **Journal of Marketing**, v. 63 (Special Issue 1999), p. 33-44, 1999.

_____; LINDA, Gerald. Effect of satisfaction and its antecedents on consumer preference and intention. **Advances in Consumer Research**. v. 8, 1981.

_____; DESARBO, Wayner S.. Response determinants in satisfaction judgments. **Journal of Consumer Research**. v. 14, p. 497-507, March, 1998.

O'CONNOR, Rory C.; O'CONNOR, Daryl B.; O'CONNOR, Susan M.; SMALLWOOD, Jonathan; e MILES, Jeremy. Hopelessness, stress, and perfectionism: the moderating effects of future thinking. **Cognition and Emotion**, v. 18, no. 8, p. 1099-1120, 2004.

PATRICK, Vanessa M.; MACINNIS, Deborah J. & FOLKES, Valerie S.. Approaching what we hope for and avoiding what we fear: the role of possible selves in consumer behavior. **Advances in Consumer Research**, v. 29, p. 270-276, 2002.

PHAM, Michel Tuan. Cue representation and selection effects of arousal on persuasion. **Journal of Consumer Research**, vol. 22, p. 373-87, March, 1996.

PIERON, Henri. **Dicionário de psicologia**. Rio de Janeiro: Globo, 1966.

PITANGUY, Ivo. Professor Ivo Pitanguy: Bibliografia, 2009. Disponível em: <http://www.pitanguy.com.br/pt/professor/biografia.htm> . Acesso em: setembro de 2009.

_____. Evaluation of body contouring surgery today: A 30-year perspective. **Plastic and Reconstructive Surgery**, v. 105, no. 4, p. 1499-1513, April 2000.

_____. Evaluation of the psychological and psychiatric aspect in plastic surgery. **Revista Brasileira de Cirurgia**, v. 66, no. 3-4, Março-Abril de 1976.

PRADO, Paulo Henrique Muller. **A avaliação do relacionamento sob a ótica do cliente: um estudo de bancos de varejo**. Tese (Doutorado em Administração) – Programa de Pós-graduação em Administração de Empresas. Escola de Administração de Empresas de São Paulo. Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2004.

RAGHUNATHAN, Rajagopal; e PHAM, Michel Tuan. All negative moods are not equal: motivational influences of anxiety and sadness on decision making. **Organizational Behavior and Human Decision Processes**, vol. 79, No. 1, p. 56-77, July, 1999.

RAMSEY, Rosemary P. ; e SOHI, Ravipreet S. Listening to your customers: The impact of perceived salesperson listening behavior on relationship outcomes. **Academy of Marketing Science. Journal**, 25, 2, p. 127-137, 1997.

REISINGER, Yvette; e MAVONDO, Felix. Travel anxiety and intentions to travel internationally: implications of travel risk perception. **Journal of Travel Research**, v. 43, Iss.3, p. 212, Feb. 2005.

RICHINS, Marsha L.. Measuring Emotions in the Consumption Experience. **Journal of Consumer Research**, v. 24, p. 127-146, September 1997.

_____. Social comparison and the idealized images of advertising. **Journal of Consumer Research**, v. 18, p. 71-83, June 1991.

_____; DAWSON, Scott. A consumer values orientation for materialism and its measurement: Scale development and validation. **Journal of Consumer Research**, v. 19, p. 303-316, December, 1992.

ROBINS, Richard W.; HENDIN, Holly M.; e TRZESNIEWSKI, Kali H.. Measuring global self-esteem: Construct validation of a single-item measure and the Rosenberg self-esteem scale. **Personality and Social Psychology Bulletin**, v. 27, no. 2, p. 151-161, February 2001.

ROSEMAN, Ira J.; e EVDOKAS, Andres. Appraisals cause experienced emotions: experimental evidence. **Cognition and Emotion**, v. 18, no. 1, p. 1-28, 2004.

ROSEMBERG, Morris; SCHOOLER, Carmi; SCHOENBACH, Carrie; ROSEMBERG, Florence. Global self-esteem and specific self-esteem: different concepts, different outcomes. **American Sociological Review**, v. 60, p. 141-156, February, 1995.

_____. **Conceiving the self**. New York: Basic Books, 1979.

ROSSI, Carlos Alberto Vargas; e SLONGO, Luiz Antonio. Pesquisa de satisfação de clientes: o estado-da-arte e proposição de um método brasileiro. **Revista de Administração Contemporânea**, v. 2, n. 1, p. 101-125, Jan/Abr, 1998.

_____; LUCE, Fernando Bins; MAZZON, José Afonso e SLONGO, Luiz Antonio. Solução Clássica para um Problema Contemporâneo: a Relevância da Satisfação de Clientes para Segmentar Mercados na Telefonia Brasileira Pós-Privatizações. In: XXVIII Encontro Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração – ENANPAD, **Anais**, Anpad, 2004.

ROSSITER, John R.; e FOXALL, Gordon R.. Hull-spence behavior theory as a paradigm for consumer behavior. **Marketing Theory**, v. 8 (2), p. 123-141, 2008.

RUEDIGER, Marco Aurélio; RICCIO, Vicente. “Grupo focal: método e análise simbólica da organização e da sociedade”. IN: Vieira, Marcelo Milano F. e Zouain, Deborah Moraes org. **Pesquisa qualitativa em administração**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

SANTOS, Cristiane Pizzutti. Construção e Teste de um Modelo Teórico sobre o Impacto do Gerenciamento de Reclamações na Confiança e Lealdade do Consumidor, no Contexto de Trocas de Serviços Relacionais. In: XXV Encontro Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração – ENANPAD, **Anais**, Campinas, Anpad, 2001.

SANT’ANNA, Emilio. País registra 1,2 mil plásticas ao dia. **O Estado de São Paulo**. São Paulo, 13 de fevereiro de 2009. Coluna Vida, p. A15.

SARWER, David B.; e CASH, Thomas F. Body image: Interfacing Behavioral and Medical Sciences. **Aesthetic Surgery Journal**. Volume 28, number 3, may/june, p. 357-358, 2008.

_____; ILFIELD, Alison L.; BAKER, James L.; CASAS, Laurie A.; GLAT, Paul M.; GOLD, Alan H.; JEWELL, Mark L.; LAROSSA, Don; NAHAI, Foad; Young, V. Leroy. Two-year results of a prospective, multi-site investigation of patient satisfaction and psychosocial status following cosmetic surgery. **Aesthetic Surgery Journal**. Vol. 28, no 3, p. 245-250, may/june 2008.

SCHOUTEN, John W.. Selves in transition: Symbolic consumption in personal rites of passage and identity reconstruction. **Journal of Consumer Research**. V.17, p. 412-425, March, 1991.

SHELTON, Jeremy A. e PETERS, Cara. An exploratory investigation of identity negotiation and tattoo removal. **Academy of Marketing Science Review**. Vol. 12, no. 6, 2008.

SHEVLIN, M.E.; e LEWIS, Christopher Alan. The revised social anxiety scale: exploratory and confirmatory factor analysis. **The Journal of Social Psychology**, 139(2), p. 250-252, 1999.

SHOREY, Hal S.; SNYDER, C.R.; RAND, Kevin L.; HOCKEMEYER, Jill R. e FELDMAN, David B.. Somewhere over the rainbow: hope theory weathers its first decade. **Psychological Inquiry**, v.13, no. 4, p. 322-331, 2002.

SICHTMANN, Christina. An analysis of antecedents and consequences of trust in a corporate brand. **European Journal of Marketing**, v. 41, no. 9/10, p. 999-1015, 2007.

SNYDER, C.R. Conceptualizing, measuring and nurturing hope. **Journal of Counseling & Development**, v.73, p. 355-360, January/February 1995.

_____. "Hypothesis: There is hope". IN: C.R. Snyder org. **Handbook of Hope: Theory, measures & applications**. San Diego: Academic Press, 2000.

_____. Hope theory: rainbows in the mind. **Psychological Inquiry**, v. 13, no. 4, p. 249-275, 2002.

_____; LAPOINTE, Anne B.; CROWSON, J. Jeffrey e EARLY, Shannon. Preferences of high- and low-hope people for self-referential input. **Cognition and Emotion**, v.12, no. 6, p. 807-823, 1998.

_____; SYMPSON, Susie; YBASCO, Florence C.; BORDERS, Tyrone F.; BABYAK, Michael A.; e HIGGINS, Raymond L.. Development and validation of the state hope scale. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 70, no. 2, p. 321-335, 1996.

_____; HARRIS, Cheri; ANDERSON, John R.; HOLLERAN, Sharon A.; IRVING, Lori M.; SIGMON, Sandra T.; YOSHINOBU, Lauren; GIBB, June; LANGELLE, Charyle; e HARNEY, Pat.. The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 60, no. 4, p. 570-585, 1991.

SBCP – SOCIEDADE BRASILEIRA DE CIRURGIA PLÁSTICA. **Dicionário de A a Z: Termos e palavras referentes à cirurgia plástica**; 2008. Disponível em: <http://www.cirurgioplastica.org.br/publico/dic/dicionario.html> . Acesso em: junho de 2009.

_____. **Pesquisa Datafolha/SBCP**; 2009. Disponível em: <http://www.cirurgioplastica.org.br/publico/pesquisa2009.ppt> . Acesso em: setembro de 2009.

SOEST, Tilmann von; KVALEM, Ingela L.; SKOLLEBORG, Knut Chr.; ROALD, Helge E. Psychosocial factors predicting the motivation to undergo cosmetic surgery. **Plastic and Reconstructive Surgery**. Vol. 117 (1), p. 51-62, January 2006.

SOLOMON, Michael R. **O comportamento do consumidor: comprando, possuindo e sendo**. 5ª Ed., Porto Alegre: Bookman, 2002.

SPRENG, Richard A., MACKENZIE, Scott B. e OLSHAVSKY, Richard W. A reexamination of the determinants of consumer satisfaction. **Journal of Marketing**, vol.60, July, p. 15-32, 1996.

STONE, Robert N.; e GRONHAUG, Kjell. Perceived risk: Further considerations for the marketing discipline. **European Journal of Marketing**, vol. 27, no. 3, p. 39-50, 1993.

TAYLOR, Joanne; e DEANE, Frank P. Development of a short form of the test anxiety inventory (TAI). **The Journal of General Psychology**, 129(2), p. 127-136, 2002.

TIGER, Lionel. Hope springs eternal. **Social Research**, 66, 2, p. 611-623, 1999.

THIRY-CHERQUES, Hermano Roberto. A ética e o marketing da esperança. **Revista da ESPM**, Maio-Junho, 2006.

THOMPSON, Craig J. e HIRSCHMAN, Elizabeth C.. Understanding the socialized body: A poststructuralist analysis of consumers' self-conceptions, body images, and self-care practices. **Journal of Consumer Research**, vol.22, September, p. 139-153, 1995.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 1ª Ed., São Paulo: Atlas, 1987.

TSE, David K.; e WILTON, Peter C.. Models of consumer satisfaction: An extension. **Journal of Marketing Research**, 25 (May) p. 204-212, 1988.

VANZELLOTTI, Caroline Agne. Esperança para dar e vender. In: XXXII Encontro Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração – ENANPAD, **Anais**, Rio de Janeiro, Anpad, 2008a.

_____. Seu desejo é uma ordem. In: XXXII Encontro Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração – ENANPAD, **Anais**, Rio de Janeiro, Anpad, 2008b.

VERBEKE, Willem; e BAGOZZI, Richard P. Sales call anxiety: exploring what it means when fear rules a sales encounter. **Journal of Marketing**, v. 64, p. 88-101, July 2000.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2000.

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

VIEIRA, Marcelo Milano F.. “Por uma boa pesquisa (qualitativa) em administração”. IN: Vieira, Marcelo Milano F. e Zouain, Deborah Moraes org. **Pesquisa qualitativa em administração**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

VIEIRA, Valter Afonso. Quais fatores compõem a esperança no consumo de bens e com quais variáveis de marketing ela se relaciona? In: XXXII Encontro Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração – ENANPAD, **Anais**, Rio de Janeiro, Anpad, 2008.

WALKER, Keith. Foresting hope: a leader's first and last task. **Journal of Educational Administration**, v.44, no. 6, p. 540-569, 2006.

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

_____; e OLIVER, R.L. The Dimensionality of Consumption Emotion Patterns and Consumer Satisfaction. **Journal of Consumer Research**, v. 18, no. 1, June, p. 84-91, 1991.

WILLIAMS, Simon J.. Modern Medicine and the “uncertain body”: From corporeality to hyperreality. **Social Science & Medicine**. Vol. 45, no. 7, p. 1041-1049, 1997.

WOOTEN, David B. Qualitative steps toward an expanded model of anxiety in gift-giving. **Journal of Consumer Resource**, v. 27, p. 84-95, June 2000.

WRAY, Laura D.; e STONE, Eric R.; The role of self-esteem and anxiety in decision making for self versus other in relationships; **Journal of Behavioral Decision Making**; 18, 2; p. 125-144, April 2005.

ZEITHAML, V.A.; BERRY, L.L.; PARASURAMAN, A.. The nature and determinants of customer expectations of service. **Journal of the Academy of Marketing Science**, Vol. 21, Number 1/December, p. 1-12, 1993.

_____; BITNER, Mary Jô. **Marketing de Serviços: a Empresa com Foco no Cliente**. 2^a ed., Porto Alegre: Bookman, 2003.

8. LISTA DE ANEXOS

Anexo 1	E-mail convite para participação do grupo de foco	218
Anexo 2	Roteiros dos Grupos de Foco	219
Anexo 3	Roteiro de entrevista com especialista (médico cirurgião plástico)	221
Anexo 4	Questionários para os consumidores	222
Anexo 5	Quadro resumo dos construtos da tese e escalas de medição originais utilizadas	250
Anexo 6	E-mail convite para os questionários	258
Anexo 7	Diagrama de caminhos do modelo inicial proposto na tese	259
Anexo 8	Resumo dos resultados das cargas fatoriais padronizadas dos construtos nos modelos testados	260

ANEXO 1: E-MAIL CONVITE PARA PARTICIPAÇÃO DO GRUPO DE FOCO

Oi Amiga(o) (Nome da pessoa),

Conforme conversamos, estou precisando de pessoas para participar da primeira fase da minha pesquisa da tese de doutorado, que se refere ao grupo de foco. Veja o texto com as instruções do grupo de foco que estou mandando para as pessoas:

Estou fazendo uma pesquisa para a minha tese de doutorado sobre o comportamento do consumidor de cirurgia plástica estética, mais especificamente mulheres. Para tal, na primeira fase, vou fazer dois grupos de foco sendo um com mulheres que já fizeram cirurgia e outro com as que não fizeram, mas gostariam de fazer um dia.

O grupo de foco é um bate-papo, por um tempo determinado, com pessoas que tem algo em comum, no caso o sexo (feminino) e a cirurgia plástica:

- ✓ Primeiro Grupo de Foco com **mulheres que não fizeram cirurgia plástica estética, mas têm a intenção de um dia fazer.**
 - **Dia 19 de maio, terça-feira, às 19:00hrs.**
 - Endereço: Rua Voluntários de Pátria, 89 / 801 - Botafogo (próximo a Estação do Metrô). O prédio tem estacionamento.
- ✓ Segundo Grupo de Foco **com mulheres que fizeram cirurgia plástica estética.**
 - **Dia 20 de maio, quarta-feira, às 19:00hrs.**
 - Endereço: Rua Voluntários de Pátria, 89 / 801 - Botafogo (próximo a Estação do Metrô). O prédio tem estacionamento.

O tempo de duração é de aproximadamente 2 (duas) horas e é importante chegar na hora. É oferecido **lanche e um brinde.**

Estou necessitando de muita ajuda e o que preciso de você é que consiga entre as suas amigas/conhecidas pessoas que possam participar. Estou preocupada com o andamento desta pesquisa (prazo versus o que tenho que fazer) e as pessoas às vezes confirmam e não comparecem. Toda a ajuda é aceita. Se alguém tiver dúvida pode dar os meus contatos.

Super obrigado pela ajuda.

ANEXO 2: ROTEIROS DOS GRUPOS DE FOCO

ROTEIRO PARA QUEM NÃO FEZ CIRURGIA PLÁSTICA ESTÉTICA

Apresentação

1. Apresentação do grupo e da moderadora/explicação da proposta de trabalho e agradecimento da disponibilidade dos participantes. Explicações sobre o trabalho: uma pesquisa com pessoas que fizeram ou pretendem fazer um dia uma cirurgia plástica.
2. Garantir o sigilo e anonimato sobre as informações.
3. Das regras do jogo: filmagem, ausência de respostas certas ou erradas, necessidade de discutir o tema, inexistência de caráter de venda, etc.

Aquecimento

4. Identificar quem faz uso de tratamento estético
5. Identificar o tipo de tratamento estético utilizado e a percepção sobre o resultado.

Questões para Discussões

6. Identificar o desejo pelo qual querem fazer cirurgia plástica.
7. Explorar o fator esperança na intenção/ realização da cirurgia (o que é, de que).
8. Explorar o fator expectativa na intenção/realização da cirurgia.
9. Esperança X Expectativas (Conseguir definir de forma a não confundirem mais no restante do tempo, se isso for possível).
10. Identificar a percepção no que muda na vida de uma mulher após a cirurgia (esperança).
11. Ditadura da beleza: ansiedade X esperança.
12. Explorar a ansiedade/esperança em relação ao resultado e a própria cirurgia.
13. Motivações X Freios (situação/fatores positivos ou negativos que possam interferir na esperança).
15. Percepção de risco em relação à cirurgia: físico, funcional, financeiro, social ou psicológico.
16. Estabelecer/ Construir perfil psicológico (na terceira pessoa) de quem faz cirurgia plástica
17. Autoestima X Vaidade.
18. Identificar como é o processo decisório da cirurgia (explorar o elemento confiança).
19. Explorar as relações (conforme modelo). O que elas acham que influencia o que.
20. Sonho: cirurgia plástica ideal (quando, com quem, onde etc.).

ROTEIRO PARA QUEM JÁ FEZ CIRURGIA PLÁSTICA ESTÉTICA

Apresentação

1. Apresentação do grupo e da moderadora/explicação da proposta de trabalho e agradecimento da disponibilidade dos participantes. Explicações sobre o trabalho: uma pesquisa com pessoas que fizeram ou pretendem fazer um dia uma cirurgia plástica.
2. Garantir o sigilo e anonimato sobre as informações.
3. Das regras do jogo: filmagem, ausência de respostas certas ou erradas, necessidade de discutir o tema, inexistência de caráter de venda, etc.

Aquecimento

4. Identificar o tipo de tratamento estético utilizado e a percepção sobre o resultado.
5. Identificar os motivos pelos quais fizeram cirurgia plástica, o que operara e a percepção com o resultado.

Questões para Discussões

6. Identificar quais eram os desejos antes da cirurgia.
7. Identificar qual era a esperança e a expectativa antes da cirurgia.
8. Explorar a diferença entre: Esperança X Expectativa (Conseguir definir de forma a não confundirem mais no restante do tempo, se isso for possível).
9. Mudança: Identificar a percepção sobre a vida antes e depois de fazer a cirurgia.
10. Motivações X Freios (situação/fatores positivos ou negativos que interferiram na esperança).
11. Ditadura da beleza: ansiedade X esperança.
12. Explorar a ansiedade/esperança em relação ao resultado.
13. Identificar como foi o processo decisório da cirurgia (explorar o elemento confiança e as fontes de informação/ escolha).
14. Autoestima X Vaidade.
15. Percepção de risco em relação à cirurgia: físico, funcional, financeiro, social ou psicológico.
16. Estabelecer/ Construir perfil psicológico (na terceira pessoa) de quem faz cirurgia plástica.
17. Explorar as relações (conforme modelo). O que elas acham que influenciou o que.
18. Sonho: cirurgia plástica ideal (quando, com quem, onde etc.).

ANEXO 3: ROTEIRO DE ENTREVISTA COM ESPECIALISTA (MÉDICO CIRURGIÃO PLÁSTICO)

Apresentação

- ✓ Explicações sobre o trabalho: uma tese de doutorado sobre o comportamento do consumidor de cirurgia plástica, analisando as relações envolvidas, principalmente a Esperança.
- ✓ Garantir o sigilo e anonimato sobre as informações.

Sobre o tema:

Estou estudando pessoas “comuns” que desejam mudar alguma parte do seu corpo e que a esperança está contida no processo.

- ✓ Há quanto tempo está na profissão?
- ✓ Por favor, comente a sua visão sobre o perfil emocional das pessoas que lhe procuram para fazer cirurgia e as suas motivações?

Sobre as variáveis do estudo:

- ✓ O que é esperança para você? Qual é a esperança das pessoas que fazem cirurgia?
- ✓ Você conseguiria distinguir essa esperança das expectativas? Quais seriam?
- ✓ Você acha que a esperança influenciaria de alguma maneira a decisão?
- ✓ Há ansiedade? De que? Fale-se sobre a ansiedade (se for percebida pelo médico)
- ✓ Quais os maiores influenciadores neste processo? Como você encara o seu papel?
- ✓ Como você relacionaria a esperança (como influência ou seria influenciada):
 - Ao risco.
 - Autoestima
 - Confiança (médico)
 - Ansiedade
 - Satisfação posterior a operação.

- ✓ Fale um pouco sobre este “sonho” de suas clientes e as mudanças em suas vidas.

Cirurgia plástica estética também evoluiu. Técnicas mais modernas que modificação o corpo com mais segurança e menor intervenção proporcionaram o crescimento do número de cirurgias. Além disso, não é mais vergonhoso dizer que fez uma plástica (homens também estão fazendo).

- ✓ O que acha desta afirmação?

ANEXO 4: QUESTIONÁRIOS PARA OS CONSUMIDORES

Survey: Pessoas que fizeram Cirurgia Plástica

Status: **Launched**

1. Carta Convite

Prezado(a) Sr.(a):

O questionário a seguir é parte de uma pesquisa acadêmica sobre atitudes e comportamento de consumidores de cirurgia plástica estética, visando à elaboração de uma tese de doutorado em Marketing da FEA-USP.

Este questionário deverá ser respondido por pessoas que já fizeram cirurgia plástica estética não reparadora ou pelas que têm intenção de fazer. Sua participação é muito importante e levará cerca de 12(doze) minutos.

Todos os dados fornecidos serão usados única e exclusivamente para o escopo deste trabalho. O processamento dos dados e a análise dos resultados serão feitos de forma agregada, preservando-se, assim, o sigilo e anonimato sobre as respostas e os respondentes.

Caso o(a) Sr(a) tenha interesse em receber os resultados da pesquisa, por favor, envie um e-mail para aldarosana@usp.br.

Desde já agradecemos a sua tão valiosa colaboração.

Atenciosamente

Alda Rosana de Almeida
Orientanda

Prof. Dr. José Afonso Mazzon
Orientador

Observação: Qualquer dúvida quanto a veracidade do questionário, favor ligar para (11) 3818-4026 (FEA-USP) ou (21) 9985-0697 (Alda)

2. Atenção

ESTE QUESTIONÁRIO É PARA PESSOAS QUE JÁ FIZERAM CIRURGIA PLÁSTICA.

SE O(A) SR(A) AINDA NÃO FEZ CIRURGIA PLÁSTICA, FAVOR ACESSAR O OUTRO LINK QUE ESTÁ NO E-MAIL CONVITE PARA A PESQUISA.

Atenção: Todas as perguntas devem ser respondidas. Após completar as respostas de uma tela, tecle em NEXT PAGE. Se aparecer alguma pergunta em amarelo, por favor responda a questão e novamente tecle em NEXT PAGE para continuar o questionário.

OBRIGADO

3. Primeira Parte

Escolha uma das categorias de respostas da escala – de 1 a 7 – que melhor expressa a sua percepção.

Na primeira questão, por exemplo, quanto mais à esquerda for a sua resposta mais “relaxada(o)” o(a) Sr(a) estava se sentindo antes da cirurgia e quanto mais a direita for sua resposta mais “tensa(o)”.

Antes da Cirurgia Plástica eu estava me sentindo:

1. Relaxada(o) and Tensa(o) *

Relaxada(o) 1 2 3 4 5 6 7 Tensa(o)

2. Calma(o) and Nervosa(o) *

Calma(o) 1 2 3 4 5 6 7 Nervosa(o)

3. Muito Confiante and Pouco Confiante *

Muito Confiante 1 2 3 4 5 6 7 Pouco Confiante

4. Segura(o) and Insegura(o) *

Segura(o) Insegura(o)
 1 2 3 4 5 6 7

5. Pouco Ansiosa(o) and Muito Ansiosa(o) *

Pouco Ansiosa (o) Muito Ansiosa(o)
 1 2 3 4 5 6 7

4. Segunda Parte

Para responder às questões a seguir, considere a escala também de 1 a 7 pontos, em que 1 significa “definitivamente falso” e 7 “definitivamente verdadeiro”.

Quanto mais à direita de cada frase for sua resposta, mais definitivamente verdadeiro seria o conceito expresso na frase. Quanto mais à esquerda for sua resposta, mais definitivamente falso seria o conceito expresso na frase.

6. Se eu me encontro numa dificuldade para resolver um desejo, como no caso da minha cirurgia plástica, eu procuro vários caminhos para sair dele. *

Definitivamente Falso Definitivamente Verdadeiro
 1 2 3 4 5 6 7

7. Eu persegui energicamente minha meta de fazer a cirurgia plástica. *

Definitivamente Falso Definitivamente Verdadeiro
 1 2 3 4 5 6 7

8. Há muitas maneiras para resolver qualquer problema, como quando eu queria fazer a cirurgia plástica. *

Definitivamente Falso Definitivamente Verdadeiro
 1 2 3 4 5 6 7

9. Antes da cirurgia plástica me via como sendo uma pessoa de êxito. *

Definitivamente Falso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Definitivamente Verdadeiro
	1	2	3	4	5	6	7	

10. **Eu sempre posso pensar em muitos caminhos para alcançar minhas metas. ***

Definitivamente Falso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Definitivamente Verdadeiro
	1	2	3	4	5	6	7	

11. **Eu fui ao encontro da meta de realizar a cirurgia plástica que havia definido para mim. ***

Definitivamente Falso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Definitivamente Verdadeiro
	1	2	3	4	5	6	7	

5. Terceira Parte

Nas demais questões, considere também a escala variando de 1 a 7 pontos.

Para cada uma das frases listadas, quanto mais próxima de 1 for sua resposta, mais o(a) Sr(a) discorda da frase; e, quanto mais próxima de 7 for sua resposta, mais o(a) Sr(a) concorda com a frase.

12. **O resultado da cirurgia plástica que eu fiz é exatamente o que eu precisava. ***

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

13. **O médico(a) foi sincero. ***

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

14. **A decisão da escolha do médico(a) foi influenciada por amigas(os) ou parentes. ***

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

15. A decisão de fazer uma cirurgia plástica envolve alto risco. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

16. A minha expectativa era que o resultado da cirurgia plástica seria positivo. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

17. Antes da cirurgia, eu estava satisfeita(o) comigo mesma(o). *

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

6. Terceira Parte (2)

18. Amigas(os) ou parentes que fizeram cirurgia plástica influenciaram na minha decisão. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

19. Antes da cirurgia, eu sentia que era uma pessoa que dava importância a mim mesma(o). *

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

20. As ações do médico(a) foram consistentes com o seu discurso. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

21. Como um todo, a compreensão do serviço da cirurgia plástica era complexa para mim. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

22. Confiava no médico(a) porque ele(a) é bastante correto, sério. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

23. Considero que o médico(a) foi prestativo para resolver os problemas que surgiram. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

7. Terceira Parte (3)

24. Eu estava confiante que nada aconteceria de errado na minha cirurgia plástica. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

25. Eu estou satisfeito(a) com a minha decisão de ter feito a cirurgia. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

26. Eu confiava muito no meu médico(a). *

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

27. **Eu fui capaz de fazer a cirurgia plástica, assim como outras pessoas. ***

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

28. **Eu me sentia sem valor antes da cirurgia. ***

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

29. **Eu me sinto mal por ter decidido pela cirurgia plástica. ***

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

8. Terceira Parte (4)

30. **O médico(a) foi sincero na manutenção de seus compromissos. ***

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

31. **Eu não tinha desejo de realizar a cirurgia plástica. ***

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

32. **Eu penso que eu não estava bem de todo antes da cirurgia plástica. ***

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

33. **Eu penso que o médico(a) foi completamente aberto durante a negociação. ***

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

34. **Eu realmente quis que a cirurgia plástica acontecesse. ***

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

35. **Eu sentia que eu não tinha do que me orgulhar antes da cirurgia. ***

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

9. Terceira Parte (5)

36. **Minha família e minhas(meus) amigas(os) diziam que eu não devia fazer a cirurgia plástica. ***

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

37. **Eu senti que poderia haver pouco risco envolvido quando tratei com o meu médico(a). ***

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

38. **Fazendo todas as considerações, eu pensava que poderia ser um erro a cirurgia plástica.**

56. Tenho realmente desfrutado do resultado da cirurgia plástica. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

57. Tinha confiança que as informações que recebia do médico(a) estavam sempre corretas. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

58. Tinha preocupação que a cirurgia não ficasse de acordo com o meu querer (por exemplo: artificial, cicatriz). *

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

59. Tinha uma atitude positiva comigo mesma(o) antes de me submeter à cirurgia. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

13. Perfil do Consumidor

Nas questões a seguir estão algumas informações para que possamos analisar melhor o seu perfil. Este é o fechamento do questionário.

Importante: Por favor, ao final, não esqueça de teclar em [FINISHED? Submit your Survey.](#)

60. Número de Cirurgias Plásticas: *

Uma Duas Mais de Duas

61. Sexo: *

Feminino Masculino

62. Filhos: *

- Não tenho 1 Filho(a) 2 Filhos(as) Mais de 2 Filhos(as)

63. Estado Civil: *

- Solteira(o) Casada(o) Viúva(o) Divorciada(o) Outros

64. Estado onde vive: *

- Rio de Janeiro São Paulo Outros
-

65. Faixa de Idade:

- Com 24 anos ou menos;
 Entre 25 e 30 anos;
 Entre 31 e 40 anos;
 Entre 41 e 50 anos;
 Entre 51 e 60 anos;
 Com 61 anos ou mais.

66. Ocupação Atual:

- Aposentado/ Pensionista;
 Dona de Casa;
 Empregado de empresa privada;
 Empresária;
 Estudante / estagiária;
 Funcionário público;
 Profissional liberal/ autônomo;
 Outros.

67. Grau de Instrução:

- 1o Grau Incompleto;
 1º Grau Completo/ 2º Grau Incompleto;
 2º Grau Completo/ Superior Incompleto;
 Superior Completo;
 Pós-graduação/mestrado/ doutorado.

68. Renda Familiar Mensal Bruta:

- Até R\$ 1.395,00;
- Entre R\$ 1.396,00 e R\$ 3.255,00;
- Entre R\$ 3.256,00 e R\$ 4.615,00;
- Entre R\$ 4.616,00 e R\$ 6.975,00;
- Entre R\$ 6.976,00 e R\$ 9.300,00;
- Mais de R\$ 9.300,00.

'Thank You'/Redirect
Page

Muito Obrigado pelas Informações! Suas respostas são muito importantes para nós.

Survey: Pessoas com Intenção de Fazer Cirurgia Plástica

Status: Launched

1. Carta Convite

Prezado(a) Sr.(a):

O questionário a seguir é parte de uma pesquisa acadêmica sobre atitudes e comportamento de consumidores de cirurgia plástica estética, visando à elaboração de uma tese de doutorado em Marketing da FEA-USP.

Este questionário deverá ser respondido por pessoas que já fizeram cirurgia plástica estética não reparadora ou pelas que têm intenção de fazer. Sua participação é muito importante e levará cerca de 12(doze) minutos.

Todos os dados fornecidos serão usados única e exclusivamente para o escopo deste trabalho. O processamento dos dados e a análise dos resultados serão feitos de forma agregada, preservando-se, assim, o sigilo e anonimato sobre as respostas e os respondentes.

Caso o(a) Sr(a) tenha interesse em receber os resultados da pesquisa, por favor, envie um e-mail para aldarosana@usp.br.

Desde já agradecemos a sua tão valiosa colaboração.

Atenciosamente

Alda Rosana de Almeida
Orientanda

Prof. Dr. José Afonso Mazzon
Orientador

Observação: Qualquer dúvida quanto a veracidade do questionário, favor ligar para (11) 3818-4026 (FEA-USP) ou (21) 9985-0697 (Alda)

2. Atenção

ESTE QUESTIONÁRIO É PARA QUEM NÃO FEZ CIRURGIA PLÁSTICA ESTÉTICA, MAS TEM INTENÇÃO DE FAZER.

SE O(A) SR(A) JÁ FEZ CIRURGIA PLÁSTICA, POR FAVOR ACESSAR O OUTRO LINK QUE ESTÁ NO E-MAIL CONVITE DA PESQUISA.

Atenção: Todas as perguntas devem ser respondidas. Após completar as respostas de uma tela, tecle em NEXT PAGE. Se aparecer alguma pergunta em amarelo, por favor responda a questão e novamente tecle em NEXT PAGE para continuar o questionário.

Obrigado

3. Primeira Parte

Escolha uma das categorias de respostas da escala – de 1 a 7 – que melhor expressa a sua percepção.

Na primeira questão, por exemplo, quanto mais à esquerda for a sua resposta mais “relaxada(o)” o(a) Sr(a) imagina que está ou estará se sentindo em relação à cirurgia e quanto mais à direita for sua resposta mais “tensa(o)”.

Em relação à Cirurgia Plástica, penso que estou ou estarei me sentindo:

1. Relaxada(o) and Tensa(o) *

Relaxada(o) 1 2 3 4 5 6 7 Tensa(o)

2. Calma(o) and Nervosa(o) *

Calma(o) 1 2 3 4 5 6 7 Nervosa(o)

3. Muito Confiante and Pouco Confiante

*

Muito Confiante 1 2 3 4 5 6 7 Pouco Confiante

4. Segura(o) and Insegura(o)

*

Segura(o) 1 2 3 4 5 6 7 Insegura(o)

5. Pouco Ansiosa(o) and Muito Ansiosa(o)

*

Pouco Ansiosa(o) 1 2 3 4 5 6 7 Muito Ansiosa(o)

4. Segunda Parte

Para responder às questões a seguir, considere a escala também de 1 a 7 pontos, em que 1 significa “definitivamente falso” e 7 “definitivamente verdadeiro”.

Quanto mais à direita de cada frase for sua resposta, mais definitivamente verdadeiro seria o conceito expresso na frase. Quanto mais à esquerda for sua resposta, mais definitivamente falso seria o conceito expresso na frase.

6. Se eu me encontro numa dificuldade para resolver um desejo, como no caso da cirurgia plástica, eu procuro vários caminhos para sair dele. *

Definitivamente Falso 1 2 3 4 5 6 7 Definitivamente Verdadeiro

7. Eu persigo minha meta de fazer a cirurgia plástica. *

Definitivamente Falso 1 2 3 4 5 6 7 Definitivamente Verdadeiro

8. Há muitas maneiras para resolver qualquer problema, como o de fazer a cirurgia plástica. *

Definitivamente Falso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Definitivamente Verdadeiro
	1	2	3	4	5	6	7	

9. Me vejo como uma pessoa de êxito. *

Definitivamente Falso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Definitivamente Verdadeiro
	1	2	3	4	5	6	7	

10. Eu sempre posso pensar em muitos caminhos para alcançar minhas metas. *

Definitivamente Falso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Definitivamente Verdadeiro
	1	2	3	4	5	6	7	

11. Eu vou ao encontro da meta de realizar a cirurgia plástica, quando eu a definir para mim. *

Definitivamente Falso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Definitivamente Verdadeiro
	1	2	3	4	5	6	7	

5. Terceira Parte

Nas demais questões, considere também a escala variando de 1 a 7 pontos.

Para cada uma das frases listadas, quanto mais próxima de 1 for sua resposta, mais o(a) Sr(a) discorda da frase; e, quanto mais próxima de 7 for sua resposta, mais o(a) Sr(a) concorda com a frase.

12. Se eu fizer uma cirurgia plástica, o resultado será exatamente o que eu preciso. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

13. O médico(a) precisará ser sincero. *

55. Queria ter mais estima por mim mesma(o). *

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

56. Quando eu fizer a cirurgia plástica irei realmente desfrutar dela. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

57. Tenho confiança que as informações que receberei do médico(a) estarão sempre corretas. *

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

58. Tenho preocupação que a cirurgia plástica não fique de acordo com o meu querer (por exemplo: artificial, cicatriz). *

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

59. Tenho uma atitude positiva comigo mesma(o). *

	1	2	3	4	5	6	7	
Discordo Totalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Concordo Totalmente

13. Perfil do Consumidor

Nas questões a seguir estão algumas informações para que possamos analisar melhor o seu perfil. Este é o fechamento do questionário.

Importante: Por favor, ao final, não esqueça de teclar em [FINISHED? Submit your Survey.](#)

60. Sexo: *

Feminino Masculino

61. Filhos: *

Não tenho 1 Filho(a) 2 Filhos(as) Mais de 2 Filhos(as)

62. Estado Civil: *

Solteira(o) Casada(o) Viúva(o) Divorciada(o) Outros

63. Estado onde mora: *

Rio de Janeiro São Paulo Outros

64. Faixa de Idade:

- Com 24 anos ou menos;
- Entre 25 e 30 anos;
- Entre 31 e 40 anos;
- Entre 41 e 50 anos;
- Entre 51 e 60 anos;
- Com 61 anos ou mais.

65. Ocupação Atual:

- Aposentado/ Pensionista;
- Dona de Casa;
- Empregado de empresa privada;
- Empresária;
- Estudante / estagiária;
- Funcionário público;
- Profissional liberal/ autônomo;
- Outros.

66. Grau de Instrução:

- 1o Grau Incompleto;
- 1º Grau Completo/ 2º Grau Incompleto;
- 2º Grau Completo/ Superior Incompleto;
- Superior Completo;
- Pós-graduação/mestrado/ doutorado.

67. Renda Familiar Mensal Bruta:

- Até R\$ 1.395,00;
- Entre R\$ 1.396,00 e R\$ 3.255,00;
- Entre R\$ 3.256,00 e R\$ 4.615,00;
- Entre R\$ 4.616,00 e R\$ 6.975,00;
- Entre R\$ 6.976,00 e R\$ 9.300,00;
- Mais de R\$ 9.300,00.

'Thank You'/Redirect
Page

Muito Obrigado pelas Informações! Suas respostas são muito importantes para nós.

ANEXO 5: QUADRO RESUMO DOS CONSTRUTOS DA TESE E ESCALAS DE MEDIÇÃO ORIGINAIS UTILIZADAS

Construto no Modelo	Dimensão	Principais Autores Referenciados	Escala Original Utilizadas
Autoestima (unidimensional)	Autoestima (AE)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ SBCP (2008a): a condição da autoestima é a principal variável para realização de uma cirurgia plástica estética. ✓ Rosemberg <i>et al.</i> (1995) e Rosemberg (1991): atitude positiva ou negativa do indivíduo em relação a si mesmo. ✓ Banister e Hogg (2004) e Robins, Hendin e Trzesniewski (2001): reconhecimento do valor de si mesmo, negativo ou positivo, sendo perseguida por quem tem problema. ✓ Edmonds (2007): parecer bem para sentir-se bem. ✓ Askegaard, Gertsen e Langer (2002): qualidade interior altamente valorizada, sendo que haveria uma conexão entre valores internos e externos. ✓ Sarwer <i>et al.</i>. (2008): imagem do corpo gera baixa auto-estima. 	<p>Rosenberg (1991), Bearden e Rose (1990), Richins (1991) e Richins e Dawson (1992) – medição de autoestima com adolescentes e adultos.</p>
Esperança (unidimensional)	Esperança (Es)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Caygill (2000); Bovens (1999); Lain Entralgo (1984); Furter (1974); Ferrater Mora (1965): esperança está ligada ao “ainda-não” e a uma vontade de transformação global para superar fracassos e obstáculos, provocando “sonhos acordados” que estão ao alcance da razão. ✓ Snyder (1995, 2000); Snyder <i>et al.</i>. (1998); Pieron (1966): a esperança é um processo do pensamento sobre uma meta, motivado pelo senso de sucesso futuro para determinação da direção e do planejamento de atalhos para se chegar às metas. Esperança significa pensamentos e sentimentos que refletem a percepção na qual coisas boas irão acontecer. ✓ Snyder (2000, 2002); Snyder <i>et al.</i>. (1996, 1991): a esperança é um conjunto cognitivo ligado a um estado positivo de motivação baseado num sentimento derivado da percepção de sucesso da ação e do plano de encontrar caminhos alternativos para alcançar a meta 	<p>SNYDER (2000) e SNYDER <i>et al.</i>. (1996, 1991) – medição da disposição da esperança em adultos</p>

Construto no Modelo	Dimensão	Principais Autores Referenciados	Escala Original Utilizadas
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ Snyder (2002): esperança é uma capacidade percebida para derivar atalhos para metas desejadas e motivar a si mesmo por meio de uma ação do pensamento para uso destes atalhos, sendo um espectro da força humana, como se fosse um “prisma”, erguendo o espírito e fazendo com que as pessoas pensem no que é possível ✓ Roseman e Evdokas (2004): esperança e medo podem ser experimentados em resposta à incerteza sobre um evento contrário, sendo tanto comportamental, aproximando e antecipando a meta, quanto emocional, motivando a ação de fazer acontecer. ✓ Lazarus (1999): esperança assume o papel de cobrar internamente de cada indivíduo atitudes para se chegar ao resultado esperado. ✓ Mello, MacInnis e Stewart (2007); MacInnis e Mello (2005, 2001) e Mello e MacInnis (2005): esperança é uma emoção positivamente robusta evocada em resposta a uma incerteza, mas que tem um possível resultado que é congruente com o objetivo. ✓ MacInnis e Chun (2007), Mello e MacInnis (2005) e MacInnis e Mello (2005, 2001): esperança pode minimizar a percepção do risco envolvido na compra pelo cliente, ✓ MacInnis e Mello (2005, 2001): esperança pode ser explicada por quatro conceitos básicos: (1) esperança é uma emoção positiva para uma meta, (2) está ligada aos resultados da decisão, não à decisão por si só, (3) sua importância é um antecedente do envolvimento, e (4) esperança pode variar quando o envolvimento do cliente na compra é alto. ✓ Rossiter e Foxall (2008): esperança estaria entre as variáveis intervenientes que afetam na resposta do consumidor, sendo considerada um instrumento de reforço positivo no processo de incentivo motivacional. ✓ Patrick, MacInnis e Folkes (2002): a esperança só pode ser anulada pelo medo, mas ela predominaria no campo ocupacional, físico, familiar e pessoal. 	

Construto no Modelo	Dimensão	Principais Autores Referenciados	Escala Original Utilizada
Expectativas (unidimensional)	Expectativas em relação ao produto ou serviços (Ex)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Oliver e DeSarbo (1988): consumidores geralmente apresentam, antes da compra, expectativas a respeito do desempenho do produto ou serviço. ✓ Zeithaml, Berry e Parasuraman (1993): expectativa é um padrão ideal desejado pelo consumidor, e não necessariamente o que o cliente espera, mas sim o que ele deseja receber no ato da troca. ✓ Fornell <i>et al.</i>... (1996): expectativa inclui informações não-experimentais obtidas pelo consumidor por meio de fontes, tais como anúncios e comunicação “boca-a-boca”. ✓ Spreng, Mackenzie e Olshavsky (1996) e Westbrook (1987): percepções primárias da probabilidade (ou probabilidade de ocorrência) de algum evento. ✓ Spreng, Mackenzie e Olshavsky (1996) e Oliver (1980): na estimativa da probabilidade com um evento mais a avaliação das variáveis do evento. ✓ Spreng, Mackenzie e Olshavsky (1996): expectativa como as crenças sobre os atributos de um produto ou do desempenho em algum momento no futuro.. ✓ Oliver (1999): que expectativas teriam dois componentes: uma probabilidade da ocorrência e avaliação da ocorrência, sendo as diferenças entre elas seria o que os clientes desejam e/ou o que eles pensam que deveria acontecer. ✓ Grölund (2002) expectativas é frequentemente usado como um padrão de comparação pelos clientes, explicando que ideal seria o nível de desempenho desejado pelo cliente, enquanto o desempenho esperado seria o que cliente acredita que provavelmente estará recebendo. 	Fornell <i>et al.</i> ... (1996) – medição das expectativas com a qualidade do produto.
Desejo (unidimensional)	“querer”, “prazer” e “vontade de ter” (D)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cabral (1971): desejo deve ser a representação de algo que a pessoa considera meio de satisfação ou de gratificação. Um sentimento de que uma coisa ou condição determinada satisfará ou aliviará uma necessidade ou carência. ✓ Spreng, Mackenzie e Olshavsky (1996): desejo como o nível de atributos e benefícios que o consumidor 	MacInnis e Chun (2007) e Bearden e Netemeyer (1999) – medição

Construto no Modelo	Dimensão	Principais Autores Referenciados	Escala Original Utilizadas
Ansiedade (unidimensional)	Ansiedade (Ans)	<p>acredita que levará ou são associadas com os seus valores.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Solomon (2002): desejo poderia ser criado a partir de fatores pessoais e culturais, sendo a forma peculiar de consumo usada para satisfazer uma necessidade. ✓ Belk, Ger e Askegaard (2003): desejo é conquistado e mantido vivo até que o objeto seja adquirido ou que não seja alcançado de maneira nenhuma. ✓ MacInnis e Mello (2005, 2001): desejo varia de acordo com a importância para o objetivo, podendo-se desejar coisas impossíveis que não se tem esperança de alcançar, como ser um pessoa invisível, que só seria possível através dos sonhos. ✓ Dorin (1978): ansiedade é o “padrão de segurança” que uma pessoa desenvolve em uma situação de ameaça. ✓ Thompson e Hirschman (1995): ansiedade diante da necessidade de controle. ✓ Pham (1996): o chamado “estado de ansiedade” que teria relativa influência na avaliação do produto e na aquisição. ✓ Abe, Bagozzi e Sadarangani (1996): ansiedade social seria o grau de desconforto sentido por uma pessoa na presença dos outros. ✓ Lazarus (1999): ansiedade é considerada uma emoção negativa e poderia se dizer que influenciaria na forma de comunicação interpessoal. ✓ Wooten (2000): ansiedade estaria ligada diretamente à possibilidade de sucesso ✓ Verbeke e Bagozzi (2000): ansiedade social é uma forte emoção que funciona como um importante mecanismo de interrupção da condução da meta no comportamento nas vendas ✓ Wray e Stone (2005): ansiedade está ligada a reação de afeto negativo e serve como alerta para indivíduos em relação a rejeição social, desaprovação ou exclusão diante da perspectiva de um resultado negativo. 	de desejo/anseio para com o acontecimento
			Pham (1996) – medição o estado de ansiedade do indivíduo num determinado instante

Construto no Modelo	Dimensão	Principais Autores Referenciados	Escala Original Utilizada
		<ul style="list-style-type: none"> ✓ MacInnis e Chun (2007); MacInnis e Mello (2005, 2001): ansiedade estaria ligada ao resultado positivo e congruente com o objetivo, ponderado pela importância do resultado, se o objetivo tem muita importância para a pessoa, mais ansiedade ela terá, tendendo a querer que a ocorrência aconteça rapidamente. 	
Confiança no médico (multidimensional)	Segurança/Sinceridade (Cs)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Berry e Parasuraman (1995); Zeithaml e Bitner (2003); Grönroos (2003): confiabilidade é a capacidade de prestar o serviço prometido de modo confiável e com precisão, refletindo a confiança que o desempenho do prestador de serviço inspira. ✓ Morgan e Hunt (1994): confiança existe quando uma parte, ou o cliente, tem confiança na fidedignidade e integridade do parceiro envolvido na negociação. ✓ Andaleeb (1996): confiança como a disposição de uma parte em confiar no comportamento da outra que está envolvida na negociação, sendo percebida pelo cliente através da segurança, sinceridade e apoio na transação. 	Andaleeb (1996) – medição da confiança através da segurança, da sinceridade e do apoio percebidos pelo cliente.
	Credibilidade(Cc)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Crosby, Evans e Cowles (1990): confiança como uma crença na honestidade e integridade que o cliente tem no vendedor ou prestador de serviço. ✓ Huang (2008); Morgan e Hunt (1994): honestidade e integridade das outras partes implicariam na confiança do cliente no comportamento de compra. ✓ Lau e Lee (1999); Doney e Cannon (1997): integridade da empresa é avaliada pelo cliente em relação a honestidade, no sentido do cumprimento de suas promessas e a preocupação com os interesses do cliente. ✓ Santos (2001) e Grönroos (2003): confiança é um estado psicológico compreendendo a intenção para aceitar vulnerabilidade baseada em positivas expectativas sobre as intenções e comportamentos do outro. ✓ Sichtmann (2007); Doney e Cannon (1997): competência e credibilidade ainda seriam importantes antecedentes do desenvolvimento da confiança, tendo um forte impacto na intenção da compra que está sendo realizada. ✓ Sichtmann (2007): competência do fornecedor estaria baseada nas qualificações, experiência, habilidade e 	Crosby, Evans e Cowley (1990), Ramsey e Sohi (1997) e Doney e Cannon (1997) – medição da credibilidade, cordialidade durante a interação e preocupação com os interesses dos clientes.

Construto no Modelo	Dimensão	Principais Autores Referenciados	Escalas Originais Utilizadas
	Integridade (Ci)	<p>conhecimento requeridos na entrega do produto, isto é, se sabe fazer o que é preciso ser feito. A credibilidade seria a avaliação da disposição da empresa, disposição esta de entregar o serviço com a quantidade esperada e avaliada na credibilidade da empresa.</p>	Prado (2004) e Lau e Lee (1999) – medição de integridade, honestidade e promessas cumpridas em relação a empresa
	Risco em relação ao produto ou serviço (R)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Farley (1986): a percepção do risco estaria ligada a personalidade do indivíduo. ✓ Dholakia (1997): produtos com altos níveis de risco percebido teriam altos níveis de importância associada com eles. ✓ Mitchell (1999): risco é função do produto da probabilidade negativa da ocorrência do fato e a importância negativa das consequências, como no caso da cirurgia plástica estética. ✓ Solomon (2002): é necessário considerar o risco percebido na compra quando o produto é caro ou complexo e difícil de entender. 	Eroglu e Machleit (1990) – medição do risco com a compra de um específico produto.
Risco Percebido (unidimensional)	Risco global com a compra (R)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Johnson, Sivadass e Garbarino (2008); Mitchell e Harris (2005); Laroche, Bergeron, e Goutaland (2003); Dholakia (1997) Stone e Grönhaug (1993): risco percebido estaria associado à percepção da antecipação de consequências adversas e da incerteza sobre os resultados, estando o envolvimento e o conhecimento sobre o produto ou serviço diretamente ligados a percepção deste risco. O risco percebido seria uma composição de vários tipos de risco, como o risco financeiro, risco de performance, risco de tempo, risco psicológico e risco social, todos em função do desempenho esperado que pode resultar em um alto custo. O risco global poderia ser aplicado para medição de risco percebido como uma forma de capturar todos os 	Stone e Gronhaug (1993) – medição do risco global pela incerteza.

Construto no Modelo	Dimensão	Principais Autores Referenciados	Escala Original Utilizadas
Influência de Amigos(as) e Parentes. (unidimensional)	Influência social (I _f)	<p>envolvidos nas compras de produtos e serviços</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hawkins, Mothersbauch e Best (2007); Kotler e Keller (2006); Solomon (2002): influência de amigos(as) e parentes é ministrada pelos autores na área do comportamento do consumidor como fator da decisão de compra. ✓ Thompson e Hirschaman (1995): depois que amigas realizaram a cirurgia, as pessoas repensam. ✓ Edmonds (2007): constatou que várias entrevistadas se decidiram após a influência de amigos(as) ou parentes. 	Andrews <i>et al.</i> (2004) – medição da influência de amigos(as) e parentes no consumo de cigarros.
Satisfação (unidimensional)	Satisfação com a compra (S _a)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Crosby e Stephens (1987): satisfação total do consumidor teria três faces: satisfação com o contato pessoal, a prestação dos serviços e a organização ou prestador de serviço. ✓ Rossi e Slongo (1998): satisfação do cliente possui dois conceitos essenciais: (1) a satisfação específica em uma transação relacionada a trocas de curto prazo para um determinado produto ou serviço e (2) a satisfação acumulada, que indica claramente o desempenho atual e no longo prazo de uma empresa no mercado. ✓ Chauvel (1999): um estado psicológico resultante de um processo avaliativo que compara uma referência interna pré-existente aos efeitos reais da compra. ✓ Chauvel (1999); Oliver (1993); Westbrook e Oliver (1991); Oliver e Linda (1981): hipóteses de uma comparação entre o “antes” e o “depois” e a avaliação é efetuada após a compra. Isto é, a satisfação, diferentemente da atitude, constitui uma resposta a determinada transação. ✓ Mano e Oliver (1993); Westbrook e Oliver (1991); Crosby e Stephens (1987): expuseram que a satisfação é uma atitude, como julgamento avaliativo na pós-compra, variando de satisfeito a insatisfeito de acordo 	Westbrook e Oliver (1991), Oliver (1993), Prado (2004) e Baptista (2005) – medição da satisfação global com a compra.

Construto no Modelo	Dimensão	Principais Autores Referenciados	Escalas Originais Utilizadas
		<p>com o resultado.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Oliver (1999): satisfação seria o julgamento do cliente em relação ao consumo de um produto ou serviço proveniente de um “agradável” nível de preenchimento das suas necessidades, desejos e objetivos. ✓ Garbarino e Johnson (1999): a satisfação total foi interpretada como uma avaliação positiva, além da esperada, baseada na compra e na experiência do consumo. ✓ Giese e Cote (2000), é possível identificar três componentes gerais dentro destas definições: (1) satisfação do consumidor é uma resposta (emocional ou cognitiva); (2) as respostas são relativas a um foco particular (expectativas, produto, experiência de consumo etc.); e (3) a resposta ocorre em um tempo particular (depois do consumo, após a escolha, baseada na experiência acumulada). ✓ Choi, Lee e Lee (2005): satisfação é uma consequência de uma avaliação mental da experiência dos consumidores e resultados decorrentes dos serviços prestados. ✓ Edmonds (2007): os resultados e o seu sucesso são julgados pela invisibilidade da marca, isto é, da cicatriz. 	

ANEXO 6: E-MAIL CONVITE PARA OS QUESTIONÁRIOS

Olá (amigo ou amiga),

(chamada pessoal) por favor, veja a mensagem abaixo e me ajude como puder. Preciso de muita divulgação para alcançar um número significativo de respondentes. Desde já fico muitíssimo grata por toda a ajuda que puder dar.

Estou fazendo uma pesquisa para a minha tese de doutorado sobre o comportamento do consumidor de cirurgia plástica estética.

Por favor, se você se já fez cirurgia plástica estética não reparadora ou tem a intenção de fazer, **tecle no link correspondente (não é vírus)** para responder ao questionário e depois encaminhe para as(os) amigas(os). .

Se você não faz parte do grupo, por favor, repasse para seus(suas) amigos(as) que sempre tem alguém que está no perfil da minha pesquisa e que poderá responder. Por favor, peça as pessoas para passarem para os(as) amigos(as) e assim por diante. Preciso que muitas pessoas respondam.

Obrigado desde já pela ajuda. Sua participação é muito importante para mim.

PESSOAS QUE TÊM A INTENÇÃO DE FAZER CIRURGIA PLÁSTICA ESTÉTICA, TECLE AQUI:

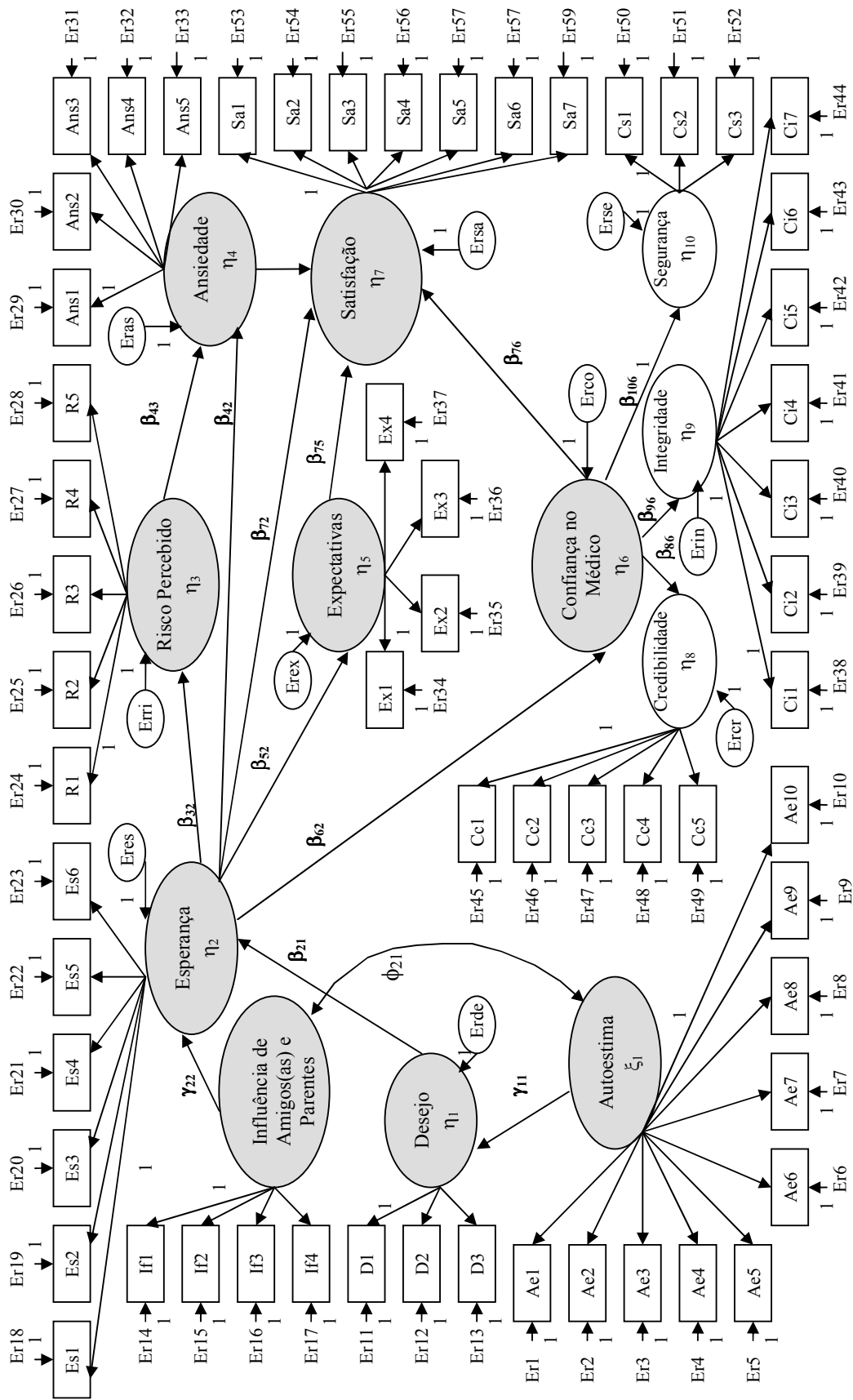
<http://www.surveymzmo.com/s/162778/pessoas-que-querem-de-fazer-cirurgia-plastica>

PESSOAS QUE JÁ FIZERAM CIRURGIA PLÁSTICA ESTÉTICA, TECLE AQUI:

<http://www.surveymzmo.com/s/162307/pessoas-que-fizeram-cirurgia-plastica>

OBS: Algumas pessoas podem ter problemas para acessar o link. Se isso acontecer, é bem provável que o seu provedor de e-mail desabilite o link anexado ao e-mail, por entender que pode ser um vírus ou spam. Neste caso, infelizmente, a solução é copiar o link e depois colocar na barra de endereços do Internet Explorer. Se o problema ainda persistir, favor me avisar. Para mim é muito importante que todos possam acessar o questionário.

ANEXO 7: DIAGRAMA DE CAMINHOS DO MODELO INICIAL PROPOSTO NA TESE



**ANEXO 8: RESUMO DOS RESULTADOS DAS CARGAS FATORIAIS
PADRONIZADAS DOS CONSTRUTOS NOS MODELOS TESTADOS**

			Amostra total		Amostra Grupo A		Amostra Grupo B		
			Inicial R1	Alternativo Final	Inicial R1-A	Alternativo Final A	Inicial R1-B	Alternativo Final B	
Autostima	→	Ae1					0,68*	0,91*	
	→	Ae2	0,40*	0,40*	0,55*		0,46*	0,52*	
	→	Ae3	0,52*	0,53*	0,57*	0,50*			
	→	Ae5	0,67*	0,65*	0,88*	0,87*	0,77*	0,46*	
	→	Ae6	0,70*	0,69*	0,68*	0,82*	0,71*	0,46*	
	→	Ae7	0,66*	0,67*	0,87*	0,67*	0,41*	0,29*	
	→	Ae8	0,54*	0,54*			0,58*	0,41*	
	→	Ae9	0,53*	0,55*			0,45*		
	Esperança	→	Es1					0,28*	
→		Es2	0,52*	0,56*	0,37*	0,36*	0,88*	0,63*	
→		Es4			0,22*				
→		Es5	0,10***						
→		Es6	0,32*	0,35*		0,28*	0,76*	0,58*	
Expectativa		→	Ex1	0,21*	0,12**		0,20**	0,31*	0,16*
	→	Ex3	0,47***	0,39*	0,20*		0,26**	0,32**	
	→	Ex4	0,87***	0,60*	0,52*	0,64*	0,71**	0,55**	
Desejo	→	D1	0,82*	0,77*	0,81*	0,80*		0,65*	
	→	D2	0,65*	0,70*	0,84*	0,86*	0,64*	0,76*	
	→	D3	0,66*	0,58*	0,63*	0,62*	0,37*	0,37*	
Ansiedade	→	Ans1	0,76*	0,76*	0,95*	0,58*	0,68*	0,51*	
	→	Ans2	0,85*	0,84*	0,91*	0,59*	0,79*	0,54*	
	→	Ans4	0,70*	0,71*		0,85*	0,69*	0,82*	
	→	Ans5	0,70*	0,70*	0,63*		0,81*	0,37*	
Confiança	Credibilidade	→	Cc1	0,69*	0,69*	0,54*	0,55*	0,71*	0,70*
		→	Cc2	0,83*	0,83*			0,82*	0,85*
		→	Cc4	0,66*	0,66*	0,50*	0,54*	0,68*	0,68*
		→	Cc5	0,32*	0,33*	0,33*	0,35*		0,29*
		→	Ci1	0,81*	0,82*		0,32*		0,89*
	Integridade	→	Ci2					0,80*	
		→	Ci3	0,82*	0,82*	0,39*	0,39*	0,89*	0,89*
		→	Ci4	0,75*	0,75*	0,81*	0,78*	0,76*	0,74*
		→	Ci5	0,88*	0,88*	0,72*	0,79*	0,95*	0,94*

			Amostra total		Amostra Grupo A		Amostra Grupo B	
			Inicial	Alternativo	Inicial	Alternativo	Inicial	Alternativo
			R1	Final	R1-A	Final A	R1-B	Final B
Segurança	→	Ci6					0,49*	
	→	Ci7			0,53*			
	→	Cs1			0,61*			
	→	Cs2	0,86*	0,86*	0,68*	0,73*	0,87*	0,86*
	→	Cs3	0,85*	0,85*	0,60*	0,60*	0,85*	0,86*
Risco	→	R2			0,36*	0,42*	0,35*	
	→	R3	0,42*	0,41*	0,27*			
	→	R4	0,69*	0,68*	0,67*	0,68*	0,33*	0,56*
	→	R5	0,78*	0,80*	0,68*	0,71*	0,50*	0,90*
Influência de Amigos(as) e Parentes	→	If1			0,27*			
	→	If2	0,92*	0,65*	0,56*	0,80*	0,59*	0,49*
	→	If3	0,31*	0,42*			0,45*	0,53*
	→	If4	0,42*	0,29*	0,97*	0,68*	0,57*	0,44*
Satisfação	→	Sa1			0,62*			
	→	Sa2	0,69*	0,70*	0,62*	0,58*	0,71*	0,69*
	→	Sa3	0,81*	0,78*	0,63*	0,58*	0,53*	0,50*
	→	Sa5			0,73*	0,66*	0,74*	
	→	Sa6	0,51*	0,44*				0,31*
	→	Sa7	0,75*	0,78*	0,71*	0,62*	0,78*	0,76*

* Coeficientes padronizados significativos a $p < 0,01$.

** Coeficientes padronizados significativos a $p < 0,05$.

*** Coeficientes padronizados significativos a $p < 0,10$