

EDNA APARECIDA LOPES BEZERRA KATAKURA

**SATISFAÇÃO DO USUÁRIO COM A ASSISTÊNCIA MÉDICA:
UM ESTUDO EM BANDEIRANTES – REGIÃO NORTE DO PARANÁ**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre. Curso de Mestrado em Administração do Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Paraná.
Orientador: Prof. Dr. Paulo Henrique Muller Prado

CURITIBA

2009

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
CENTRO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ESTRATÉGIA E ORGANIZAÇÕES

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**SATISFAÇÃO DO USUÁRIO COM A ASSISTÊNCIA MÉDICA:
UM ESTUDO EM BANDEIRANTES – REGIÃO NORTE DO PARANÁ**

EDNA APARECIDA LOPES BEZERRA KATAKURA

CURITIBA
2009

FOLHA DE APROVAÇÃO

EDNA APARECIDA LOPES BEZERRA KATAKURA

**SATISFAÇÃO DO USUÁRIO COM A ASSISTÊNCIA MÉDICA:
UM ESTUDO EM BANDEIRANTES – REGIÃO NORTE DO PARANÁ**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre. Curso de Mestrado em Administração do Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Paraná.
Orientador: Prof. Dr. Paulo Henrique Muller Prado

CURITIBA

2009

Katakura, Edna Aparecida Lopes Bezerra

Satisfação do usuário com a assistência médica: um estudo em
Bandeirantes - região norte do Paraná / Edna Aparecida Lopes Bezerra
Katakura. - Curitiba, 2009.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Henrique Muller Prado
Dissertação (Mestrado em Administração) - Setor de Ciências
Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná.

1. Assistência médica. 2. Emoção. 3. Satisfação. 4. Usuário. I.
Título.

CDD 614
CDU

*Aos meus grandes amores:
Marcela, Roberta e Marcelo;
e minha mãe Elza.*

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me concedido a oportunidade de realizar o mestrado, concretizando, assim, mais um desejo.

À minha mãe pelo apoio, compreensão e carinho com suas palavras de incentivo.

Às minhas filhas Marcela e Roberta e ao meu marido Marcelo que souberam, dentro dos seus limites, compreenderem minha ausência durante esse período.

Ao meu orientador pela paciência, cordialidade e sabedoria ao conduzir os meus passos na realização deste trabalho.

À Sandra Carvalho Pereira que gentilmente me ajudou sempre que solicitada.

Aos novos amigos Josiane Petenaci e Márcio Frontelli, companheiros nos momentos agradáveis e um ombro amigo nos momentos de aflição e insegurança.

Ao meu diretor Eduardo Meneghel Rando que concedeu a liberação para o mestrado.

Ao meu amigo Márcio Akio Ohira que se mostrou um bom ouvinte.

À professora Cida Valério pelo suporte na definição da amostra.

À Natália Maria Maciel Guerra e a Enfermeira Paula Sitta por ter disponibilizado informações necessárias à pesquisa.

Às Enfermeiras Emiliana Melo e Regina Hitomi Fukuda Ohira pelos seus conselhos.

Aos agentes comunitários de saúde pela realização da coleta de dados.

Às minhas irmãs Valéria e Vera pelo apoio durante a elaboração dessa dissertação.

“*B*endita é a noite, pois nos faz ver as estrelas.

*D*o mesmo modo podemos dizer:

*B*endito é o sofrimento, pois nos faz ver
as consolações de Deus.”

Mananciais no Deserto

RESUMO

A satisfação do consumidor tem sido abordada como um processo, que envolve uma avaliação cognitiva e emocional. Este estudo teve como propósito identificar o impacto da satisfação e insatisfação com os atributos específicos e das respostas emocionais sobre a satisfação global dos usuários dos serviços médicos. A *performance* do serviço foi avaliada com base na percepção do usuário sobre o desempenho profissional do médico, considerando-se este o ator responsável pelo atendimento. A coleta dos dados foi desenvolvida na cidade de Bandeirantes no Estado do Paraná, com consulta aos usuários em uma única etapa. Esta foi conduzida por meio de um levantamento *Survey*, com uma amostra de 501 respondentes, sendo 251 usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e 250 usuários de Convênios Médicos e Particular, o que possibilitou o teste do modelo estrutural proposto para verificar os antecedentes da Satisfação como resposta emocional positiva e negativa, satisfação e insatisfação com os atributos da assistência médica. Para tanto, foi desenvolvido um modelo global e um modelo para cada modalidade de atendimento, SUS e Convênio/Particular. O modelo global e o modelo do grupo SUS apresentaram o mesmo resultado: das oito relações testadas, seis foram confirmadas pelo modelo em questão; o construto satisfação com os atributos apresentou uma influência direta sobre a Satisfação global, e uma influência positiva sobre a resposta emocional positiva e inversa sobre a resposta emocional negativa, como era esperado. Entretanto, a relação direta da insatisfação com os atributos do serviço não foi confirmada. Acredita-se que a avaliação desta tenha sido mascarada, pois se percebeu que problemas relacionados a algum aspecto do serviço produzem emoções negativas, confirmando a relação entre as variáveis insatisfação com os atributos do serviço e a resposta emocional negativa. Já a resposta emocional positiva não foi influenciada pela avaliação de insatisfação. A Satisfação global foi influenciada pela resposta emocional positiva e negativa como foi previsto. No modelo do grupo Particular foram confirmadas 5 das 8 hipóteses testadas. O construto satisfação com os atributos do serviço impacta diretamente a Satisfação Global e influencia, de forma positiva, a resposta emocional positiva e, de forma negativa, a resposta emocional negativa. A relação direta da insatisfação com os atributos do serviço com Satisfação global e com a resposta emocional positiva não foi confirmada pelo estudo. No entanto, a relação da insatisfação com a resposta emocional negativa foi confirmada como proposto. A Satisfação Global foi influenciada apenas pela resposta emocional negativa. Esta variável teve uma maior influência sobre a Satisfação global do que a resposta emocional positiva em todos os modelos, o que sugere que a lógica na área de saúde para o construto resposta emocional seja diferente, uma vez que o usuário tem o comportamento orientado pela busca de resolutividade do problema de saúde e alívio dos sintomas como forma de evitar o sofrimento. Portanto, a relação entre médico e usuário aciona emoções que influenciam a Satisfação do usuário, que deve ser gerenciada de modo a proporcionar emoções hedônicas aumentando a sensação de bem-estar e eliminando ou pelo menos reduzindo os aspectos que desencadeiam o desprazer.

Palavras-chave: Assistência médica. Emoção. Satisfação. Usuário.

ABSTRACT

Consumer's satisfaction has been approached as a process, which involves a cognitive and emotional evaluation. This study aims to identify the impact of satisfaction and dissatisfaction with specific attribute and the emotional answer about the global satisfaction of the users of medical services. The service's performance evaluation was based on the user's perception of the doctors, who is considered the responsible for attending people. Data was collected in the city of Bandeirantes in the state of Paraná and users were consulted in one stage only. A survey was made among 501 people, from which 251 were part of Sistema Único de Saúde (SUS) and 250 subdivided among different health insurance companies. This allowed testing the structural model suggested to check previous rates of Satisfaction Positive and Negative Emotional Answer, Satisfaction and Dissatisfaction related to medical assistance service. For that, a global model and a model for each attending item – SUS and Health Insurance/Private – were developed. The global model and the model developed for SUS showed the same result. Six out of the eight relations tested were confirmed by this particular model. The Satisfaction aspect and its attributes showed a direct influence about Global Satisfaction and a positive answer on the Positive Emotional Answer and an expected opposite answer for Negative Emotional Answer. On the one hand, the direct relation of Dissatisfaction and services attributes was not confirmed. It's believed that this evaluation has been disguised because I could realize that the related problems to some service aspect produce a negative emotion which confirms the relation between the variable Dissatisfaction to service attribute and Negative Emotional Answer. On the other hand the Positive Emotional Answer was not influenced by the dissatisfaction evaluation. The Global Satisfaction was influenced by the Positive and Negative Emotional Answer as predicted. In the Private group model five out of the eight hypothesis tested were confirmed, the item Satisfaction to service attributes has a direct impact on the Global Satisfaction and has a positive influence in the Positive Emotional Answer and negative influence in the Negative Emotional Answer. The direct relation among the Dissatisfaction to service attribute, Global Satisfaction and Positive Emotional Answer were not confirmed by this study. However, the relation between Dissatisfaction and Negative Emotional Answer was confirmed as suggested. The Global Satisfaction was influenced only by Negative Emotional Answer. This variable had a bigger influence over the Global Satisfaction than it did over the Positive Emotional Answer in all the models in order to suggest that the logic in health area for the item Emotional Answer is different once the user has a health problem-solution attitude and symptoms relief as a way to avoid suffering. Generally speaking, the doctor-user relation triggers emotions that influence the user's satisfaction, which must be managed in a way to provide pleasing emotions increasing the sensation of comfort and decrease the displeasing aspects.

Key words: Medical assistance. Emotion. Satisfaction. User.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – PARADIGMA DA DESCONFORMIDADE.....	31
FIGURA 2 – OPERAÇÃO DO FENÔMENO DO PROCESSO Oponente APLICADO À SATISFAÇÃO DE UM CONSUMIDOR	33
FIGURA 3 – MODELO DE DESCONFIRMAÇÃO DA EXPECTATIVA COM A PERFORMANCE	39
FIGURA 4 – MODELO ACSI – ÍNDICE DE SATISFAÇÃO DO CONSUMIDOR AMERICANO.....	39
FIGURA 5 – MODELO DE QUALIDADE DE SERVIÇO.....	44
FIGURA 6 – INDICADORES DA QUALIDADE DE SERVIÇO PERCEBIDO	45
FIGURA 7 – MODELO DE PROCESSAMENTO DA RESPOSTA AFETIVA NA SATISFAÇÃO DO CONSUMIDOR.....	56
FIGURA 8 – MODELO DE SATISFAÇÃO BASEADO EM ATRIBUTOS EXPANDIDOS COM TRAJETÓRIA CAUSAL	57
FIGURA 9 – ESQUEMA DE INTERAÇÃO ENTRE OS CONSTRUTOS DO MODELO.....	58
FIGURA 10 – MODELO CONCEITUAL PROPOSTO	61
FIGURA 11 – GRÁFICO DE AVALIAÇÃO DE NORMALIDADE PARA A SATISFAÇÃO GLOBAL	117
FIGURA 12 – GRÁFICO DE AVALIAÇÃO DE NORMALIDADE PARA DESCONFORMIDADE GLOBAL	118
FIGURA 13 – GRÁFICO DE AVALIAÇÃO DE NORMALIDADE PARA DISTÂNCIA DO IDEAL.....	118
FIGURA 14 – MODELO TEÓRICO PROPOSTO COM AS RELAÇÕES ESTABELECIDAS E OS COEFICIENTES PADRONIZADOS ASSOCIADOS A ESTAS.....	141
FIGURA 15 – MODELO TEÓRICO COM AS RELAÇÕES ESTABELECIDAS E OS COEFICIENTES PADRONIZADOS ASSOCIADOS A ESTAS...	151
FIGURA 16 – MODELO TEÓRICO PROPOSTO COM AS RELAÇÕES ESTABELECIDAS E OS COEFICIENTES PADRONIZADOS ASSOCIADOS A ESTAS.....	156

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – IDADE DOS ENTREVISTADOS	72
GRÁFICO 2 – SEXO DOS ENTREVISTADOS	73
GRÁFICO 3 – GRAU DE ESCOLARIDADE.....	73
GRÁFICO 4 – REALIZAÇÃO DA ÚLTIMA CONSULTA.....	74
GRÁFICO 5 – LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO MÉDICO	75
GRÁFICO 6 – DURAÇÃO DA ÚLTIMA CONSULTA MÉDICA.....	75

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – MÉDIAS, DESVIO PADRÃO, ASSIMETRIA E CURTOSE DO CONSTRUTO SATISFAÇÃO COM OS ATRIBUTOS DA ASSISTÊNCIA MÉDICA.....	77
TABELA 2 – MÉDIAS, DESVIO PADRÃO E ANOVA DO CONSTRUTO SATISFAÇÃO PARA OS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), CONVÊNIO E PARTICULAR	85
TABELA 3 – MÉDIAS, DESVIO PADRÃO, ASSIMETRIA E CURTOSE DO CONSTRUTO INSATISFAÇÃO COM OS ATRIBUTOS DA ASSISTÊNCIA MÉDICA.....	91
TABELA 4 – MÉDIAS, DESVIO PADRÃO E ANOVA DO CONSTRUTO INSATISFAÇÃO PARA OS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), CONVÊNIO E PARTICULAR	96
TABELA 5 – MÉDIAS, DESVIO PADRÃO, ASSIMETRIA E CURTOSE DO CONSTRUTO RESPOSTA EMOCIONAL POSITIVA	102
TABELA 6 – MÉDIA, DESVIO PADRÃO E ANOVA DO CONSTRUTO RESPOSTA EMOCIONAL POSITIVA PARA USUÁRIOS DO SUS, CONVÊNIO E PARTICULAR	105
TABELA 7 – MÉDIA E DESVIO PADRÃO DO CONSTRUTO RESPOSTA EMOCIONAL NEGATIVA.....	108
TABELA 8 – MÉDIA E DESVIO PADRÃO DO CONSTRUTO RESPOSTA EMOCIONAL NEGATIVA PARA USUÁRIOS DOS SUS, CONVÊNIO E PARTICULAR.....	111
TABELA 9 – MÉDIAS, DESVIO PADRÃO ASSIMETRIA E CURTOSE DO CONSTRUTO SATISFAÇÃO GLOBAL.....	114
TABELA 10 – MÉDIA, DESVIO PADRÃO E ANOVA PARA O CONSTRUTO SATISFAÇÃO GLOBAL PARA OS USUÁRIOS DO SUS, CONVÊNIOS E PARTICULAR	115
TABELA 11 – ANÁLISE FATORIAL EXPLORATÓRIA E TESTE DE CONFIABILIDADE PARA O CONSTRUTO SATISFAÇÃO COM OS ATRIBUTOS DA ASSISTENCIA MÉDICA	123
TABELA 12 – ANÁLISE FATORIAL EXPLORATÓRIA E TESTE	

DE CONFIABILIDADE PARA O CONSTRUTO INSATISFAÇÃO COM OS ATRIBUTOS DA ASSISTÊNCIA MÉDICA	127
TABELA 13 – ANÁLISE FATORIAL EXPLORATÓRIA E CONFIBILIDADE DO CONSTRUTO RESPOSTA EMOCIONAL POSITIVA	131
TABELA 14 – ANÁLISE FATORIAL EXPLORÁTÓRIA E CONFIABILIDADE DO CONSTRUTO RESPOSTA EMOCIONAL NEGATIVA	133
TABELA 15 – ANÁLISE FATORIAL EXPLORATÓRIA E TESTE DE CONFIABILIDADE PARA O CONSTRUTO SATISFAÇÃO GLOBAL	135
TABELA 16 – RESUMO DA ANÁLISE FATORIAL CONFIRMATÓRIA (CFA)	139
TABELA 17 – CORRELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS LATENTES DO MODELO TESTADO.....	140
TABELA 18 – COEFICIENTES PADRONIZADOS (PTHS) ESTIMADOS PARA AS RELAÇÕES TEÓRICAS PROPOSTAS NO MODELO GLOBAL	142
TABELA 19 – COEFICIENTE DE DETERMINAÇÃO DOS CONSTRUTOS DO MODELO (VARIÁVEIS ENDÓGENAS)	143
TABELA 20 – RESUMO DA ANÁLISE FATORIAL CONFIRMATÓRIA GRUPO SUS	149
TABELA 21 – CORRELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS DO MODELO TESTADO - GRUPO SUS.....	150
TABELA 22 – COEFICIENTES PADRONIZADOS (PTHS) ESTIMADOS PARA AS RELAÇÕES TEÓRICAS PROPOSTAS NO MODELO SUS	152
TABELA 23 – COEFICIENTE DE DETERMINAÇÃO DOS CONSTRUTOS DO MODELO (VARIÁVEIS ENDÓGENAS)	152
TABELA 24 – RESUMO DA ANÁLISE FATORIAL CONFIRMATÓRIA (CFA) PARA O GRUPO CONVÊNIO/PARTICULAR	154
TABELA 25 – CORRELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS LATENTES DO MODELO TESTADO – GRUPO CONVÊNIO/PARTICULAR.....	155
TABELA 26 – COEFICIENTES PADRONIZADOS (PTHS) ESTIMADOS PARA AS RELAÇÕES TEÓRICAS PROPOSTAS NO MODELO – CONVÊNIO/PARTICULAR.....	157
TABELA 27 – COEFICIENTE DE DETERMINAÇÃO DOS CONSTRUTOS DO MODELO (VARIÁVEIS ENDÓGENAS)	157

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – ESCALA DE SATISFAÇÃO DO CONSUMIDOR PROPOSTA POR OLIVER (1997)	38
QUADRO 2 – ALGUNS ESTUDOS BRASILEIROS SOBRE EMOÇÕES NO CONSUMO	51
QUADRO 3 – TAXONOMIA DAS EMOÇÕES.....	59
QUADRO 4 – COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA	68
QUADRO 5 – RESUMO COMPARATIVO DA ANÁLISE FATORIAL EXPLORATÓRIA E DO TESTE DE CONFIABILIDADE ENTRE O MODELO TEÓRICO PROPOSTO E OS RESULTADOS ENCONTRADOS.....	135

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACSI	Índice da Satisfação do Consumidor
ANS	Agência Nacional de Saúde
AVE	Variância Média Extraída
CES	<i>Consumption Emotion Set</i>
CFA	Análise Fatorial Confirmatória
CFI	Índice de Ajuste Comparativo
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
DC	Definições Constitutivas
DES	<i>Discrete Emotion Scale</i>
DO	Definições Operacionais
EFA	Análise Fatorial Exploratória
KMO	<i>Kaiser-Meyer-Olkin</i>
NFI	Índice de Ajuste Normado
PNHAH	Programa Nacional de Humanização à Assistência Hospitalar
PSF	Programa Saúde da Família
QPC	Qualidade Percebida pelo Cliente
RMSEA	Raiz do Erro Quadrático Médio de Aproximação
SC	Satisfação do Consumidor
SEM	Modelagem de Equações Estruturais
SUS	Sistema Único de Saúde
WHO	<i>World Health Organization</i>
WHS	<i>World Health Survey</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	APRESENTAÇÃO DO TEMA.....	17
1.2	FORMULAÇÃO DO PROBLEMA.....	20
1.3	OBJETIVOS DA PESQUISA	21
1.4	JUSTIFICATIVA TEÓRICA	21
1.5	JUSTIFICATIVA PRÁTICA.....	23
1.6	ESTRUTURA DO TRABALHO.....	24
2	BASE TEÓRICO-EMPÍRICA	25
2.1	O SISTEMA DE SAÚDE: UMA BREVE CONCEITUAÇÃO.....	25
2.2	SATISFAÇÃO DO CONSUMIDOR	27
2.2.1	Modelos Teóricos da Satisfação	29
2.2.1.1	Teoria da expectativa e desconfirmação.....	30
2.2.1.2	Teoria do nível de adaptação.....	32
2.2.1.3	Teoria do processo oponente.....	33
2.2.1.4	Teoria da eqüidade	34
2.2.1.5	Teoria cognitiva	35
2.2.1.6	Teoria dos dois fatores.....	35
2.2.2	Modelos de Mensuração do Construto Satisfação.....	37
2.3	QUALIDADE PERCEBIDA DO SERVIÇO.....	41
2.3.1	Natureza da Qualidade Percebida do Serviço.....	43
2.3.2	Mensuração da Qualidade Percebida do Serviço	45
2.4	RESPOSTAS EMOCIONAIS E A SATISFAÇÃO DO CONSUMIDOR ...	48
2.4.1	Natureza das Respostas Emocionais.....	52
2.4.2	Mensuração das Respostas Emocionais e a Satisfação.....	58
2.5	MODELO CONCEITUAL PROPOSTO	61
3	METODOLOGIA	63
3.1	DELINEAMENTO E <i>DESIGN</i> DA PESQUISA.....	63
3.2	DEFINIÇÃO CONSTRUTIVA E OPERACIONAL DAS VARIÁVEIS DO MODELO A SER TESTADO	65
3.3	COMPOSIÇÃO E CARACTERÍSTICA DA AMOSTRA	66
3.4	PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	69

4	TRATAMENTO DOS DADOS E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	71
4.1	PREPARAÇÃO DA BASE DE DADOS	71
4.1.1	Caracterização da Amostra	72
4.1.2	Inspeção das Estatísticas Descritivas Univariadas e Multivariadas	76
4.1.3	Avaliação do Montante e da Distribuição dos <i>Missing Values</i>	116
4.1.4	Normalidade, Linearidade e Colinearidade	116
4.2	MODELO DE MENSURAÇÃO	120
4.2.1	Desenvolvimento do Modelo de Mensuração.....	120
4.2.1.1	Avaliação da dimensionalidade e da consistência interna	121
4.2.1.2	Análise fatorial confirmatória (CFA) do modelo de mensuração	137
4.2.1.3	Teste do modelo estrutural proposto e verificação das hipóteses com as variáveis latentes	140
4.2.1.4	Avaliação dos poderes de explicação das relações testadas	142
4.2.1.5	Teste das hipóteses do modelo.....	144
4.2.1.6	Teste do modelo estrutural proposto e verificação das hipóteses com as variáveis latentes entre as modalidades de atendimento	147
4.2.1.7	Teste do modelo estrutural proposto e verificação das hipóteses com as variáveis latentes – Grupo SUS.....	150
4.2.1.8	Avaliação dos poderes de explicação das relações testadas para a modalidade de atendimento SUS.....	152
4.2.1.9	Teste do modelo estrutural proposto e verificação das hipóteses com as variáveis latentes	155
4.2.1.10	Avaliação dos poderes de explicação das relações testadas para a modalidade de atendimento convênio/particular	157
4.2.2	Comparação do Teste das Hipóteses do Modelo entre as Modalidades de Atendimento: SUS e Convênio/Particular	158
5	CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E LIMITAÇÕES	161
5.1	CONCLUSÕES	161
5.2	CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS	165
5.3	IMPLICAÇÕES GERENCIAIS.....	166
5.4	RESTRIÇÕES DO ESTUDO REALIZADO.....	167
5.5	SUGESTÃO PARA FUTURAS PESQUISAS	168
	REFERÊNCIAS	170

APÊNDICE	182
APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO.....	183
ANEXO	182
ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO UTILIZADO NA PESQUISA	183

1 INTRODUÇÃO

A partir da década de 80 a visão do usuário sobre assistência à saúde fortaleceu o lugar dos pacientes nos serviços, dando-lhe o *status* de indivíduo e cidadão. Desde então, o paciente passou a ser reconhecido por termos como consumidor – consciente de suas escolhas e de seus direitos; e meados da década de 90 como usuários munidos de direitos válidos universalmente (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Esta pesquisa se destina a mensurar a satisfação do usuário com a assistência médica, pois, mesmo não sendo especialista, pode definir parâmetros de avaliação com base em suas expectativas, seja no papel de paciente, usuário, consumidor, seja no de cliente (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

Neste contexto, grande destaque é dado às respostas emocionais que permeiam a relação entre médico e paciente, na formação do julgamento da satisfação pós-consumo.

Para tanto, este capítulo apresenta o tema da pesquisa, enfatizando como a Satisfação do Consumidor é abordada pela literatura na área de *marketing*. Posteriormente, indica-se o problema da pesquisa, que explora a satisfação global como um indicador da *performance* da assistência médica. Em seguida, são enumerados os objetivos, especificando-se o interesse na avaliação de satisfação com a assistência médica sob a ótica do consumidor. Na sequência, tem-se a justificativa teórica e prática que evidencia a relevância do tema para a academia, e a estrutura do trabalho que mostra como a pesquisa foi concebida.

1.1 APRESENTAÇÃO DO TEMA

Muitas atividades do setor de saúde concentram-se na produção de serviços. Portanto, se o serviço pretende beneficiar o cliente, precisa se empenhar em conhecer como se forma a satisfação do consumidor, bem como os fatores que a influenciam (KOTLER, 2000).

A literatura diz que a Satisfação do Consumidor tem sido amplamente conhecida pelo Paradigma da Desconformidade, que analisa a discrepância entre a *performance* do produto ou serviço e a expectativa do consumidor (OLIVER, 1980, 1981, 1989; EVRARD, 1993).

De acordo com o modelo, o consumidor faz comparações entre o serviço esperado e o serviço percebido, confrontando suas expectativas com a qualidade percebida na prestação do serviço que efetivamente recebeu (GRÖNROOS, 2006).

Esse paradigma aborda a satisfação como processo da experiência de consumo. (EVRARD, 1993). A experiência com o produto ou serviço permite prever o comportamento subsequente do consumidor e a *performance* econômica, uma vez que o consumidor toma a decisão de comprar com base na experiência de consumo anterior (JOHNSON; GUSTAFSSON; ANDRESSEN, 2000).

Segundo Oliver (1993), no julgamento da satisfação está implícita uma avaliação cognitiva dada pela desconfirmação e uma avaliação psicológica, que gera respostas afetivas ou emocionais, as quais influenciam a avaliação de satisfação.

As emoções evocadas no processo de consumo e sua relação com a satisfação tem sido o núcleo de vários estudos de *marketing*, por ser um elemento de grande relevância na decisão de escolha (WESTBROOK, 1987). Elas proporcionam um *feedback* para o consumidor sobre o alcance de seus objetivos, levando-o a formar julgamentos favoráveis ou desfavoráveis e a definir suas intenções de comportamento (MÜLLER, 2007).

Sendo assim, a resposta afetiva pode influenciar a satisfação do cliente. As emoções oriundas desse processo devem ser gerenciadas para manter o nível de satisfação do consumidor (PRADO, 2002). Nos estudos do comportamento do consumidor, o afeto se refere aos sentimentos positivos e negativos que se desenvolvem nele ao consumir um produto ou serviço (PRADO, 2004).

A investigação do impacto das emoções no comportamento do consumidor é importante para o *marketing*, pois pode ajudar a clarificar a natureza da satisfação como um construto teórico e a promover debates sobre formas de conceituação e mensuração apropriadas, e pode também encorajar o desenvolvimento de novas teorias integrativas determinando o efeito de ambos os construtos nas respostas pós-consumo (WESTBROOK; OLIVER, 1991).

Em geral, o estudo da satisfação do consumidor é relevante para as

organizações, já que as opiniões que os consumidores têm sobre o serviço podem fornecer aos gestores indicativos valiosos na decisão de oferecer serviços padronizados ou personalizados ao cliente (BABAKUS; BIENSTOK; VAN SCOTTER, 2004).

E, também porque, a satisfação afeta o comportamento futuro do cliente e a rentabilidade da empresa, influenciando positivamente na redução de custo em transações futuras (ANDERSON; FORNELL; MAZVANCHERY, 2004).

Essa redução ocorre devido à capacidade da empresa para reter clientes e proporciona-lhe benefícios econômicos a longo prazo, pois diminui os custos de substituição e aumenta a rentabilidade com a possibilidade de o cliente repetir a compra, levando a um processo de lealdade (ANDERSON; FORNELL; LEHMANN, 1994). Lealdade para Fornell, Johnson, Anderson, Cha e Bryant (1996) é consequência da satisfação, capaz de alterar a percepção de risco por parte do consumidor (FORNELL; MITHAS; MORGESON III; KRISHNAN, 2006). Este, segundo Müller (2007), fica menos sensível ao preço, priorizando outros atributos que nem sempre têm uma relação direta com o produto.

Na área de saúde, o conceito de satisfação “ainda se apresenta com contornos vagos que reúnem realidades múltiplas e diversas, o cenário é de uma polissemia conceitual” (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006, p. 1268).

A satisfação do consumidor pode ser avaliada com base na qualidade dos serviços através de duas dimensões, desempenho técnico, que se refere à aplicação do conhecimento e da tecnologia médica para aumentar os benefícios e reduzir os riscos, e o relacionamento com o paciente (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006).

Segundo Urdan (2001), Urdan e Huertas (2003), o usuário é perfeitamente capaz de avaliar o lado interpessoal da relação entre médico e paciente, mesmo sem conhecer profundamente a parte técnica.

Leite e Arruda (2007) avaliaram o impacto das emoções sobre a satisfação dos usuários em consultórios de ginecologia. Concluíram que a variação da satisfação do usuário pode ser explicada pelos estados emocionais ativados pela relação entre médico e paciente, pois na satisfação do paciente, está caracterizado o desejo de receber um serviço que considere não apenas a aspiração de bem-estar físico, mas também o emocional, atendendo a uma necessidade de humanização no relacionamento.

Outro estudo na área de saúde foi realizado por Abreu e Teixeira (2007) que investigaram as condições do ambiente de espera na sala de Raios-X em um hospital. Concluíram os autores que as condições ambientais interferem no estado emocional do usuário, principalmente no fator prazer.

As pesquisas de satisfação na área de saúde são importantes não somente pela questão de orientação mercadológica, mas também para dar continuidade ao tratamento médico, pois a relação entre médico e paciente exerce influência sobre o estado de saúde dos usuários (CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

Pretende-se, nesta pesquisa, expandir o conceito de satisfação na área de saúde, identificando-se o nível de satisfação do usuário com a assistência médica, e inserindo-se nesse processo a resposta emocional como mediadora entre a qualidade percebida e a satisfação global.

1.2 FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

A satisfação do consumidor é um indicador de avaliação da *performance* do atendimento médico quanto aos cuidados dispensados à saúde do paciente, bem como da relação interpessoal entre ambos. Na assistência a saúde, o cliente se torna parte da experiência de serviço e, dependendo do nível de satisfação, pode valorizá-la ou depreciá-la. Como o cliente está diretamente envolvido na produção do serviço, ele tende a avaliar a qualidade por meio da aparência e das habilidades sociais e técnicas dos profissionais (LOVELOCK; WRIGHT, 2002).

Dessa forma, conhecer a opinião do consumidor dá, aos profissionais de saúde, oportunidade de rever suas práticas e melhorar a gestão da satisfação do usuário com a assistência médica. Com base nessas considerações, propõe-se a seguinte questão para a pesquisa: **Qual o impacto da satisfação e insatisfação com atributos específicos, e das respostas emocionais sobre a satisfação global dos usuários dos serviços médicos em Bandeirantes no Estado do Paraná?**

1.3 OBJETIVOS DA PESQUISA

Fundamentado no problema de pesquisa definiu-se o seguinte objetivo geral:
Avaliar o impacto da satisfação e insatisfação com atributos específicos, e das respostas emocionais sobre a satisfação global dos usuários dos serviços médicos em Bandeirantes no Estado do Paraná.

Os objetivos específicos propostos são:

1. Identificar as dimensões relevantes da satisfação e insatisfação com atributos específicos dos serviços de assistência médica na satisfação global do usuário.
2. Identificar as dimensões das respostas emocionais presentes na relação entre médico e usuário.
3. Identificar o impacto da satisfação e insatisfação com atributos específicos dos serviços de assistência médica sobre a satisfação global do usuário.
4. Identificar a influência das respostas emocionais na satisfação global do usuário com a assistência médica.

1.4 JUSTIFICATIVA TEÓRICA

A qualidade da assistência médica tem sido frequentemente associada à recuperação, restabelecimento da função e sobrevivência. No entanto, a avaliação de satisfação com o nível de interação entre médico e usuário também se constitui num indicador da qualidade da assistência em saúde (DONABEDIAN, 2005).

A relação entre médico e paciente é marcada por uma assimetria; ambos interpretam o processo de saúde e doença de modo diferente. Os médicos trabalham com o paradigma biomédico centrado na identificação de sintomas e sinais da doença; frequentemente não consideram o significado do adoecer para o paciente, uma vez que não exploram os medos e ansiedades deste diante da doença (CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

A assistência em saúde é caracterizada pela relação de troca que se estabelece entre aquele que assiste e aquele que é assistido. Subjacente a essa relação há situações polarizadas de saúde e doença, vida e morte, dor e prazer que geram sentimentos intervenientes na satisfação do usuário. Assim sendo, essa relação é influenciada pela presença do componente emocional, exigindo do profissional habilidade para trabalhar o diálogo entre a subjetividade e a objetividade, presentes nas relações interpessoais (KURCGANT, 2005).

No caso de serviços médicos, o próprio usuário é quem gera a demanda e avalia o atendimento, mesmo sem um conhecimento aprofundado sobre o domínio técnico do cuidado, que é “avaliado indiretamente pelas evidências de interesse e da preocupação dos profissionais com sua saúde e seu bem-estar” (URDAN, 2001, p. 46).

Na área da saúde, os trabalhos diferenciam-se dos demais, pois a demanda está relacionada ao processo de saúde e doença, expresso como necessidades ou problemas de saúde, podendo-se perder o paciente pela morte (KURCGANT, 2005).

O presente estudo pode colaborar para a mudança de paradigma, incentivando a implementação de mudanças na formação médica, e inserindo, junto ao cuidado técnico, o pensamento holístico. Entende o paciente como um ser biopsicossocial e sugere que se respeitem, além dos valores e crenças do paciente, as emoções despertadas no momento da assistência.

Pode corroborar, ainda, para validar conceitualmente a satisfação do usuário na área de saúde, pois segundo Esperidião e Trad (2006), os modelos teóricos apresentados até o momento são sempre parciais e aproximativos, revelam-se inconsistentes e com baixa capacidade preditiva e são relacionados, de modo impreciso e difuso, a uma série de eventos dos serviços entre médicos e outros profissionais.

A saúde é um indicador individual e coletivo que expressa a condição de desenvolvimento de uma população. A avaliação que o cliente faz da assistência recebida constitui-se como oportunidade de reflexão sobre as práticas pessoais e institucionais, orientando as futuras decisões gerenciais de *marketing*.

1.5 JUSTIFICATIVA PRÁTICA

A assistência médica tem participação expressiva no sistema de saúde brasileiro, uma vez que boa parte das ações de saúde é executada por esses profissionais, os quais realizam procedimentos que vão desde consultas médicas e exames diagnósticos até o tratamento terapêutico visando à cura e bem-estar do usuário.

Em 2003, o Brasil participou do projeto *World Health Survey (WHS)* da *World Health Organization (WHO)*, um projeto que analisou a *performance* do sistema de saúde em vários países, tendo como referência a satisfação do usuário com os profissionais de saúde, com a assistência de saúde, com a solução dos problemas de saúde, no nível ambulatorial e de internação. Os resultados indicaram baixo grau de satisfação do usuário com a qualidade do serviço (GOUVEIA; SOUZA; LUNA; SOUZA-JUNIOR; SZWARCOWALD, 2005).

A satisfação do usuário é uma questão relevante, pois o mercado da Saúde Suplementar se encontra em expansão, o percentual de beneficiários aumenta a cada ano. Segundo a Agência Nacional de Saúde (ANS), atualmente existem 1.231 operadoras médico-hospitalares no país, beneficiando 37,9 milhões de pessoas. No exercício de 2006, estas operadoras receberam pela contraprestação de serviços, mais de 40 bilhões de reais (CADERNO, 2008).

Diante desse cenário, pesquisar a qualidade do serviço na perspectiva do usuário é de grande valor, pois é ele, em última instância, quem diz se a assistência de saúde recebida tem qualidade ou não. Também é relevante porque os trabalhos acadêmicos sobre o tema, no Brasil, não contemplam a dimensão subjetiva que envolve o julgamento da satisfação.

Como os investimentos na assistência de saúde são tanto emocionais quanto financeiros, o conhecimento sobre a satisfação do usuário é um subsídio para avaliar e planejar as ações de saúde, bem como para desenvolver estratégias de *marketing*, melhorando a relação entre instituição, médico e cliente.

1.6 ESTRUTURA DO TRABALHO

A pesquisa está estruturada em cinco partes. A primeira parte é composta da introdução, contendo a apresentação do tema, o problema de pesquisa, os objetivos gerais e específicos e a justificativa teórica e prática o que evidencia a relevância do assunto em questão.

A segunda parte contempla a base teórico-empírica sobre a Satisfação do Consumidor, Qualidade Percebida do Serviço, Respostas Emocionais e a Satisfação do Consumidor, além de uma breve conceituação do Sistema de Saúde Brasileiro, fornecendo elementos para a fundamentação e compreensão da problemática. Em seguida, é apresentado o modelo em tese a ser testado e as hipóteses da pesquisa.

A terceira parte refere-se à metodologia utilizada para desenvolver a pesquisa, o delineamento e o *design* desta; define construtiva e operacionalmente as variáveis que compõem o modelo a ser testado; e dá a composição e característica da amostra e procedimento de coleta dos dados.

A quarta parte detalha os tratamentos estatísticos dispensados aos dados e demonstra os resultados obtidos com a pesquisa, definindo as relações entre as variáveis do modelo em tese.

A quinta parte faz a conclusão da pesquisa, relata as contribuições teóricas, gerenciais e as limitações inerentes ao estudo e dá sugestões para futuras pesquisas na área.

2 BASE TEÓRICO-EMPÍRICA

Este tópico apresenta uma breve contextualização do sistema de saúde brasileiro. Em seguida descreve o arcabouço teórico sobre a Satisfação do Consumidor, a Qualidade Percebida do Serviço e a interação entre as Respostas Emocionais e a Satisfação, apresentando em cada um o conceito, a natureza do construto e as formas de mensuração.

2.1 O SISTEMA DE SAÚDE: UMA BREVE CONCEITUAÇÃO

As diretrizes para a política de saúde, no Brasil, são determinadas pelo Ministério da Saúde e executadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei 8.080, na década de 90, o qual se torna o responsável pela gestão da saúde em todo o país (BRASIL, 2001).

As ações de saúde são realizadas tanto pela esfera pública como pela iniciativa privada, denominada Assistência Suplementar à Saúde. A gestão de integração das ações de Saúde Suplementar ao Sistema Único de Saúde (SUS) é realizada pela Agência Nacional de Saúde, cuja finalidade é promover a defesa do interesse público regulando as operadoras setoriais e suas relações com as prestadoras de serviço e consumidores (CADERNO, 2008).

Essas operadoras são subdivididas, conforme o seu estatuto jurídico, em autogestão (entidades que operam serviços de assistência à saúde destinada, exclusivamente, a empregados ativos, ex-empregados, fundações, sindicatos e entidades de classe); cooperativa médica (sociedade sem fins lucrativos); cooperativa odontológica (sociedade sem fins lucrativos); filantropia (entidades sem fins lucrativos que operam planos privados de assistência à saúde, certificadas pelo Conselho Nacional de Assistência Social - CNAS); administradora (empresas que administram planos de assistência à saúde, não assumem o risco decorrente da operação desses planos); seguradora especializada em saúde (sociedades seguradoras autorizadas a operar planos de saúde); medicina de grupo (demais

empresas ou entidades que operam planos privados de assistência à saúde); odontologia de grupo (demais empresas ou entidades que operam, exclusivamente, planos odontológicos), (CADERNO, 2008).

Na esfera pública, o SUS propõe uma gestão participativa entre estados, municípios e usuários, por meio da criação de comissões intersetoriais subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, definindo duas instâncias de colegiado: as conferências de saúde e os conselhos de saúde. Estes últimos são constituídos por 50% de representantes dos usuários e 50% de representantes do governo, prestadores de serviços e profissionais de saúde. Têm como função deliberar, normatizar, formular estratégias e controlar a execução da política de saúde (BRASIL, 2002).

Uma das questões centrais na área de saúde é o acesso ao sistema e serviços de saúde, bem como a qualidade destes serviços fornecidos aos usuários (NOVAES, 2004; GOUVEIA; SOUZA; LUNA; SOUZA-JUNIOR; SZWARCOWALD, 2005; LIMA, 2007).

Silva e Formigli (1994) fazem uma distinção no processo de avaliação em saúde, enfatizando que esta depende do enfoque. Quando o indivíduo está em evidência, o interesse se volta para as relações que se estabelecem entre prestadores e usuários, destacando-se as características de ordem técnica referentes ao cuidado. No entanto, quando se trata de avaliar o sistema de saúde, a relevância é sobre a acessibilidade a cobertura e a equidade.

Os principais atributos avaliados são: “efetividade, impacto, eficácia, qualidade, eficiência, acessibilidade, equidade, cobertura e satisfação do usuário” (SILVA; FORMIGLI, 1994, p. 81).

A preocupação em melhorar o relacionamento entre os profissionais de saúde e os usuários é constante; por isso o SUS lançou o Programa Nacional de Humanização à Assistência Hospitalar (PNHAH). O programa visa difundir a humanização entre os profissionais de saúde, de forma a garantir que as expressões de sofrimento humano e as percepções de dor e prazer sejam humanizadas, reconhecendo a dimensão subjetiva do paciente (BRASIL, 2002; DESLANDES, 2004).

O atendimento médico segundo o Sistema Único de Saúde, pode ser dividido em Atenção Básica, Atenção Média e Alta Complexidade. Essa classificação

é dada de acordo com o grau de complexidade dos procedimentos. A Atenção Básica envolve procedimentos simples, que possam solucionar problemas de saúde no próprio posto de saúde. A Atenção Média contempla o atendimento das especialidades médicas, já a Alta Complexidade está relacionada a problemas graves de saúde, em que a resolução implica em práticas complexas e de alto custo, como por exemplo, cirurgia cardíaca e transplantes (BRASIL, 2006).

A avaliação da produção do cuidado em saúde é uma preocupação constante do setor; no entanto, as práticas avaliativas dos programas se concentram na dimensão objetiva passível de quantificação (BOSI; UCHIMURA, 2007). Grande parte das pesquisas, nesse campo, contempla a qualidade apenas sob a ótica da dimensão técnica (NOVAES, 2004).

2.2 SATISFAÇÃO DO CONSUMIDOR

Pesquisas na área de *marketing* têm sido realizadas com o objetivo de analisar o comportamento do consumidor no processo de compra de produtos e serviços, como um mecanismo importante para estreitar o relacionamento do cliente com a empresa. Nesse contexto, compreender como ocorre a satisfação do consumidor (SC) é fundamental, uma vez que conhecer o cliente em amplitude e profundidade se tornou o foco dos profissionais de *marketing* (KOTLER, 2000).

Considerada a essência do *Marketing* por Fournier e Mick (1999), a satisfação do consumidor tem como filosofia, além da identificação de necessidades, transcender aos desejos dos clientes superando suas expectativas (KOTLER, 2000), formando a base de sustentação para estratégias mercadológicas e de relacionamento.

A definição do termo satisfação não é consensual na literatura, mas, na maior parte das definições sobre a satisfação do consumidor (SC) estão presentes uma resposta emocional, cognitiva e uma experiência de consumo, a qual ocorre em um tempo particular com base na experiência acumulada (GIESE; COTE, 2000). Ou seja, a maioria dos autores que desenvolvem pesquisas sobre satisfação do consumidor destaca a presença do componente emocional no julgamento da

satisfação (OLIVER, 1981; WESTBROOK; OLIVER, 1981; EVRARD, 1993; GIESE; COTE, 2000; RUST; OLIVER, 2000; WONG, 2004).

Para Westbrook e Oliver (1981), a satisfação é uma face da experiência de consumo que tem como construto central o afeto, variando de acordo com o grau de intensidade da sensação ou da emoção.

Segundo Oliver (1981, p. 27), a satisfação pode ser entendida como uma avaliação de surpresa inerente na aquisição do produto e/ou experiência de consumo. Em essência é o “resumo do estado psicológico resultante quando a emoção está próxima de desconfirmar a expectativa”.

Oliver (1980) relata que a satisfação do consumidor pode ser também definida como uma função da expectativa e uma desconfirmção desta. Considera que a satisfação é uma resposta emocional complexa seguida de experiências de desconfirmção (OLIVER, 1981).

Evrard (1993) considera a satisfação como uma forma de atitude, com características transitórias, ligada à experiência de consumo. Para o autor, a satisfação possui as seguintes propriedades:

- a) uma **natureza psicológica**, composta pela cognição e pelo afeto, sendo o julgamento avaliativo uma experiência resultante do processo cognitivo e da integração dos elementos afetivos;
- b) faz parte de uma **experiência de consumo**, o julgamento surge posteriormente à compra;
- c) uma **característica relativa**, proveniente de um processo comparativo entre a experiência subjetiva do consumidor (com o desempenho do produto ou serviço) e a referência inicial anterior à compra.

Para Rust e Oliver (2000), a satisfação do consumidor é uma sensação agradável, geralmente resultante do fato de ter uma expectativa superada pelo grau de surpresa. Seguindo esta linha de pensamento, Kotler (2000, p. 58) a define como uma “sensação de prazer ou desapontamento resultante da comparação do desempenho percebido de um produto em relação às expectativas do comprador”. Dessa forma, o desempenho do produto ou serviço precisa superar as expectativas do cliente para satisfazê-lo ou encantá-lo, do contrário ficará insatisfeito.

Nesse contexto, grande ênfase é dada à expectativa no processo de formação da satisfação, pois a pré-compra tem efeito sobre a experiência de

consumo e conseqüentemente na resposta de recompra (OLIVER; BURKE, 1999). Muitas dessas expectativas têm como causa a experiência anterior e a experiência vicária, ambas de cunho interpessoal.

A experiência anterior, segundo Latour e Peat (1980), é uma das determinantes primárias da satisfação do consumidor com o produto. A satisfação global é uma função da discrepância entre o nível de atributo experienciado e o nível de comparação com aquele atributo. O atributo pode ser comparado considerando-se, segundo os autores, três elementos básicos: experiência anterior, expectativa produzida pelo fabricante e outras experiências do consumidor.

Uma vez adquiridas essas expectativas, elas servem de referência para comparar o julgamento da *performance* (OLIVER; BURKE, 1999). O desempenho do produto é um determinante da satisfação, pois há um investimento no resultado por parte do consumidor (OLIVER; DESARBO, 1988).

Segundo Gorst, Kanji e Wallace (1998), a satisfação do consumidor é cíclica, pode aumentar ou diminuir com o tempo, e as expectativas criadas pelo serviço terão de suprir o que está sendo esperado para manter um nível constante da satisfação e, subseqüentemente, a lealdade. O que o consumidor quer é um serviço confiável e seguro com o qual possa contar.

Em resumo, a satisfação do consumidor tem sido definida como uma resposta cognitiva acompanhada de reações emocionais na aquisição de um produto ou serviço. Neste trabalho, adota-se a definição de satisfação como uma resposta individual na qual estão presentes uma dimensão cognitiva (qualidade percebida) e uma afetiva expressa pelas emoções.

2.2.1 Modelos Teóricos da Satisfação

Na literatura, há várias abordagens teóricas sobre a formação da satisfação do consumidor. Grande parte delas tem suas bases conceituais na Psicologia, a qual postula que o comportamento humano é resultado de um processo mental em que estão presentes aspectos objetivos e subjetivos, mas nem sempre essas duas dimensões atuam de forma igualitária, sendo dada maior ênfase à subjetividade

(BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2001).

A seguir seis teorias serão descritas para melhor compreensão da natureza da satisfação do consumidor.

2.2.1.1 Teoria da expectativa e desconfirmação

Refere-se ao processo da formação de expectativas e da desconfirmação destas por meio da comparação com a *performance*. Após a compra e o uso, o consumidor compara o nível de desempenho atual com o nível de expectativa anterior à compra, usando como referência “melhor” ou “pior” que o esperado. O resultado desse julgamento originário da comparação é denominado de “desconfirmação negativa” se o produto apresentar uma *performance* pior do que o esperado, e de “desconfirmação positiva” se o produto for melhor do que o esperado (OLIVER; DESARBO, 1988).

A desconfirmação é o principal determinante do nível individual de satisfação obtido com o grau em que a *performance* percebida é confirmada ou desconfirmada pela expectativa (JOHNSON; ANDERSON; FORNELL, 1995).

O encantamento de uma desconfirmação positiva melhora o julgamento da satisfação, e o desapontamento pela desconfirmação negativa diminui a satisfação. A confirmação simplesmente mantém o nível de adaptação. O efeito da desconfirmação é originado pela associação dele com a experiência emocional, a qual é influenciada pela interpretação psicológica (OLIVER; DESARBO, 1988).

Ratificando essa afirmativa Johnson; Anderson e Fornell (1995) relatam que o efeito positivo da satisfação é em geral um fenômeno psicológico que é dado primariamente pela avaliação das experiências do consumidor em conexão com o produto ou serviço.

No intuito de compreender o fenômeno da satisfação e suas determinantes, Evrard (1993) elaborou um modelo chamado Paradigma da Desconformidade, para representar o processo de formação da satisfação, composto por quatro construtos principais, como mostra a figura 1.

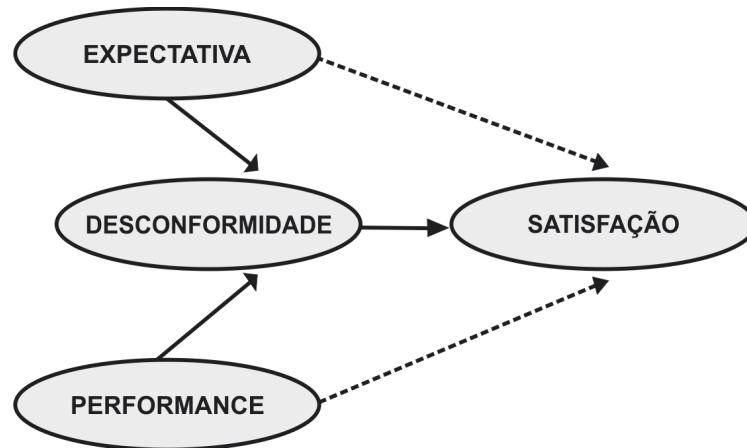


FIGURA 1 - PARADIGMA DA DESCONFORMIDADE
 FONTE: Adaptado de EVRARD, 1993, p. 71.

Para Evrard (1993), o consumidor antes de realizar o processo de compra ou consumo possui um padrão de referência em relação ao produto a ser adquirido. Esse padrão de referência se agrupa em categorias tais como:

- a) Expectativas – crenças formadas pelo consumidor sobre a *performance* do produto ou serviço anterior à compra ou consumo;
- b) Normas baseadas na experiência – referem-se ao conjunto de padrões que dizem respeito à *performance* desejada relativa ao produto ou serviço. Dessa forma, o consumidor compara o produto ou serviço com as informações de experiências vividas anteriormente no processo de consumo;
- c) Equidade – baseada na Teoria da Equidade, adaptada por Oliver e Swan (1989) para o estudo da satisfação. A teoria busca, na transação comercial, a explicação para a formação do padrão de referência para avaliação da desconformidade. O consumidor julga os benefícios e a percepção de valor decorrentes da transação;
- d) Desejos como padrão – considera que o consumidor julga sua experiência de consumo comparando os níveis de atributos e benefícios percebidos, estabelecendo um parâmetro para dizer o quanto a *performance* do produto está próxima ao desejo.

O consumidor avalia a *performance* tendo como parâmetro a experiência de consumo. A desconformidade é uma avaliação subjetiva do consumidor que compara a *performance* percebida com o padrão de referência (expectativa). Se positiva, indica que o desempenho excede o padrão de referência; é neutra quando

é igual ao padrão e negativa quando é menor que o padrão estabelecido pelo consumidor (EVRARD, 1993).

A expectativa refere-se a definições probabilísticas a respeito da ocorrência de um evento e envolve dois componentes: a probabilidade de acontecer e a avaliação do acontecimento. Geralmente o consumidor tem um modelo de expectativa que pode ou não coincidir com o nível ideal, uma expectativa elevada com a antecipação de compra indica que o evento desejável ocorrerá e o indesejável não ocorrerá. Já uma expectativa baixa adverte que nem o evento desejável nem o indesejável ocorrerão (OLIVER, 1981).

Para Johnson; Anderson; Fornell (1995) as expectativas captam as atitudes e crenças do consumidor em relação ao nível esperado de desempenho de um produto ou serviço, com efeito direto e acumulativo sobre a satisfação.

A desconfirmação da expectativa é uma comparação mental do estado atual da natureza do evento com a probabilidade antecipada (OLIVER, 1981). Podendo ser assim apresentada, na experiência de compra, a desconfirmação positiva indica baixa probabilidade de o evento agradável ocorrer e alta probabilidade do evento desagradável não ocorrer. Quando a desconfirmação é zero (neutra) há baixa e alta probabilidade do evento ocorrer ou não ocorrer como esperado. Se negativa, existe alta probabilidade do evento agradável não ocorrer, o contrário indica que há baixa probabilidade do evento desagradável ocorrer (OLIVER, 1981).

As expectativas sobre a performance de um produto ou serviço tem sido empregadas como um antecedente da satisfação. Esse paradigma, desconfirmação da expectativa, tem dominado as pesquisas de satisfação em diferentes contextos (WESTBROOK, 1987; OLIVER; DESARBO, 1988; OLIVER, 1993; MARCHLEIT; EROGLU; MANTEL, 2000).

2.2.1.2 Teoria do nível de adaptação

A Teoria do Nível de Adaptação foi formulada por Helson, em 1948. Ela propõe que o sujeito, individualmente, julgue um estímulo novo fundamentando-se numa base previamente estabelecida, e essa base forma um padrão que servirá de

referencial para comparar a *performance* posterior, constituindo-se em um julgamento (OLIVER, 1981).

2.2.1.3 Teoria do processo oponente

A Teoria do Processo Oponente utiliza o conceito de homeostase (auto-regulação) para explicar como o organismo se adapta à presença de um novo estímulo. Segundo essa teoria, o organismo se adapta ao estímulo desde que outro nível seja mantido constante (OLIVER, 1981).

Esse processo de homeostase psicológica ocorre através do sistema neuropsicológico, que, na presença de um estímulo, capaz de gerar uma resposta emocional, inicia um processo de desequilíbrio, distanciando o indivíduo do seu estado de neutralidade. “Se este for suficientemente forte para superar o limite mínimo, a pessoa será motivada a realizar um processo oponente, disparando outro estímulo de modo a manter constante o seu estado emocional” (PRADO, 1995, p. 36).

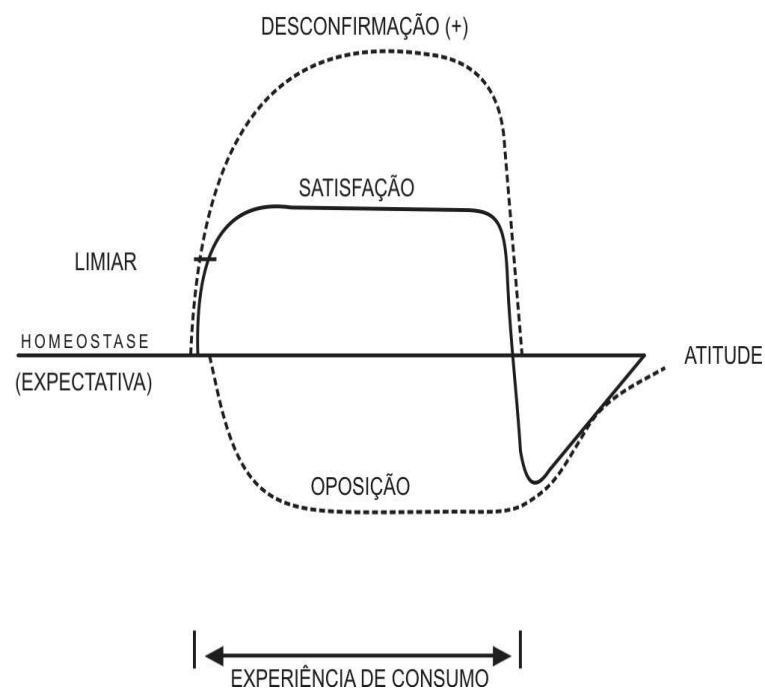


FIGURA 2 - OPERAÇÃO DO FENÔMENO DO PROCESSO Oponente APLICADO À SATISFAÇÃO DE UM CONSUMIDOR
 FONTE: Adaptado de OLIVER, 1981, p. 31.

A figura 2 retrata o funcionamento do processo oponente, que é dependente do estímulo primário, servindo de base para a desconfirmação da expectativa positiva ou negativa. O estado neutro da homeostase pode ser visto como uma atitude ou expectativa formulada sobre o produto, anteriormente ao uso (OLIVER, 1981).

2.2.1.4 Teoria da equidade

A Teoria da Equidade tem implícito um senso de justiça, e sugere que a compra é baseada numa relação de troca, em que as partes envolvidas devem ser compensadas igualmente com o resultado. Portanto, a satisfação existe quando o consumidor percebe que o índice de contribuição do resultado é proporcional ao do parceiro. Quando a contribuição é desproporcionalmente maior para o consumidor, causa a insatisfação (OLIVER; DESARBO, 1988).

A equidade é considerada um antecedente da satisfação aplicada ao processo de escolha, no qual a pessoa foca os investimentos (*inputs*) e recebe resultados (*outputs*) na transação. Para o consumidor, a equidade envolve *inputs* como tempo, dinheiro e esforço na compra. Como *output*, tem-se a *performance* do produto, o serviço agregado à venda e o prestígio da marca. Contrariamente, o *input* para o negociante inclui informação, avaliação do produto e oportunidades desperdiçadas com os consumidores; o resultado refere-se aos benefícios conseguidos nessa transação (OLIVER; SWAN, 1989).

Homburg; Koschate e Hoyer (2005) em seus estudos sobre satisfação e rentabilidade concluíram que a equidade no pagamento é afetada pela satisfação do consumidor, o preço que os consumidores estão dispostos a pagar aumenta com o nível de satisfação. Segundo os autores a Teoria da Equidade é especialmente útil para entender o relacionamento entre as questões de preço e satisfação.

2.2.1.5 Teoria cognitiva

Segundo o Modelo Cognitivo a mudança de atitude influencia a intenção de compra. Destaca o papel da satisfação no pós-uso como uma função da combinação linear do componente nível de adaptação (expectativa ou atitude anterior) e desconfirmação. A expectativa criada é um fator de avaliação na pós-compra, pois ela é pensada para criar uma estrutura de referência sobre a qual fazem um julgamento comparativo (OLIVER, 1980).

A teoria propõe o paradigma comparação com o padrão como estrutura para compreensão da satisfação do consumidor. De acordo com Fournier e Mick (1999) a literatura atribui à expectativa vários papéis: (1) tem uma capacidade preditiva em relação à performance do produto, incorporada no modelo desconfirmação da expectativa; (2) expectativa que se forma em relação ao benefício futuro, o que consumidor considera ideal ou aspira em um produto; (3) expectativa da equidade, crença no que o produto deve oferecer e (4) expectativas baseadas em normas derivadas de experiências pessoais ou com base nas informações recebidas.

Nesse modelo, o consumidor desenvolve um padrão para perceber os estímulos, advindos da interação das características do produto com o contexto e a personalidade do sujeito. Uma vez estabelecido, o nível de adaptação serve para sustentar avaliações posteriores em que o desvio negativo ou positivo ocorrerá, em geral, em torno de alguma posição original. Somente um grande impacto no nível de adaptação mudará a avaliação do consumidor (OLIVER, 1980).

2.2.1.6 Teoria dos dois fatores

A Teoria dos dois fatores, formulada por Herzberg (1997), parte do princípio de que a satisfação e a insatisfação são construtos que coexistem causados por diferentes interações entre os estímulos e o indivíduo.

Segundo Herzberg (1997) as pessoas tendem a colocar a satisfação como sendo o oposto da insatisfação, no entanto, para a teoria o oposto de satisfação é

nenhuma satisfação e o contrário de insatisfação é nenhuma insatisfação. Para o autor o ser humano tem dois conjuntos de necessidades diferentes, um deles é originário de sua natureza animal: o impulso para evitar o sofrimento causado pelo meio ambiente, mais os impulsos adquiridos que se tornam condicionados as necessidades biológicas básicas. O outro conjunto de necessidades relaciona-se às características humana singular, ligada à capacidade de realizar, é através da realização que a pessoa desenvolve-se psicologicamente.

A satisfação e a insatisfação são vistos como construtos independentes, o indivíduo pode estar muito satisfeito e muito insatisfeito ao mesmo tempo (MADDOX, 1981). Para Herzberg (1997), a satisfação é avaliada num *continuum*, que vai desde nada satisfeito a muito satisfeito, e a insatisfação, da mesma forma, de nada insatisfeito a muito insatisfeito.

Esse modelo emprega a técnica de incidente crítico em que o indivíduo descreve uma experiência como boa ou ruim. O julgamento da *performance* do produto envolve duas dimensões, uma instrumental relacionada aos atributos físicos do produto e a outra psicológica referente à utilidade do produto (MADDOX, 1981).

A satisfação está associada a resultados expressivos orientados pela dimensão psicológica e a insatisfação está associada ao resultado instrumental. Uma “performance insatisfatória da dimensão instrumental pode levar à insatisfação, mas resultado instrumental aceitável não produz satisfação” (MADDOX, 1981, p. 98). O fator instrumental está fundamentado na necessidade, não sendo uma condição suficiente para gerar satisfação.

Segundo Mano e Oliver (1993), a avaliação de satisfação é parcialmente cognitiva, visto que a experiência de consumo envolve uma avaliação hedônica e utilitária, sendo correlacionadas à resposta de satisfação e insatisfação. Desse modo, a avaliação hedônica de um produto ou serviço corresponde à avaliação de satisfação com os atributos e a avaliação utilitária ao julgamento de insatisfação com os atributos.

Para Maddox (1981), o baixo valor de um atributo pode diminuir a satisfação, mas não gera necessariamente uma insatisfação. Tanto o resultado instrumental quanto o expressivo variam de acordo com a categoria dos produtos, frequência com que são mencionados os atributos do produto e do que é salientado pelo produto.

2.2.2 Modelos de Mensuração do Construto Satisfação

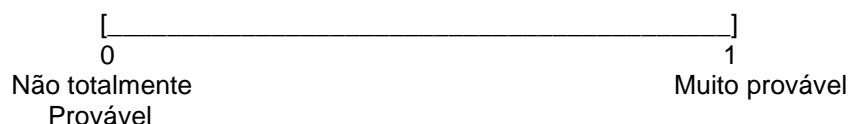
A satisfação, por ser considerada um estado psicológico, não pode ser mensurada diretamente (EVRARD, 1993). Dessa forma, Prado (1995, p. 38) sugere que seja feito de forma indireta, por meio de:

Medições objetivas, pelo monitoramento de reclamações, comportamento de recompra, ou da fidelidade à marca; ou ainda, por medições subjetivas utilizando escalas de medidas que abrange atributos referentes ao produto ou ao serviço consumido.

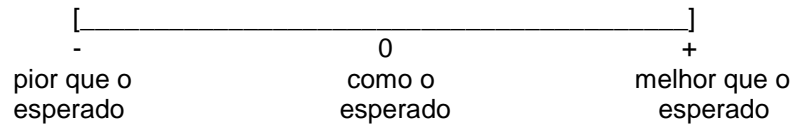
As medições subjetivas envolvem a avaliação subjetiva, expressa por meio das respostas afetivas do consumidor, as quais variam de intensidade e dependendo da situação, podem ser entendidas com base nos termos excitado, eufórico, muito satisfeito, frustrado, chateado, indiferente, apático, neutro, felicíssimo, agradavelmente surpreso, indefeso, aliviado (GIESE; COTE, 2002). Resultados favoráveis estão associados com a felicidade e desfavorável está relacionado com o estado de infelicidade, irritabilidade ou ainda de arrependimento (WESTBROOK; OLIVER, 1981).

Para compreender a satisfação, Oliver (1981) propôs a mensuração de conceitos como expectativa, desconfirmação, satisfação e atitude:

a) Expectativa - pode ser medida com base na retrospectiva comparando-se a experiência atual com a anterior, mediante o emprego de uma escala de probabilidade da ocorrência do evento. Exemplo: Certeza de não ocorrer o evento (0) e Certeza de ocorrer o evento (1):



b) Desconfirmação é o resultado da afetividade, cujo significado positivo resulta em resposta agradável e significado negativo em resultado desagradável. A escala situa a resposta do consumidor em pior do que o esperado, exatamente como o esperado e melhor do que o esperado. Exemplo:



c) Satisfação – medida num *continuum* unidimensional entre dois polos opostos, satisfeito/insatisfeito.

d) Atitude - por sua vez, é relativamente uma orientação afetiva durável do consumidor para com o produto, loja ou serviço, mensurada com base na opinião gosto/não gosto.

Oliver (1997), *apud* Prado (2004) elaborou uma escala para mensurar a satisfação do consumidor baseando-se na multiplicidade de indicadores da satisfação, Ele utilizou uma escala de Likert, de 7 pontos, com os itens representados no quadro 1.

QUADRO 1 - ESCALA DE SATISFAÇÃO DO CONSUMIDOR PROPOSTA POR OLIVER (1997)

Itens da Escala	Indicador
Este foi um dos melhores _____ com o qual eu já trabalhei.	<i>Performance</i> e Qualidade Global
O _____ é exatamente o que eu preciso.	Atendimento da Necessidades
O _____ não funciona tão bem quanto deveria (I)	Expectativas não Atendidas
Eu estou satisfeito com o _____.	Satisfação
Às vezes eu não sei se devo continuar trabalhando com o _____. (I)	Dissonância Cognitiva
Minha escolha em usar o _____ foi acertada.	Atribuição de Sucesso
Se eu pudesse fazer de novo, eu escolheria trabalhar com outra empresa _____. (I)	Arrependimento
Eu realmente estou gostando do _____.	Afeto Positivo
Eu me sinto culpado por ter decidido trabalhar com o _____. (I)	Atribuição de Insucesso
Eu não estou feliz por ter trabalhado com o _____.	Afeto Negativo
Possuir este _____ tem sido uma boa experiência.	Avaliação de Compra
Eu estou certo de que fiz a escolha certa quando me tornei cliente do _____.	Atribuição de Sucesso

FONTE: Adaptada de OLIVER (1997) *apud* PRADO (2004).

Legenda: (I) indicam os itens escritos em ordem inversa.

No processo de formação da satisfação do consumidor, a expectativa é considerada relevante, pois ela influencia a *performance* de modo a diferenciar as respostas de satisfação. Para mensurar o efeito desta com a *performance*, Oliver e Burke (1999) sugere o seguinte modelo.

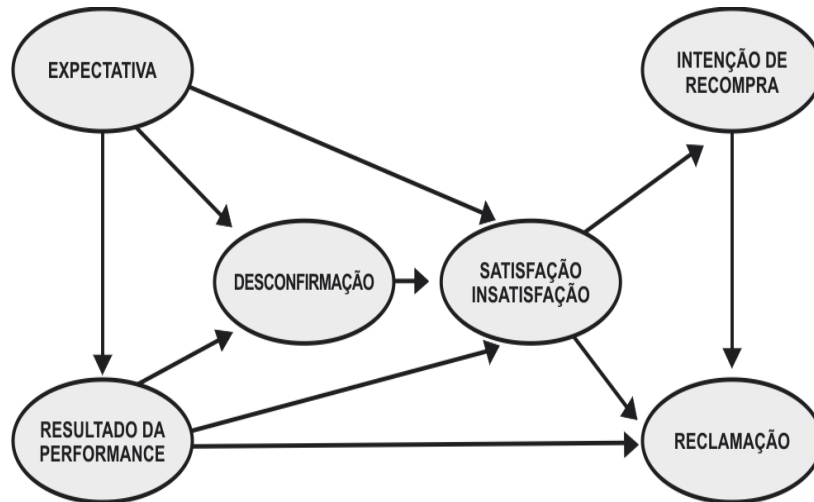


FIGURA 3 - MODELO DE DESCONFIRMAÇÃO DA EXPECTATIVA COM A PERFORMANCE
 FONTE: Adaptado de OLIVER; BURKE, 1999.

A satisfação do consumidor também pode ser mensurada pelo desempenho do produto ou serviço. Fornell, Johnson, Anderson, Cha e Bryant (1996) desenvolveram uma escala para mensurar a *performance* das empresas de um país, denominada Índice da Satisfação do Consumidor Americano (ACSI). Essa escala mensura indiretamente a satisfação do consumidor por meio da avaliação da qualidade dos produtos e serviços pós-consumo, mostrando a relação de causa e efeito no relacionamento.

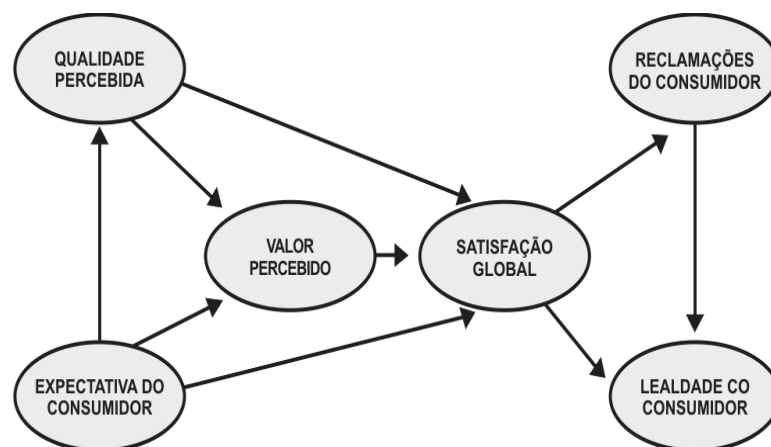


FIGURA 4 - MODELO ACSI – ÍNDICE DE SATISFAÇÃO DO CONSUMIDOR AMERICANO
 FONTE: Adaptado de FORNELL; JOHNSON; ANDERSON; CHA; BRYANT (1996).

A satisfação global do consumidor para com a empresa é avaliada individualmente pelo modelo ACSI, sugerindo que a SC tem como antecedentes a qualidade percebida, o valor percebido e a expectativa. A qualidade percebida serve para avaliar a experiência de consumo do mercado; é esperado um efeito positivo e

direto na satisfação do consumidor. O valor percebido estabelece uma relação entre qualidade percebida do produto e preço pago. A expectativa representa o consumo anterior de mercado com a nova experiência oferecida pelo mercado (ANDERSON; FORNELL, 2000).

O modelo ACSI mostra que a SC tem como efeito consequente a lealdade do consumidor. A mensuração é significativa para políticas públicas de mercado, gerentes, investidores e para os consumidores, uma vez que se pode estimar o valor de mercado de uma empresa pelos seus resultados no ACSI (FORNELL; MITHAS; MORGESON III; KRISHNAN, 2006).

Fornell (1992) afirma que a satisfação pode ser mensurada em níveis por meio de três indicadores: (1) Satisfação Global; (2) Desconfirmação de Expectativas e (3) Distância do Produto Ideal.

Para Evrard (1993, p. 66), “a satisfação é multidimensional, envolvendo, portando, várias dimensões”, as quais estão estruturadas em cinco categorias diferentes:

- **Contentamento** (*contentment*) – corresponde à ausência de insatisfação;
- **Prazer** – (*pleasure*) – resultado de uma reação, principalmente afetiva da aquisição do produto;
- **Alívio** – (*relief*) – que corresponde ao sentimento formado quando o consumidor evita um estado negativo ao utilizar o produto;
- **Novidade** (*novelty*) – quando o consumidor está enfrentando uma experiência completamente nova;
- **Surpresa** (*surprise*) – refere-se ao inesperado, em que o consumidor experimenta algo que não esperava que acontecesse.

Neste estudo pretende-se mensurar a satisfação através da dimensão alívio, sensação produzida pelo cessamento da dor, como forma de evitar o desprazer. A maior parte dos usuários busca na assistência médica uma solução para os seus problemas de saúde.

2.3 QUALIDADE PERCEBIDA DO SERVIÇO

A qualidade do serviço não pode ser entendida tendo como referência a qualidade do produto; embora estejam interligados, são processos distintos com características próprias (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985).

O termo qualidade é utilizado para descrever a superioridade técnica de um produto, com base em um padrão ideal predeterminado, enquanto a qualidade percebida envolve um julgamento individual e subjetivo, em vários níveis de abstração que vai desde a captação de atributos simples, como as características do produto ou serviço, até valores mais complexos como os pessoais (ZEITHAML, 1988).

Zeithaml (1988) distingue qualidade objetiva de qualidade percebida. A qualidade objetiva destaca os atributos ou características de objetos ou eventos, ao passo que, a qualidade percebida implica respostas subjetivas das pessoas sobre esse mesmo objeto ou evento (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988; ZEITHAML, 1988).

A qualidade percebida tem sido definida como o “julgamento do consumidor sobre a superioridade ou excelência global de um produto” (ZEITHAML, 1988, p. 3).

Para Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985), a qualidade percebida representa a discrepância entre as expectativas do consumidor em comparação com a *performance* atual do serviço. Significa que entre a expectativa e a *performance* existem lacunas, que são os espaços entre o serviço esperado e o serviço percebido. A estes espaços é dado o nome de *gaps*.

A expectativa no campo da qualidade do serviço tem um significado diferente da satisfação. Nesse contexto, ela representa o desejo ou o querer do consumidor, o que ele pensa sobre o que o serviço deveria fornecer em vez do que ele pode oferecer (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988).

Corroborando o pensamento de Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988), Grönroos (2006) descreve a qualidade percebida como o resultado de um processo de avaliação, no qual o consumidor compara suas expectativas com o serviço que efetivamente recebeu. Para os autores, a qualidade percebida é resultante do julgamento entre o serviço esperado e o serviço recebido.

Babakus, Bienstock e Van Scotter (2004), pesquisando a qualidade percebida do serviço e a qualidade percebida do produto e a *performance* da loja, concluíram que a qualidade percebida do serviço tem um papel decisivo capaz de influenciar tanto a satisfação do consumidor quanto o desempenho da loja, muito mais do que a qualidade percebida do produto.

A qualidade percebida abrange julgamento de valor e preço como fatores antecedentes (ZEITHAML, 1988; WOODALL, 2003), indicando que o processo de compra é avaliado sob uma lógica racional e uma lógica afetiva (subjetiva). Do ponto de vista da lógica racional, a compra tem um valor utilitário, visando à eficiência do produto. A idéia de custo utilitário pode ser percebida como o resultado da comparação pessoal do sacrifício e benefício, ou seja, uma comparação do benefício esperado com o preço a ser pago em conexão com a compra (WOODALL, 2003).

Na lógica afetiva, a compra ocorre em razão de um processo hedônico entendida como lúdica caracterizada pela experiência completa com a compra, não somente pela aquisição do produto, mas também pelas respostas emocionais evocadas durante a experiência de consumo (BABIN; DARDEM; GRIFFIN, 1994).

A escolha, na lógica afetiva, é determinada por um processo motivacional interno e denota que as coisas não só possuem um valor diferente, como também as pessoas avaliam-nas de forma diferente (WOODALL, 2003).

O valor percebido, segundo Zeithaml (1988), é derivado de uma avaliação pessoal, a qual envolve *tradeoff* entre dar e obter componentes numa transação de custo e benefício. Com base nessa matriz, Zeithaml descreve que o valor pode estar relacionado ao preço, como: baixo custo do produto; benefício que se pode ter com o produto; valor que se pode conseguir e que se pode dar; e qualidade que se consegue pelo preço pago.

Para Woodall (2003), o valor percebido também se refere ao balanço do sacrifício e do benefício. Nessa avaliação, o consumidor analisa a questão utilitária, os atributos do produto, a redução do sacrifício pelos benefícios que ocorrem na experiência de consumo.

A análise do benefício ocorre mediante a verificação da qualidade do produto, as características do produto, a vantagem adicional do serviço, a qualidade do serviço e a customização, gerando benefícios estratégicos, sociais, pessoais, práticos e de resultado. Por outro lado, o sacrifício é caracterizado como custo

monetário e não-monetário. O custo monetário é o preço atual do produto; o custo não-monetário refere-se ao tempo, esforço e investimento emocional associados a um produto em particular para o consumidor (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985).

2.3.1 Natureza da Qualidade Percebida do Serviço

O serviço pode ser caracterizado como uma atividade em que a produção e o consumo ocorrem simultaneamente, na interação do vendedor com o consumidor (KOTLER, 2000; LOVELOCK; WRIGHT, 2002; GRÖNROOS, 2006). Em qualquer instância, o serviço fornecido é inseparável do contato com o empregado, o funcionário tem um importante papel na qualidade da entrega do serviço bem como na formação da satisfação do consumidor (WONG, 2004; BABAKUS; BIENSTOCK; VAN SCOTTER, 2004).

Ela apresenta características distintas como a intangibilidade, a heterogeneidade e a inseparabilidade, definidas por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985) como:

Intangibilidade – o serviço não pode ser contado, mensurado e testado; depende de como os consumidores o percebem e avaliam.

Heterogeneidade – a performance do produto varia de consumidor para consumidor. É difícil assegurar uma uniformidade do serviço, porque o que a empresa pretende entregar pode ser inteiramente diferente do que o consumidor recebe.

Inseparabilidade – o consumo de produtos e serviços é inseparável. A qualidade ocorre durante a entrega do serviço ao cliente, sendo afetada por ele durante o processo.

Para Grönroos (2006), as expectativas do consumidor são influenciadas pela comunicação boca a boca (promessas feitas aos clientes-alvos) e pela experiência anterior com o serviço. Com base nessas premissas Grönroos construiu um modelo para explicar como a qualidade é avaliada pelos clientes. O modelo é formado por três dimensões: serviço esperado, serviço percebido e imagem.

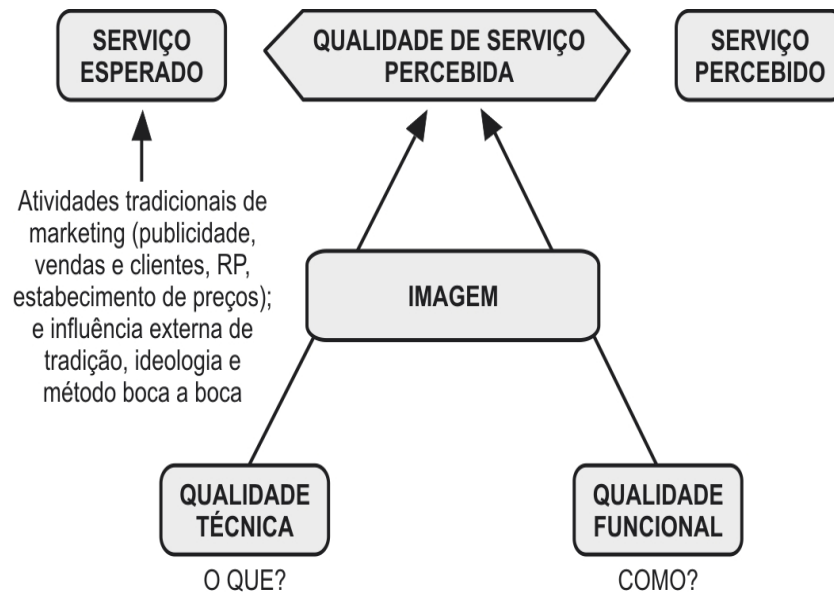


FIGURA 5 - MODELO DE QUALIDADE DE SERVIÇO
 FONTE: GRÖNROOS, 2006, p. 91.

O autor enfatiza que no serviço estão presentes duas dimensões: qualidade técnica e qualidade funcional. A qualidade técnica refere-se ao domínio técnico do processo e é resultante do conhecimento da empresa. A qualidade funcional diz respeito à forma como esta qualidade técnica é oferecida ao consumidor, ou seja, como o cliente recebe o serviço. A qualidade funcional é considerada fundamental e, em alguns casos, mais importante que a qualidade técnica.

Sugere Wong (2004) que os sentimentos ou emoções despertados nos consumidores, ao consumir o serviço, são um indicador da experiência global com o serviço e dão ao funcionário uma clara visão de como é possível estimar a interação dele com o consumidor.

Para Woodall (2003), a qualidade do produto ou do serviço é um antecedente da satisfação, e esta, por sua vez, leva ao comportamento de lealdade do consumidor.

Wong (2004) realizou uma pesquisa sobre o papel emocional da satisfação do consumidor com a prestação de serviço e verificou que a qualidade do serviço está positivamente associada com a satisfação emocional, a qual está relacionada positivamente com a lealdade do consumidor e com a qualidade do relacionamento.

2.3.2 Mensuração da Qualidade Percebida do Serviço

Segundo Marchetti e Prado (2001), existem vários métodos para avaliar a qualidade percebida: modelos baseados no Paradigma da Desconformidade, modelos fundamentados na Multiplicidade de Indicadores da Satisfação e modelos apoiados em Métodos de Equações Estruturais; no entanto, os mais difundidos baseiam-se no Paradigma da Desconformidade.

Para Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985), Bolton e Drew (1991) a avaliação da qualidade percebida é uma função da desconformação da expectativa, porque nem sempre a entrega do serviço ocorre da forma como foi idealizada pela empresa; o julgamento da qualidade implica em uma avaliação do resultado e do processo. Com base nesse paradigma, Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985) mensuram a expectativa através da relevância do atributo para o consumidor, como mostra a figura 6.

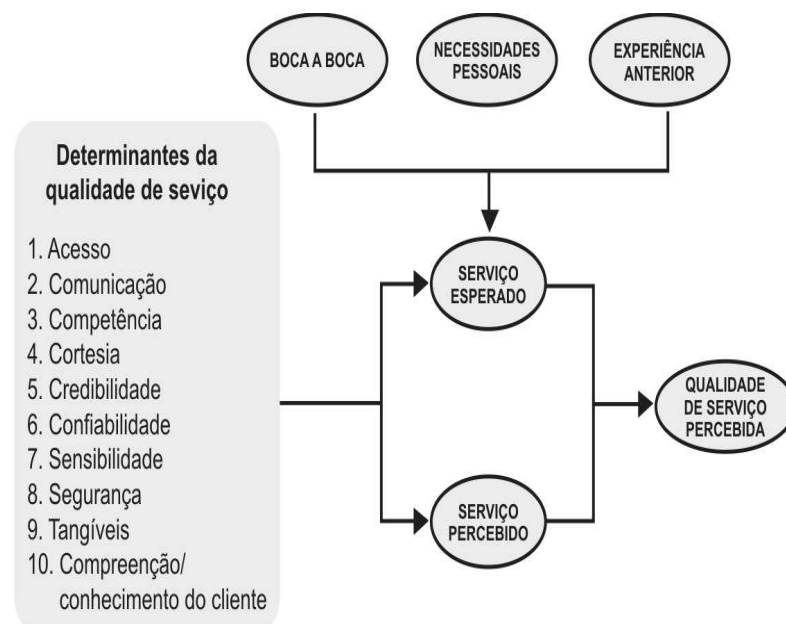


FIGURA 6 - INDICADORES DA QUALIDADE DE SERVIÇO PERCEBIDO
 FONTE: Adaptado de PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY (1985).

O modelo identifica dez indicadores sobre os quais o consumidor forma as suas expectativas e percepção do serviço, sendo, portanto, consideradas pelos autores como determinantes da qualidade de serviço percebida. Observa-se que a maioria das dimensões da qualidade envolve uma experiência de consumo. Significa

que, para avaliar a qualidade percebida, é preciso avaliar a experiência de consumo.

Com base nesses dez indicadores, Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988) desenvolveram uma escala multi-item para mensurar a qualidade percebida do serviço denominada SERVQUAL. A escala avalia a expectativa e a *performance* contempladas em cinco dimensões:

1. Tangibilidade – refere-se às características visíveis do serviço, como instalações físicas, equipamentos e aparência pessoal dos funcionários que estão em contato direto com o cliente;
2. Confiabilidade – capacidade do prestador de serviço de oferecer um serviço confiável e preciso, cumprindo com o que foi efetivamente prometido;
3. Prontidão – refere-se à disposição do prestador de serviço em ajudar o consumidor, fornecendo-lhe um serviço rápido de pronto atendimento;
4. Garantia - diz respeito ao conhecimento e comportamento cortês do funcionário diante do cliente e sua habilidade em inspirar confiança;
5. Empatia – é referente à capacidade de a empresa oferecer um atendimento individualizado ao consumidor, observando as características de personalidade.

Baseando-se nos aspectos cognitivos e subjetivos envolvidos na experiência de consumo, Babin, Dardem e Griffin (1994) construíram uma escala com duas dimensões, uma utilitária e outra com base no hedonismo, composta de 15 itens para avaliar o valor percebido na compra individual. Os autores sugerem que no contexto de compra estão presentes o valor utilitário (extrínseco) e o valor hedônico (intrínseco). A escala permite predizer como o consumidor percebe a experiência de compra, se como trabalho ou distração ou, ainda, trabalho que pode também ser distração.

Sweeney e Soutar (2001) desenvolveram uma escala para mensurar o construto valor percebido para o consumidor. É composta por quatro dimensões de valor: qualidade, emoção, preço e valor social. A escala demonstra que o consumidor avalia o produto, não somente pela função da *performance* esperada, valor monetário, mas também em termos de envolvimento e prazer derivado do produto, valor emocional. O valor social é a consequência social que o produto comunica aos outros.

Petrick (2002) desenvolveu uma escala multidimensional para mensurar o valor percebido de um serviço. O instrumento contém 25 itens distribuídos em cinco dimensões: qualidade, resposta emocional, preço monetário, preço não-monetário e reputação.

Urdan (2001) realizou um estudo sobre a qualidade dos serviços médicos em consultório, validando para o Brasil um instrumento intitulado Qualidade Percebida pelo Cliente (QPC). Segundo o autor, a escala foi baseada nos atributos propostos por Brown e Swartz (1989) e avalia cinco fatores: interações do médico e diagnóstico; competência profissional; interações de auxiliares; comodidade de horários e localização; e profissionalismo e responsabilidade profissional. Este instrumento indica o grau de sucesso do médico em atender às necessidades e desejos de seus pacientes no consultório.

Segundo Oliver (1993), o consumidor avalia a qualidade do serviço de acordo com as experiências fornecidas pelos atributos do serviço, do que resultam respostas de Satisfação ou de Insatisfação. Os atributos referem-se às características do serviço (MANO; OLIVER, 1993).

Na avaliação, o consumidor leva em conta as duas dimensões do serviço, utilitária e hedônica. A primeira é a tradicional noção instrumental ou *performance* utilitária: o serviço é visto como função de uso; a segunda dimensão é a *performance* hedônica ou estética, o que quer dizer que o serviço contém propriedades intrínsecas de valor, e que estas evocam emoções. Essa abordagem das duas dimensões é frequentemente tipificada como pensamento versus sentimento (MANO; OLIVER, 1993).

O valor hedônico de um serviço é definido como o nível de prazer que este é capaz de fornecer para a média dos consumidores. Já o valor utilitário refere-se ao nível de utilidade do serviço na resolução de problemas para a média dos consumidores. (CHAUDHURI, 2001).

Mano e Oliver (1993), atribuem à avaliação utilitária (funcional) a cognição, responsável em ativar o processo de desconfirmação; em contraposição, a avaliação hedônica refere-se à avaliação emocional expressa pelo afeto.

A literatura sobre satisfação e insatisfação discute a cognição e o afeto como antecedentes da resposta de satisfação (OLIVER, 1993), posicionando a satisfação como uma consequência do julgamento afetivo e cognitivo (MANO; OLIVER, 1993).

No presente trabalho, considera-se a avaliação da satisfação e da insatisfação com atributos específicos, baseados nos aspectos críticos dos serviços médicos e dimensões da qualidade nestes.

2.4 RESPOSTAS EMOCIONAIS E A SATISFAÇÃO DO CONSUMIDOR

Os fenômenos intra-psíquicos se revelam à medida que se conhece a subjetividade do sujeito. Essa subjetividade é uma composição singular e individual, “representada pelo mundo das idéias, dos significados e emoções construídas internamente pelo sujeito a partir de suas relações sociais e experiências de vida, é também fonte de suas manifestações afetivas e comportamentais” (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2001, p. 23).

As respostas emocionais exprimem os conteúdos latentes; no entanto, a literatura de *marketing* narra uma inconsistência no uso da terminologia, pois frequentemente alguns autores operacionalizam as variáveis afeto, sentimentos, humor e emoções como conceitos distintos, outras vezes como sinônimos (BAGOZZI; GOPINATH; NYER, 1999).

A seguir serão apresentadas as definições dos termos para melhor entendimento dos conceitos.

Westbrook (1987) especifica que o afeto é um fenômeno mental caracterizado como uma experiência consciente, representando estados de sentimentos subjetivos, em geral, acompanhados de emoções e humores. Este resulta da avaliação individual sobre o significado, causas, consequências e/ ou implicações pessoais acerca de um estímulo em particular.

Corroborando essa definição Price, Riley e Barrell (2001); Gohm e Clore (2002); Madrigal (2003) também entendem que os afetos fazem parte de um processo cognitivo latente, que expressa idéias ou sentimentos sobre determinada situação.

O construto afeto é bidimensional, concebido em termos de dimensões separadas, positivo e negativo, indicando estados de prazer e desprazer. A dimensão positiva é esperada para compor uma experiência de consumo com o

produto envolvendo o prazer e o interesse. Em contrapartida, na dimensão negativa são esperadas experiências que envolvem raiva, revolta, nojo e desprezo (WESTBROOK, 1987).

Bagozzi, Gopinath e Nyer (1999) definem o termo afeto como um “guarda-chuva” que abriga os processos mentais específicos, entre os quais, as emoções, os humores e as atitudes.

As atitudes são instâncias do afeto, mensuradas da mesma forma que a emoção, pela sensação de prazer-desprazer, feliz-triste, interessado-entediado. No entanto, alguns autores entendem-nas como julgamento avaliativo, mensurado pelas reações boas ou ruins mais do que um estado emocional. O humor é menos intenso e não está diretamente relacionado com a ação (BAGOZZI; GOPINATH; NYER, 1999).

O humor pode ser compreendido como um estado de sentimento, percebido subjetivamente pelos indivíduos. Divide-se em humor positivo (alegre, pacífico, tranquilo) e em humor negativo (ansiedade, culpa, e depressão). Cada tipo de humor é uma subcategoria do estado afetivo. Avaliá-lo pode ser útil para prever o comportamento do consumidor, especialmente para entender o quanto esse consumidor é afetado ao deparar-se com o serviço, uma vez que pequenas mudanças no ambiente físico podem influenciar o seu estado de humor com o ponto de compra (GARDNER, 1985).

Os sentimentos são descritos como percepções físicas ou sensação mental; diferem do pensamento porque esse inclui idéias, planos, concepções ou opiniões produzidas pela atividade mental (BOUGIER; PIETERS; ZEELLENBERG, 2003).

Para Frijda (2005), os sentimentos, embora sejam difíceis de se exprimirem em palavras, são definidos como sensação corporal que indica estados de prazer ou dor. Bock, Furtado e Teixeira (2001) também consideram os sentimentos como uma variação de prazer e dor, decorrentes de experiências relacionadas ao mundo e ao próprio sujeito carregados de significados. São mais duradouros e não são acompanhados de reações orgânicas.

Já as emoções podem ser definidas como expressões do afeto; ocorrem em resposta a um acontecimento muito esperado ou inesperado, às vezes consciente ou não, e são geralmente acompanhadas de reações intensas e breves do organismo (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2001).

Sendo assim, Lazarus (1991) afirma que a emoção é o resultado da avaliação da importância do que tem acontecido para o bem-estar pessoal. Seguindo essa linha de pensamento Bagozzi, Gopinath e Nyer (1999) definem as emoções como um estado mental resultante da avaliação e interpretação de eventos e circunstâncias relevantes para o bem-estar do indivíduo. Elas surgem depois da comparação do estado atual com o estado desejado e tem a função de coordenar parte do sistema cognitivo no gerenciamento das respostas a eventos e também de fazer mudanças das atividades em curso ou manter o estado desejado.

Morrison e Crane (2007) definem emoção como um estado físico e mental que envolve uma valência (força direcional), uma avaliação, uma meta e uma tendência comportamental.

As emoções no consumo referem-se às respostas emocionais evocadas especialmente durante o uso ou nas experiências de consumo. A descrição da experiência emocional dos consumidores pode ser feita separando-se em tipos de emoções básicas como alegria, raiva e culpa ou condensando-se em dimensões como prazer e excitação (OLIVER; WESTBROOK, 1993).

Mano e Oliver (1993) sugerem que as emoções podem ser descritas em termos de duas dimensões primárias, prazer/desprazer e excitado/calmo, formando uma configuração circular, a qual é referida como "*circumplex*". Nesse modelo as emoções primárias são independentes, mas estão correlacionadas variando em torno dos dois eixos. A rotação nos eixos primários não muda a configuração do afeto, meramente redefine a dimensão na qual são descritos.

A experiência emocional tem o papel funcional de fornecer motivação e conhecimento (FRIJDA, 2005), levando a adaptação da demanda psicológica ao ambiente (KELTNER; GROSS, 1999; GOHM; CLORE, 2002; FRIJDA, 2005). O conhecimento proveniente da emoção integra a informação sensorial externa e interna ao ambiente físico. É considerado uma experiência afetiva porque só pode ser conhecido pelo contato direto com o fenômeno, no caso, consumo do produto ou serviço (CHAUDHURI, 2001).

Além de influenciarem o julgamento da satisfação, as emoções têm um papel social na cultura; elas são essenciais para a formação do autoconceito, e são usadas para diferenciar o eu do outro e criar um padrão cultural único para autenticar, validar e justificar as ações sociais (BAGOZZI; GOPINATH; NYER, 1999).

A resposta afetiva na experiência de consumo frequentemente está relacionada ao julgamento da satisfação, porque o afeto pode interferir na decisão de escolha do produto e serviço (WESTBROOK, 1987; WESTBROOK; OLIVER, 1991). Para Williams e Aaker (2002) e Ramanathan e Williams (2007), na experiência de consumo existe um mix de emoções positivas e negativas, que influenciam as atitudes do consumidor.

No Brasil, a influência das emoções na satisfação do consumidor tem sido o alvo dos trabalhos de Prado (2002, 2004) e de outros autores que contribuíram para “validação de escalas internacionais, confirmando construtos e mapeando o comportamento de compra do consumidor brasileiro” (MÜLLER, 2007, p. 36). As contribuições desses estudos estão relacionadas no quadro a seguir.

QUADRO 2 - ALGUNS ESTUDOS BRASILEIROS SOBRE EMOÇÕES NO CONSUMO

Ano/Trabalho	Autores	Proposta	Resultados
2000 – A influência a resposta afetiva na satisfação do consumidor: um estudo no segmento da terceira idade.	FARIAS; SANTOS, 2000	Investigar o papel das emoções na resposta de satisfação do consumidor. Foi realizada uma amostra não probabilística de 143 hóspedes que fazem parte do segmento da 3ª idade de hotéis da região nordeste.	As emoções afetam diretamente a resposta de satisfação dos consumidores idosos.
2003 – Avaliação da aplicabilidade da escala <i>Consumption Emotions Set</i> para mensuração das emoções em experiências de consumo na cidade de Porto Alegre.	LOBATO; BORGES; NIQUE, 2003	Avaliar a aplicabilidade da escala <i>Consumption Emotion Set</i> na cidade de Porto Alegre. A escala mensura as emoções dos consumidores com diferentes categorias de produtos. Uma mostra de 417 entrevistados indicou a frequência com que experienciavam as emoções constantes na referida escala em relação a aparelhos de som, automóvel e um bem sentimental.	Validação da Escala.
2003 – A influência da surpresa no processo emocional de formação da satisfação do consumidor	LARÁN, 2003	Testar um modelo da influência da surpresa positiva e negativa no processo emocional de formação da satisfação.	Os resultados apontaram para uma influência negativa da surpresa na satisfação, sendo o afeto negativo mediador. Também uma influência positiva da surpresa positiva na satisfação, mediada pelo afeto positivo.

continua

continuação

2004 – O Impacto De experiências emocionais na atitude e intenção de compra do consumidor: o papel da relevância e da congruência com os objetivos propostos	ESPINOSA; NIQUE, 2004	Estudar a formação das emoções no contexto de consumo, avaliando dois antecedentes cognitivos das emoções: a relevância para os objetivos pessoais e a congruência com os objetivos pessoais.	A congruência é antecedente de emoções positivas e negativas, tem influência na formação de atitude. A atitude media a relação entre emoção e intenção de compra.
2004 – Emoções e satisfação em compras <i>on-line</i> : o “ser” é humano em ambientes intermediados por computadores?	COSTA; FARIAS, 2004	Analisar os aspectos emocionais e fantasiosos do comportamento do consumidor (consumo hedônico) associando-os com a satisfação das compras realizadas na <i>internet</i> . Através de uma <i>survey</i> os pesquisados vivenciaram três situações emocionais em compras <i>on-line</i> : emoções positivas, negativas e estado de tensão.	As emoções positivas influenciaram positivamente a satisfação, enquanto as emoções negativas e estado de tensão apresentaram influência negativa sobre a satisfação dos consumidores.
2004 – A geração de afeto negativo a partir da atmosfera da loja e sua influência na intenção de retorno e recomendação do consumidor.	ESPINOZA; ZILLES, 2004	Testar um modelo teórico que visa avaliar a geração de afeto negativo a partir de elementos de atmosfera de uma loja de varejo e seu impacto na intenção de retorno e recomendação. Foram manipuladas três dimensões da atmosfera de um supermercado (aspectos sociais, <i>design</i> e aspectos ambientais).	Há impacto direto e entre os elementos de <i>design</i> da loja e a intenção de retorno e recomendação. Não há impacto de fatores sociais sobre a formação de afeto negativo, nem sobre a intenção de retorno e recomendação.
2006 – O impacto de aromas ambientais sobre o comportamento do consumidor no varejo.	KNY; 2006	Observar o impacto de um aroma ambiental agradável nas emoções e comportamento do consumidor, considerando locais onde são comercializados produtos sem cheiros específicos (roupas).	Os resultados não foram significativos para o fato de aromas agradáveis interferirem nas emoções e intenções de comportamento.

FONTE: MÜLLER, 2007, p. 38.

Nota-se que os estudos sobre o efeito das emoções na resposta de satisfação do consumidor tem sido realizado em vários contextos; no entanto, no setor de saúde o tema ainda merece atenção.

2.4.1 Natureza das Respostas Emocionais

A Teoria das Emoções descreve as emoções como uma atividade

psicológica, desencadeada por diferentes motivações, atribuindo, dessa forma, às emoções um caráter relacional, motivacional e cognitivo (LAZARUS, 1991).

O aspecto relacional indica que as emoções não são geradas por si, pelos fatores ambientais ou pelos processos intrapsíquicos, mas, pela interação entre as pessoas e o ambiente, mudando com o tempo e as circunstâncias. Essa relação é marcada por perdas ou danos que geram emoções negativas e pelos benefícios que produzem emoções positivas. O fator motivacional refere-se à disposição que as pessoas trazem consigo na forma de metas hierárquicas e a disposição para alcançar essas metas, ativadas de acordo com as exigências, restrições e recursos presentes pela ação do ambiente (LAZARUS, 1991).

A cognição envolve o conhecimento e a avaliação considerados por essa teoria como processos distintos. O conhecimento consiste de crenças que podem ser situacionais ou generalizadas, é relativamente frio e não envolve emoção. A avaliação ressalta a importância pessoal do que está acontecendo em contato com o ambiente. Conhecimento e avaliação representam tipos diferentes de cognição, a qual é influenciada pelas variáveis sócio culturais e desenvolvimento individual (LAZARUS, 1991).

Com base nessa teoria, Lazarus (1991) classifica as emoções em categorias: (1) Emoção resultante de um dano (mal), prejuízo e ameaça inclui: raiva, ansiedade, medo, culpa, pena, tristeza, inveja, ciúme, nojo e revolta. São referidos também como emoções negativas porque o processo relacional motivacional cognitivo envolvido na sua geração é baseado na frustração. (2) Emoções resultantes de benefícios incluem felicidade e alegria, orgulho, gratidão e amor. Estas emoções são consideradas reações positivas paralelas com o processo de geração da emoção negativa, mas baseado no benefício e não no dano. (3) Emoções *borderline*, de difícil decisão, como a esperança, contentamento, alívio e compaixão e (4) Pré-emoções como interesse, curiosidade, antecipação, surpresa e espanto.

Outra forma de entender as emoções é dada pela abordagem prototípica. Essa abordagem enfatiza que as pessoas desenvolvem uma representação mental genérica das emoções em termos de uma série de dimensões, as quais são organizadas em roteiros (*scripts*) que têm um papel importante na definição de experiências psicológicas atuais de emoções específicas e na construção de

interações sociais (MENON; DUBÉ, 1999).

Esse roteiro detalha como cada emoção foi desenvolvida e está estruturado em três categorias: (1) os antecedentes que incluem dimensões da avaliação de um evento como favorável ou desfavorável, (2) o componente experimental, psicológico, cognitivo, expressivo, resposta comportamental e (3) o procedimento de autocontrole, especialmente para emoções negativas. Os *scripts* podem ser utilizados para uma identificação precisa das emoções vividas pelo consumidor, no contexto das transações de serviço, permitindo fornecer respostas sob medida para criar um padrão no processo de experiência emocional e conduzir a satisfação e lealdade após a compra (MENON; DUBÉ, 1999).

A emoção tem sido proposta como o componente mais importante da experiência de consumo por Madrigal (2003), Chaudhuri (2001), Oliver (1980, 1989), uma vez que o comportamento é dirigido por ela (WILLIAMSON, 2002).

O afeto obtido pela situação emocional, segundo Gohm e Clore (2002), é relevante, pois pode gerar resposta funcional ou disfuncional. Tal resposta à situação divide-se em solucionar o problema removendo a causa do estresse e em “dar conta” da emoção (reduzindo a emoção negativa).

A influência do afeto sobre o comportamento e a intenção comportamental é abordada por dois modelos conceituais denominados Avaliação Afetiva e Regulação Afetiva (ANDRADE, 2005).

O Paradigma da Avaliação Afetiva postula que o sentimento dos indivíduos é o único ponto que influencia o julgamento e o comportamento. É esperado que se afetar positivamente leva a uma avaliação mais favorável do ambiente, estimulando proativamente o comportamento, aumentando o consumo. Se afetado de forma negativa leva a uma avaliação menos favorável do ambiente, inibindo a ação, diminuindo o consumo (ANDRADE, 2005).

O Paradigma da Regulação da Afetividade assume uma posição mais dinâmica do afeto, analisa a discrepância entre os sentimentos atuais e futuros do indivíduo, o que a pessoa sente agora e o que a pessoa poderia sentir no futuro como resultado da atividade comportamental. Tem como base o hedonismo, em que o afeto positivo representa a meta. O estado afetivo negativo envolveria o comportamento proativo, como uma antecipação para levantar o humor (ANDRADE, 2005).

As emoções como regulação têm como fonte motivadora a sensação de bem-estar. Ou seja, o indivíduo busca a adaptação visando sentir-se bem (FREITAS; SALOVEY, 2000).

Andrade (2005) sugere a integração desses paradigmas para analisar os efeitos positivos e negativos da afetividade no comportamento, propondo uma combinação dos afetos (positivo/negativo), relacionados ao comportamento (estimulação/inibição), como uma forma de integrar a abordagem dinâmica e estática da afetividade.

Analisando a satisfação do consumidor numa perspectiva dinâmica, Homburg, Koschate e Hoyer (2006) investigaram o impacto da cognição e do afeto, simultaneamente, para compreender como se forma a satisfação ao longo do tempo. Concluíram que o afeto tem um papel mais importante na fase inicial de desenvolvimento da satisfação, quando os clientes têm pouco conhecimento sobre o produto ou serviço. À medida que a experiência aumenta, o impacto da cognição deve aumentar. Isso significa que a oportunidade de influenciar a satisfação se dá quando os consumidores têm pouca experiência com o produto ou serviço, pois a resposta de satisfação ainda não foi cristalizada.

Para Oliver (1989), o consumidor tem diferentes orientações em relação ao produto, sendo a resposta de satisfação determinada por elas. Ele sustenta que a satisfação ocorre em graus e é decorrente da percepção e da reação à discrepância entre a performance e a expectativa. Com base no Paradigma da Desconformidade, o autor propõe um modelo conceitual para explicar o processamento da Resposta Afetiva na formação da satisfação do consumidor.



FIGURA 7 - MODELO DE PROCESSAMENTO DA RESPOSTA AFETIVA NA SATISFAÇÃO DO CONSUMIDOR
 FONTE: Adaptado de OLIVER, 1989.

No modelo, as Respostas Afetivas são formadas por duas dimensões, avaliação primária (sucesso ou fracasso), a qual dá origem ao afeto primário de natureza autônoma, e Processamento da Atribuição, do qual derivam as emoções distintas (OLIVER, 1989).

No processo de atribuição, o consumidor busca explicar a causa do fenômeno; nesse momento surgem afetos específicos, os quais dependo do resultado da compra, podem ser definidos como sucesso ou fracasso. O sucesso está relacionado à satisfação e o fracasso à insatisfação. No contexto da satisfação com o produto, o resultado pode ser julgado como “bom para mim” ou “ruim para mim” (OLIVER, 1989).

Oliver (1993) enfatiza que os antecedentes cognitivos (expectativa, *performance*, desconfirmação, atribuição e equidade/inequidade), e o afeto influenciam a resposta de satisfação. Considera o afeto a base da satisfação.

Com o objetivo de ampliar o conceito de satisfação, Oliver (1993) avaliou os construtos *Performance* Percebida, Resposta Afetiva e Satisfação, desmembrando a *Performance* em duas dimensões, satisfação e insatisfação com os atributos do produto, como variáveis que evocam respostas afetivas (positivas e negativas), motivando a resposta de satisfação numa relação de causalidade, como mostra a figura 8.

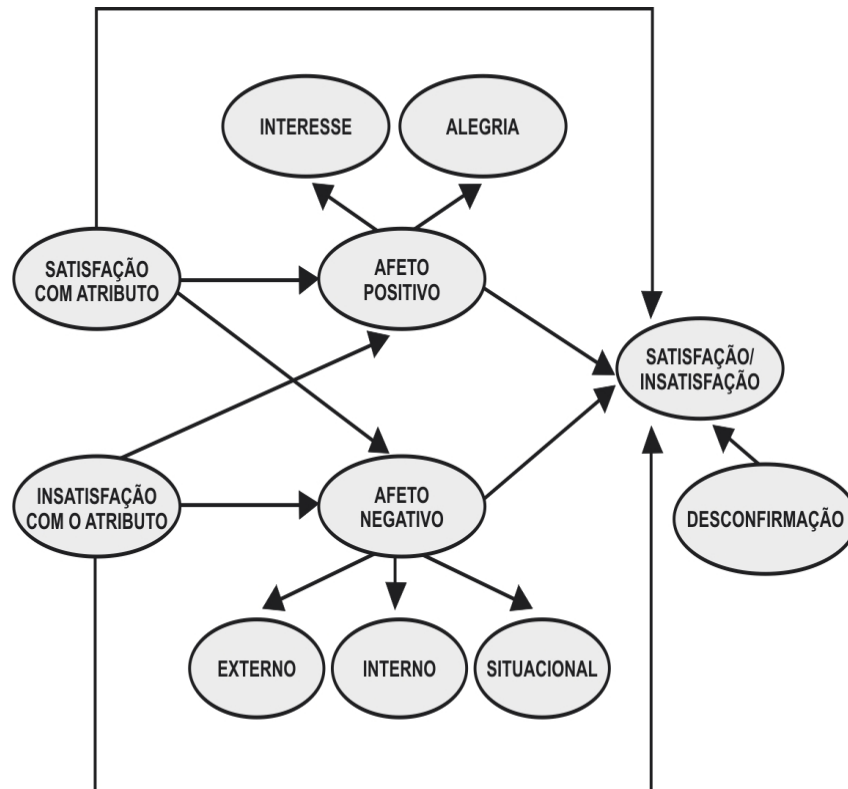


FIGURA 8 - MODELO DE SATISFAÇÃO BASEADO EM ATRIBUTOS EXPANDIDOS COM TRAJETÓRIA CAUSAL

FONTE: Adaptado de OLIVER, 1993.

A satisfação com o atributo, no modelo, é um julgamento subjetivo resultante da observação da *performance* do atributo; ela pode ser considerada uma resposta emocional que o consumidor faz quando avalia o desempenho. As experiências com o atributo referem-se à percepção do consumidor das características do produto ou serviço. O afeto é entendido como uma variável capaz de predizer a satisfação (OLIVER, 1993).

Mano e Oliver (1993) estudaram o inter-relacionamento dos aspectos avaliação, sentimentos e satisfação na experiência de pós-consumo e concluíram que estão altamente correlacionados. No modelo, a *performance* do produto é avaliada com base nos aspectos de utilidade e hedonismo, desencadeando respostas afetivas, influenciando conseqüentemente a satisfação. O afeto envolve duas dimensões primárias – agradável (afeto positivo) e desagradável (afeto negativo).

A resposta afetiva (positiva/negativa), no contexto da experiência de consumo, surge como principal mediador entre o julgamento da qualidade e a satisfação (OLIVER, 1989; MANO; OLIVER, 1993; PRADO, 2002).

Segundo estudo realizado por Prado (2002) sobre o efeito da qualidade percebida e da resposta afetiva (positiva e negativa) na satisfação do consumidor no processo de compra de produtos e serviços em duas situações diferentes, com consumidores nos supermercados e com clientes de banco, aplicando o modelo representado na figura 9.

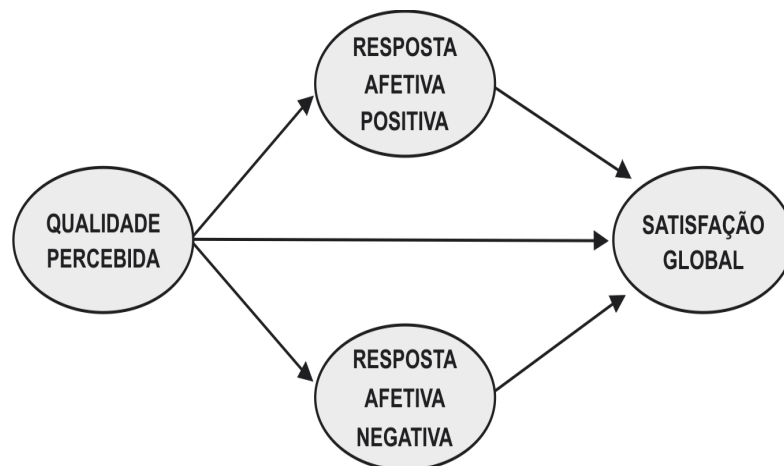


FIGURA 9 - ESQUEMA DE INTERAÇÃO ENTRE OS CONSTRUTOS DO MODELO
 FONTE: PRADO, 2002, p. 4.

No modelo, a qualidade percebida é intermediada pela resposta afetiva, apresentando uma relação direta de causa e efeito sobre a satisfação global. A medição da resposta afetiva, segundo Prado (2002), foi significativa para ambos os casos. O momento da compra gera no consumidor algumas emoções que devem ser gerenciadas para que se saiba como o cliente se sente e se resolvam possíveis problemas decorrentes desse estado emocional. Prado sugere, ainda, fornecer algum tipo de incentivo para manter os clientes satisfeitos.

2.4.2 Mensuração das Respostas Emocionais e a Satisfação

As respostas afetivas podem ser mensuradas empregando-se o método psicanalítico ou método de verbalização através de escalas. O método psicanalítico sugere que a emoção seja aferida de forma indireta, fazendo-se uma correlação entre a resposta verbal e o indicador psicológico ou comportamental. Recomenda-se não perguntar o que a pessoa está sentindo nem como está interpretando a

situação. Propõe a mensuração “*self-report*”, ou seja, uma auto-avaliação (ELLSWORTH, 1995).

As respostas emocionais diferem individualmente (GOHM; CLORE 2002; FRIJDA, 2005). Essas diferenças podem ser avaliadas na escala desenvolvida por Gohm e Clore (2002) estruturada em quatro traços latentes:

- Atenção: compreender e avaliar os sentimentos;
- Intensidade: magnitude com a qual a pessoa tende a experienciar a emoção;
- Expressão: tendência para deixar transparecer as emoções. Exemplo: “Quando estou triste, as pessoas ao meu redor geralmente sabem”;
- Clareza – habilidade para identificar, distinguir emoções específicas. Exemplo: “Eu quase sempre sei exatamente como estou me sentindo”.

Quem tem clareza de suas emoções sabe como agir ou reagir diante da situação. Esta está associada positivamente à mensuração de bem-estar positivo e negativamente com a mensuração de bem-estar negativo. Entre todas as dimensões é a mais importante para predizer a saúde mental. As pessoas que vivenciam intensamente as emoções voltam sua atenção para a emoção e expressam-na, conseguindo focar e descarregar suas emoções a tempo de evitar o estresse e poderá procurar suporte social para ajudá-las a tratar as suas emoções (GOHM; CLORE, 2002).

Segundo Madrigal (2003), as emoções variam de intensidade ao longo de um *continuum* de levemente feliz ou triste para extremamente feliz ou triste.

Para avaliar a influência das emoções na resposta de satisfação do consumidor, Evrard e Aurier (1994) sugerem a utilização de três taxonomias oriundas da Psicologia, como mostra o quadro 3.

QUADRO 3 - TAXONOMIA DAS EMOÇÕES

Escala de Plutchik (8 dimensões)	Escala PAD (<i>Pleasure-Arousal-Dominance Scale</i>) - Mehabian e Russel (3 dimensões)	Escala DES (<i>Discrete Emotion Scale</i>) - Izard (10 dimensões)
Escala de Intensidade (1) Nada até (5) Extremamente	Escala Bipolar com 7 pontos	Escala de Intensidade (1) Nada até (5) Extremamente
Medo Raiva Alegria Aborrecimento Aceitação Aversão Expectativa Surpresa	Prazer Estímulo Dominância	Interesse – Excitação Alegria – Felicidade Surpresa Aborrecimento Raiva Aversão – Repulsa Desprezo Medo – Temor Vergonha Culpa – Remorso

FONTE: Adaptado de EVRARD; AURIER, 1994.

Nas três tipologias das emoções estão presentes o afeto positivo (alegria, prazer e interesse) e o afeto negativo (aborrecimento, raiva e medo).

Prado (1997) mensurou a resposta afetiva no processo de compra em supermercado e identificou 9 dimensões, tais como: (1) Alegria e Surpresa; (2) Interesse; (3) Desmotivação; (4) Raiva; (5) Medo; (6) Angústia; (7) Prazer; (8) Culpa e (9) Cansaço. A relação entre a resposta afetiva e a SC foi moderada, porém estatisticamente significativa.

Lobato, Borges e Nique (2003) realizaram um estudo sobre as emoções na experiência de consumo, utilizando a escala “*Consumption Emotion Set*” (CES), com o objetivo de validar a aplicação do instrumento para o Brasil. A escala original formulada por Richins (1997) é composta de 47 descritores de emoção, subdividido em 16 grupos. Na escala testada os descritores foram agrupados em 12 fatores emocionais. Como resultado, os autores supra citados, obtiveram comprovação integral em três fatores da escala original: inveja, tranqüilidade e satisfação. Os fatores insatisfação, preocupação, vergonha, romantismo, alegria e vibração apresentaram resultados similares aos dos grupos originais. Grandes diferenças foram encontradas nos fatores encantamento, depressão e surpresa.

De acordo com a revisão da literatura, a avaliação de satisfação do consumidor envolve uma face emocional considerada em parte uma experiência afetiva, e uma face cognitiva que influencia simultaneamente a satisfação (OLIVER,

1989). Tendo em vista a importância dos aspectos aqui dimensionados, essa pesquisa utiliza um modelo que integra os construtos discutidos.

2.5 MODELO CONCEITUAL PROPOSTO

O modelo em tese, proposto para avaliar a interação entre os construtos da Qualidade Percebida, da Resposta Afetiva (positiva e negativa) e Satisfação Global no processo de consumo da assistência médica é uma adaptação do modelo proposto por Prado (2002) para o setor bancário, como mostra a figura 10.

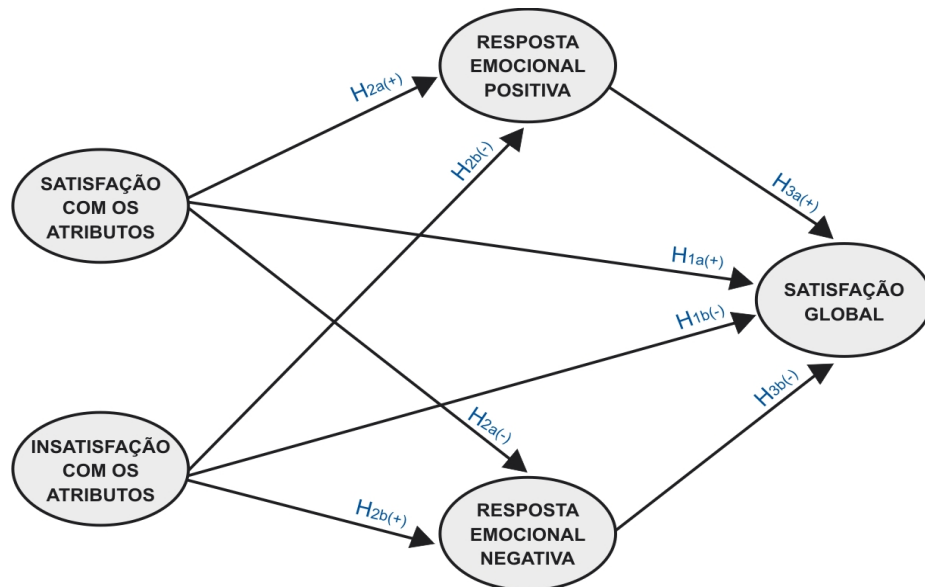


FIGURA 10 - MODELO CONCEITUAL PROPOSTO
FONTE: Adaptado de PRADO, 2002.

A qualidade percebida, nesse modelo, é desmembrada em dois construtos, satisfação e insatisfação com os atributos da assistência. A resposta afetiva (positiva e negativa) é a variável que regula o processo de avaliação da satisfação global do usuário com a assistência médica recebida.

O modelo trabalha a satisfação e a insatisfação com o atributo do serviço como elemento distinto, com efeito direto sobre a satisfação global, significa que quanto mais o usuário estiver satisfeito com os atributos da assistência maior será o impacto no nível de satisfação global. Quanto menor a insatisfação menor é o impacto na satisfação global. Portanto, a pesquisa não visa estudar a

satisfação/insatisfação com o atributo num *continuum* unidimensional, com efeito, inversamente proporcional à satisfação global.

Com base no modelo conceitual, apresentam-se as hipóteses a serem testadas.

A primeira hipótese origina-se no Paradigma da Desconformidade proposto por Oliver (1980, 1981): o processo de formação da satisfação ocorre pela desconformação da expectativa. O consumidor compara a *performance* atual com a desejada, dando-se conta da Satisfação ou Insatisfação com a compra. Portanto:

H1a. A Satisfação com os atributos da assistência médica tem uma influência direta sobre a Satisfação Global.

H1b. A Insatisfação com os atributos da assistência médica tem uma influência direta sobre a Satisfação Global.

A segunda hipótese é derivada da Teoria dos Dois Fatores, a qual entende que os construtos satisfação/insatisfação são independentes, existindo simultaneamente na avaliação do consumidor. A análise da *performance* do serviço envolve a avaliação da qualidade dos atributos e uma avaliação psicológica sobre a utilidade deste. A satisfação tende a estar associada aos benefícios enquanto a insatisfação está relacionada aos atributos físicos (MADDOX, 1981). Portanto:

H2a. A Satisfação com o atributo tem uma influência positiva (negativa) sobre a Resposta Emocional.

H2b. A Insatisfação com o atributo tem uma influência positiva (negativa) sobre a Resposta Emocional.

O julgamento da satisfação é um processo cognitivo regulado pela resposta afetiva (OLIVER, 1989, 1993; MANO; OLIVER, 1993). A Teoria Cognitiva enfatiza que os estímulos são percebidos com base na interação entre as características do produto, contexto e personalidade do indivíduo (OLIVER, 1980). A integração desses três elementos forma um padrão que servirá para dar sustentação às avaliações posteriores.

H3a. A Resposta Emocional Positiva afeta positivamente a avaliação da Satisfação Global.

H3b. A Resposta Emocional Negativa afeta negativamente a avaliação da Satisfação Global.

3 METODOLOGIA

Este capítulo apresenta o *design* da pesquisa, delimitando o tipo de estudo e o método utilizado. A definição construtiva e operacional das variáveis do modelo a ser testado, define os conceitos e as escalas que mensuram os construtos. Na sequência, explica-se a composição e característica da amostra, indicando-se a amostra e os critérios para participação na pesquisa. Em seguida, descreve-se o procedimento de coleta dos dados, relatando-se passo a passo como as informações foram obtidas e, por último, como essas informações foram analisadas pelas técnicas estatísticas.

3.1 DELINEAMENTO E *DESIGN* DA PESQUISA

Almeja-se com esta pesquisa analisar a satisfação do usuário com a assistência médica, identificando-se o impacto da satisfação e insatisfação com atributos específicos do serviço sobre a satisfação global e também o impacto das respostas emocionais sobre a satisfação global do usuário com a assistência médica. Para que este pudesse ser operacionalizado, fez-se um corte tipo transversal, que permitiu avaliar a realidade num dado momento, visto que não existia interesse em verificar variações ao longo do tempo.

Entre os tipos de pesquisa pode citar-se a exploratória e a conclusiva descritiva, sendo a escolha mais adequada determinada pelos objetivos e problema de pesquisa (MATTAR, 2007).

A pesquisa exploratória é indicada quando há a necessidade de ampliar o conhecimento sobre o tema; o conhecimento existente não permite formular questões ou hipóteses específicas.

Em contraposição, a pesquisa conclusiva é mais formal e estruturada, pois tem o problema claramente definido, além de testar hipóteses e examinar as relações existentes. O método é caracterizado pela utilização de amostras grandes e representativas e emprega a análise quantitativa, servindo de base para a tomada

de decisão (MALHOTRA, 2001).

A pesquisa conclusiva divide-se em descritiva e causal. A pesquisa conclusiva causal busca a relação de causa e efeito na compreensão do fenômeno, enquanto que a pesquisa conclusiva descritiva visa descrever as características ou funções do fenômeno (MATTAR, 2007).

A pesquisa conclusiva descritiva é especialmente utilizada quando se tem o propósito de apresentar características de grupos; estimar a proporção de elementos numa população específica que apresentem determinadas características ou comportamento, e para verificar a relação entre as variáveis (MATTAR, 2007).

Neste estudo, optou-se pela pesquisa conclusiva descritiva, não só por ser a mais difundida na área de *marketing*, mas também porque atende a sua finalidade.

Em conformidade com os objetivos propostos utilizou-se um delineamento do tipo levantamento-*survey*, o qual envolve um questionário estruturado aplicado a uma amostra de uma população, a fim de obter informações específicas dos entrevistados sobre comportamento, intenções, atitudes, opiniões, motivações (MALHOTRA, 2006).

O método de levantamento inclui várias técnicas de investigação, dentre as quais, destacam-se as entrevistas telefônicas, entrevistas pessoais, entrevistas por correio, e entrevistas eletrônicas. Este estudo elegeu a entrevista pessoal realizada no domicílio por ser a mais adequada ao tipo da pesquisa e por oferecer vantagens como flexibilidade da coleta de dados, controle de amostras, permitindo obter uma grande quantidade de dados, e o índice de respostas é relativamente alto (MALHOTRA, 2006).

A pesquisa foi estruturada para ser realizada em uma única etapa, subdividida em dois momentos. No primeiro momento foi realizado um pré-teste com dez pessoas, sendo cinco delas atendidas pela modalidade Convênio Médico e cinco pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com objetivo de adaptar as escalas selecionadas aos interesses da pesquisa. O segundo momento refere-se à coleta dos dados propriamente dita, com a aplicação do instrumento final para mensurar a satisfação do usuário com a assistência médica. Na sequência tem-se a análise dos dados apurados.

3.2 DEFINIÇÃO CONSTITUTIVA E OPERACIONAL DAS VARIÁVEIS DO MODELO A SER TESTADO

A definição constitutiva refere-se à definição dos conceitos, geralmente abstratos. A definição operacional indica a passagem do construto que se apresenta abstrato para o concreto, legitimando a representação empírica, comportamental, dos traços latentes pela validade dos instrumentos (PASQUALI, 1998).

Com base na revisão teórico-empírica descrita no capítulo 2 deste trabalho, desenvolveu-se um modelo de mensuração cujos componentes são descritos como variáveis independentes (satisfação/insatisfação com o atributo), variável interveniente (respostas afetivas positiva/negativa) e variável dependente (satisfação global).

A seguir, serão apresentadas as definições constitutivas (DC) e operacionais (DO) de cada variável contemplada pelo modelo.

a) Satisfação Global:

DC: Algumas definições da Satisfação do Consumidor a relacionam ao processo de consumo de produtos ou serviços. Como nesta pesquisa a Satisfação está sendo avaliada com base no aspecto relacional entre médico e usuário optou-se pela definição de Anderson, Fornell e Lehmann (1994). Ambos a definem como uma avaliação global feita pelo consumidor ao longo do tempo, baseado na experiência total de consumo dos serviços.

DO: O construto Satisfação Global será operacionalizado através da escala de Likert, adaptada de Fornell (1992), Fornell, Johnson, Anderson, Cha e Bryant (1996) que utiliza três indicadores: (a) Satisfação Global, cuja variação vai de Muito satisfeito a Muito Insatisfeito; (b) Desconformidade Global, avaliada mediante a comparação da expectativa e a *performance* do serviço, esta varia de Muito pior que o esperado a Muito melhor que o esperado e (c) Distância do serviço ideal (Muito longe do Ideal a Muito próximo do Ideal).

b) Satisfação e Insatisfação com atributos específicos da assistência médica:

DC: A satisfação está relacionada ao processo de desconfirmação da expectativa, em que as características do serviço são avaliadas pela discrepância

entre a *performance* e a expectativa, a partir dessa avaliação cognitiva derivam-se várias emoções distintas. A satisfação com o atributo indica que o evento foi avaliado como sucesso ou bom para o consumidor e a insatisfação indica que o evento foi um fracasso ou ruim para o consumidor (OLIVER, 1993).

DO: A satisfação e insatisfação com atributos específicos da assistência médica serão avaliadas mediante adaptação da escala Qualidade Percebida pelo Cliente (QPC) validada por Urdan (2001), descrita no item 2.3.2 no referencial teórico. As dimensões da qualidade percebida serão analisadas com base na escala SERVQUAL de Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988).

c) Respostas emocionais em relação à assistência médica:

DC: As emoções podem ser definidas como um estado mental resultante da avaliação e interpretação de eventos e circunstâncias relevantes para o bem-estar do indivíduo. Surge depois da comparação do estado atual com o estado desejado e tem a função de coordenar parte do sistema cognitivo no gerenciamento das respostas a eventos e também de fazer mudanças das atividades em curso ou manter o estado desejado (BAGOZZI; GOPINATH; NYER, 1999).

DO: Para avaliar as emoções dos usuários com a experiência de consumo será aplicado a Escala “*Consumption Emotion Set*” (CES), adaptada para o Brasil por Lobato, Borges e Nique (2003), citada no item 2.4.2. Após a aplicação do instrumento, as emoções serão pré-classificadas de acordo com a escala DES de Izard (1997).

3.3 COMPOSIÇÃO E CARACTERÍSTICA DA AMOSTRA

Uma população é definida por Malhotra (2001) como, a somatória dos elementos que compartilham características em comum, formando o universo para o problema de pesquisa.

Para obter as informações por levantamento Mattar (2007, p. 127) sugere pesquisar “apenas uma parte da população para inferir conhecimento para o todo, em vez de pesquisá-la toda”. Este processo, segundo o autor, é denominado amostragem: ele indica a parcela da população a ser pesquisada, ou seja, a

amostra.

A técnica de amostragem utilizada foi não probabilística por cotas. Esta é baseada no julgamento pessoal do pesquisador, que tem liberdade para selecionar os elementos que devem ser incluídos na amostra de acordo com a conveniência. Desde que a proporção de elementos das características de controle esteja igualmente contida tanto na amostra quanto na população, assegurando que a composição da amostra e da população seja a mesma em relação às características de interesse. A vantagem deste método está em conseguir uma amostra com baixo custo e maior conveniência para os entrevistadores na seleção de elementos para cada cota (MALHOTRA, 2001).

Assim, o universo pesquisado foi constituído pelos usuários que receberam assistência médica através do setor Público e Privado, sendo o primeiro representado pelo Sistema Único de Saúde e o segundo por Convênios Médicos mais conhecidos como Planos de Saúde e pelos Particulares, que não estão vinculados a nenhum grupo de assistência. Essas três modalidades de atendimento foram analisadas com a intenção de constatar se havia diferenças significativas na avaliação de satisfação entre os respectivos usuários.

Quanto ao perfil sociodemográfico dos usuários, Ribeiro, Barata, Almeida e Silva (2006) concluíram através da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, realizado em 2003, que no SUS há uma predominância do sexo feminino, de crianças, adultos e idosos; prevalência de preto e pardos, baixa escolaridade e renda. No sistema privado as mulheres também prevalecem, a população atendida é mais concentrada entre adultos e idosos com menor número relativo de crianças, há o predomínio de brancos com alta escolaridade e renda per capita. Em ambos, o padrão de busca pelo serviço é semelhante, motivado por doença ou ações preventivas.

O tamanho da amostra de 501 entrevistados foi estabelecido considerando-se os limites sugeridos pela literatura para utilização de equações estruturais, a fim de possibilitar a avaliação da confiabilidade das escalas de medida e as relações propostas pelo modelo em tese (HAIR JR. et al., 2005).

Para viabilizar a aplicação de um modelo estrutural Hair Jr. et. al., (2005) estabelece como parâmetro uma amostra mínima de 200 entrevistas por grupo. Trabalhou-se com um excedente de 50 entrevistas por grupo para assegurar

qualquer eventualidade. Com objetivo de comparar a Satisfação entre os grupos público e privado, a amostra de cada um deles deveria comportar também a aplicação de equações estruturais. Portanto definiu-se uma amostra de 251 entrevistados para o setor público (SUS) e 250 para o setor privado, sendo este último subdividido entre Convênios Médicos e Particulares. A amostra da pesquisa ficou distribuída da seguinte forma:

QUADRO 4 - COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA

Posto de Saúde	SUS	Convênio/Particular	Total
Lordani	54	32	86
Bela Vista	36	13	49
IBC I	23	21	44
IBC II	38	25	63
Invernada	27	14	41
AMI-Centro	60	56	116
Centro	13	89	102
Total Geral	251	250	501

FONTE: da pesquisa (2008).

A composição da amostra foi realizada de forma proporcional ao número de habitantes atendidos pelas modalidades mencionadas. Cada posto de saúde possuía uma cota de entrevistas para serem efetuadas. O Sistema Único de Saúde ficou com uma entrevista a mais porque o cálculo da distribuição proporcional apresentou resultado fracionado, necessitando aproximação dos valores.

Os dados sobre os usuários e suas respectivas modalidades de atendimento integram o cadastrado no programa Sistema de Informação de Atenção Básica do SUS, disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde. Para selecionar as unidades amostrais pertencentes ao grupo SUS, fez-se um arrolamento dos casos atendidos nos postos de saúde de cada bairro. Os usuários foram identificados pelo relatório de acompanhamento do agente comunitário de saúde. Já o levantamento das unidades amostrais do grupo Convênio e Particular deu-se através do mapeamento da Secretaria Municipal de Saúde, este identifica as pessoas que recebem assistência via outras modalidades de atendimento.

Após o inventário, os entrevistados foram selecionados conforme a conveniência do entrevistador e abordados na residência. As entrevistas foram aplicadas pelo entrevistador no domicílio do usuário, sem agendamento prévio. Para aqueles que queriam participar da pesquisa, mas não dispunham de tempo no

momento em que fora abordado pelo entrevistador agendou-se uma nova visita.

A pesquisa foi desenvolvida na cidade de Bandeirantes no Estado do Paraná. Optou-se por este local devido à facilidade de operacionalização da mesma. Contudo, não se teve a pretensão de avaliar a satisfação do usuário com a assistência médica recebida especificamente neste local, apenas a amostra foi composta neste espaço geográfico. Então, por vezes o usuário se remetia a consulta realizada nesta cidade como também de outras localidades. O fato de o usuário ser assistido em outras cidades não influencia o resultado, pois o foco do estudo é a relação entre o profissional e o cliente.

A unidade amostral foram as pessoas (sexo masculino ou feminino) que estiveram em consulta médica nos últimos seis meses. Acredita-se que esse tempo é razoável e não compromete a memória do usuário quanto ao se lembrar dos fatos. Além desse critério, adotaram-se outros filtros como idade 'maior de 18 anos' e nível escolar as 'quatro primeiras séries completas' do ensino fundamental para que se tivesse certeza de que o usuário entenderia as perguntas formuladas. Tomou-se essa medida para que não houvesse a influência de outras variáveis além das que estavam sendo estudadas.

3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta dos dados ocorreu com a utilização de duas fontes de dados: secundária e primária. Esta última é assim denominada porque as informações de interesse do estudo ainda estão em posse do usuário (MATTAR, 2007).

Os dados secundários foram conseguidos junto à Secretaria Municipal de Saúde de Bandeirantes, que, após ser contatada verbalmente, liberou as informações contidas no Sistema de Informação de Atenção Básica do DATASUS. O programa contém registros sobre número de pessoas por faixa etária, famílias cadastradas, saneamento, tipo de moradia e número de pessoas cobertas com plano de saúde.

A partir desses dados, fez-se uma lista com os respectivos nomes e endereços dos usuários que são assistidos por essa modalidade de atendimento. Já

os usuários do SUS foram identificados nos postos de saúde pelo Programa Saúde da Família (PSF). Cada posto tem uma área de abrangência e conta com uma equipe de Agente Comunitário de Saúde (ACS). Este último é responsável pelo acompanhamento da saúde da população do seu bairro, e pela atualização dos dados no sistema supracitado, fornecendo dessa forma informações muito próximas do real.

Assim sendo, a opinião dos usuários foi coletada por uma equipe de agentes comunitários de saúde realizada em uma única etapa. Após a realização do pré-teste o instrumento final foi proposto aos entrevistados. Como as escalas de medida utilizadas já foram validadas para a realidade brasileira, dispensa-se qualquer outro tipo de tratamento anterior ao seu uso.

Como instrumento de pesquisa na coleta dos dados utilizou-se um questionário estruturado com questões fechadas que versavam sobre a satisfação global com a assistência médica, desconformidade global, distância do serviço ideal, interações do médico e diagnóstico, competência profissional, interações de auxiliares, comodidade de horários e localização, profissionalismo e responsabilidade profissional; e as emoções positivas/negativas evocadas durante a assistência médica, conforme anexo 1.

O questionário foi aplicado pelo entrevistador aos usuários obedecendo-se à ordem das perguntas previamente formuladas, para manter um padrão na obtenção da informação. Sua aplicação se deu na forma de entrevista pessoal, realizada individualmente na residência do usuário, com duração entre 30 a 40 minutos. Optou-se por essa forma de coleta pelo alto índice de resposta conforme descrito por Mattar (2007).

Entretanto, antes de iniciar a entrevista foi entregue ao usuário o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, descrito no apêndice 1. Este tem a finalidade de requerer a permissão do usuário para realização da mesma, conforme estabelece a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, a qual descreve os princípios éticos em pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996).

A coleta dos dados aconteceu no período de agosto a setembro de 2008, com participação espontânea dos usuários. Os dados receberam tratamento estatístico realizado pelos programas SPSS e AMOS para modelos de equações estruturais (SPSS, 1993).

4 TRATAMENTO DOS DADOS E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo delinea e discute os resultados obtidos após aplicação do instrumento, conforme apresentado na metodologia. Esboça a série de tratamentos estatísticos empregados aos dados para validação dos construtos. Inicialmente, verificaram-se os elementos que compõem a etapa de preparação da base de dados. Em seguida, analisaram-se as características da amostra. Na sequência, examinou-se o modelo de mensuração proposto relacionando-se as variáveis latentes. Posteriormente, realizou-se o teste do modelo estrutural proposto pelo estudo, confirmando-se as relações existentes.

4.1 PREPARAÇÃO DA BASE DE DADOS

A preparação da base de dados, segundo Mattar (2007) é um momento importante é quando os dados brutos coletados são transformados em dados trabalhados de modo a permitir a realização de análises e interpretações. Com o propósito de obter significados a partir de dados precisos e corretos, a qualidade dos resultados estatísticos depende dos cuidados aplicados nesta fase (MALHOTRA, 2001).

Antes dos dados serem submetidos à análise estatística, Malhotra (2001) afirma que eles devem ser alinhados em formato próprio para análise. Esse alinhamento ocorre em etapas. A primeira etapa consiste em verificar se os questionários estão completos. A segunda etapa é a edição, que visa buscar os questionários que estão com respostas ilegíveis, incompletas ou ambíguas. Em seguida faz-se a codificação atribuindo-se um código para cada questão e para cada resposta. A quarta etapa é a transcrição dos dados para o computador. A quinta etapa é a depuração dos dados. Deve-se fazer a limpeza dos dados identificando-se as omissões e os valores que estão fora dos padrões. Na sequência, faz-se o ajuste dos dados estatisticamente e determina-se a estratégia de análise dos dados.

Na preparação dos dados, Hair Jr. et al. (2005) sugerem que seja feito um

exame minucioso sobre a natureza das variáveis, ou seja, a forma de distribuição dos dados: as diferenças entre as variáveis e as diferenças de grupo. Segundo Mattar (2007), as técnicas de análise estatística têm como objetivo principal consentir o estabelecimento de conclusões.

Sendo assim, esses procedimentos foram executados e estão contemplados no item 4.1.2, que descreve, na íntegra, os resultados obtidos com aplicação de técnicas estatísticas univariadas e multivariadas.

4.1.1 Caracterização da Amostra

A caracterização da amostra define a estrutura dos dados, permitindo a visualização do perfil dos entrevistados. Para tanto, fez-se uma análise de frequência e porcentagem dos seguintes dados: idade, sexo, escolaridade, realização da última consulta médica, local de realização da consulta e tempo de duração da mesma.

A faixa etária pesquisada variou de 18 anos completos a 60 anos ou mais. Do total da amostra, 48% concentrou-se entre 18 e 40 anos, na faixa dos 41 aos 50 anos (16%); de 51 a 60 anos (17%) e acima de 60 anos (19%), conforme descreve o gráfico 1.

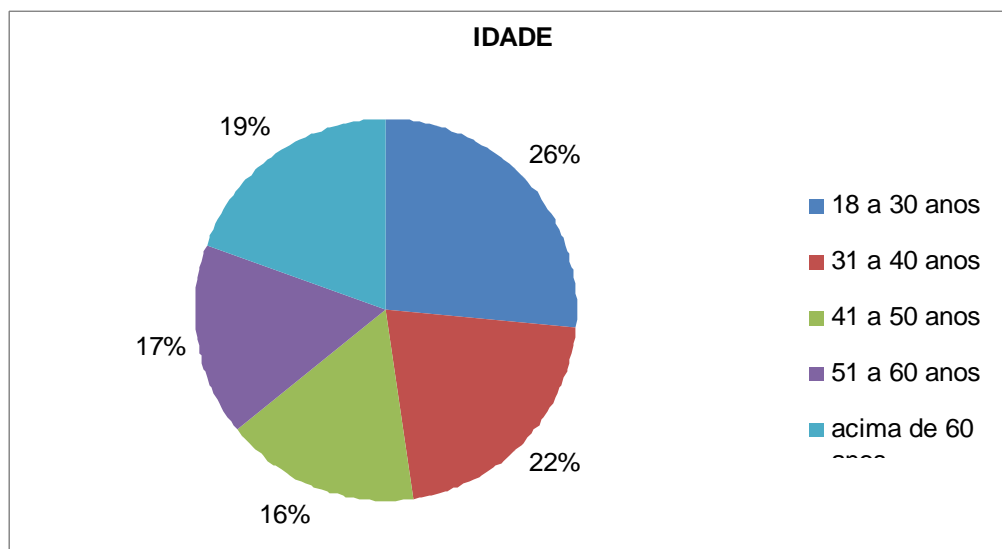


GRÁFICO 1 - IDADE DOS ENTREVISTADOS
FONTE: da pesquisa (2008).

Quanto ao sexo houve prevalência do sexo feminino: 79% são mulheres e 21% são do sexo masculino. De acordo com essa informação supõe-se que as mulheres tendem a ir mais ao médico do que os homens. Assim, a opinião expressa sobre a satisfação com a assistência médica está voltada ao olhar do público feminino, podendo trazer algum viés ao estudo.

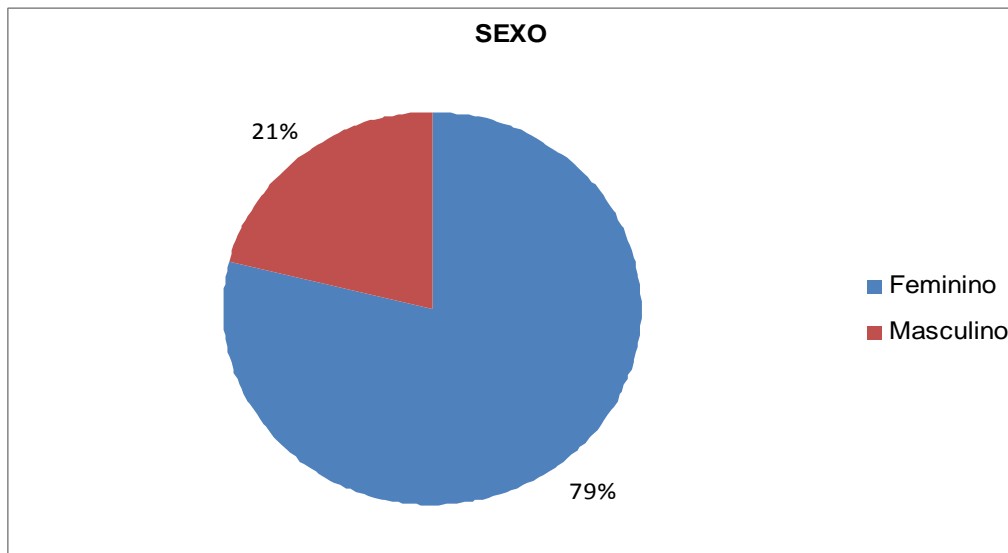


GRÁFICO 2 - SEXO DOS ENTREVISTADOS
 FONTE: da pesquisa (2008).

O nível de escolaridade dos respondentes foi diversificado. No entanto, observou-se maior frequência das quatro séries iniciais do ensino fundamental (31%); ensino fundamental completo (14%); ensino médio incompleto (7%); ensino médio completo (30%); ensino superior incompleto (8%); e ensino superior completo (10%), como mostra o gráfico 3.

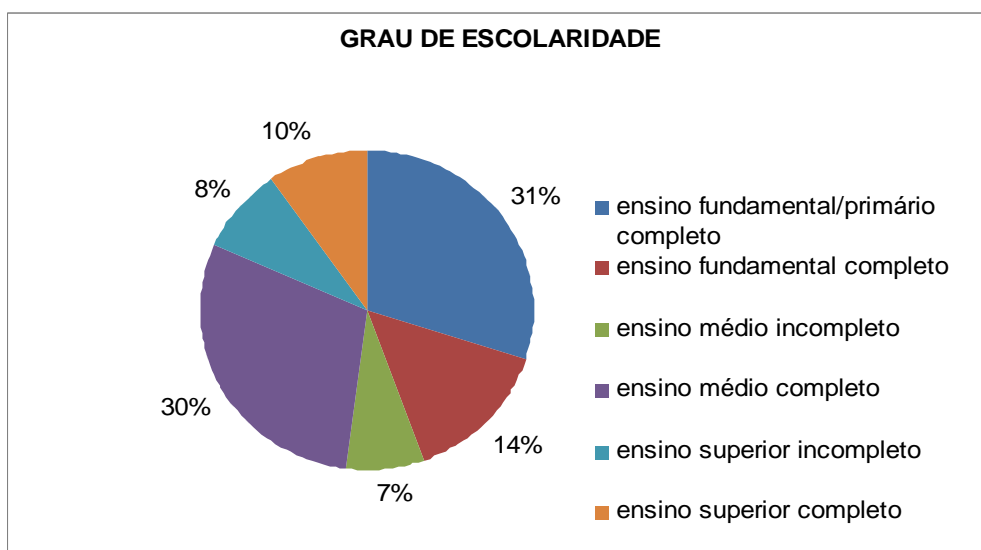


GRÁFICO 3 - GRAU DE ESCOLARIDADE
 FONTE: da pesquisa (2008).

O grau de escolaridade atende aos critérios da pesquisa, evidenciando que os entrevistados possuem condições de entendimento das questões do instrumento de pesquisa. Observou-se que 82% da amostra compreende o ensino fundamental e o ensino médio completo.

Do total de respondentes 41% realizou a última consulta médica entre 15 dias e 1 (um) mês; 19% há 2 meses; 13% há 3 meses; 8% há 4 meses; 9% há 5 meses e 10% há 6 meses. Portanto, 73% da amostra estiveram em consulta médica nos últimos 3 meses, o que significa que os fatos ocorridos na interação entre médico e usuário são recentes e podem ser recuperados pela memória.

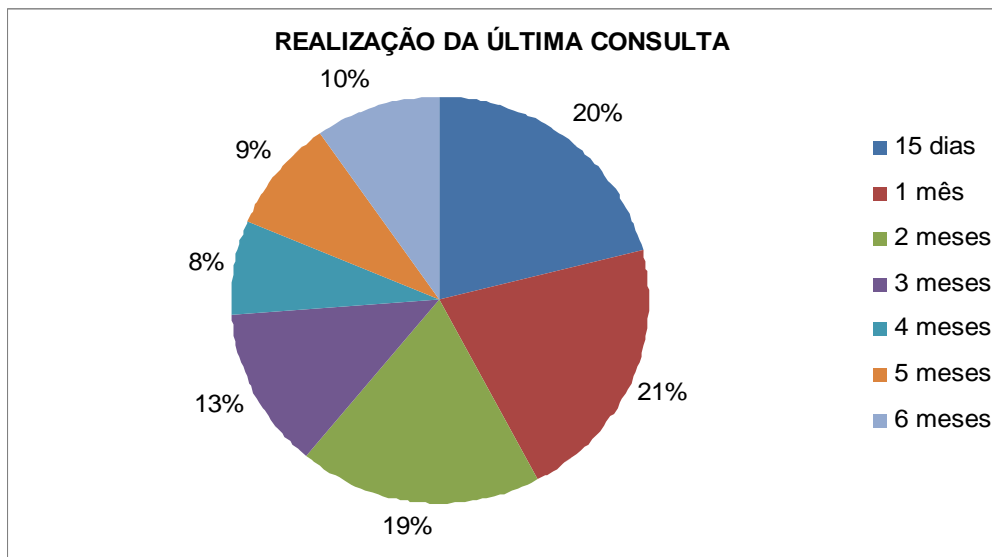


GRÁFICO 4 - REALIZAÇÃO DA ÚLTIMA CONSULTA
 FONTE: da pesquisa (2008).

Dos entrevistados 43% recebeu cuidados de saúde nos postos de saúde; 45% em clínicas ou consultórios; 7% nos prontos-socorros e 5% em hospitais.

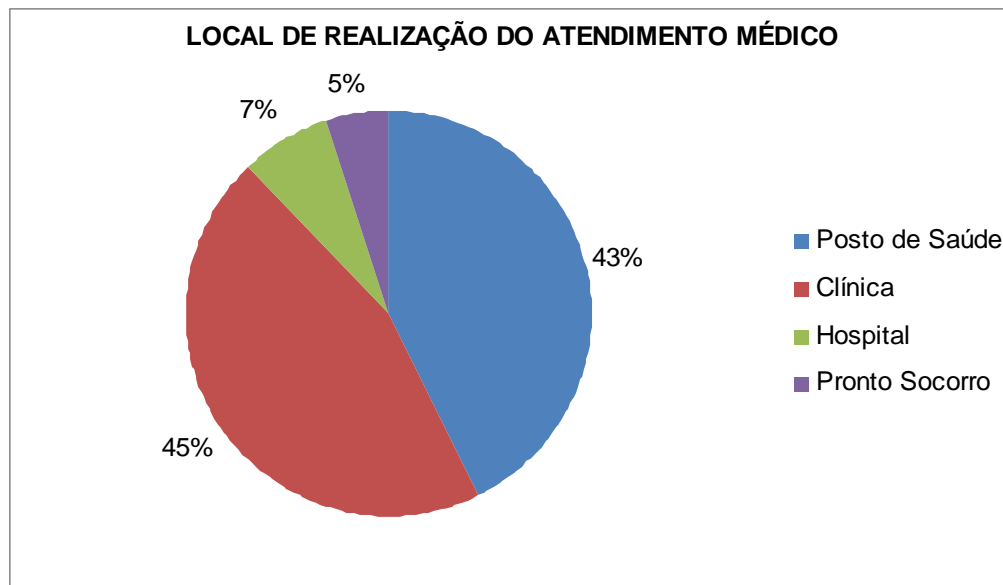


GRÁFICO 5 - LOCAL DE REALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO MÉDICO
 FONTE: da pesquisa (2008).

Como era esperado, grande parte da assistência médica foi realizada em consultórios, públicos ou privados. Este resultado corrobora a afirmação de Urdan (2001): boa parte dos cuidados de saúde são realizados em consultórios.

Quanto à duração da última consulta médica, 24% dos entrevistados responderam que esta demorou apenas 5 minutos; para 14% a assistência recebida durou entre 5 e 10 minutos; para 10% a duração variou entre 10 e 15 minutos; para outros 10% a variação foi de 15 a 20 minutos; para os demais 42% a consulta demorou mais que 20 minutos.

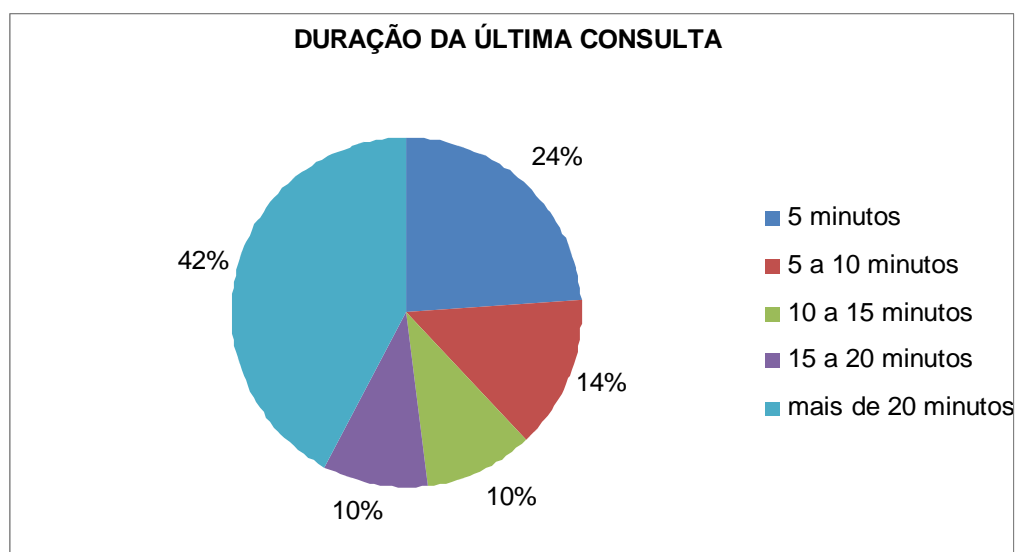


GRÁFICO 6 – DURAÇÃO DA ÚLTIMA CONSULTA MÉDICA
 FONTE: da pesquisa (2008).

A percepção de tempo da última consulta para mais da metade da amostra (58%) foi de no máximo 20 minutos. Esse dado informa que para estes respondentes a assistência médica deu-se num tempo relativamente curto. Dessa forma, indaga-se se este tempo é suficiente para conhecer as necessidades de saúde do usuário.

4.1.2 Inspeção das Estatísticas Descritivas Univariadas e Multivariadas

As técnicas univariadas aplicam-se quando há uma única medida para cada elemento na amostra, sendo a variável estudada separadamente. As técnicas multivariadas servem para analisar dados quando há duas ou mais medidas de cada elemento; referem-se às relações simultâneas (graus de relacionamento) entre dois ou mais fenômenos (MALHOTRA, 2001).

De acordo com o que foi explanado aplicaram-se as seguintes análises estatísticas: média; desvio padrão, assimetria e curtose dos dados de forma univariada e multivariada.

a) Médias, desvio padrão, assimetria e curtose

Para cada construto do modelo fez-se uma análise univariada, em separado, em relação à média, desvio padrão, assimetria e curtose, a fim de compreender a natureza da distribuição dos dados.

A distribuição pode ser analisada sob três perspectivas: medidas de posição, dispersão e de forma. A média é uma medida de posição e indica o que é 'típico' no grupo; através dela é possível identificar o ponto de concentração da maioria das respostas (MATTAR, 2007).

Desvio-padrão é uma das medidas de dispersão; ele mostra a variação dos dados evidenciando, portanto, o quanto os valores encontrados se distanciam da média. Já a forma de uma distribuição é dada pela assimetria e curtose. Os dados podem estar distribuídos de forma simétrica, quando os valores de ambos os lados do centro da distribuição são iguais ou de forma assimétrica quando há maior concentração de uma das direções (à esquerda ou direita do centro). A curtose é uma medida que comprova o maior ou menor achatamento da curva de distribuição;

ela é considerada normal quando se registra zero (MALHOTRA, 2001).

Os construtos são apresentados, a seguir, de acordo com a ordem da sua disposição no questionário aplicado, salientando-se os maiores e os menores valores dos resultados obtidos.

Construto – Satisfação com os atributos específicos da assistência médica

Este construto foi avaliado através da escala Qualidade Percebida pelo Cliente (QPC) elaborada por Urdan (2001) e adaptada para o estudo.

Para possibilitar melhor visualização e compreensão das médias dos indicadores que avaliam o construto Satisfação com os atributos da assistência médica, os resultados foram agrupados em dimensões, tendo-se como referência a escala multi-item para mensurar a qualidade percebida do serviço - SERVQUAL de Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988). Os itens foram distribuídos em cinco dimensões: Tangibilidade, Confiabilidade, Prontidão, Garantia e Empatia, citadas na tabela 1.

A **dimensão Tangibilidade** é formada por três indicadores; obteve maior média de satisfação 8,0 no item 'Qualificação profissional', que também apresentou o menor desvio-padrão 2,24, ao passo que, a menor média 6,98 foi encontrada no indicador 'Utilização de recursos avançados da medicina, que apresentou maior desvio-padrão 2,51.

Os resultados indicam uma assimetria negativa para todos os elementos. Uma distribuição mais assimétrica é representada pelo indicador 'Qualificação profissional' (-1,36), a qual apresenta também maior variação de curtose (1,36). O maior achatamento na distribuição ocorreu no item 'Utilização de recursos avançados da medicina' (-0,64).

TABELA 1 – MÉDIAS, DESVIO PADRÃO, ASSIMETRIA E CURTOSE DO CONSTRUTO SATISFAÇÃO COM OS ATRIBUTOS DA ASSISTÊNCIA MÉDICA

Dimensão	Indicadores	N	Média	Média geral	Desvio padrão	Assimetria	Curtose
TANGIBILIDADE	Utilização de recursos avançados da medicina	490	6,98	7,50	2,51	-0,58	-0,64
	Localização do consultório médico	501	7,53		2,38	-1,01	0,48
	Qualificação profissional do médico	489	8,0		2,24	-1,36	1,36

continua

A média geral para esta dimensão foi 7,50, na escala de Likert de 10 pontos utilizada. Essa pontuação evidencia que os usuários estão moderadamente satisfeitos com a *performance* do serviço no que tange a esses elementos.

O indicador que melhor retrata a satisfação do usuário é a 'Qualificação profissional do médico'. A qualidade técnica dos profissionais de saúde, segundo Vaitsman e Andrade (2005) também integra o cuidado em saúde por isso pode ser avaliada quando se trata da satisfação do usuário.

Segundo Grönroos (2006) essa qualidade técnica é referente ao resultado que o usuário tem com a prestação do serviço concluído. Ela representa apenas uma parte da qualidade total que o consumidor percebe receber. O ciclo completo se dá com a avaliação do desempenho expressivo, forma como a produção da assistência é transferida ao usuário.

Já menor desempenho é observado no indicador 'Utilização de recursos avançados da medicina'. Esse aspecto é manifestado na aplicação da ciência e da tecnologia da medicina na condução de um problema de saúde (URDAN, 2001).

De acordo com Grönroos (2006) problemas técnicos podem ser desculpados pelo usuário se a qualidade funcional, ou seja, se a interação entre médico usuário for boa o bastante na percepção deste último.

A **dimensão Confiabilidade** composta por 8 indicadores, apresentou maior média de satisfação no item 'Confiabilidade do médico' (7,94). Já a menor média de satisfação foi observada no indicador 'Interesse dos médicos em vantagem financeira' (6,90), que apresentou também maior desvio padrão (2,80). Ao contrário o menor desvio padrão foi obtido no item 'Atualização do médico'(2,35).

Todos os indicadores mostraram uma distribuição assimétrica negativa, sendo a maior assimetria observada no item 'Confiabilidade do médico' (-1,26). Já a curtose variou entre -0,11 e 0,74. A maior variação ascendente de curtose (0,74) corresponde ao indicador 'Prescrição de remédios necessários'.

continuação

Dimensão	Indicadores	N	Média	Média geral	Desvio padrão	Assimetria	Curtose
CONFIABILIDADE	Decisões cabíveis à respeito da saúde do paciente	496	7,48	7,55	2,54	-0,92	-0,11
	Interesse do médico em vantagens financeiras	468	6,90		2,80	-0,74	-0,56
	Confiabilidade ao médico	495	7,94		2,50	-1,26	0,66
	Pedido de exames necessários	482	7,68		2,62	-1,08	0,13
	Riscos desnecessários no tratamento do paciente	465	7,47		2,37	-0,93	0,22
	Conhecimento de erros médicos sobre a saúde do paciente	459	7,30		2,45	-0,88	0,06
	Atualização do médico	479	7,88		2,35	-1,12	0,52
	Prescrição de remédios necessários	488	7,82		2,46	-1,24	0,74

continua

A média geral para esta dimensão foi 7,55. Essa pontuação na escala de Likert de 10 pontos utilizada indica que os usuários estão moderadamente satisfeitos com esses atributos do serviço. Contudo, aponta maior desempenho ao indicador 'Confiabilidade do médico', o que significa que os usuários valorizam esse aspecto na relação entre médico e paciente. A confiança na relação entre médico e paciente tem algo a ver com o acolhimento, o qual por sua vez, é a base para a formação do vínculo no processo terapêutico, porque o vínculo traz segurança ao usuário (LIMA; RAMOS; ROSA; NAUDERER; DAVIS, 2007).

A menor performance foi verificada no indicador 'Interesse do médico em vantagens financeiras'. Os usuários entendem que, por vezes, os médicos não demonstram tanto interesse por suas necessidades. Segundo Urdan (2001), o grau de interesse e preocupação demonstrado no ato da assistência médica constitui-se num fator de avaliação de satisfação com o serviço. Portanto, a relação entre médico e usuário pode ser afetada por esse fator, uma vez que o diálogo entre ambos não é compreendido em sua totalidade (KURCGANT, 2005).

A **dimensão Prontidão** contempla 6 indicadores que retratam a disposição do profissional para o pronto atendimento. Maior média de satisfação 7,41 foi conferida ao item 'Tempo dedicado ao atendimento'. Já a menor média de satisfação 6,85 foi encontrada no item 'Agendamento da consulta'. Este apresentou também o maior desvio padrão (2,87). O menor-desvio padrão 2,43 foi para o indicador

‘Atendimento a funcionário na presença do paciente durante a consulta’.

Todos os indicadores apresentaram uma variação negativa tanto para assimetria quanto para a curtose. A distribuição mais assimétrica é representada pelo indicador ‘Tempo dedicado ao atendimento’ (-1,00). Maior achatamento na curva de distribuição ocorreu no item ‘Explicação sobre exames por terceiros, recepcionista ou enfermeira’(-0,10).

continuação

Dimensão	Indicadores	N	Média	Média geral	Desvio padrão	Assimetria	Curtose
PRONTIDÃO	Pontualidade do médico no atendimento	499	7,02	7,14	2,75	-0,71	-0,58
	Horário de atendimento do médico em consonância com as necessidades do paciente	495	7,12		2,64	-0,82	-0,31
	Tempo dedicado ao atendimento	499	7,41		2,78	-1,00	-0,14
	Agendamento da consulta	496	6,85		2,87	-0,67	-0,69
	Atendimento a funcionário na presença do paciente durante a consulta	475	7,34		2,43	-0,77	-0,17
	Explicação sobre exames por terceiros recepcionista/enfermeira	459	7,11		2,56	-0,83	-0,10

continua

A média geral conferida à dimensão Prontidão é 7,14. Esse resultado, na escala Likert de 10 pontos, evidencia que o usuário está moderadamente satisfeito com os atributos da assistência médica.

Na opinião do usuário, o indicador que apresentou maior índice de satisfação é ‘Tempo dedicado ao atendimento’. Esse resultado demonstra, no entanto, um contra-senso na avaliação de satisfação do usuário, já que, para a maioria dos usuários, a última consulta não durou mais do que 20 minutos. Essa mesma variação de tempo foi observada na pesquisa de Caprara e Rodrigues (2004), a qual enfatiza que maior tempo está associado à avaliação de qualidade do atendimento, pois possibilita uma melhor anamnese e por consequência, melhor diagnóstico dos problemas de saúde do usuário e do nível de compreensão deste em relação à consulta.

O indicador de menor satisfação foi ‘Agendamento da consulta’. Resultado semelhante foi encontrado nos estudos de Lima, Ramos, Rosa, Nauderer e Davis

(2007). Entretanto esse assunto não é uma preocupação apenas do usuário, mas também do Sistema Único de Saúde que tem dificuldade para atender a demanda (NOVAES, 2004; GOUVEIA; SOUZA; LUNA; SOUZA-JUNIOR; SWARCWALD, 2005). Tanto no setor público quanto no setor privado, dependendo da especialidade médica, o usuário pode demorar vários dias para ser atendido. No entanto, as demandas de saúde não obedecem à mesma cronologia do serviço e por isso há necessidade de horários mais flexíveis.

A **dimensão Garantia** composta por 6 indicadores, refere-se à interação da equipe de apoio (enfermeira e ou recepcionista) com o usuário. Maior média de satisfação para esta dimensão foi encontrada no item 'Profissionalismo da recepcionista' (7,25), que apresentou também maior assimetria (-0,79). Ao contrário, a menor média de satisfação foi com o indicador 'Interesse da recepcionista direcionado às necessidades do paciente' (6,92), e menor valor assimétrico (-0,64).

O maior valor para o desvio-padrão foi no item 'Interesse da recepcionista pelo paciente' (2,59). Já o menor-desvio padrão é conferido ao indicador 'Flexibilidade da recepcionista para lidar com suas necessidades' (2,40).

A distribuição apresentou variação negativa tanto para assimetria quanto para a curtose. O maior achatamento na curva de distribuição é dado pelo indicador 'Conhecimento dos pacientes em sua individualidade pela recepcionista' (-0,43).

continuação							
Dimensão	Indicadores	N	Média	Média geral	Desvio padrão	Assimetria	Curtose
GARANTIA	Interesse da recepcionista pelo paciente	496	6,98	7,07	2,59	-0,72	-0,35
	Cortesia da recepcionista	495	7,16		2,53	-0,77	-0,19
	Profissionalismo da recepcionista	495	7,25		2,47	-0,79	-0,15
	Interesse da recepcionista direcionado às necessidades do paciente	492	6,92		2,50	-0,64	-0,38
	Flexibilidade da recepcionista para lidar com suas necessidades	486	7,16		2,40	-0,79	-0,07
	Conhecimento dos pacientes em sua individualidade pela recepcionista	473	6,95		2,55	-0,66	-0,43

continua

A media geral dos indicadores da dimensão Garantia foi 7,07. Esse valor na

escala Likert de 10 pontos, evidencia que o usuário encontra-se moderadamente satisfeito com esses atributos.

De acordo com a opinião dos usuários, o indicador que apresentou melhor performance foi o item 'Profissionalismo da recepcionista'.

Já o menor desempenho pode ser conferido ao indicador 'Interesse da recepcionista direcionado às necessidades do paciente'. Na avaliação do usuário, a recepcionista não demonstra tanto interesse por suas necessidades. De acordo com Kotler (2000), conhecer o cliente é necessário quando se quer superar suas expectativas e proporcionar satisfação.

Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985) reconhecem a dificuldade de padronizar o atendimento devido à heterogeneidade e intangibilidade inerente à assistência médica, no entanto afirmam que os funcionários exercem uma influência sobre a qualidade do serviço prestado, principalmente o pessoal de contato.

A **dimensão Empatia** contempla 12 indicadores que retratam o relacionamento entre médico e usuário. Maior média de satisfação foi encontrada no item 'Respeito do médico pelo paciente' (8,42), que foi também o que obteve o menor desvio-padrão (1,97). Já a menor média de satisfação foi no indicador 'Informação sobre diferentes formas de tratamento' (7,34). Quanto ao desvio-padrão, maior valor foi conferido ao indicador 'Examinação cuidadosa antes do diagnóstico' (2,65).

A assimetria foi negativa para todos os elementos; a maior variação foi encontrada no item 'Explicação da patologia' (-1,45). A curtose de maior ascendência foi no indicador 'Respeito do médico pelo paciente' (1,57).

conclusão

Dimensão	Indicadores	N	Média	Média geral	Desvio padrão	Assimetria	Curtose
EMPATIA	Disponibilidade para ouvir o que o paciente tem a dizer	500	7,63	7,72	2,45	-0,91	-0,01
	Atendimento minucioso ao paciente	498	7,64		2,52	-1,10	0,34
	Informação sobre as diferentes formas de tratamento	477	7,34		2,47	-0,96	0,04
	Examinação cuidadosa antes do diagnóstico	495	7,49		2,65	-1,08	0,20
	Atenção dada ao paciente pelo médico	496	8,04		2,30	-1,30	1,01
	Respeito do médico pelo paciente	498	8,42		1,97	-1,41	1,57
	Explicação sobre o que o paciente deve fazer	500	7,65		2,44	-1,15	0,61
	Interesse do médico pelo paciente	498	7,53		2,47	-0,99	0,11
	Explicação da patologia	496	7,97		2,63	-1,45	1,02
	Informação do médico sobre a saúde do paciente	499	7,37		2,43	-0,87	-0,10
	Explicação completa sobre os motivos do exame	479	7,82		2,49	-1,21	0,65
	Clareza das informações dadas pelo médico	496	7,85		2,41	-1,17	0,52

Fonte: da pesquisa, 2008.

A média geral para a dimensão Prontidão foi 7,72. Esse resultado, na escala Likert de 10 pontos, indica que os usuários estão moderadamente satisfeitos com esses atributos do serviço. No julgamento do usuário, o indicador 'Respeito do médico' apresentou melhor desempenho.

Já o indicador 'Informação sobre diferentes formas de tratamento' obteve na opinião dos usuários menor *performance* os quais estão menos satisfeitos com esse item. A habilidade comunicacional, segundo Caprara e Rodrigues (2004), é um aspecto frágil da relação e geralmente está centrada nos sinais e sintomas da doença. É preciso ampliar o discurso de forma que este esteja voltado ao usuário não somente à patologia.

Comparando a *performance* das dimensões da satisfação com os atributos do serviço, verificou-se que os usuários estão moderadamente satisfeitos com a Tangibilidade, Confiabilidade, Prontidão, Garantia e Empatia da assistência médica.

No entanto, a dimensão Empatia (7,72) se destaca entre as demais por apresentar maior desempenho. O aspecto relacional entre médico e paciente é o mais valorizado na percepção do usuário. Essa relação interpessoal abrange a interação social e psicológica entre o usuário e o profissional de saúde (URDAN, 2001).

Essa interação, segundo Grönroos (2006), faz parte da qualidade funcional e é o fator mais importante na avaliação da qualidade, pois, se a performance expressiva do serviço não for considerada satisfatória, o usuário ficará insatisfeito, independente do grau de satisfação com o desempenho instrumental.

Menor desempenho foi conferido à dimensão Garantia (7,07), o que significa que os usuários estão menos satisfeitos com os serviços da equipe de apoio formada por enfermeiras e ou recepcionistas. Segundo Lovelock e Wright (2002), a padronização do atendimento é uma das dificuldades que o setor de prestação de serviço enfrenta devido a sua característica peculiar, em virtude da qual o consumo acontece junto com a produção. Na área de saúde, essa questão tem um agravante: os resultados podem causar prejuízos à saúde do usuário (KURCGANT, 2005).

Com o objetivo de verificar a percepção dos grupos em relação às dimensões compararam-se as médias e desvio-padrão de cada modalidade de atendimento. Para identificar se havia diferenças significativas entre elas aplicou-se o Teste *One-Way* ANOVA. Este é assim chamado por identificar apenas uma variável independente e entre os grupos aponta os casos que são diferentes. Através do valor de F tem-se a diferença; a significância é dada pelo valor-p. Valores acima de 0,05 indicam que não há diferença significativa entre as médias, valores abaixo do nível de significância mostram que há diferença na média em pelo menos um dos grupos (HAIR JR. et. al., 2005).

Percebe-se em todas as dimensões que as médias mais expressivas e, portanto, de maior valor estão no grupo Particular seguido do grupo Convênio, e as menores médias com o grupo SUS. Esse resultado sugere que o primeiro grupo está mais satisfeito com a assistência médica recebida, conforme constatado na tabela 2.

Na dimensão Tangibilidade, os três grupos, a saber, Particular, Convênio e SUS atribuíram maior satisfação 8,84; 8,53; e 7,25 respectivamente ao indicador 'Qualificação profissional'. Os mesmos grupos atribuíram as menores médias de satisfação 8,24; 7,71; e 5,87 respectivamente ao item 'Utilização de recursos avançados da medicina'.

Quanto ao desvio-padrão, maior valor foi atribuído pelo grupo SUS ao indicador 'Localização do consultório médico' (2,65), e menor valor ao item 'Qualificação profissional' (1,57), para o grupo Particular.

TABELA 2 - MÉDIAS, DESVIO PADRÃO E ANOVA DO CONSTRUTO SATISFAÇÃO PARA OS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), CONVÊNIO E PARTICULAR

Dimensão	Indicadores	Média SUS N=251	Desvio padrão	Média convênio N=93	Desvio padrão	Média particular N=157	Desvio padrão	ANOVA	
								F	SIG
TANGIBILIDADE	Utilização de recursos avançados da medicina	5,87	2,56	7,71	2,08	8,24	1,84	57,68	0,000
	Localização do consultório médico	6,88	2,65	7,91	2,23	8,35	1,60	21,43	0,000
	Qualificação profissional do médico	7,25	2,57	8,53	1,58	8,84	1,57	29,94	0,000

continua

Os resultados para a dimensão Tangibilidade mostram que existe diferença nas médias entre os grupos. Maior diferença pode ser observada no indicador 'Utilização de recursos avançados da medicina' ($F=57,68$, $p<0,001$). Essa diferença é compreensível, pois no setor privado os aspectos tangíveis do serviço estão mais em evidência. Na assistência médica realizada pelo SUS, a maioria ocorreu no posto de saúde, cuja finalidade é a Atenção Básica, dar o primeiro atendimento para as necessidades de saúde do usuário e encaminhá-lo para outros centros, conforme o caso.

Na **dimensão Confiabilidade** o grupo Particular atribuiu maior média de satisfação 9,01 ao indicador 'Atualização do médico', o grupo Convênio 8,55 ao indicador 'Pedido de exames necessários', o grupo SUS 7,11 ao item 'Confiabilidade do médico'.

Os mesmos grupos atribuíram menor média de satisfação 7,92; 7,41; 6,02 respectivamente ao indicador 'Interesse do médico em vantagens financeiras'. Nos três grupos esse mesmo item apresentou respectivamente o maior desvio-padrão (2,19); (2,42) e (3,02).

Quanto ao menor desvio-padrão, o grupo Particular atribuiu ao indicador 'Atualização do médico' (1,47), os usuários do Convênio ao item 'Pedidos de exames

necessários' (1,64) e o grupo SUS aos indicadores 'Riscos desnecessários no tratamento do paciente' (2,59) e 'Conhecimento de erros médicos sobre saúde do paciente' (2,59).

continuação

Dimensão	Indicadores	Média SUS N=251	Desvio padrão	Média convênio N=93	Desvio padrão	Média particular N=157	Desvio padrão	ANOVA	
								F	SIG
CONFIABILIDADE	Decisões cabíveis à respeito da saúde do paciente	6,49	2,73	8,45	1,72	8,45	2,00	43,13	0,000
	Interesse do médico em vantagens financeiras	6,02	3,02	7,41	2,42	7,92	2,19	24,89	0,000
	Confiabilidade ao médico	7,11	2,76	8,54	1,79	8,89	1,95	30,84	0,000
	Pedido de exames necessários	6,62	2,96	8,55	1,64	8,79	1,76	45,11	0,000
	Riscos desnecessários no tratamento do paciente	6,39	2,59	8,38	1,68	8,49	1,59	53,23	0,000
	Conhecimento de erros médicos sobre saúde do paciente	6,28	2,59	8,17	1,87	8,28	1,89	43,34	0,000
	Atualização do médico	6,97	2,61	8,27	1,89	9,01	1,47	42,91	0,000
	Prescrição de remédios necessários	7,01	2,76	8,49	1,70	8,68	1,88	28,64	0,000

continua

A resposta de satisfação para esta dimensão apresentou-se de maneira diversificada: cada grupo especifica um tipo de indicador que mostra o quanto os usuários estão satisfeitos. Significa que, para estabelecer confiança com o cliente, é preciso considerar essas diferenças no julgamento, ou seja, os valores que cada grupo traz consigo. Os usuários do grupo Particular valorizam aspectos como a atualização do profissional, os do grupo convênio avaliam se os pedidos de exames estão adequados e os do SUS têm como critério de valoração a confiança que o médico consegue passar na hora da assistência.

Todos os grupos foram unânimes em afirmar que o interesse do médico por vantagens financeiras traz menos satisfação com a assistência. Quando essa condição é percebida fica claro o desinteresse pelo ser humano.

As médias de todos os indicadores da dimensão Confiabilidade apresentam uma diferença significativa, merece, no entanto, destaque o item 'Riscos desnecessários no tratamento do paciente' (F=53,23, p<0,001). Esse aspecto é percebido de maneira diferente entre as modalidades de atendimento.

Na **dimensão Prontidão**, as maiores médias de satisfação 8,96; 8,46; foram atribuídas ao indicador 'Tempo dedicado ao atendimento' pelos usuários do grupo Particular e Convênio respectivamente. O grupo SUS atribuiu a maior média 6,44 ao item 'Atendimento a funcionário na presença do paciente durante a consulta'.

Os grupos Particular e Convênio atribuíram menor média de satisfação 7,89; 7,19; respectivamente ao indicador 'Pontualidade do médico no atendimento'. O grupo SUS atribuiu menor média 5,55 ao item 'Agendamento da Consulta'.

Dimensão	Indicadores	Média SUS N=251	Desvio padrão	Média convênio N=93	Desvio padrão	Média particular N=157	Desvio padrão	ANOVA	
								F	SIG
PRONTIDÃO	Pontualidade do médico no atendimento	6,41	2,76	7,19	2,58	7,89	2,60	14,76	0,000
	Horário de atendimento do médico em consonância com as necessidades do paciente	6,27	2,69	7,68	2,39	8,14	2,25	29,33	0,000
	Tempo dedicado ao atendimento	6,06	2,98	8,46	2,01	8,96	1,50	79,26	0,000
	Agendamento da consulta	5,55	3,02	8,24	2,09	8,10	1,97	63,93	0,000
	Atendimento a funcionário na presença do paciente durante a consulta	6,44	2,56	8,02	2,05	8,29	1,93	35,28	0,000
	Explicação sobre exames por terceiros recepcionista/enfermeira	6,21	2,70	8,08	2,09	7,86	2,13	29,87	0,000

continuação

continua

A prontidão dos médicos em atender o paciente foi avaliada de forma diferente pelos usuários do SUS e os demais grupos. Os grupos Particular e Convênio estão mais satisfeitos com o tempo de atendimento; no entanto, a pontualidade do profissional é um fator que causa menos satisfação. Já o grupo SUS, entre todos os indicadores que representam a prontidão, elegeu o item atendimento a funcionário na presença do paciente, mas estão menos satisfeitos com o agendamento de consultas. Resultado semelhante foi encontrado nos estudos de Lima (2007). Segundo o autor, os usuários dessa modalidade encontram dificuldade para marcar as consultas, mas a primeira coisa a se fazer para satisfazer uma necessidade de saúde é obter acesso ao serviço, que é conseguido via agendamento.

Na dimensão Prontidão para o atendimento observou-se que há diferença significativa na avaliação dos indicadores entre os grupos. O indicador que apresentou maior diferença foi o item 'Tempo dedicado ao atendimento' ($F=79,26$, $p<0,001$).

Na **dimensão Garantia**, os grupos Particular e convênio atribuíram maior média de satisfação 8,19; 8,02; respectivamente ao indicador 'Profissionalismo da recepcionista'. O grupo SUS atribuiu maior média de satisfação 6,38 ao item 'Flexibilidade da recepcionista para lidar com suas necessidades'.

Ao contrário, a menor média de satisfação 7,78 do grupo SUS coube ao indicador 'Interesse da recepcionista direcionado às necessidades do paciente', do grupo Particular (7,59) coube ao item 'Interesse da recepcionista pelo paciente' e do Convênio (6,02) coube ao item 'Conhecimento dos pacientes em sua individualidade pela recepcionista'.

continuação

Dimensão	Indicadores	Média SUS N=251	Desvio padrão	Média convênio N=93	Desvio padrão	Média particular N=157	Desvio padrão	ANOVA	
								F	SIG
GARANTIA	Interesse da recepcionista pelo paciente	6,07	2,69	7,59	2,31	8,05	2,06	35,16	0,000
	Cortesia da recepcionista	6,29	2,62	7,86	2,11	8,10	2,15	32,18	0,000
	Profissionalismo da recepcionista	6,37	2,62	8,02	1,97	8,19	1,97	35,72	0,000
	Interesse da recepcionista direcionado às necessidades do paciente	6,05	2,63	7,76	1,93	7,78	2,15	32,89	0,000
	Flexibilidade da recepcionista para lidar com suas necessidades	6,38	2,49	7,98	1,76	7,90	2,22	27,99	0,000
	Conhecimento dos pacientes em sua individualidade pela recepcionista	6,02	2,66	7,94	2,10	7,79	2,11	34,50	0,000

continua

O grupo SUS possui critérios de valoração diferentes dos demais grupos; este considera relevante no atendimento a flexibilidade da recepcionista para atender as necessidades do usuário. Já os grupos Particular e Convênio entendem que o profissionalismo da equipe de apoio é o que mais traz satisfação quando se avalia esta dimensão da assistência.

Comparando-se as médias dos três grupos, nota-se uma diferença significativa na avaliação, sendo a maior diferença conferida ao indicador

‘Profissionalismo da recepcionista’ ($F=35.72$, $p<0,001$).

Na **dimensão Empatia**, os três grupos, a saber, Particular, Convênio e SUS atribuíram maior média de satisfação 9,11; 8,91; 7,82 respectivamente ao indicador ‘Respeito do médico’. Os mesmos grupos atribuíram as menores médias 1,32; 1,40; 2,28 respectivamente de desvio-padrão a esse indicador.

Os três grupos, Particular, Convênio e SUS atribuíram menor média de satisfação 8,43; 8,22; 6,25 respectivamente ao indicador ‘Informação sobre as diferentes formas de tratamento’.

Quanto ao desvio-padrão o grupo Particular atribuiu maior média (1,91) ao indicador ‘Interesse do médico pelo paciente’, o grupo Convênio (1,87) ao item ‘Disponibilidade para ouvir o que o paciente tem a dizer’; e o grupo SUS ao indicador ‘Explicação da Patologia’ (3,03).

Dimensão	Indicadores	Média SUS N=251	Desvio padrão	Média convênio N=93	Desvio padrão	Média particular N=157	Desvio padrão	conclusão	
								ANOVA	
								F	SIG
EMPATIA	Disponibilidade para ouvir o que o paciente tem a dizer	6,77	2,69	8,33	1,87	8,59	1,79	35,25	0,000
	Atendimento minucioso ao paciente	6,55	2,79	8,59	1,63	8,83	1,56	58,32	0,000
	Informação sobre as diferentes formas de tratamento	6,25	2,69	8,22	1,77	8,43	1,70	52,29	0,000
	Examinação cuidadosa antes do diagnóstico	6,31	3,02	8,29	1,72	8,87	1,38	61,32	0,000
	Atenção dada ao paciente pelo médico	7,13	2,59	8,81	1,46	9,04	1,57	46,26	0,000
	Respeito do médico pelo paciente	7,82	2,28	8,91	1,40	9,11	1,32	26,51	0,000
	Explicação sobre o que o paciente deve fazer	6,74	2,75	8,37	1,67	8,69	1,64	41,20	0,000
	Interesse do médico pelo paciente	6,56	2,62	8,35	1,85	8,60	1,91	45,70	0,000
	Explicação da patologia	7,00	3,03	8,81	1,75	9,03	1,63	39,14	0,000
	Informação do médico sobre a saúde do paciente	6,29	2,59	8,45	1,83	8,47	1,57	61,78	0,000
	Explicação completa sobre os motivos do exame	6,85	2,83	8,53	1,73	8,91	1,60	41,99	0,000
	Clareza das informações dadas pelo médico	6,90	2,68	8,58	1,68	8,93	1,64	45,92	0,000

Fonte: da pesquisa, 2008.

No aspecto relacional, todas as modalidades de atendimento consideraram o 'Respeito do médico pelo paciente' como o aspecto de maior satisfação, já o contrário é percebido em relação à 'Informação sobre diferentes formas de tratamento'.

Na dimensão Empatia, as médias diferem significativamente entre os grupos. Maior diferença foi observada no indicador 'Informação do médico sobre a saúde do paciente' ($F=61,78$, $p<0,001$).

Avaliando-se as médias das modalidades de atendimento nota-se que a dimensão com maiores diferenças no julgamento está na dimensão Empatia. Entre as dimensões, a Empatia é o eixo principal da assistência médica devido ao contato direto do profissional com o paciente. É durante esse contato que o médico tem a possibilidade de conhecer as necessidades e os desejos do usuário e a oportunidade para satisfazê-los (URDAN, 2001).

Para Grönroos (2006), é nessa ocasião que a qualidade funcional se torna mais evidente e o usuário tem a condição de avaliar se o serviço recebido corresponde ou não ao esperado. Nesse momento dá-se a desconfirmação da expectativa em relação à *performance* da assistência em que níveis de atributos e benefícios percebidos acima do padrão de referência levam os usuários a satisfação. Ao contrário, se estiverem abaixo da expectativa produzem insatisfação no usuário (OLIVER, 1981; EVRARD, 1993; PRADO, 1995, 2002).

Construto – Insatisfação com os atributos específicos da assistência médica

O construto Insatisfação com os atributos da assistência médica também foi avaliado através da escala Qualidade Percebida pelo Cliente (QPC) elaborada por Urdan (2001) e adaptada para o estudo. Para melhor entendimento do julgamento do usuário sobre este construto foi feita uma distribuição dos indicadores tendo-se como referência a escala SERVQUAL de Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988), conforme mostra a tabela 3.

A **dimensão Tangibilidade** é composta por 3 indicadores, sendo a maior média de insatisfação conferida ao item 'Utilização de recursos avançados da medicina' (2,42). Já a menor média de insatisfação ocorreu no indicador 'Qualificação profissional' (2,01); este também apresentou menor desvio-padrão (1,80). O maior desvio-padrão ocorreu no indicador 'Localização do consultório

médico (1,99).

Quanto à assimetria, esta foi positiva e maior variação observou-se no item 'Localização do consultório médico' (2,36). A curtose também mostrou-se positiva sendo a maior variação ascendente a verificada no indicador 'Qualificação profissional do médico' (6,39).

TABELA 3 – MÉDIAS, DESVIO PADRÃO, ASSIMETRIA E CURTOSE DO CONSTRUTO INSATISFAÇÃO COM OS ATRIBUTOS DA ASSISTÊNCIA MÉDICA

Dimensão	Indicadores	N	Média	Média geral	Desvio padrão	Assimetria	Curtose
TANGIBILIDADE	Utilização de recursos avançados da medicina	485	2,42	2,19	1,87	1,70	2,81
	Localização do consultório médico	496	2,15		1,99	2,36	5,38
	Qualificação profissional do médico	484	2,01		1,80	2,49	6,39

continua

A média geral para os indicadores da dimensão Tangibilidade foi de 2,19. Esse resultado, na escala Likert de 10 pontos, indica que o usuário está nada insatisfeito com os atributos da assistência médica. Entretanto os usuários enfatizam certa insatisfação com os aspectos tangíveis da assistência médica, principalmente em relação aos recursos tecnológicos utilizados.

A **dimensão Confiabilidade** contempla 8 indicadores, o maior índice de insatisfação foi observado no indicador 'Interesse do médico em vantagens financeiras' (2,53), apresentando também o maior desvio padrão. A menor média de insatisfação ocorreu no indicador 'Riscos desnecessários no tratamento do paciente' (1,99). Menor desvio padrão também foi conferido a este item (1,77).

Tanto a assimetria quanto a curtose mostraram-se positivas. Maior assimetria foi constatada no indicador 'Prescrição de remédios necessários' (2,56). Uma distribuição mais ascendente de curtose foi conferida ao item 'Riscos desnecessários no tratamento do paciente (6,64).

continuação

Dimensão	Indicadores	N	Média	Média geral	Desvio padrão	Assimetria	Curtose
CONFIABILIDADE	Decisões cabíveis a respeito da saúde do paciente	491	2,25	2,17	1,94	2,21	4,92
	Interesse do médico em vantagens financeiras	467	2,53		2,34	1,79	2,34
	Confiabilidade ao médico	493	2,16		2,05	2,38	5,34
	Pedido de exames necessários	479	2,20		2,06	2,10	3,98
	Riscos desnecessários no tratamento do paciente	458	1,99		1,77	2,51	6,64
	Conhecimento de erros médicos sobre a saúde do paciente	456	2,14		2,11	2,36	5,04
	Atualização do médico	473	2,04		1,93	2,32	5,05
	Prescrição de remédios necessários	481	2,09		1,96	2,56	6,51

continua

A média geral para os indicadores da dimensão Confiabilidade foi de 2,17. Esse valor, na escala Likert de 10 pontos, mostra que o usuário está nada insatisfeito com os atributos da assistência médica. No entanto, verificou-se certo grau de insatisfação quando o usuário percebe que o médico está mais interessado em vantagens financeiras do que no seu bem-estar, abalando a confiança no profissional.

A **dimensão Prontidão** é representada por 6 indicadores. O resultado de maior insatisfação foi obtido no indicador 'Agendamento da consulta' (2,82), no qual também constatou-se maior desvio-padrão (2,58). A menor média de insatisfação foi no item 'Atendimento a funcionário na presença do paciente', com o menor desvio-padrão (1,98) e maior valor na distribuição assimétrica. A curva de maior ascendência (4,67) foi encontrada no mesmo indicador.

continuação

Dimensão	Indicadores	N	Média	Média geral	Desvio padrão	Assimetria	Curtose
PRONTIDÃO	Pontualidade do médico no atendimento	498	2,61	2,47	2,28	1,66	2,06
	Horário de atendimento do médico em consonância com as necessidades do paciente	492	2,40		2,15	1,90	3,21
	Tempo dedicado ao atendimento	497	2,47		2,30	1,83	2,61
	Agendamento da consulta	495	2,82		2,58	1,53	1,32
	Atendimento a funcionário na presença do paciente durante a consulta	475	2,09		1,98	2,28	4,67
	Explicação sobre exames por terceiros (repcionista/enfermeira)	456	2,44		2,35	1,89	2,62

continua

A média geral para os indicadores da dimensão Prontidão foi de 2,47. Esse valor, na escala Likert de 10 pontos utilizada, evidencia que o usuário está nada insatisfeito com os atributos da assistência médica.

Mas apresenta-se insatisfeito com o agendamento de consulta, em 2003 a qualidade dos serviços de saúde do sistema brasileiro foi avaliada e esse mesmo item foi considerado insatisfatório pelos usuários (GOUVEIA; SOUZA; LUNA; SOUZA-JUNIOR; SZWARCOWALD, 2003).

A **dimensão Garantia** é composta de 6 indicadores. Maior média de insatisfação coube ao indicador 'Interesse da recepcionista pelo paciente' (2,46). Este também apresentou maior desvio-padrão.

Ao contrário, a menor média de satisfação foi encontrada no item 'Flexibilidade da recepcionista para lidar com suas necessidades' (2,21), apresentando também menor desvio-padrão (1,76).

Com relação à distribuição, a assimetria e a curtose foram positivas. O indicador 'Profissionalismo da recepcionista' apresentou maior valor assimétrico (2,24) e uma curva de maior ascendência (4,98).

continuação

Dimensão	Indicadores	N	Média	Média geral	Desvio padrão	Assimetria	Curtose
GARANTIA	Interesse da recepcionista pelo paciente	495	2,46	2,33	2,15	1,96	3,36
	Cortesia da recepcionista	491	2,34		2,13	2,09	4,05
	Profissionalismo da recepcionista	491	2,25		2,00	2,24	4,98
	Interesse da recepcionista direcionado às necessidades do paciente	489	2,42		1,97	2,01	4,17
	Flexibilidade da recepcionista para lidar com suas necessidades	482	2,21		1,76	2,06	4,57
	Conhecimento dos pacientes em sua individualidade pela recepcionista	471	2,35		2,03	1,94	3,56

continua

A média geral para os indicadores da dimensão Garantia foi de 2,33. Na escala Likert de 10 pontos utilizada, esse valor relata que o usuário está nada insatisfeito com os atributos da assistência médica. No entanto, a falta de interesse da recepcionista ou equipe de apoio, quando detectada pode trazer insatisfação ao usuário, que busca no serviço um atendimento individualizado.

A **dimensão Empatia** é retratada por 12 indicadores, sendo que a maior média de insatisfação foi atribuída ao indicador 'Atendimento minucioso ao paciente' (2,35). A menor média de insatisfação foi constatada no item 'Respeito do médico pelo paciente' (1,63), o qual apresentou também o menor desvio-padrão. Maior desvio padrão foi encontrado no indicador 'Explicação da patologia' (2,13).

Uma distribuição assimétrica de maior valor incidiu sobre o item 'Respeito do médico pelo paciente' (3,64). O mesmo indicador apresentou também a maior variação ascendente de curtose (14,80).

							conclusão
Dimensão	Indicadores	N	Média	Média geral	Desvio padrão	Assimetria	Curtose
EMPATIA	Disponibilidade para ouvir o que o paciente tem a dizer	496	2,19	2,13	1,91	2,15	4,57
	Atendimento minucioso ao paciente	497	2,35		2,07	1,91	3,18
	Informação sobre as diferentes formas de tratamento	473	2,26		1,98	2,06	4,15
	Examinação cuidadosa antes do diagnóstico	489	2,29		2,06	2,06	4,03
	Atenção dada ao paciente pelo médico	493	2,00		1,82	2,52	6,48
	Respeito do médico pelo paciente	494	1,63		1,48	3,64	14,80
	Explicação sobre o que o paciente deve fazer	496	2,05		1,75	2,44	6,37
	Interesse do médico pelo paciente	490	2,22		1,98	2,12	4,22
	Explicação da patologia	493	2,15		2,13	2,17	4,03
	Informação do médico sobre a saúde do paciente	496	2,30		1,94	1,98	3,85
	Explicação completa sobre os motivos do exame	476	2,16		2,04	2,35	5,25
	Clareza das informações dadas pelo médico	493	2,05		1,82	2,29	5,28

Fonte: da pesquisa, 2008.

A média geral para os indicadores da dimensão Empatia foi de 2,13. Na escala Likert de 10 pontos utilizada, esse valor mostra que o usuário está nada insatisfeito com os atributos da assistência médica.

Entretanto, percebeu-se certa insatisfação com o atendimento médico quanto ao detalhamento do mesmo. Caprara e Rodrigues (2004) relatam que as consultas tendem a ser muito rápidas, no início estabelecem uma relação empática, mas no decorrer do relacionamento começam a surgir os problemas. O médico geralmente não envolve o usuário no processo de decisão e adesão ao tratamento e nem é claro nas suas colocações.

Analisando-se os resultados relativos ao construto Insatisfação com a assistência médica nota-se que o julgamento do usuário para a variável em questão é nada insatisfeito para todas as dimensões. Entretanto, comparando-se as médias

das dimensões que delinearão essa avaliação percebe-se que os usuários estão mais insatisfeitos com a dimensão Prontidão, a qual evidencia a presteza do médico ao assistir o usuário. Na opinião dos usuários o médico tem deixado a desejar não só pela dificuldade em acessar o serviço, mas também pela pontualidade do mesmo no comparecimento do atendimento. A espera prolongada pelo profissional produz insatisfação ao cliente.

Para verificar como as dimensões foram percebidas, compararam-se as médias e o desvio-padrão de cada modalidade de atendimento. No intuito de averiguar se havia diferenças significativas na avaliação de cada grupo, fez-se o Teste *One-Way* ANOVA, como mostra a tabela 4.

Na **dimensão Tangibilidade**, os três grupos, a saber, SUS, Convênio e Particular atribuíram maior média de insatisfação 2,91; 2,29; 1,76; respectivamente ao indicador 'Utilização de recursos avançados da medicina'. Os mesmos grupos atribuíram menor média de insatisfação 2,38; 1,90; 1,51; respectivamente ao item 'Qualificação Profissional'. Os grupos Convênio e Particular atribuíram o menor desvio-padrão (1,70); (1,19) a esse indicador. Já o grupo SUS (2,06) ao indicador 'Utilização de recursos avançados da medicina'. Conforme indica a tabela 4.

TABELA 4 - MÉDIAS, DESVIO PADRÃO E ANOVA DO CONSTRUTO INSATISFAÇÃO PARA OS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), CONVÊNIOS E PARTICULAR

Dimensão	Indicadores	Média SUS N=251	Desvio padrão	Média convênio N=93	Desvio padrão	Média particular N=157	Desvio padrão	ANOVA	
								F	SIG
TANGIBILIDADE	Utilização de recursos avançados da medicina	2,91	2,06	2,29	1,74	1,76	1,39	19,43	0,000
	Localização do consultório médico	2,42	2,22	2,18	2,20	1,71	1,29	6,23	0,002
	Qualificação profissional do médico	2,38	2,07	1,90	1,70	1,51	1,19	11,73	0,000

continua

As médias dos indicadores da dimensão Tangibilidade apresentou diferença significativa para todos os grupos. O indicador que mais difere é Utilização de recursos avançados da medicina ($F=19,43$, $p<0,001$).

Na **dimensão Confiabilidade**, os três grupos, a saber, SUS, Convênio e Particular atribuíram maior média de insatisfação 2,93; 2,41; 2,00 respectivamente

ao indicador ‘Interesse do médico em vantagens financeiras’, também a este indicador atribuíram maior desvio-padrão (2,60), (2,31) e (1,81) respectivamente.

Quanto a menor média de insatisfação os grupos SUS e Particular atribuíram ao item ‘Riscos desnecessário no tratamento do paciente’ (2,40) e (1,42) respectivamente. Os mesmos grupos atribuíram a menor média 2,14; 0,81; respectivamente de desvio-padrão a esse indicador. O grupo Convênio atribuiu menor média de insatisfação ao item ‘Prescrição de remédios necessários’ (1,86), esse item apresentou também menor desvio-padrão (1,63).

continuação

Dimensão	Indicadores	Média SUS N=251	Desvio padrão	Média convênio N=93	Desvio padrão	Média particular N=157	Desvio padrão	ANOVA	
								F	SIG
CONFIABILIDADE	Decisões cabíveis à respeito da saúde do paciente	2,58	2,17	2,27	1,95	1,71	1,32	10,14	0,000
	Interesse do médico em vantagens financeiras	2,93	2,60	2,41	2,31	2,00	1,81	7,48	0,001
	Confiabilidade ao médico	2,58	2,39	2,04	1,79	1,55	1,35	12,81	0,000
	Pedido de exames necessários	2,58	2,39	2,04	1,79	1,55	1,35	15,58	0,000
	Riscos desnecessários no tratamento do paciente	2,40	2,14	1,98	1,68	1,42	0,81	14,61	0,000
	Conhecimento de erros médicos sobre saúde do paciente	2,59	2,46	1,98	1,90	1,58	1,42	11,03	0,000
	Atualização do médico	2,43	2,17	2,07	2,06	1,43	1,18	13,15	0,000
	Prescrição de remédios necessários	2,54	2,33	1,86	1,63	1,54	1,25	13,61	0,000

continua

Nota-se que na dimensão Confiabilidade existe diferença significativa entre os grupos na avaliação dos indicadores. O item ‘Pedido de exames necessários’ (F=15,58, p<0,001) apresentou maior diferença.

Na **dimensão Prontidão**, a maior média de insatisfação do grupo SUS foi verificada no indicador ‘Agendamento da consulta’ (3,70), que apresentou também maior desvio padrão (2,92). Os grupos Convênio e Particular atribuíram maior média de insatisfação ao item ‘Tempo dedicado ao atendimento médico’ (2,73), (2,14) respectivamente. Esse mesmo item apresentou, respectivamente, o maior desvio-

padrão (2,30) e (1,99).

Ao contrário, os três grupos, a saber, SUS, Convênio e Particular atribuíram as menores médias de insatisfação 2,52; 2,05; 1,46; respectivamente ao indicador 'Atendimento a funcionário na presença do paciente durante a consulta'. Os grupos Convênio e Particular atribuíram menor desvio-padrão 1,88; 1,04; respectivamente ao esse indicador. O grupo SUS atribuiu menor desvio-padrão (2,34) ao indicador 'Horário de atendimento do médico em consonância com as necessidades do paciente'.

continuação

Dimensão	Indicadores	Média SUS N=251	Desvio padrão	Média convênio N=93	Desvio padrão	Média particular N=157	Desvio padrão	ANOVA	
								F	SIG
PRONTIDÃO	Pontualidade do médico no atendimento	2,86	2,40	2,73	2,30	2,14	1,99	5,07	0,007
	Horário de atendimento do médico em consonância com as necessidades do paciente	2,73	2,34	2,34	2,11	1,90	1,72	7,33	0,001
	Tempo dedicado ao atendimento	3,15	2,64	2,15	2,07	1,59	1,28	25,81	0,000
	Agendamento da consulta	3,70	2,92	2,08	2,00	1,88	1,72	32,10	0,000
	Atendimento a funcionário na presença do paciente durante a consulta	2,52	2,36	2,05	1,88	1,46	1,04	14,06	0,000
	Explicação sobre exames por terceiros (recepcionista/enfermeira)	2,85	2,67	2,45	2,31	1,83	1,65	8,62	0,000

continua

Todos os indicadores da dimensão Prontidão apresentaram diferença significativa entre os grupos. O indicador 'Agendamento da consulta' ($F=32,10$, $p<0,001$) se destaca entre os demais.

O acesso ao serviço é fator de insatisfação para os usuários do SUS, essa é uma preocupação plausível, uma vez que a possibilidade de escolha do usuário é limitada, ao contrário do setor privado onde o usuário pode migrar com facilidade a procura de outro profissional (VAITSMAN e ANDRADE, 2005). Para os usuários particulares o tempo que o médico leva para atendê-lo é um fator relevante que pode influenciar a avaliação de satisfação.

Na **dimensão Garantia**, o grupo SUS atribuiu maior média de insatisfação 2,96 ao indicador 'Interesse da recepcionista direcionado às necessidades do

paciente', o grupo Convênio ao item 'Interesse da recepcionista pelo paciente' (2,47), item que por sua vez, apresentou também o maior desvio padrão (2,50), (2,00) respectivamente para os grupos SUS e Convênio. No grupo Particular a maior média de insatisfação foi atribuída ao indicador 'Conhecimento dos pacientes em sua individualidade pela recepcionista' (1,82), que apresentou maior desvio-padrão (1,52).

A menor média de insatisfação do grupo SUS foi verificada no indicador 'Flexibilidade da recepcionista para lidar com suas necessidades' (2,52), item que apresentou também menor desvio-padrão (2,03). Os grupos Convênio e Particular atribuíram menor média de insatisfação ao item 'Profissionalismo da recepcionista' (2,02), (1,63) respectivamente.

O menor desvio-padrão 1,48; 1,10; respectivamente foi atribuído pelos grupos Convênio e Particular ao indicador 'Interesse da recepcionista direcionado às necessidades do paciente'.

continuação

Dimensão	Indicadores	Média SUS	Desvio padrão	Média convênio	Desvio padrão	Média particular	Desvio padrão	ANOVA	
		N=251		N=93		N=157		F	SIG
GARANTIA	Interesse da recepcionista pelo paciente	2,88	2,50	2,47	2,00	1,79	1,35	12,91	0,000
	Cortesia da recepcionista	2,81	2,48	2,03	1,72	1,78	1,50	12,73	0,000
	Profissionalismo da recepcionista	2,74	2,38	2,02	1,56	1,63	1,22	16,37	0,000
	Interesse da recepcionista direcionado às necessidades do paciente	2,96	2,39	2,07	1,48	1,78	1,10	20,19	0,000
	Flexibilidade da recepcionista para lidar com suas necessidades	2,52	2,03	2,10	1,58	1,79	1,25	8,39	0,000
	Conhecimento dos pacientes em sua individualidade pela recepcionista	2,81	2,33	2,08	1,69	1,82	1,52	12,49	0,000

continua

A dimensão Garantia foi avaliada de forma diferente pelos grupos SUS, Convênio e Particular, maior diferença significativa foi encontrada no indicador

'Interesse da recepcionista direcionado às necessidades do paciente' ($F=20,19$, $p<0,001$).

De modo geral, o interesse sincero da recepcionista pelo paciente afeta o julgamento de satisfação dos usuários nas três modalidades de atendimento. O primeiro passo para satisfazer o cliente é se interessar pelas suas necessidades, a expectativa do usuário só poderá ser superada após o conhecimento desta (KOTLER, 2000).

Na **dimensão Empatia**, o grupo SUS atribuiu maior média de insatisfação 2,94 ao indicador 'Atendimento minucioso ao paciente'. Os grupos Convênio e Particular atribuíram maior média 2,09; 1,65; respectivamente ao item 'Informação sobre as diferentes formas de tratamento'.

Ao contrário, os grupos SUS, Convênio e Particular atribuíram menor média de insatisfação 1,79; 1,67; 1,37 respectivamente ao indicador 'Respeito do médico pelo paciente'. O grupo SUS atribuiu o menor desvio-padrão 1,62 a esse indicador. Já o grupo Convênio (1,54) atribuiu ao indicador 'Explicação sobre o que o paciente deve fazer', e o grupo Particular (0,98) ao item 'Examinação cuidadosa antes do diagnóstico'.

O maior desvio-padrão (2,50) foi atribuído pelo grupo SUS ao indicador 'Examinação cuidadosa antes do diagnóstico', os grupos Convênio e Particular atribuíram ao item 'Explicação da patologia' (2,11), (1,32) respectivamente.

Dimensão	Indicadores	Média SUS N=251	Desvio padrão	Média convênio N=93	Desvio padrão	Média particular N=157	Desvio padrão	conclusão	
								F	SIG
EMPATIA	Disponibilidade para ouvir o que o paciente tem a dizer	2,66	2,20	1,93	1,87	1,59	1,09	16,97	0,000
	Atendimento minucioso ao paciente	2,94	2,43	2,05	1,84	1,59	1,06	23,81	0,000
	Informação sobre as diferentes formas de tratamento	2,74	2,29	2,09	1,84	1,65	1,23	15,58	0,000
	Examinação cuidadosa antes do diagnóstico	2,86	2,50	2,05	1,62	1,53	0,98	22,62	0,000
	Atenção dada ao paciente pelo médico	2,33	2,05	1,91	1,80	1,54	1,30	9,30	0,000
	Respeito do médico pelo paciente	1,79	1,62	1,67	1,66	1,37	1,04	14,25	0,021
	Explicação sobre o que o paciente deve fazer	2,43	2,06	1,95	1,54	1,51	1,05	14,25	0,000
	Interesse do médico pelo paciente	2,68	2,27	2,07	1,84	1,60	1,26	15,29	0,000
	Explicação da patologia	2,59	2,43	2,02	2,11	1,52	1,32	12,92	0,000
	Informação do médico sobre a saúde do paciente	2,86	2,18	2,05	1,91	1,56	1,09	24,47	0,000
	Explicação completa sobre os motivos do exame	2,64	2,44	1,98	1,82	1,52	1,05	15,32	0,000
	Clareza das informações dadas pelo médico	2,44	2,12	1,99	1,74	1,48	1,04	14,00	0,000

Fonte: da pesquisa (2008).

Na dimensão Empatia, todos os indicadores apresentaram diferença significativa entre as modalidades de atendimento. No entanto, o item 'Atendimento minucioso ao paciente' ($F=23,81$, $p<0,001$) se destaca por apresentar a maior diferença.

A avaliação do construto Insatisfação com os atributos da assistência, de modo geral, apresentou uma média baixa em todas as modalidades de atendimento. Entretanto, as maiores médias de insatisfação foram constatadas no grupo SUS, seguido pelo grupo Convênio e Particular respectivamente.

Construto - Resposta Emocional Positiva

Para melhor entendimento da variável Resposta Emocional fez-se uma pré-classificação dos resultados utilizando-se como referência a escala *Discrete Emotion*

Scale (DES) de Izard (1997). O construto Resposta Emocional Positiva apresentou quatro dimensões, Interesse, Alegria, Surpresa e Romantismo, conforme mostra a tabela 5.

A **dimensão Interesse** é composta de 7 indicadores e a emoção de maior intensidade 4,68 foi observada no indicador 'Otimista', a qual representou também o maior desvio-padrão (3,28).

A emoção de menor intensidade foi encontrada no item 'Entusiasmado' (1,93), indicador que também apresentou o menor desvio-padrão (1,90) e a maior variação de assimetria (2,36). A maior curva ascendente (5,16) de curtose também foi percebida neste item.

TABELA 5 - MÉDIAS, DESVIO PADRÃO, ASSIMETRIA E CURTOSE DO CONSTRUTO RESPOSTA EMOCIONAL POSITIVA

Dimensão	Indicadores	N	Média	Média geral	Desvio padrão	Assimetria	Curtose
INTERESSE	Vibrante	492	2,02	2,91	2,17	2,28	4,28
	Entusiasmado	495	1,93		1,90	2,36	5,16
	Empolgado	492	1,99		1,94	2,05	3,20
	Otimista	501	4,68		3,28	0,22	-1,46
	Esperançoso	500	3,60		3,23	0,78	-0,99
	Corajoso	496	3,29		2,96	0,94	-0,57
	Ansioso	499	2,87		2,57	1,26	0,47

continua

A média geral para esta dimensão foi 2,91. Na escala Likert de 10 pontos utilizada, este valor indica que essas emoções foram 'nada' intensas, ou seja, não foram representativas.

A **dimensão Alegria** contempla 10 indicadores, a maior média de intensidade 6,46 é conferida ao indicador 'Satisfeito'. Já a menor média de intensidade 1,54 foi encontrada no item 'Encantado', que apresentou também o menor desvio-padrão (1,62). Ao contrário, o maior desvio-padrão 3,21 foi constatado no indicador 'Feliz'. Maior variação assimétrica 3,68 foi encontrada no item 'Encantado', que também apresentou maior curtose (13,57).

continuação

Dimensão	Indicadores	N	Média	Média geral	Desvio padrão	Assimetria	Curtose
ALEGRIA	Contente	498	4,19	3,65	3,15	0,45	-1,27
	Alegre	497	4,02		3,19	0,57	-1,20
	Feliz	493	4,03		3,21	0,53	-1,29
	Satisfeito	499	6,46		2,92	-0,59	-0,84
	Encantado	493	1,54		1,62	3,68	13,57
	Amado	490	2,50		2,39	1,61	1,65
	Afeiçoado	491	2,60		2,37	1,66	1,99
	Tranquilo	501	4,42		2,94	0,26	-1,28
	Calmo	501	4,93		2,89	0,10	-1,20
	Comovido	493	1,90		1,93	2,47	5,53

continua

A média geral para a dimensão Alegria foi 3,65. Na escala Likert de 10 pontos utilizada, esse resultado indica que essas emoções apresentaram pouca intensidade.

A **dimensão Surpresa** composta por 3 indicadores apresentou maior média no item 'Surpreso' (2,20) e também maior desvio-padrão (2,29). A menor média foi conferida à emoção 'Espantado' (1,60), e menor desvio-padrão (1,68). A assimetria e a curtose foram positivas; uma distribuição com maior valor assimétrico e maior valor de curtose foi observada no indicador 'Espantado' (3,54) e (12,86) respectivamente.

continuação

Dimensão	Indicadores	N	Média	Média geral	Desvio padrão	Assimetria	Curtose
SUR- PRESA	Surpreso	498	2,20	1,94	2,29	2,04	3,26
	Espantado	498	1,60		1,68	3,54	12,86
	Admirado	495	2,04		2,16	2,24	4,17

continua

Para a dimensão Surpresa a média geral foi 1,94. Na escala Likert de 10 pontos utilizada, esse resultado classifica essas emoções como 'nada' intensas.

A **dimensão Romantismo** reúne 4 indicadores. A maior média de intensidade foi encontrada no item 'Saudade' (1,60), e maior desvio padrão (1,76). A menor média de intensidade foi encontrada no indicador 'Sensual' (1,26), que também apresentou o menor desvio padrão (1,12) e maior variação assimétrica (5,60). A maior curva ascendente de curtose também foi no indicador 'Sensual' (34,01).

Dimensão	Indicadores	N	Média	Média geral	Desvio padrão	Assimetria	conclusão
							Curtose
ROMAN- TISMO	Romântico	487	1,35	1,37	1,30	4,85	25,30
	Sensual	488	1,26		1,12	5,60	34,01
	Apaixonado	490	1,29		1,22	5,40	31,10
	Saudade	492	1,60		1,76	3,40	11,19

Fonte: da pesquisa (2008).

A média geral das emoções para a dimensão Romantismo foi 1,37. Na escala Likert de 10 pontos, este valor demonstra que essas emoções foram ‘nada’ intensas.

Entre as emoções positivas a dimensão Alegria mostrou-se mais elevada, pois obteve maior média de intensidade, enquanto a dimensão Romantismo apresentou intensidade mais baixa.

Analisando a dimensão Alegria percebe-se que esta reúne emoções que trazem tranquilidade e bem-estar ao usuário, sugerindo que esta pode estar relacionada a uma perspectiva futura de resolução do problema de saúde.

Para Leite e Arruda (2007) a necessidade de humanização do usuário faz ativar emoções na relação com o médico. O usuário precisa de atenção para elevar o nível de satisfação, portanto é necessário gerar experiências de alegria, interesse e surpresa. Estas, segundo os autores, são consideradas emoções de alto astral e tem o poder de influenciar o estado psicológico do usuário produzindo sensação de bem-estar.

As emoções positivas na experiência de consumo para Müller (2007) podem influenciar a atitude e a intenção do usuário. Com relação à atitude o usuário fica predisposto a fazer uma avaliação mais favorável da assistência, na intenção o comportamento futuro do usuário pode ser de aproximação para consumir o serviço. Segundo a autora, essa relação é permeada por sentimentos de valorização, segurança, confiança e bem-estar.

Na assistência, as respostas emocionais positivas podem ajudar o usuário no enfrentamento dos problemas de saúde, facilitando a adesão ao tratamento e a crença no processo de cura.

O construto Resposta Emocional Positiva também foi avaliado considerando-se a representatividade das dimensões para cada modalidade de atendimento, com o objetivo de verificar se existe diferença significativa no julgamento do usuário de

acordo com as tipologias de grupo. Para tanto, aplicou-se o Teste One-Way ANOVA.

Na dimensão Interesse, os três grupos, a saber, SUS, Convênio e Particular atribuíram média mais elevada 4,03; 6,19; 4,83; respectivamente ao indicador 'Otimismo'. Os grupos Convênio e Particular atribuíram maior desvio-padrão 3,28; 3,47 respectivamente a esse indicador, o grupo SUS (3,08) ao indicador 'Esperançoso'.

Os grupos SUS e Particular atribuíram média mais baixa 1,75; 1,90; respectivamente ao indicador 'Empolgado'. O grupo Convênio (1,67) atribuiu ao item 'Vibrante', esse mesmo indicador apresentou também menor desvio padrão (1,90). O menor desvio-padrão 1,64 foi atribuído pelo grupo SUS ao indicador 'Entusiasmado', o grupo Particular (1,85) ao indicador 'Empolgado'. Os resultados podem ser conferidos na tabela 6.

TABELA 6 – MÉDIA, DESVIO PADRÃO E ANOVA DO CONSTRUTO RESPOSTA EMOCIONAL POSITIVA PARA USUÁRIOS DO SUS, CONVÊNIO E PARTICULAR

Dimensão	Indicadores	Média SUS N=251	Desvio padrão	Média convênio N=93	Desvio padrão	Média particular N=157	Desvio padrão	ANOVA	
								F	SIG
INTERESSE	Vibrante	2,06	2,07	1,67	1,90	2,15	2,46	1,49	0,225
	Entusiasmado	1,80	1,64	2,28	2,45	1,92	1,90	2,11	0,122
	Empolgado	1,75	1,69	2,78	2,43	1,90	1,85	10,29	0,000
	Otimista	4,03	2,96	6,19	3,28	4,83	3,47	15,84	0,000
	Esperançoso	3,75	3,08	3,37	3,26	3,51	3,45	0,56	0,567
	Corajoso	3,62	2,94	2,88	2,82	3,03	3,03	2,99	0,051
	Ansioso	2,80	2,38	3,03	2,65	2,87	2,81	0,26	0,764

continua

Entre os grupos nota-se que há uma diferença significativa nos indicadores Empolgado ($F=10,29$, $p<0,001$) e Otimista ($F=15,84$, $p<0,001$). A avaliação dos demais itens não apresentou diferença significativa entre as modalidades de atendimento.

Na **dimensão Alegria**, os grupos SUS, Convênio e Particular atribuíram média mais elevada 5,37; 6,96; 7,89 respectivamente ao indicador 'Satisfeito'. O grupo SUS atribuiu média mais baixa 1,95 ao item 'Comovido', os grupos Convênio e Particular atribuíram ao indicador 'Encantado' (1,52), (1,65) respectivamente.

Quanto ao desvio padrão, o grupo SUS atribuiu maior média 2,85 ao item 'Satisfeito', o grupo Convênio (3,44) ao indicador 'Contente' e o grupo Particular

(3,47) no item 'Alegre'. O menor desvio padrão 1,45; 1,86; respectivamente foi atribuído ao item 'Encantado', pelos grupos SUS e Particular, o grupo Convênio (1,55) ao item 'Comovido'.

continuação

Dimensão	Indicadores	Média SUS N=251	Desvio padrão	Média convênio N=93	Desvio padrão	Média particular N=157	Desvio padrão	ANOVA	
								F	SIG
ALEGRIA	Contente	3,74	2,78	5,18	3,44	4,33	3,39	7,52	0,001
	Alegre	3,28	2,72	5,26	3,38	4,45	3,47	15,98	0,000
	Feliz	3,30	2,75	5,38	3,41	4,37	3,45	16,35	0,000
	Satisfeito	5,37	2,85	6,96	2,77	7,89	2,38	44,12	0,000
	Encantado	1,47	1,45	1,52	1,60	1,65	1,86	0,57	0,565
	Amado	2,05	1,98	3,25	2,52	2,75	2,71	10,15	0,000
	Afeiçoado	2,17	1,88	3,40	2,64	2,80	2,71	10,28	0,000
	Tranquilo	4,28	2,72	5,45	2,97	4,01	3,13	7,72	0,000
	Calmo	4,47	2,72	6,15	2,67	4,96	3,07	12,07	0,000
	Comovido	1,95	1,94	1,59	1,55	2,00	2,11	1,49	0,225

continua

Percebe-se que na dimensão Alegria os únicos indicadores que não têm diferença significativa entre os grupos são os itens Encantado e Comovido. Maior diferença significativa foi verificada no indicador Satisfeito ($F=44,12$, $p<0,001$).

Na **dimensão Surpresa**, os grupos SUS e Convênio atribuíram média mais elevada 2,15; 2,49; respectivamente ao indicador 'Surpreso'. Os mesmos grupos atribuíram também maior desvio-padrão 2,08; 2,72 respectivamente a esse indicador.

O grupo Particular atribuiu maior média 2,17 ao item 'Admirado' e maior desvio-padrão (2,17). Ao passo que, a média mais baixa 1,77; 1,39; 1,47; foi constatada no indicador 'Espanto', respectivamente nos grupos SUS, Convênio e Particular. Este mesmo item apresentou respectivamente o menor desvio padrão (1,91), (1,42) e (1,47).

continuação

Dimensão	Indicadores	Média SUS N=251	Desvio padrão	Média convênio N=93	Desvio padrão	Média particular N=157	Desvio padrão	ANOVA	
								F	SIG
SURPRESA	Surpreso	2,15	2,08	2,49	2,72	2,10	2,10	0,98	0,376
	Espantado	1,77	1,91	1,39	1,42	1,47	1,47	2,50	0,083
	Admirado	1,99	2,01	1,96	2,13	2,17	2,17	0,43	0,648

continua

Nesta dimensão não houve diferença significativa na avaliação dos grupos, pois todos os índices excedem ao padrão de referência 0,05 (HAIR JR. et. al. 2005).

Na **dimensão Romantismo**, os grupos SUS, Convênio e Particular atribuíram média mais elevada 1,66; 1,81; 1,40; respectivamente no indicador 'Saudade'. Este mesmo item apresentou o maior desvio-padrão (1,73), (2,23) e (1,46) respectivamente para os três grupos.

A menor média foi conferida ao indicador 'Sensual' (1,36), (1,18), (1,15) respectivamente para os três grupos. Nos grupos Convênio e Particular esse item apresentou o menor desvio-padrão (1,03) e (0,72) respectivamente. O grupo SUS atribuiu o menor desvio-padrão ao indicador 'Apaixonado' (1,30).

Dimensão	Indicadores	Média SUS N=251	Desvio padrão	Média convênio N=93	Desvio padrão	Média particular N=157	Desvio padrão	conclusão	
								ANOVA	
								F	SIG
ROMANTISMO	Romântico	1,42	1,41	1,33	1,34	1,26	1,07	0,80	0,448
	Sensual	1,36	1,34	1,18	1,03	1,15	0,72	1,97	0,141
	Apaixonado	1,37	1,30	1,25	1,27	1,20	1,04	1,77	0,172
	Saudade	1,66	1,73	1,81	2,23	1,40	1,46	0,95	0,386

Fonte: da pesquisa, 2008.

As médias para a dimensão Romantismo também não apresentaram diferença significativa entre os grupos, pois os valores estão acima do parâmetro estabelecido por Hair Jr. et. al. (2005).

Entre as modalidades de atendimento a dimensão Alegria foi a que apresentou mais diferença na avaliação do usuário. Pode-se dizer que esta é percebida de maneira diferente pelos grupos. No entanto, os indicadores de maior intensidade (Otimismo, Satisfeito, Surpresa e Saudade) foram os mesmos para os três grupos.

Construto - Resposta Emocional Negativa

Os indicadores do construto Resposta Emocional Negativa foram agrupados em 5 dimensões: Aborrecimento, Raiva, Medo, Vergonha, Desprezo, conforme mostra a tabela 7.

A **dimensão Aborrecimento** contempla 8 indicadores. A média mais elevada 3,24 foi constatada no item 'Preocupado', com maior desvio-padrão (2,71).

Já a menor média 1,33 foi verificada no indicador 'Infeliz', com menor desvio- padrão (1,12).

O indicador 'Infeliz' apresentou maior variação de assimetria (4,81) e maior curva ascendente de curtose (26,44).

TABELA 7 – MÉDIA E DESVIO PADRÃO DO CONSTRUTO RESPOSTA EMOCIONAL NEGATIVA

Dimensão	Indicadores	N	Média	Média geral	Desvio padrão	Assimetria	Curtose
ABORRECIMENTO	Infeliz	495	1,33	2,19	1,12	4,81	26,44
	Descontente	497	1,83		1,76	2,70	7,53
	Triste	501	1,89		1,80	2,37	5,19
	Nervoso	501	2,49		2,41	1,69	1,90
	Preocupado	501	3,24		2,71	0,98	-0,23
	Tenso	501	2,80		2,45	1,46	1,38
	Insatisfeito	496	2,13		2,16	2,13	3,80
	Deprimido	500	1,83		1,86	2,53	5,81

continua

A média geral para esta dimensão foi 2,19. Na escala Likert de 10 pontos utilizada, essa pontuação indica que a intensidade dessas emoções foi 'nada' intensa.

Na **dimensão Raiva**, composta por 4 indicadores, constatou-se média mais elevada 1,95 no indicador 'Frustrado' e a menor média 1,60 no item 'Raiva'. Este último apresentou também o menor desvio-padrão (1,77). O maior desvio- padrão 2,00 foi verificado no item 'Irritado'. A assimetria e a curtose foram positivas em todos os indicadores e a maior variação para os dois itens foi respectivamente constatada no indicador 'Raiva' (3,52) e (12,02).

continuação

Dimensão	Indicadores	N	Média	Média geral	Desvio padrão	Assimetria	Curtose
RAIVA	Com Raiva	496	1,60	1,8	1,77	3,52	12,02
	Furioso	494	1,77		1,83	2,73	6,99
	Irritado	496	1,88		2,00	2,53	5,57
	Frustrado	495	1,95		1,92	2,43	5,48

continua

Para esta dimensão a média geral foi 1,8. Na escala Likert de 10 pontos,

esse valor indica que essas emoções foram ‘nada’ intensas.

A **dimensão Vergonha** reúne 3 indicadores. A média mais elevada 1,89 foi encontrada no indicador ‘Envergonhado’ e também maior desvio-padrão (1,95). A menor média foi conferida ao item ‘Humilhado’ (1,39), com menor desvio-padrão (1,39). Este último também apresentou maior valor assimétrico (4,48) e curva ascendente de curtose (20,71).

continuação

Dimensão	Indicadores	N	Média	Média geral	Desvio padrão	Assimetria	Curtose
VERGONHA	Envergonhado	495	1,89	1,6	1,95	2,47	5,51
	Humilhado	496	1,39		1,39	4,48	20,71
	Constrangido	497	1,72		1,68	2,90	8,41

continua

A média geral para a dimensão Raiva foi 1,6. Na escala Likert de 10 pontos, esse resultado indica que as emoções foram ‘nada’ intensas.

A **dimensão Medo** agrupou 4 indicadores. A média mais elevada 2,42 foi constatada no item ‘Medo’, com maior desvio-padrão (2,36). A média mais baixa 1,57 foi no item ‘Apavorado’, com menor desvio-padrão (1,52). Este último apresentou maior valor assimétrico (3,55) e maior variação de curtose (13,59).

continuação

Dimensão	Indicadores	N	Média	Média geral	Desvio padrão	Assimetria	Curtose
MEDO	Medo	494	2,42	1,88	2,36	1,71	1,97
	Temeroso	495	1,74		1,79	2,75	7,00
	Assustado	495	1,79		1,75	2,83	8,13
	Apavorado	493	1,57		1,52	3,55	13,59

continua

A média geral para a dimensão Medo foi 1,88. Esse resultado na escala Likert de 10 pontos utilizada, mostra que as emoções foram ‘nada’ intensas.

A **dimensão Desprezo** é formada por 5 emoções consideradas não altruístas. Para esta dimensão a média mais elevada 1,61 foi conferida ao indicador ‘Orgulhoso’, com maior desvio-padrão (1,62). Ao contrário, a média mais baixa 1,12 foi encontrada no item ‘Inveja’. Menor desvio-padrão foi observado no indicador

'Enciumado' (0,48). O item 'Inveja' apresentou maior variação assimétrica (8,11) e de curtose (83,30).

Dimensão	Indicadores	N	Média	Média geral	conclusão		
					Desvio padrão	Assimetria	Curtose
DESPREZO	Inveja	493	1,12	1,36	0,60	8,11	83,30
	Orgulhoso	495	1,61		1,62	3,09	9,16
	Enciumado	490	1,13		0,48	4,72	26,56
	Solitário	498	1,53		1,49	3,62	13,96
	Culpado	495	1,41		1,39	4,39	20,24

Fonte: da pesquisa, 2008.

A média geral desta dimensão foi 1,36. Na escala Likert de 10 pontos, esse valor indica que estas emoções foram 'nada' intensas. Entre as dimensões esse foi o menor resultado. A dimensão Aborrecimento apresentou a maior média. Esse resultado sugere que as emoções que integram essa dimensão foram mais intensas em relação às demais.

Durante a assistência médica as emoções que foram sentidas com mais intensidade foram Preocupação, Frustração, Vergonha, Medo e Orgulho. As emoções preocupação e frustração nos estudos de Leite e Arruda (2007) integram as emoções de baixo astral que está relacionada às experiências avaliadas como 'ruins'. Já as emoções vergonha e medo são consideradas emoções de estado de tensão ligadas ao estado de nervosismo, devido à exposição física e ao temor de possível existência de doenças.

A emoção negativa também tem um impacto sobre a atitude e intenção do usuário. Quanto à atitude o usuário fica propenso a uma avaliação desfavorável da assistência médica, pois se tornam menos tolerante às respostas negativas do serviço. Ficam mais sensíveis aos aspectos do ambiente (fila, climatização, sinalização), aos aspectos sociais e preço. Quanto ao comportamento futuro tendem ao distanciamento (MÜLLER, 2007).

Em geral, as emoções apresentaram baixa intensidade em todas as modalidades de atendimento. Leite e Arruda (2007) ao pesquisar os efeitos das emoções sobre a satisfação dos clientes em consultórios médicos também encontraram baixa pontuação quanto a intensidade das emoções sentidas na assistência, confirmando a dificuldade de avaliar o construto resposta emocional

positiva e negativa.

Com objetivo de analisar a avaliação das modalidades de atendimento em relação ao construto Resposta Emocional Negativa, compararam-se as médias e o desvio-padrão de cada grupo. E para verificar se existe diferença significativa no julgamento aplicou-se o Teste *One Way* ANOVA, como mostra a tabela 8.

A **dimensão Aborrecimento** apresentou média mais elevada no indicador 'Preocupado' (3,39), (3,10), (3,10) respectivamente no grupo SUS, Convênio e Particular. Este mesmo item representa o maior desvio-padrão (2,70) no grupo SUS e no grupo Particular (2,73). O grupo o Convênio atribuiu maior desvio-padrão ao item 'Tenso' (2,84).

A média mais baixa para os grupos SUS, Convênio e Particular foi respectivamente encontrada no indicador 'Infeliz' (1,50), (1,25), (1,11). Este item também indica o menor desvio padrão (1,36), (1,19), (0,41) respectivamente nos grupos SUS, Convênio e Particular.

TABELA 8 – MÉDIA E DESVIO PADRÃO DO CONSTRUTO RESPOSTA EMOCIONAL NEGATIVA PARA USUÁRIOS DOS SUS, CONVÊNIO E PARTICULAR

Dimensão	Indicadores	Média SUS N=251	Desvio padrão	Média convênio N=93	Desvio padrão	Média particular N=157	Desvio padrão	ANOVA	
								F	SIG
ABORRECIMENTO	Infeliz	1,50	1,36	1,25	1,19	1,11	0,41	6,13	0,002
	Descontente	2,18	1,98	1,51	1,57	1,46	1,33	10,44	0,000
	Triste	2,22	2,03	1,60	1,69	1,53	1,32	8,90	0,000
	Nervoso	2,95	2,60	2,00	2,05	2,03	2,13	9,65	0,000
	Preocupado	3,39	2,70	3,10	2,70	3,10	2,73	0,70	0,497
	Tenso	2,86	2,38	2,82	2,84	2,69	2,34	0,23	0,791
	Insatisfeito	2,67	2,48	1,53	1,59	1,64	1,64	16,43	0,000
	Deprimido	2,00	1,97	1,82	2,02	1,57	1,52	2,65	0,072

continua

Com relação às emoções que integram essa dimensão observou-se que nos indicadores Preocupado, Tenso e Deprimido não houve diferença significativa na média dos grupos. No entanto, naquelas que foram significativas o indicador Insatisfeito ($F=16,43$, $p<0,001$) apresentou maior diferença.

A **dimensão Raiva**, os grupos SUS e Particular atribuíram média mais elevada 2,26; 1,75; respectivamente ao indicador 'Frustrado', com maior desvio-

padrão (1,68) no grupo Particular. O grupo Convênio atribuiu maior média 1,57 ao indicador 'Irritado', que apresentou o maior desvio-padrão (2,37), (1,65) respectivamente nos grupos SUS e Particular.

A média mais baixa foi encontrada no indicador 'Raiva' (1,90), (1,32), (1,29) respectivamente nos grupos SUS, Convênio e Particular. Neste item observou-se também o menor desvio-padrão (1,25), (1,14) respectivamente nos grupos Convênio e Particular. O grupo SUS atribuiu ao item 'Furioso' menor desvio-padrão (2,13).

continuação

Dimensão	Indicadores	Média SUS N=251	Desvio padrão	Média convênio N=93	Desvio padrão	Média particular N=157	Desvio padrão	ANOVA	
								F	SIG
RAIVA	Com raiva	1,90	2,18	1,32	1,25	1,29	1,14	7,25	0,001
	Furioso	2,07	2,13	1,57	1,64	1,42	1,27	7,00	0,001
	Irritado	2,24	2,37	1,57	1,65	1,50	1,35	8,06	0,000
	Frustrado	2,26	2,19	1,44	1,29	1,75	1,68	7,53	0,001

continua

Todos os indicadores que integram a dimensão Raiva apresentaram diferença significativa nas médias dos grupos. Entretanto, maior diferença foi observada no indicador Irritado ($F=8,06$, $p<0,001$).

A **dimensão Vergonha** apresentou média mais elevada no indicador 'Envergonhado' (1,98), (1,76), (1,82) respectivamente nos grupos SUS, Convênio e Particular. Este item representa também o maior desvio-padrão (2,07), (1,73) e (1,86) para os três grupos respectivamente.

A média mais baixa é indicada pelo item 'Humilhado' (1,65), (1,30), (1,03) respectivamente nos grupos SUS, Convênio e Particular, com menor desvio padrão (1,79), (1,16), (0,18) respectivamente.

continuação

Dimensão	Indicadores	Média SUS N=251	Desvio padrão	Média convênio N=93	Desvio padrão	Média particular N=157	Desvio padrão	ANOVA	
								F	SIG
VERGONHA	Envergonhado	1,98	2,07	1,76	1,73	1,82	1,86	0,58	0,560
	Humilhado	1,65	1,79	1,30	1,16	1,03	0,18	10,15	0,000
	Constrangido	1,93	1,90	1,54	1,63	1,48	1,26	4,08	0,018

continua

O indicador Envergonhado apresentou diferença significativa no indicador Humilhado ($F=10,15$, $p<0,001$).

Para as modalidades de atendimento SUS, Convênio e Particular a dimensão Medo apresentou média mais elevada 2,60; 2,48; 2,14; respectivamente no indicador 'Medo'. Este item também indica o maior desvio-padrão (2,48), (2,14), (2,26) respectivamente para os três grupos.

A média mais baixa foi constatada no indicador 'Apavorado' (1,67), (1,45), (1,48) respectivamente nos grupos SUS, Convênio e Particular. O menor desvio-padrão (1,66), (1,42), (1,32) foi conferido a este item nos três grupos na respectiva ordem.

continuação

Dimensão	Indicadores	Média SUS N=251	Desvio padrão	Média convênio N=93	Desvio padrão	Média particular N=157	Desvio padrão	ANOVA	
								F	SIG
MEDO	Medo	2,60	2,48	2,18	2,14	2,28	2,26	1,44	0,239
	Temeroso	1,78	1,76	1,69	1,88	1,71	1,79	0,14	0,866
	Assustado	2,02	1,97	1,62	1,71	1,54	1,32	4,18	0,016
	Apavorado	1,67	1,66	1,45	1,42	1,48	1,32	1,02	0,362

continua

Na avaliação dos indicadores da dimensão Medo observou-se que apenas o item Assustado ($F=4,18$, $p<0,05$) apresentou diferença significativa entre os grupos.

A **dimensão Desprezo** teve a média mais elevada no indicador 'Solitário' (1,72) no grupo SUS, com maior desvio-padrão (1,63). Os grupos Convênio e Particular o item 'Orgulhoso' apresentou a média mais alta 1,56; 1,66; e o maior desvio-padrão (1,49) e (1,79) respectivamente.

A média mais baixa 1,13 para os grupos SUS e Convênio foi constatada no indicador 'Enciumado', este também indica o menor desvio-padrão (0,47), (0,54) para os dois grupos respectivamente. O grupo Particular atribuiu média mais elevada 1,06 ao item 'Inveja', com menor desvio-padrão (0,26).

conclusão

Dimensão	Indicadores	Média SUS N=251	Desvio padrão	Média convênio N=93	Desvio padrão	Média particular N=157	Desvio padrão	ANOVA	
								F	SIG
DESPREZO	Inveja	1,16	0,71	1,14	0,72	1,06	0,26	1,43	0,239
	Orgulhoso	1,59	1,55	1,56	1,49	1,66	1,79	0,13	0,875
	Enciumado	1,13	0,47	1,13	0,54	1,13	0,46	0,00	0,996
	Solitário	1,72	1,63	1,18	0,66	1,45	1,58	4,89	0,008
	Culpado	1,42	1,39	1,17	0,79	1,52	1,63	1,85	0,159

FONTE: da pesquisa, 2008.

Na dimensão Desprezo apenas o indicador Solitário apresentou diferença significativa entre os grupos ($F=4,89$, $p<0,05$).

Entre as modalidades de atendimento notou-se pequena variação na avaliação de intensidade das emoções negativas. As emoções de maior intensidade comum aos grupos foram preocupação e vergonha. Com relação à dimensão Raiva o grupo SUS e Particular afirmaram que sentiram frustração e os usuários de Convênio sentiram irritação. Na dimensão Desprezo os usuários do SUS elegeram como emoção mais intensa a solidão e os usuários dos grupos Convênio e Particular nomearam a emoção orgulho.

Construto – Satisfação Global

Esse construto apresentou maior média no indicador que avalia a Satisfação Global (7,99), e menor desvio padrão (1,83), o que indica que os usuários estão satisfeitos com a assistência recebida. O menor valor foi obtido no item que mede a Desconformidade Global (6,86), com o maior desvio padrão (2,23). Este índice, de modo geral, indica que a qualidade do serviço recebido esteve de acordo com o que era esperado, conforme pode ser observado na tabela 9.

TABELA 9 - MÉDIAS, DESVIO PADRÃO ASSIMETRIA E CURTOSE DO CONSTRUTO SATISFAÇÃO GLOBAL

Construto	Indicador	N	Média	Média geral	Desvio padrão	Assimetria	Curtose
Satisfação	(Satisfação com a assistência médica) Satisfação 04 (Satisfação Global)	501	7,99	7,46	1,83	-1,28	2,05
	(Avaliação da última assistência médica) Satisfação 06 (Desconformidade Global)	497	6,86		2,23	-0,54	-0,05
	(Avaliação da última assistência médica) Satisfação 08 (Distância do Ideal)	500	7,53		2,10	-1,24	1,55

FONTE: da pesquisa (2008).

A assimetria foi negativa para todos os itens; o maior valor foi atribuído à Satisfação Global (-1,28). Quanto à curtose, essa se apresentou negativa apenas para o segundo item. Distribuição com maior pico foi obtida no item Satisfação Global (2,05).

A média geral encontrada para o construto Satisfação Global foi 7,46; na escala, esse valor indica que os usuários estão satisfeitos com a assistência médica. Mas, se comparados com as expectativas os cuidados dispensados aos usuários não ultrapassaram a linha da previsibilidade, o que equivale a dizer que a relação

entre médico e paciente se apresenta até certo ponto vulnerável. O usuário pode trocar o serviço de acordo com sua conveniência.

Comparadas as médias das modalidades de atendimento, verificou-se que as maiores se concentraram nos grupos Convênio e Particular com valores de (8,18) e (8,66) respectivamente, conforme pode ser observado na tabela 10. Estes grupos estão satisfeitos com a assistência médica e consideram que o serviço está próximo do ideal, atribuindo valores de (8,27) e (8,22) respectivamente para esse indicador.

As menores médias para o construto Satisfação Global foram para a modalidade SUS. A maior média foi obtida no item que descreve a Satisfação Global (7,51) e a menor no item que mede a Desconformidade Global (6,09). Os usuários dessa modalidade, de acordo com as médias verificadas, estão satisfeitos com a assistência, e julgaram que ela ocorre dentro do esperado, ela não está nem longe nem perto do ideal, informando uma neutralidade na avaliação do serviço.

TABELA 10 – MÉDIA, DESVIO PADRÃO E ANOVA PARA O CONSTRUTO SATISFAÇÃO GLOBAL PARA OS USUÁRIOS DO SUS, CONVÊNIOS E PARTICULAR

Construto	Indicador	Média SUS N=251	Desvio padrão	Média convênio N=93	Desvio padrão	Média particular N=157	Desvio padrão	ANOVA	
								F	SIG
Satisfação – Comparação entre as Modalidades de Atendimento	(Satisfação com a assistência médica) Satisfação 04 (Satisfação Global)	7,51	1,98	8,18	1,68	8,66	1,39	21,54	0,000
	(Avaliação da última assistência médica) Satisfação 06 (Desconformidade Global)	6,09	2,32	7,63	1,93	7,61	1,79	33,21	0,000
	(Avaliação da última assistência médica) Satisfação 08 (Distância do Ideal)	6,83	2,27	8,27	1,39	8,22	1,77	31,52	0,000

FONTE: da pesquisa (2008).

Com relação ao desvio padrão o indicador Desconformidade Global obteve o maior valor em todas as modalidades (2,32); (1,93) e (1,79) respectivamente. O menor desvio padrão foi encontrado no item Satisfação Global, (1,98) e (1,39) respectivamente para o SUS e Particulares. Para a modalidade Convênio médico o item Distância do Ideal, (1,39) apresentou o menor desvio padrão. Há uma diferença significativa nas médias entre os grupos. A maior diferença pode ser observada no indicador 'Avaliação da assistência médica', que especifica a desconformidade

global.

A média para cada modalidade em ordem crescente foi 6,81 para SUS; 8,02 para Convênio e 8,16 para Particulares. Na escala esses valores indicam que os usuários das modalidades Convênio médico e Particular estão satisfeitos com a assistência médica. Já os usuários do SUS mostraram-se neutros quando julgaram a Satisfação Global, pois não estão nem satisfeitos nem insatisfeitos. Essa neutralidade na avaliação pode estar relacionada ao poder de escolha do usuário, uma vez que há bastante limitação nos serviços do SUS. Ou à capacidade crítica do usuário atrelada a suposta idéia de gratuidade do atendimento.

Comparando-se as médias das modalidades de atendimento percebe-se que há uma diferença significativa na avaliação dos indicadores por parte dos grupos. Entretanto, maior diferença pode ser observada no item que avalia a Desconformidade Global ($F=33,21$, $p<0,001$).

4.1.3 Avaliação do Montante e da Distribuição dos *Missing Values*

Os valores fora do conjunto de respostas possíveis e os casos ausentes são chamados de *missing values*. Estes ocorreram na escala de satisfação/insatisfação e na escala de resposta emocional. Apresentam-se, todavia, dentro dos parâmetros aceitos, pois a literatura, segundo Malhotra (2001), estabelece que, para cada variável, sejam aceitos entre 5% a 10% de *missing values*.

4.1.4 Normalidade, Linearidade e Colinearidade

Os testes de normalidade, linearidade colinearidade permitem analisar a distribuição, dispersão e a relação entre as variáveis. Servem como um aporte para decidir sobre a melhor forma de ‘trabalhar’ os dados.

a) Normalidade

A avaliação de normalidade demonstra a configuração da distribuição. É

considerada normal quando a frequência dos dados está distribuída no formato de um sino, ou de uma curva normal (MALHOTRA, 2001).

Para verificar este item, aplicou-se o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov (K-S), cujo valor-p (SIG) acima de 0,05 indica distribuição normal (MALHOTRA, 2001). O valor-p encontrado para as variáveis foi 0,000, resultando em distribuição não normal. A não normalidade dos dados pode ter sido influenciada pelo tamanho da amostra. Por essa razão, sugere-se a inspeção visual dos gráficos, o qual mostra a distribuição real.

Sendo assim, fez-se a análise do gráfico de probabilidade da normalidade – NORMAL Q-Q PLOT, que mostra o valor real de cada variável, por meio de círculos, comparando-se estas com o valor esperado representado por uma linha reta. O percurso dos círculos indica uma tendência de valores, sendo menores que o esperado nas pontas e maiores do que o esperado no meio. Este tipo de configuração sugere a não normalidade dos dados. Uma distribuição ideal seria uma linha de círculos serpenteando em torno da linha reta. O gráfico DETREND NORMAL Q-Q PLOT aponta os desvios reais em torno da linha reta, indicando se houve erro aleatório ou não. Numa situação de normalidade, espera-se que a posição dos círculos seja aleatória em relação à linha reta.

Os resultados apontam que os valores não estão dispostos de forma ideal, porém não chega a comprometer os dados da pesquisa. A demonstração gráfica para análise visual da normalidade do construto Satisfação Global está representada nas figuras 11, 12 e 13.

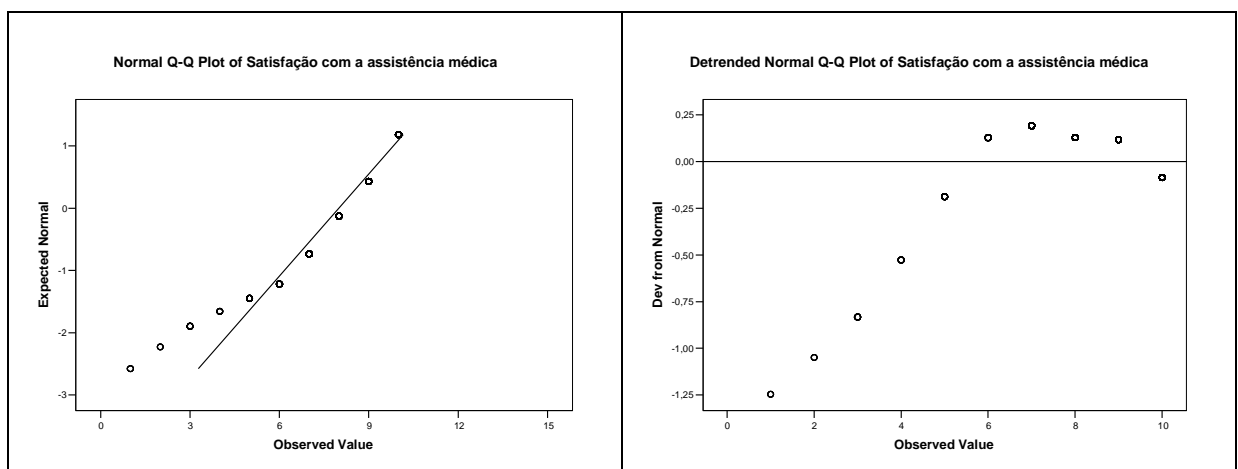


FIGURA 11 – GRÁFICO DE AVALIAÇÃO DE NORMALIDADE PARA A SATISFAÇÃO GLOBAL
 FONTE: Elaborado pela autora (2008).

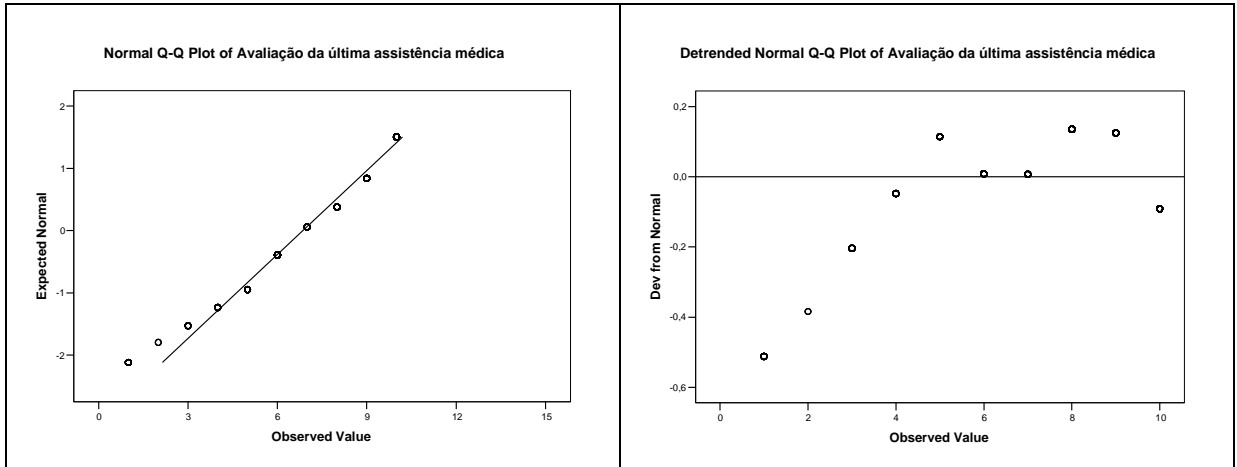


FIGURA 12 – GRÁFICO DE AVALIAÇÃO DE NORMALIDADE PARA DESCONFORMIDADE GLOBAL

FONTE: Elaborado pela autora (2008).

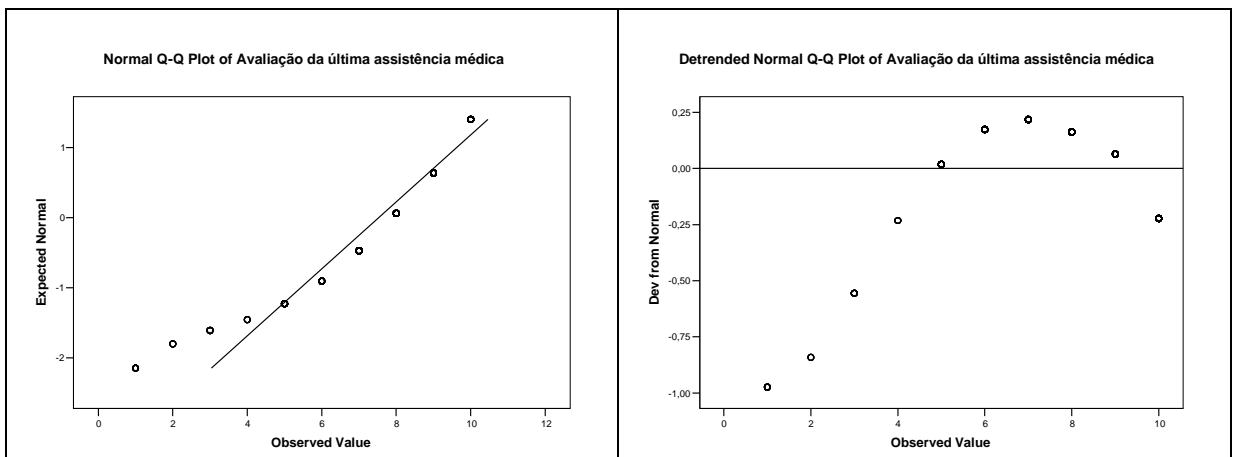


FIGURA 13 – GRÁFICO DE AVALIAÇÃO DE NORMALIDADE PARA DISTÂNCIA DO IDEAL

FONTE: Elaborado pela autora (2008).

O teste de normalidade K-S aplicado ao construto de Satisfação apresentou uma distribuição não normal para os três indicadores. No entanto, nos gráficos NORMAIS Q-Q PLOT e DETREND Q-Q PLOT, é possível visualizar uma proximidade dos valores na linha que expressa a situação de normalidade permitindo, dessa forma, considerar a normalidade desta variável. No trabalho de Prado (2004) pode ser observada situação semelhante a esta.

Essa consideração é perfeitamente plausível, visto que as escalas utilizadas para mensurar as variáveis possuíam apenas 10 pontos. Isso significa que existem muito mais casos nos extremos das escalas e não é possível avaliar todos.

b) Linearidade

Recomenda-se que a relação entre as variáveis seja linear, podendo esta

ser observada no gráfico de dispersão, que mostra o formato do agrupamento das respostas. Quanto maior aleatoriedade dos pontos, maior é a dispersão e, portanto, menor a concentração em torno da linha central, situação que caracteriza uma configuração não linear.

A inspeção do gráfico de dispersão faz parte do processo de preparação dos dados, sendo possível analisar se por meio deles existem elementos que possam interferir na hora de testar o modelo, com o auxílio da equação estrutural. Os resultados evidenciam ligeira dispersão, mas ainda dentro dos limites aceitáveis.

c) Colinearidade

A colinearidade refere-se à associação entre pares de variáveis, para verificar se estão relacionadas e para medir o nível de relacionamento existente (MATTAR, 2007). Para analisar essas relações aplicou-se o teste de Correlação, também conhecido como Coeficiente de Correlação, como o Momento-Produto de Pearson, ou, simplesmente, Coeficiente de Correlação de Pearson (MALHOTRA, 2001).

Esta técnica de análise estatística fornece uma síntese numérica da direção e intensidade da relação linear entre duas variáveis. O Coeficiente de Correlação de Pearson nota-se por (r) e pode variar de -1 e +1, sendo que -1 significa que há total correlação negativa, +1 total correlação positiva, e 0 a inexistência de correlação ou não existência de uma relação linear entre as variáveis (MATTAR, 2007). O sinal indica o sentido da correlação, se positiva (uma variável cresce e outra também cresce) se negativa (uma variável cresce enquanto a outra decresce).

O coeficiente de correlação é uma medida do grau de associação entre a variável. Por exemplo, $r = 0,877$, significa que há uma correlação linear positiva de 0,877 ou 87,7% entre o par de variáveis, mas não se pode inferir a existência de uma relação de causa e efeito, ou seja, que uma variável causa a outra (MATTAR, 2007).

Os resultados apontam que existe uma correlação positiva entre as variáveis com nível de significância estatística a 0,01 para os construtos Satisfação e Insatisfação com os atributos e Satisfação Global. A variável Satisfação Global apresentou boa convergência, correlações maiores que 0,50.

Para o construto Resposta Emocional, o teste de correlação mostrou-se com

nível de significância variável. Alguns itens não apresentaram relação de proximidade. Nenhum caso de sobreposição de indicadores foi observado. Resultado similar foi encontrado no trabalho de Prado (2004).

4.2 MODELO DE MENSURAÇÃO

Modelagem de Equações Estruturais (SEM) é uma técnica multivariada, também conhecida como análise de estrutura de covariância, análise de variável latente, análise confirmatória, ou análise LISREL; possui duas características marcantes (1) estimação de múltiplas relações de dependência e (2) habilidade para representar conceitos não observados nessas relações. Essa técnica tem a vantagem de acomodar múltiplas variáveis no intuito de compreender relações mais complexas, não admissíveis em outros métodos. (HAIR JR et al., 2005).

Com a SEM é possível estabelecer relações causais num conjunto de variáveis, sustentado pela teoria escolhida. Essas relações são expostas na forma de diagrama, que resume um conjunto de hipóteses propondo um modelo. (FARIAS; SANTOS, 2000).

Hair Jr. et al. (2005) argumentam que no diagrama as variáveis devem ser identificadas em termos de construto para então serem buscados os indicadores que irão mensurá-los. Os construtos recebem o nome de exógenos e endógenos. Cada construto endógeno é considerado como uma variável dependente nas equações estruturais.

4.2.1 Desenvolvimento do Modelo de Mensuração

A mensuração do modelo requer a preparação dos dados com o uso de duas técnicas de análise, Análise Fatorial Exploratória (EFA) e Análise Fatorial Confirmatória (CFA), aplicada respectivamente nessa ordem. A primeira tem a função de agrupar as variáveis que apresentam forte interrelação e a segunda de

examinar a validade convergente e discriminante dos construtos. Trata-se de uma técnica muito utilizada quando se quer confirmar hipóteses. Essa mesma sequência está ressaltada no trabalho de Prado (2004).

A análise fatorial é uma técnica estatística multivariada que visa reduzir e sumarizar os dados, representando-os em fatores que explicam as correlações entre as variáveis (MALHOTRA, 2001).

Seu principal objetivo é formar uma matriz de dados e definir um conjunto de dimensões latentes chamadas de fatores (dimensões). A análise fatorial permite identificar as dimensões separadas da estrutura e determinar o grau em que cada variável é explicada por cada dimensão. Em seguida, é possível reduzi-las em um número menor de conceitos, formando dimensões latentes (HAIR JR. et al., 2005).

4.2.1.1 Avaliação da dimensionalidade e da consistência interna

Para mensurar os construtos utilizaram-se escalas com vários elementos. Para os construtos satisfação e insatisfação com atributos da assistência médica a escala contém 35 itens e para a resposta emocional positiva/negativa 49 itens. Sendo assim, o método de EFA é recomendável, pois auxilia na identificação das dimensões relevantes para o estudo tornando o processo gerenciável.

A consistência interna de cada dimensão foi medida por meio do coeficiente Alfa de Cronbach, cujo valor ideal deve ser superior a 0,7 (MALHOTRA, 2001).

a) Satisfação com os atributos específicos da assistência médica

O construto Satisfação com os atributos, após a Análise Fatorial Exploratória (AFE), obteve pelo teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), valor de 0,966. Este índice demonstra que a amostra é adequada, já que a literatura considera aceitáveis valores acima de 0,5 (MALHOTRA, 2001). A variância explicada foi de 69,21%. Esta porcentagem informa o quanto o construto explica o modelo. Nos *loadings* (carregamentos) obtidos não foi descartado nenhum indicador. A confiabilidade de cada dimensão pode ser verificada pelo Alpha de Cronbach que descreve o melhor resultado encontrado. Como todos os dados possuem valores aceitáveis e

adequados, todos os itens foram mantidos e agrupados em cinco dimensões: (1) Diagnóstico, (2) Interações de Auxiliares, (3) Responsabilidade Profissional, (4) Comodidade e (5) Profissionalismo.

A tabela 11 retrata a variância explicada para todos os fatores, sendo a primeira dimensão chamada de 'Diagnóstico'. Essa dimensão é composta por 19 indicadores e relaciona os itens que descrevem a realização do diagnóstico do problema de saúde. Por exemplo, o item Examinação cuidadosa antes do diagnóstico e da interação do médico com o usuário retrata-se no item Interesse do médico pelo paciente.

A **dimensão Diagnóstico** apresentou variância extraída de 31,53%, com alfa de 0,972. Esses valores são considerados satisfatórios, segundo Malhotra (2001).

TABELA 11 – ANÁLISE FATORIAL EXPLORATÓRIA E TESTE DE CONFIABILIDADE PARA O CONSTRUTO SATISFAÇÃO COM OS ATRIBUTOS DA ASSISTÊNCIA MÉDICA

Dimensão	Indicadores	Carregamento	Teste KMO	Variância explicada	Alfa de Cronbach
DIAGNÓSTICO	(Atenção dada ao paciente pelo médico) Satisfação 5.23	0,796	0,966	31,53%	0,972
	(Explicação completa sobre os motivos do exame) Satisfação 5.30	0,789			
	(Pedido de exames necessários) Satisfação 5.22	0,748			
	(Atendimento minucioso ao paciente) Satisfação 5.5	0,738			
	(Qualificação profissional do médico) Satisfação 5.24	0,736			
	(Decisões cabíveis a respeito da saúde do paciente) Satisfação 5.4	0,735			
	(Explicação da patologia) Satisfação 35	0,733			
	(Explicação sobre o que o paciente deve fazer) Satisfação 5.8	0,720			
	(Examinação cuidadosa antes do diagnóstico) Satisfação 5.13	0,712			
	(Clareza das informações dadas pelo médico) Satisfação 5.17	0,705			
	(Atualização do médico) Satisfação 5.29	0,701			
	(Disponibilidade para ouvir o que o paciente tem a dizer) Satisfação 5.1	0,694			
	(Confiabilidade ao médico) Satisfação 5.15	0,690			
	(Interesse do médico pelo paciente) Satisfação 5.19	0,673			
	(Tempo dedicado ao atendimento) Satisfação 5.34	0,671			
	(Prescrição de remédios necessários) Satisfação 5.25	0,670			
	(Informação do médico sobre a saúde do paciente) Satisfação 5.3	0,665			
	(Informação sobre as diferentes formas de tratamento) Satisfação 5.21	0,652			
(Respeito do médico pelo paciente) Satisfação 5.27	0,615				

continua

A segunda **dimensão** descreve a **Interação de Auxiliares**; também agrupa os elementos relacionados à interação da equipe de apoio formada pelas recepcionistas e ou enfermeiras. Na relação com o usuário destacam-se o

profissionalismo, a cortesia e o interesse desses profissionais no atendimento ao usuário. A dimensão 'Interações de Auxiliares' reúne 06 indicadores, com variância de 15,90% e Alfa de Cronbach de 0,940.

continuação					
Dimensão	Indicadores	Carregamento	Teste KMO	Variância explicada	Alfa de Cronbach
INTERAÇÕES DE AUXILIARES	(Profissionalismo da recepcionista) Satisfação 5.16	0,833	0,966	15,90%	0,940
	(Cortesia da recepcionista) Satisfação 5.14	0,829			
	(Interesse da recepcionista direcionado às necessidades do paciente) Satisfação 5.20	0,820			
	(Flexibilidade da recepcionista para lidar com suas necessidades) Satisfação 5.28	0,799			
	(Interesse da recepcionista pelo paciente) Satisfação 5.12	0,766			
	(Conhecimento dos pacientes em sua individualidade pela recepcionista) Satisfação 5.33	0,693			

continua

A terceira **dimensão** denominada **Responsabilidade Profissional**, formada por três indicadores, retrata a responsabilidade do médico pelo tratamento da saúde do usuário. Essa dimensão apresentou variância explicada de 8,88% e alfa no valor de 0,833.

continuação					
Dimensão	Indicadores	Carregamento	Teste KMO	Variância explicada	Alfa de Cronbach
RESPONSABILIDADE PROFISSIONAL	(Riscos desnecessários no tratamento do paciente) Satisfação 5.31	0,707	0,96	8,88%	0,833
	(Atendimento a funcionário na presença do paciente durante a consulta) Satisfação 5.26	0,643			
	(Conhecimento de erros médicos sobre saúde do paciente) Satisfação 5.32	0,629			

continua

A quarta **dimensão** denominada **Comodidade** contempla 4 indicadores que descrevem aspectos como facilidade para marcar consulta, localização do consultório e utilização de recursos tecnológicos da área médica. Os resultados apontam variância explicada de 6,20% e alfa de 0,731.

continuação

Dimensão	Indicadores	Carregamento	Teste KMO	Variância explicada	Alfa de Cronbach
COMODIDADE	(Agendamento da consulta) Satisfação 5.7	0,630	0,966	6,20%	0,731
	(Explicação sobre exames por terceiros recepcionista/enfermeira) Satisfação 5.6	0,519			
	(Utilização de recursos avançados da medicina) Satisfação 5.2	0,506			
	(Localização do consultório médico) Satisfação 5.9	0,432			

continua

A **dimensão Profissionalismo** composta por três indicadores destaca o interesse e a pontualidade do médico ao prestar a assistência ao usuário. A variância explicada para essa dimensão foi de 6,20% com alfa de 0,779. Esses valores também são satisfatórios, segundo Malhotra (2001).

conclusão

Dimensão	Indicadores	Carregamento	Teste KMO	Variância explicada	Alfa de Cronbach
PROFISSIONALISMO	(Pontualidade do médico no atendimento) Satisfação 5.10	0,767	0,966	6,20%	0,779
	(Horário de atendimento do médico em consonância com as necessidades do paciente) Satisfação 5.18	0,510			
	(Interesse do médico em vantagens financeiras) Satisfação 5.11	0,423			

FONTE: da pesquisa (2008).

Método de extração utilizado: Análise do Componente Principal.

*As cinco dimensões possuem Eigenvalues > 1.

Os maiores *loadings* (carregamentos) de cada dimensão foram 'Atenção dada ao paciente pelo médico', 'Profissionalismo da recepcionista', 'Riscos desnecessários no tratamento do paciente', 'Agendamento da consulta' e 'Pontualidade do médico no atendimento'.

b) Insatisfação com os atributos específicos da assistência médica

O construto Insatisfação com os atributos, após a Análise Fatorial Exploratória (AFE) obteve no teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), 0,963. Este valor está dentro dos parâmetros adequados (MALHOTRA, 2001). A variância explicada foi de

64,97%, valor que indica o quanto o construto explica o modelo. Todos os *loadings* apresentaram valores adequados, não sendo necessário retirar nenhum item. A confiabilidade de cada dimensão foi verificada pelo Alpha de Cronbach, que descreve o melhor resultado encontrado. Os indicadores foram agrupados em 4 dimensões: (1) Diagnóstico, (2) Interações de Auxiliares, (3) Interação do Médico, (4) Confortabilidade. A variância explicada para todos os fatores está demonstrada na tabela 12.

A **dimensão Diagnóstico** é constituída por 17 indicadores, que destacam aspectos relacionados ao diagnóstico da doença como tempo da consulta, pedidos de exame, prescrição de remédios, atenção e respeito do médico durante a consulta, bem como a qualificação e atualização desse profissional para a assistência. A variância explicada para a dimensão foi de 28,67%, Alfa de Cronbach de 0,965.

TABELA 12 – ANÁLISE FATORIAL EXPLORATÓRIA E TESTE DE CONFIABILIDADE PARA O CONSTRUTO INSATISFAÇÃO COM OS ATRIBUTOS DA ASSISTÊNCIA MÉDICA

Dimensão	Indicadores	Carregamento	Teste KMO	Variância explicada	Alfa de Cronbach
DIAGNÓSTICO	(Explicação completa sobre os motivos do exame) Insatisfação 5.30	0,767	0,963	28,67%	0,965
	(Atualização do médico) Insatisfação 5.29	0,742			
	(Conhecimento de erros médicos sobre saúde do paciente) Insatisfação 5.32	0,736			
	(Prescrição de remédios necessários) Insatisfação 5.25	0,726			
	(Qualificação profissional do médico) Insatisfação 5.24	0,725			
	(Explicação da patologia) Insatisfação 5.35	0,707			
	(Atenção dada ao paciente pelo médico) Insatisfação 5.23	0,706			
	(Respeito do médico pelo paciente) Insatisfação 5.27	0,703			
	(Interesse do médico pelo paciente) Insatisfação 5.19	0,679			
	(Informação sobre as diferentes formas de tratamento) Insatisfação 5.21	0,669			
	(Riscos desnecessários no tratamento do paciente) Insatisfação 5.31	0,668			
	(Tempo dedicado ao atendimento) Insatisfação 5.34	0,648			
	(Clareza das informações dadas pelo médico) Insatisfação 5.17	0,615			
	(Confiabilidade ao médico) Insatisfação 5.15	0,613			
	(Pedido de exames necessários) Insatisfação 5.22	0,595			
	(Explicação sobre o que o paciente deve fazer) Insatisfação 5.8	0,571			
(Examinação cuidadosa antes do diagnóstico) Insatisfação 5.13	0,519				

continua

A segunda **dimensão** denominada **Interações de Auxiliares** reúne 07 indicadores que evidenciam o interesse, a cortesia e a flexibilidade da equipe de apoio em lidar com as necessidades do usuário. Essa dimensão apresentou variância explicada de 15,40% e alfa de 0,905.

continuação

Dimensão	Indicadores	Carregamento	Teste KMO	Variância explicada	Alfa de Cronbach
INTERAÇÕES DE AUXILIARES	(Cortesia da recepcionista) Insatisfação 5.14	0,806	0,963	15,40%	0,905
	(Interesse da recepcionista pelo paciente) Insatisfação 5.12	0,804			
	(Interesse da recepcionista direcionado às necessidades do paciente) Insatisfação 5.20	0,782			
	(Profissionalismo da recepcionista) Insatisfação 5.16	0,770			
	(Flexibilidade da recepcionista para lidar com suas necessidades) Insatisfação 5.28	0,767			
	(Conhecimento dos pacientes em sua individualidade pela recepcionista) Insatisfação 5.33	0,598			
	(Atendimento a funcionário na presença do paciente durante a consulta) Insatisfação 5.26	0,514			

continua

A terceira **dimensão** denominada de **Interações do Médico** contempla 07 indicadores que versam sobre a interação do médico com o usuário durante a assistência. Refere-se à disponibilidade do médico em ouvir o paciente, em tomar decisões sobre a saúde do paciente, em agendar consulta e em dar informação sobre a saúde do paciente. Para esta dimensão a variância explicada foi de 14,27% e Alfa de Cronbach de 0,873.

continuação

Dimensão	Indicadores	Carregamento	Teste KMO	Variância explicada	Alfa de Cronbach
INTERAÇÕES DO MÉDICO	(Disponibilidade para ouvir o que o paciente tem a dizer) Insatisfação 5.1	0,695	0,963	14,27%	0,873
	(Atendimento minucioso ao paciente) Insatisfação 5.5	0,694			
	(Informação do médico sobre a saúde do paciente) Insatisfação 5.3	0,659			
	(Utilização de recursos avançados da medicina) Insatisfação 5.2	0,603			
	(Decisões cabíveis a respeito da saúde do paciente) Insatisfação 5.4	0,602			
	(Agendamento da consulta) Insatisfação 5.7	0,550			
	(Explicação sobre exames por terceiros) Insatisfação 5.6	0,424			

continua

A quarta **dimensão Comodidade** é composta por 04 indicadores os quais relatam aspectos que trazem comodidade ao usuário, como pontualidade do médico, localização do consultório, horário direcionado às necessidades do usuário. Essa dimensão apresentou variância explicada de 6,61% e alfa de 0,707.

Dimensão	Indicadores	Carregamento	Teste KMO	Variância explicada	conclusão
					Alfa de Cronbach
COMODIDADE	(Pontualidade do médico no atendimento) Insatisfação 5.10	0,812	0,963	6,61%	0,707
	(Interesse do médico em vantagens financeiras) Insatisfação 5.11	0,526			
	(Horário de atendimento do médico em consonância com as necessidades do paciente) Insatisfação 5.18	0,480			
	(Localização do consultório médico) Insatisfação 5.9	0,342			

FONTE: da pesquisa (2008).

Método de extração utilizado: Análise do Componente Principal

*As quatro dimensões possuem Eigenvalues > 1.

Os *loadings* com maior valor em cada dimensão são respectivamente 'Explicação completa sobre os motivos do exame'; 'Cortesia da recepcionista'; 'Disponibilidade para ouvir o que o paciente tem a dizer'; 'Pontualidade do médico no atendimento'.

A Análise Fatorial Exploratória dos construtos assinala diferença no agrupamento das variáveis latentes. A variável Satisfação com os atributos é composta por 5 dimensões e a variável Insatisfação com os atributos é constituída por 4 dimensões.

No construto satisfação, a dimensão Diagnóstico contém, além de indicadores do diagnóstico, elementos que avaliam o relacionamento interpessoal do médico. No construto insatisfação essa dimensão sofreu alterações alguns itens que avaliam o aspecto relacional foram agrupados em outra dimensão denominada Interações do Médico, a qual, por sua vez, também agregou itens que estavam na dimensão Comodidade no construto satisfação com os atributos.

Os indicadores da dimensão Responsabilidade Profissional foram desmembrados, passando a integrar as dimensões Diagnóstico e Interações de Auxiliares no construto insatisfação com os atributos da assistência médica. Os itens

da dimensão Profissionalismo estão representados na dimensão Comodidade do construto insatisfação. Portanto, não houve perda de indicadores na avaliação de insatisfação, mas sim um novo arranjo dos mesmos.

Essa diferença na avaliação para cada construto ocorreu devido ao aspecto motivacional, no qual a avaliação psicológica tem um grande peso, embora se utilizem os mesmos indicadores no julgamento (MADDOX, 1981). A satisfação, segundo Prado (1995, 2004), está relacionada ao estado psicológico do consumidor. Portanto é esperado que o julgamento do usuário esteja sob o efeito da apreciação psicológica deste quando foi realizada a avaliação de satisfação e insatisfação com os atributos da assistência médica.

Para Oliver (1993) a avaliação de satisfação é parcialmente cognitiva e envolve também uma avaliação psicológica. O julgamento de satisfação na experiência de consumo para Mano e Oliver (1993) abarca uma avaliação hedônica e uma utilitária, as quais estão respectivamente correlacionadas à satisfação e insatisfação com os atributos do serviço.

c) Resposta Emocional Positiva

O construto Resposta Emocional Positiva, após a realização da Análise Fatorial Exploratória (AFE), obteve, no teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), valor de 0,888, considerado aceitável, como já descrito anteriormente. A variância explicada foi de 51,4%, como destaca a tabela 13. Os *loadings* para todos os itens foram considerados satisfatórios com exceção do item 'Satisfeito' que apresentou um valor abaixo do padrão aceitável. O construto apresenta um conjunto de variáveis agrupadas em três dimensões: (1) Alegria, (2) Encantamento e (3) Romantismo.

A **dimensão Alegria** contempla 10 indicadores que versam sobre emoções como feliz, contente, calma, amor, tranquilidade. A variância explicada para essa dimensão foi de 21,37% com Alfa de Cronbach de 0,873.

TABELA 13 – ANÁLISE FATORIAL EXPLORATÓRIA E CONFIBILIDADE DO CONSTRUTO RESPOSTA EMOCIONAL POSITIVA

Dimensão	Indicadores	Carregamento	Teste KMO	Variância explicada	Alfa de Cronbach
ALEGRIA	(Alegre) Emoção pos 7.39	0,789	0,888	21,37%	0,873
	(Feliz) Emoção pos 7.37	0,769			
	(Contente) Emoção pos 7.46	0,736			
	(Calm) Emoção pos 7.5	0,694			
	(Otimista) Emoção pos 7.45	0,682			
	(Tranquilo) Emoção pos 7.27	0,620			
	(Aliviado) Emoção pos 7.8	0,606			
	(Amado) Emoção pos 7.2	0,567			
	(Afeiçoado) Emoção pos 7.4	0,502			
	(Empolgado) Emoção pos 7.29	0,423			

continua

A segunda **dimensão** denominada **Encantamento** reúne 08 indicadores que retratam emoções como admiração, vibração e surpresa. Essa dimensão apresentou variância explicada de 17,33% e Alfa de Cronbach de 0,795.

Dimensão	Indicadores	Carregamento	Teste KMO	Variância explicada	Alfa de Cronbach
ENCANTAMENTO	(Admirado) Emoção pos 7.12	0,745	0,888	17,33%	0,795
	(Orgulhoso) Emoção pos 7.18	0,635			
	(Encantado) Emoção pos 7.16	0,630			
	(Surpreso) Emoção pos 7.10	0,611			
	(Comovido) Emoção pos 7.7	0,565			
	(Entusiasmado) Emoção pos 7.23	0,544			
	(Corajoso) Emoção pos 7.21	0,544			
	(Vibrante) Emoção pos 7.48	0,509			

continua

A **dimensão Romantismo** é composta de 03 indicadores que evidenciam emoções como romantismo, paixão e sensualidade. Os resultados

indicam, para essa dimensão, variância explicada de 12,70% e Alfa de Cronbach de 0,833.

Dimensão	Indicadores	Carregamento	Teste KMO	Variância explicada	conclusão
					Alfa de Cronbach
ROMANTISMO	(Romântico) Emoção pos 7.38	0,854	0,888	12,70%	0,833
	(Apaixonado) Emoção pos 7.41	0,840			
	(Sensual) Emoção pos 7.36	0,785			

FONTE: da pesquisa (2008).

Método de extração utilizado: Análise do Componente Principal

*As três dimensões possuem Eigenvalues > 1.

A confiabilidade das dimensões foi medida pelo coeficiente Alfa, que apresentou resultado satisfatório, segundo Malhotra (2001). O indicador 'Satisfação' foi retirado para não comprometer o valor de Alfa. Os maiores *loadings* de cada dimensão foram respectivamente 'Alegre', 'Admirado' e 'Romântico'.

d) Resposta Emocional Negativa

O construto Resposta Emocional Negativa, após a AFE, conseguiu um valor satisfatório no teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) 0,917, e apresenta uma variância explicada de 48,75%. Esses valores são considerados aceitáveis, segundo Malhotra (2001). Os *loadings* apresentaram valores adequados mantendo os indicadores originais, exceto o item 'Constrangimento' que apresentou um resultado muito baixo. Sendo assim, o construto é explicado por três dimensões: (1) Descontentamento, (2) Preocupação, (3) Solidão, conforme descreve a tabela 14.

A **dimensão Descontentamento** contempla 11 indicadores, que retratam emoções negativas como irritação, frustração, nervosismo e tristeza. Os resultados apontam para essa dimensão uma variância explicada de 22,74% e Alfa de Cronbach de 0,901.

TABELA 14 – ANÁLISE FATORIAL EXPLORÁTÓRIA E CONFIABILIDADE DO CONSTRUTO RESPOSTA EMOCIONAL NEGATIVA

Dimensão	Indicadores	Carregamento	Teste KMO	Variância explicada	Alfa de Cronbach
DESCONTENTAMENTO	(Insatisfeito) Emoção negativa 7.6	0,780	0,917	22,74%	0,901
	(Furioso) Emoção negativa 7.3	0,755			
	(Irritado) Emoção negativa 7.9	0,746			
	(Com Raiva) Emoção negativa 7.47	0,735			
	(Descontente) Emoção negativa 7.40	0,710			
	(Frustrado) Emoção negativa 7.1	0,672			
	(Humilhado) Emoção negativa 7.44	0,653			
	(Nervoso) Emoção negativa 7.11	0,583			
	(Assustado) Emoção negativa 7.17	0,572			
	(Infeliz) Emoção negativa 7.31	0,570			
	(Triste) Emoção negativa 7.28	0,541			

continua

A **dimensão Preocupação** é composta por 09 indicadores que expressam emoções como ansiedade, medo, tensão e depressão. A variância extraída para essa dimensão foi 15,82% e Alfa de Cronbach de 0,795.

continuação

Dimensão	Indicadores	Carregamento	Teste KMO	Variância explicada	Alfa de Cronbach
PREOCUPAÇÃO	(Ansioso) Emoção negativa 7.34	0,709	0,917	15,82%	0,795
	(Preocupado) Emoção negativa 7.13	0,634			
	(Medo) Emoção negativa 7.49	0,612			
	(Esperançoso) Emoção negativa 7.43	0,608			
	(Tenso) Emoção negativa 7.20	0,577			
	(Envergonhado) Emoção negativa 7.42	0,554			
	(Temeroso) Emoção negativa 7.15	0,503			
	(Deprimido) Emoção negativa 7.22	0,428			

continua

A **dimensão Solidão** agrupa 07 indicadores que relatam emoções como ciúme, pavor, culpa e solidão. Os resultados para essa dimensão indicam uma variância explicada de 10,19% e Alfa de Cronbach de 0,729.

Dimensão	Indicadores	Carregamento	Teste KMO	Variância explicada	Alfa de Cronbach
SOLIDÃO	(Enciumado) Emoção negativa 7.35	0,712	0,917	10,19%	0,729
	(Solitário) Emoção negativa 7.24	0,619			
	(Inveja) Emoção negativa 7.30	0,599			
	(Apavorado) Emoção negativa 7.32	0,444			
	(Espantado) Emoção negativa 7.25	0,433			
	(Culpado) Emoção negativa 7.26	0,425			
	(Saudade) Emoção negativa 7.33	0,409			

FONTE: da pesquisa (2008).

Método de extração utilizado: Análise do Componente Principal.

*As três dimensões possuem Eigenvalues > 1.

Os valores de confiabilidade de todos os fatores são satisfatórios, como afirma Malhotra (2001). Os “carregamentos com maior valor são respectivamente ‘Insatisfeito’, ‘Ansioso’ e ‘Enciumado’”.

e) Construto - Satisfação Global

O construto Satisfação Global foi avaliado de forma unidimensional por 3 indicadores, conforme proposto por Fornell (1992) e Prado (2004). É formado pela Satisfação Global com carregamento de 0,827, Desconformidade Global 0,886 e Distância do Ideal 0,890 que apresentou o maior carregamento como mostra a tabela 15.

TABELA 15 – ANÁLISE FATORIAL EXPLORATÓRIA E TESTE DE CONFIABILIDADE PARA O CONSTRUTO SATISFAÇÃO GLOBAL

Indicadores	Carregamento	Teste KMO	Variância explicada	Alfa de Cronbach
(Satisfação com a assistência médica) Satisfação 04 (Satisfação Global)	0,827	0,709	75,39%	0,835
(Avaliação da última assistência médica) Satisfação 06 (Desconformidade Global)	0,886			
(Avaliação da última assistência médica) Satisfação_08 (Distância do Ideal)	0,890			

FONTE: da pesquisa (2008).

Método de extração utilizado: Análise do Componente Principal.

Este construto obteve 0,709 no teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), variância explicada de 75,39% e apresentou alfa de 0,835. Todos os índices são satisfatórios com consistência das informações explanadas.

Após a descrição dos resultados da análise fatorial exploratória fez-se uma comparação entre os resultados e o modelo teórico proposto. Uma síntese do que era esperado na avaliação da mensuração dos construtos em comparação com as escalas originais é apresentada no quadro 5, a seguir.

QUADRO 5 – RESUMO COMPARATIVO DA ANÁLISE FATORIAL EXPLORATÓRIA E DO TESTE DE CONFIABILIDADE ENTRE O MODELO TEÓRICO PROPOSTO E OS RESULTADOS ENCONTRADOS

Construto	Modelo Teórico Proposto	Resultado Encontrado
Satisfação com os atributos	5 Dimensões 38 indicadores (foram testados 35) Escala Likert de 10 pontos (URDAN, 2001)	Confirmada a multidimensionalidade da variável, com 5 dimensões agrupadas de modo distinto do modelo original. As dimensões apresentam Alfa de Cronbach com os seguintes valores: (1) = 0,972 (2) = 0,940 (3) = 0,833 (4) = 0,731 (5) = 0,779
Insatisfação com os atributos	5 Dimensões 38 indicadores (foram testados 35) Escala Likert de 10 pontos (URDAN, 2001)	Confirmada a multidimensionalidade da variável, porém com 4 dimensões agrupadas diferentemente do modelo original. Obtendo Alfa de Cronbach com os seguintes valores: (1) = 0,965 (2) = 0,905 (3) = 0,873 (4) = 0,707

continua

conclusão

Resposta emocional positiva e negativa	17 Dimensões 47 indicadores (acrescentou-se dois itens, totalizando 49 itens testados) Escala Likert de 10 pontos (LOBATO; BORGES; NIQUE, 2003)	Confirmado a multidimensionalidade da variável, porém com três dimensões agrupadas diferentemente do modelo original, tanto para Resposta Emocional Positiva quanto para a Negativa. Para o construto Resposta Emocional Positiva obtiveram-se os seguintes Alfas: (1) = 0,873 (2) = 0,795 (3) = 0,833 No construto Resposta Emocional Negativa os valores de Alfa encontrados foram: (1) = 0,901 (2) = 0,795 (3) = 0,729
Satisfação global	1 Dimensão 3 indicadores Escala Likert de 10 pontos (FORNELL, 1992; PRADO, 2004)	Confirmada a unidimensionalidade da variável com Alfa de 0,835

FONTE: Elaborado pela autora (2008).

Na mensuração dos construtos Satisfação e Insatisfação com os atributos do serviço, a escala utilizada foi previamente filtrada na etapa de validação do conteúdo (pré-teste). Na ocasião foram retirados três indicadores por estarem de alguma forma contemplados nos demais itens. A versão final do instrumento continha 35 indicadores agrupados em 5 dimensões, descritas, na escala original, como Fator (1) Interações do Médico e Diagnóstico; Fator (2) Competência Profissional; Fator (3) Interações de Auxiliares; Fator (4) Comodidade de Horários e Localização e Fator (5) Profissionalismo e Responsabilidade Profissional.

Os resultados da AFE confirmaram a multidimensionalidade das variáveis, ratificando todas as dimensões para o construto Satisfação com os atributos, mas não da forma como foi proposta pela escala original. Para a variável Insatisfação com os atributos, também foram confirmados todos os indicadores agrupados em 4 dimensões, porém não com o mesmo formato da proposta inicial. Todas as variáveis latentes apresentaram índices de confiabilidade acima do esperado.

Para mensurar a variável Resposta Emocional Positiva e Negativa aplicou-se a escala '*Consumption Emotions Set*' (CES) com 47 descritores. Foram acrescentados dois indicadores 'Medo' e 'Raiva', porque são conceitos comumente utilizados para expressar emoções negativas. Também porque, segundo Menon e Dubé (1999), as pessoas possuem *scriptes* muito diferentes, ou seja, cada um tem

um jeito muito particular de vivenciar as experiências.

Portanto, a escala definitiva contemplou 49 descritores os resultados comprovam a multidimensionalidade dos construtos. Todos os indicadores foram validados, exceto 'Satisfação' e 'Constrangimento'. Estes foram retirados para manter os valores de Alfa dentro dos limites aceitáveis, porém com uma disposição diferente do que propôs o modelo original. Fator semelhante ocorreu no trabalho de Lobato, Borges e Nique (2003).

As duas escalas aplicadas ao estudo mostraram-se confiáveis, dando sustentação à próxima etapa da pesquisa.

4.2.1.2 Análise fatorial confirmatória (CFA) do modelo de mensuração

Nos modelos de equação estrutural a análise fatorial confirmatória é empregada com o objetivo de analisar a validade convergente e discriminante dos construtos (HAIR JR. et al., 2005). Os fatores são estimados pela utilização de modelos matemáticos, que avaliam a variância partilhada.

As cargas fatoriais de cada indicador dos construtos utilizados são descritos na tabela 16. Realizou-se o cálculo de dois indicadores da confiabilidade destes resultados, dados pela Variância Média Extraída (AVE)¹ e a confiabilidade composta².

Estes índices servem para avaliar se os indicadores especificados representam de modo satisfatório, as variáveis latentes, sendo os valores aceitáveis considerados para a confiabilidade quando estão iguais ou acima de 0,7 e para a variância extraída igual ou acima de 0,5 (HAIR JR. et al., 2005).

¹ A Confiabilidade composta é um dos indicadores de validade convergente para a CFA, segundo Hair et al., (2005). Calculada pela seguinte fórmula:

$$CONF = \frac{(\sum p_i)^2}{(\sum p_i)^2 + \sum \text{Erros}}$$

² A variância média extraída (AVE) examina o poder de explicação dos indicadores sobre uma variável latente. Considera-se resultado satisfatório com valor igual ou superior a 0,50. Calculada pela seguinte fórmula:

$$AVE = \frac{\sum p_i^2}{\sum p_i^2 + \sum \text{Erros}}$$

Uma explanação geral de tudo o que foi confirmado pela CFA, está relatado na tabela 16. Na busca por melhor consistência para o modelo em tese, algumas dimensões não foram confirmadas. Sendo assim, o construto Satisfação com os atributos composto por 5 dimensões não aprovou duas dimensões 'Interações de Auxiliares' e 'Profissionalismo'. O construto Insatisfação com os atributos, formado por 4 dimensões, não confirmou apenas uma variável latente 'Comodidade'.

Já os construtos Resposta Emocional Positiva e Negativa não confirmaram as variáveis latentes, ambos passaram a ser unidimensionais.

Os indicadores de ajuste obtidos são: $\chi^2 = 379,313$; $gl = 125$; $p < 0,001$; $\chi^2 / gl = 3,035$; NFI = 0,927; CFI = 0,942 e RMSEA = 0,064. Além desses parâmetros fez-se uma análise da variância média explicada (AVE). Para o construto Resposta Emocional Positiva, o valor de AVE encontrado (0,481) ficou bem próximo do valor de referência 0,50. Segundo Hair Jr. et. al. (2005), esse resultado não invalida o modelo, pois é considerado aceitável. As demais variáveis apresentaram valores satisfatórios acima de 0,50, como é recomendado pelo autor. A variável de melhor performance para este item foi 'Insatisfação com os atributos'.

Outro indicador mensurado foi a confiabilidade composta, que registrou níveis acima de 0,70 para todos os construtos. Maior desempenho pode ser conferido à variável Satisfação com os atributos, seguida da variável Resposta Emocional Negativa. Os indicadores da AVE e da confiabilidade composta são dois parâmetros que atestam a validade convergente entre as variáveis latentes do modelo.

TABELA 16 – RESUMO DA ANÁLISE FATORIAL CONFIRMATÓRIA (CFA)

Construtos/Dimensões	Satisfação com os atributos	Insatisfação com os atributos	Resposta emocional positiva	Resposta emocional negativa	Satisfação global
Satisfação ⇨ Diagnóstico	0,981**				
Satisfação ⇨ Comodidade	0,778*				
Satisfação ⇨ Responsabilidade	0,743*				
Insatisfação ⇨ Diagnóstico		0,927**			
Insatisfação ⇨ Auxiliares		0,63*			
Insatisfação ⇨ Interações do Médico		0,876*			
Resposta Emocional Positiva 7.48 (vibrante)			0,574**		
Resposta Emocional Positiva 7.16 (encantado)			0,698*		
Resposta Emocional Positiva 7.18 (orgulho)			0,791*		
Resposta Emocional Negativa 7.1 (frustrado)				0,638*	
Resposta Emocional Negativa 7.3 (furioso)				0,745	
Resposta Emocional Negativa 7.6 (insatisfeito)				0,821*	
Resposta Emocional Negativa 7.9 (irritado)				0,764*	
Resposta Emocional Negativa 7.40 (descontente)				0,671*	
Resposta Emocional Negativa 7.47 (com raiva)				0,675*	
Satisfação Global P4 (Satisfação Global)					0,715*
Satisfação Global P6 (Desconformidade Global)					0,817*
Satisfação Global P8 (Distância do Ideal)					0,857**
Confiabilidade Composta	0,877	0,858	0,732	0,866	0,840
Variância Média Extraída	0,675	0,707	0,481	0,521	0,638

FONTE: da pesquisa (2008).

*Loadings significativos a 0,001.

**Loadings com significância não calculada por estar fixado em 1 na avaliação inicial.

Para analisar a validade discriminante utilizaram-se dois processos. Inicialmente fez-se a verificação da correlação entre as variáveis latentes. Na sequência, calculou-se o quadrado da correlação das variáveis. Espera-se um desempenho adequado para este último critério, quando o resultado for inferior aos índices da AVE demonstrado para cada construto.

Na tabela 17 estão descritos os resultados, que devem ser interpretados da

seguinte forma: na diagonal inferior estão os resultados da correlação e na superior, os quadrados das correlações.

TABELA 17 - CORRELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS LATENTES DO MODELO TESTADO

Variáveis Latentes	Satisfação com os atributos	Insatisfação com os atributos	Resposta emocional positiva	Resposta emocional negativa	Satisfação global
Satisfação com os atributos		0,588	0,032	0,364	0,687
Insatisfação com os atributos	-0,767*		0,001	0,429	0,446
Resposta Emocional Positiva	0,179*	-0,044		0,009	0,028
Resposta Emocional Negativa	-0,604*	0,655*	0,099		0,463
Satisfação Global	0,829*	-0,668*	0,168**	-0,681*	
Variância Média Extraída	0,675	0,707	0,481	0,521	0,638

FONTE: da pesquisa (2008).

*Correlação significativa a 0,001.

** Correlação significativa a 0,05.

Segundo Hair Jr. et. al., (2005), a correlação entre as variáveis devem ser inferior a 0,95. Considerando-se este parâmetro é possível afirmar que todos os construtos atendem ao critério. O resultado mais alto observado ocorreu em Satisfação com os atributos e Satisfação Global. Assim verifica-se que os valores obtidos para os quadrados das correlações estão adequados em todos os construtos.

Analisando-se, ainda, a correlação entre as variáveis latentes do modelo testado nota-se que o valor da variância média extraída (AVE) é superior aos valores dos quadrados das correlações em todos os construtos, o que indica conformidade com a literatura.

4.2.1.3 Teste do modelo estrutural proposto e verificação das hipóteses com as variáveis latentes

O modelo estrutural proposto é apresentado considerando-se apenas as variáveis latentes. Este teste é avaliado com base nos índices de ajustamento e coeficientes alcançados. A sua significância é observada nos valores

correspondentes ao teste t para cada caminho (*path*) utilizado no modelo.

A figura 14 contempla o modelo testado, com os respectivos relacionamentos estimados, apontando os coeficientes padronizados de regressão e os de significância associados a estes (valores t). Mostra, ainda, quais as hipóteses de pesquisa que foram confirmadas ou rejeitadas.

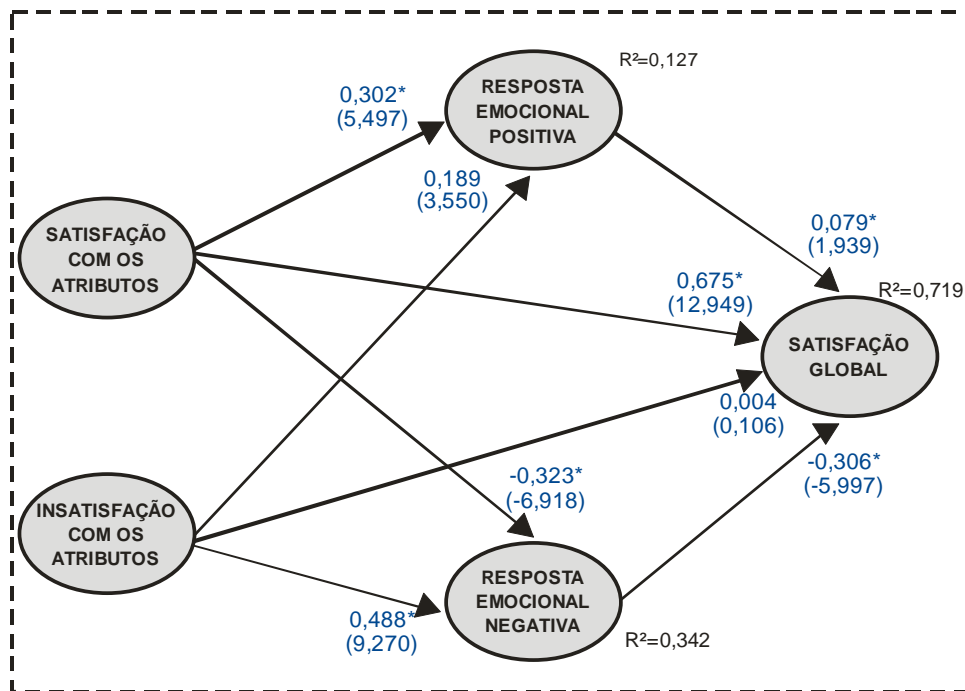


FIGURA 14 – MODELO TEÓRICO PROPOSTO COM AS RELAÇÕES ESTABELECIDAS E OS COEFICIENTES PADRONIZADOS ASSOCIADOS A ESTAS
 FONTE: da pesquisa (2008).

Os índices de ajustamento do modelo referem-se ao $X^2 = 755,569$; $gl = 127$; $p < 0,001$; $X^2/gl = 5,949$; $NFI = 0,854$; $CFI = 0,875$; e $RMSEA = 0,099$. Os resultados encontrados não estão totalmente ajustados, segundo Hair Jr. et al. (2005).

O *status* das hipóteses realizadas para a construção do modelo é evidenciado na tabela 18. Nela é possível observar a comprovação de 6 das 8 hipóteses elaboradas.

TABELA 18 – COEFICIENTES PADRONIZADOS (PTHS) ESTIMADOS PARA AS RELAÇÕES TEÓRICAS PROPOSTAS NO MODELO GLOBAL

Relação Estrutural	Coeficiente padronizado	<i>t-value</i> *	Hipótese	Status da verificação da hipótese
Satisfação com os atributos ⇨ Satisfação Global	0,675*	12,949	H1a	Confirmada
Insatisfação com os atributos ⇨ Satisfação Global	0,004	0,106	H1b	Não Confirmada
Satisfação com os atributos ⇨ Resposta Emocional Positiva	0,302*	5,497	H2a	Confirmada
Satisfação com os atributos ⇨ Resposta Emocional Negativa	-0,323*	-6,918	H2a	Confirmada
Insatisfação com os atributos ⇨ Resposta Emocional Positiva	0,189	3,550	H2b	Não Confirmada
Insatisfação com os atributos ⇨ Resposta Emocional Negativa	0,488*	9,270	H2b	Confirmada
Resposta Emocional Positiva ⇨ Satisfação Global	0,079**	1,939	H3a	Confirmada
Resposta Emocional Negativa ⇨ Satisfação Global	-0,306*	-5,997	H3b	Confirmada

Fonte: da pesquisa (2008).

*Coeficiente de significância a 0,001

**Coeficiente de significância a 0,10

Os dados aqui discutidos evidenciam a consistência interna do modelo. O poder de explicação de cada variável e a discussão sobre as hipóteses e suas relações será discutido na sequência.

4.2.1.4 Avaliação dos poderes de explicação das relações testadas

O poder de explicação de cada variável latente é dado pelo coeficiente de determinação de cada construto endógeno. O valor demonstrado na tabela retrata o quanto cada variável dependente explica o modelo testado.

TABELA 19 – COEFICIENTE DE DETERMINAÇÃO DOS CONSTRUTOS DO MODELO (VARIÁVEIS ENDÓGENAS)

Relação Estrutural	Coeficiente de determinação R ² (%)
Resposta Emocional Positiva	2%
Resposta Emocional Negativa	12%
Satisfação Global	52%

FONTE: da pesquisa (2008).

Para explicação do construto Satisfação e Insatisfação com os atributos, as variáveis latentes Resposta Emocional Positiva (2%), Resposta Emocional Negativa (12%), e Satisfação Global (52%), demonstram um desempenho razoável das respostas emocionais e uma *performance* superior da resposta de satisfação global, se comparado aos resultados encontrados por Prado (2002).

Comparando-se os resultados das respostas emocionais com os achados de Leite e Arruda (2007), verifica-se um bom desempenho dessas variáveis, uma vez que os autores revelaram que 10% da variação de satisfação é explicada pelas emoções. Neste estudo a resposta emocional explica 14%.

Observando-se o peso das relações antecedentes da Satisfação Global, percebe-se que o construto com maior R², Resposta Emocional Negativa ($\beta = 0,342$), exerce maior influência do que a Resposta Emocional Positiva ($\beta = 0,127$). Este resultado demonstra que, para satisfazer o usuário, é necessário eliminar os fatores que desencadeiam a emoção negativa durante a assistência médica, principalmente, de acordo com os resultados do modelo, as emoções de frustração, fúria, irritação e raiva. Pois o usuário tende a tolerar menos as respostas negativas do serviço.

O baixo poder de explicação das Respostas Emocionais, segundo Prado (2004), se deve também ao fato das emoções serem formadas pelas experiências do cliente com o serviço, no caso entre usuário e assistência médica. Enfatizando-se que nessa relação deve haver também outros elementos importantes no processo de prestação de serviço, como a postura pessoal dos atendentes. Fatores ligados à ambientação dos serviços também impactam a percepção do usuário (ABREU; TEIXEIRA, 2007).

A Satisfação Global é explicada em 52%. Este valor se refere em parte pelo impacto da Resposta Emocional, sendo o seu julgamento influenciado por outros fatores não determinados pelo estudo. Neste sentido, há que se maximizar as

emoções positivas, que proporcionam sensação de prazer, e reduzir as que causam desprazer, gerenciando-se os outros fatores do serviço que possam estar afetando a satisfação do usuário com a assistência médica.

4.2.1.5 Teste das hipóteses do modelo

A análise das relações encontradas para o modelo proposto contempla o teste das hipóteses com o total da base, por ser o objetivo principal deste estudo.

A primeira hipótese originada do Paradigma da Desconformidade proposto por Oliver (1980, 1981) indica a Qualidade Percebida nos Serviços como um antecedente da Satisfação Global. Considerando-se que o resultado da desconformação da expectativa, feita pelo usuário, pode ser de Satisfação e de Insatisfação ao adquirir o serviço, tal hipótese foi desmembrada em H1a e H1b.

H1a – A Satisfação com os atributos do serviço tem uma influência direta sobre a Satisfação Global.

Essa relação foi confirmada pelo estudo, Satisfação ($\beta = 0,675$; $p < 0,001$), indicando que quanto maior a satisfação com os atributos maior é a satisfação global, conforme afirma OLIVER (1993). Prado (2002) também confirmou que a satisfação global sofre a influência da satisfação com atributos específicos do serviço.

Os atributos específicos se referem aos elementos do serviço que proporcionam qualidade ao serviço. Neste sentido, a qualidade percebida é um antecedente da satisfação global, como salienta Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985).

A hipótese – 1b não foi confirmada pelo estudo. A relação entre a insatisfação com os atributos e a satisfação global ($\beta = 0,004$; $p > 0,10$) obteve relação positiva, mas não significativa.

H1b. A Insatisfação com os atributos do serviço tem uma influência direta sobre a Satisfação Global.

Essa relação entre os construtos estava apoiada na base teórica de Oliver (1993) que afirma que quanto maior a insatisfação com o atributo, maior é o impacto

na satisfação global. A relação entre ambos é inversa. O estudo de Prado (2002) corrobora essa afirmação.

De acordo com a Teoria dos Dois Fatores, a avaliação de insatisfação está relacionada ao resultado instrumental, utilidade do serviço, que está fundamentado na necessidade e não é condição suficiente para gerar a satisfação. Para Grönroos (2006), a dimensão instrumental por si só não tem capacidade para gerar satisfação. A avaliação de satisfação é assegurada pelo bom desempenho tanto da qualidade técnica (instrumental) quanto da qualidade funcional. Maior peso é atribuído a esta última.

A segunda hipótese deriva da Teoria dos Dois Fatores, Maddox (1981) destaca a influência da Satisfação e Insatisfação com os atributos na Resposta Emocional. A relação entre os construtos é apresentada por 4 sub-hipóteses:

H2a Satisfação com os atributos tem uma influência positiva sobre a Resposta Emocional.

H2b Satisfação com os atributos tem uma influência negativa sobre a Resposta Emocional.

H2c Insatisfação com os atributos tem uma influência negativa sobre a Resposta Emocional Positiva

H2d Insatisfação com os atributos tem uma influência positiva sobre a Resposta Emocional Negativa.

A relação entre a avaliação da Satisfação com os atributos e a Resposta Emocional Positiva (H2a) foi averiguada, sendo o coeficiente padronizado entre as variáveis positivo e significativo ($\beta = 0,302$; $p < 0,001$).

A relação entre Satisfação com os atributos e Resposta Emocional Negativa foi confirmada com sentido inverso apresentando coeficiente padronizado de ($\beta = -0,323$; $p < 0,001$).

A relação entre as variáveis Satisfação com os atributos e a Resposta emocional mostrou-se compatível com os resultados de Prado (2002) e Oliver (1993). Como sugerem Oliver (1993), Mano e Oliver (1993), a resposta emocional positiva ou negativa surge em decorrência da avaliação do consumidor a respeito de algum aspecto considerado relevante.

A hipótese – 2c não é confirmada no estudo, pois relacionou, de forma positiva, a Insatisfação com os atributos com a Resposta Emocional Positiva ($\beta =$

0,189; $p < 0,001$). Entretanto, no modelo proposto, essa relação se dá de forma inversa, o que sugere que outros fatores do serviço podem ter influenciado essa relação.

Na experiência de consumo, o usuário vivencia um mix de emoções positivas e negativas, que geram emoções ambivalentes em relação ao consumo afetando o comportamento de compra. A maneira como o consumidor soluciona essa demanda está relacionada com as características individuais e por isso varia de pessoa para pessoa (WILLIAMS; AAKER, 2002; RAMANATHAN; WILLIAMS, 2007),

Segundo Ramanathan e Williams (2007), esse mix de emoções positivas e negativas afetam o processo de escolha tanto de consumidores prudentes que têm autocontrole sobre as emoções hedônicas quanto dos consumidores impulsivos que excedem em suas compras.

A relação entre a Insatisfação com os atributos e a Resposta Emocional Negativa (H2d) foi confirmada pelo teste como positiva e significativa com coeficiente padronizado de ($\beta = 0,488$; $p < 0,001$).

Portanto, a relação proposta na segunda hipótese foi parcialmente aceita, exceto pela sub-hipótese H2c. A avaliação das variáveis mostra que a Satisfação com os atributos proporciona Respostas Emocionais mais positivas e a Insatisfação com os atributos evocam Respostas Emocionais mais negativas.

A terceira hipótese foi construída tendo-se a Resposta Emocional como base para formação da Satisfação Global, com o apoio dos achados de Oliver (1989, 1993), Mano e Oliver (1993), sendo desmembrada em duas hipóteses e separando-se os efeitos positivos e negativos da Resposta Emocional na avaliação da assistência médica. Ela é assim definida:

H3a. A Resposta Emocional Positiva afeta positivamente a avaliação de Satisfação Global.

H3b. A Resposta Emocional Negativa afeta negativamente a avaliação de Satisfação Global.

A relação entre a Resposta Emocional Positiva e a Satisfação Global foi confirmada pelo estudo, mostrando-se no sentido correto, com coeficiente padronizado estatisticamente significativo ($\beta = 0,079$; $p < 0,10$).

A relação entre Resposta Emocional Positiva e Satisfação Global mostrou-se compatível com os resultados de Oliver (1993) e Prado (2002), os quais verificaram

grande impacto da resposta emocional sobre a satisfação do consumidor em relação à performance do serviço. No contexto de saúde, embora a relação tenha sido confirmada, não houve impacto tão grande sobre a satisfação, pois o usuário espera a retirada de uma emoção que não deseja sentir. O comportamento do usuário é direcionado para a resolutividade do problema de saúde.

A relação entre a Resposta Emocional Negativa e a Satisfação Global também foi confirmada, pois o teste mostrou-a como significativa e no sentido previsto pelo modelo. Apresentou coeficiente padronizado estatisticamente significativo ($\beta = -0,306$; $p < 0,001$)

A Resposta Emocional Negativa tem um efeito sobre a Satisfação Global, como afirma Oliver (1993), Prado (2002). A natureza do serviço indica que a Satisfação do usuário estaria mais próxima da dimensão Alívio descrita por Evrard (1993), em que o consumidor evita um estado negativo ao utilizar o serviço. Sendo assim, essas emoções devem ser gerenciadas para que, caso não se extingam, sejam ao menos reduzidas, pois a interação entre médico e paciente é fortemente marcada por sentimentos negativos, em decorrência da doença (KURCGANT, 2005).

4.2.1.6 Teste do modelo estrutural proposto e verificação das hipóteses com as variáveis latentes entre as modalidades de atendimento

Na tentativa de buscar melhor ajustamento para o modelo optou-se por dividir a base de dados, pela modalidade de atendimento, formando dois grupos (1) SUS e (2) Convênio e Particular e realizando uma análise fatorial confirmatória (CFA) para cada um deles. Tomou-se essa medida porque a base de dados encontrava-se muito heterogênea.

A Análise Fatorial Confirmatória (CFA) realizada nos grupos apresentou a mesma configuração, mas com carregamentos diferentes. Para melhorar a consistência interna, não se confirmaram às dimensões 'Interações de Auxiliares' e 'Profissionalismo', para o construto Satisfação com os atributos e a dimensão 'Comodidade' para variável Insatisfação com os atributos. As dimensões das

variáveis Respostas Emocional Positiva e Negativa não foram confirmadas, tornando-se os construtos unidimensionais com 3 e 6 indicadores respectivamente.

A seguir, a análise Fatorial Confirmatória e os valores encontrados para o ajuste do modelo a ser testado, da confiabilidade composta e da variância média extraída (AVE) são descritos separadamente para cada grupo.

a) Modalidade de atendimento – SUS

Na modalidade de atendimento SUS os indicadores de ajuste foram: $\chi^2 = 255,036$; $gl = 125$; $p < 0,001$; $\chi^2 / gl = 2,040$; NFI = 0,896; CFI = 0,943 e RMSEA = 0,065.

A mensuração da confiabilidade composta apresentou um resultado satisfatório, acima de 0,70 para todas as variáveis, sendo observado maior desempenho no construto Resposta Emocional Negativa. Os valores encontrados para a variância média extraída (AVE) também foram satisfatórios, pois estavam acima de 0,50, à exceção da variável Resposta Emocional Positiva cujo valor (0,487) se aproxima da média, mas segundo Hair Jr. et. al. (2005) esse resultado não invalida o modelo. A variável de melhor performance neste item foi Satisfação Global. Todos os valores resultantes das análises estão apresentados na tabela 20.

TABELA 20 – RESUMO DA ANÁLISE FATORIAL CONFIRMATÓRIA GRUPO SUS

Construtos/Dimensões	Satisfação com os atributos	Insatisfação com os atributos	Resposta emocional positiva	Resposta emocional negativa	Satisfação Global
Satisfação ⇨ Diagnóstico	0,992*				
Satisfação ⇨ Comodidade	0,668**				
Satisfação ⇨ Responsabilidade	0,666**				
Insatisfação ⇨ Diagnóstico		0,953*			
Insatisfação ⇨ Auxiliares		0,576**			
Insatisfação ⇨ Interações do Médico		0,815**			
Resposta Emocional Positiva 7.48 (Vibrante)			0,619*		
Resposta Emocional Positiva 7.16 (Encantado)			0,723**		
Resposta Emocional Positiva 7.18 (Orgulhoso)			0,746**		
Resposta Emocional Negativa 7.1 (Frustrado)				0,635**	
Resposta Emocional Negativa 7.3 (Furioso)				0,738*	
Resposta Emocional Negativa 7.6 (Insatisfeito)				0,825**	
Resposta Emocional Negativa 7.9 (Irritado)				0,731**	
Resposta Emocional Negativa 7.40 (Descontente)				0,655**	
Resposta Emocional Negativa 7.47 (com raiva)				0,669**	
Satisfação Global P4 (Satisfação Global)					0,705**
Satisfação Global P6 (Desconformidade Global)					0,819**
Satisfação Global P8 (Distância do Ideal)					0,874*
Confiabilidade Composta	0,828	0,834	0,739	0,859	0,843
Variância Média Extraída	0,635	0,625	0,487	0,507	0,644

FONTE: da pesquisa (2008).

*Loadings com significância não calculada por estar fixado em 1 na avaliação inicial.

**Loadings significativos a 0,001.

A análise discriminante foi avaliada com base na verificação da correlação entre as variáveis latentes e a extração do quadrado da correlação das variáveis. Em seguida compararam-se os valores com o índice de AVE.

Na parte inferior da tabela 21 estão os valores da correlação entre as variáveis, sendo todas satisfatórias, segundo o critério de Hair Jr. et. al. (2005). Resultado de maior valor constatou-se entre Satisfação e Insatisfação com os atributos. Na parte superior, os quadrados das correlações se mostraram adequados, pois estão abaixo de 0,95 (HAIR JR. et al., 2005). No entanto, os

construtos Resposta Emocional Negativa e Positiva apresentaram respectivamente os menores valores, mas ainda dentro do parâmetro de adequação.

TABELA 21 – CORRELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS DO MODELO TESTADO - GRUPO SUS

Variáveis Latentes	Satisfação com os atributos	Insatisfação com os atributos	Resposta emocional positiva	Resposta emocional negativa	Satisfação global
Satisfação com os atributos		0,627	0,061	0,303	0,600
Insatisfação com os atributos	-0,792*		0,010	0,423	0,432
Resposta Emocional Positiva	0,248**	-0,103		0,002	0,057
Resposta Emocional Negativa	-0,551*	0,651*	0,053		0,422
Satisfação Global	0,775*	-0,658*	0,239**	-0,65*	
Variância Média Extraída	0,635	0,625	0,487	0,507	0,644

FONTE: da pesquisa (2008).

*Correlação significativa a 0,001.

**Correlação significativa a 0,05.

Comparando-se os resultados da correlação entre as variáveis latentes do modelo testado verifica-se que o valor da variância média extraída (AVE) é superior aos valores dos quadrados das correlações em todos os construtos.

As análises realizadas até o momento, indicam que os valores estão em conformidade com a literatura e permitem dar sequência no teste do modelo estrutural.

4.2.1.7 Teste do modelo estrutural proposto e verificação das hipóteses com as variáveis latentes – Grupo SUS

O modelo estrutural proposto é representado pela figura 15. Considerando-se os índices de ajustamento e coeficientes obtidos, observam-se os relacionamentos estimados, os coeficientes padronizados de regressão e a significância associada a estes (valores t).

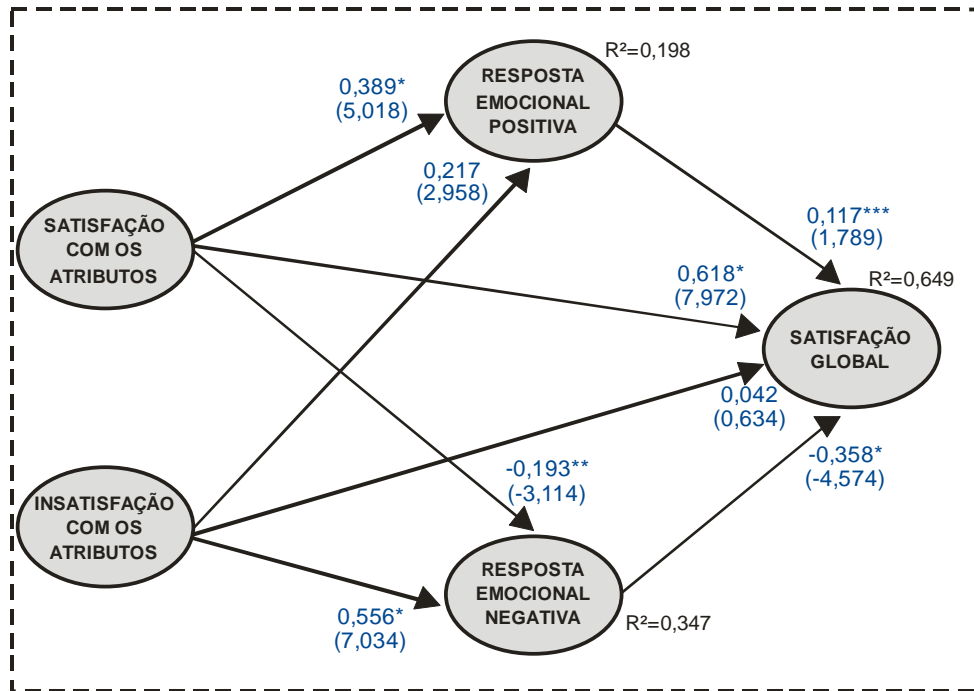


FIGURA 15 - MODELO TEÓRICO COM AS RELAÇÕES ESTABELECIDAS E OS COEFICIENTES PADRONIZADOS ASSOCIADOS A ESTAS
 FONTE: da pesquisa (2008).

Conforme retratado na tabela 22, os índices de ajustamento obtidos para o modelo indicam proximidade com o parâmetro estabelecido por Hair Jr. et al. (2005). Sendo assim, podem ser considerados aceitáveis e satisfatórios os seguintes valores: $\chi^2 = 470,302$, $gl = 127$, $p < 0,001$; $\chi^2/gl = 3,703$; $NFI = 0,808$; $0,850$ e $RMSEA = 0,104$.

As relações das variáveis do modelo estão retratadas na tabela 22; nela é possível verificar o *status* das hipóteses. Das 08 hipóteses testadas 06 foram confirmadas e 2 não foram confirmadas.

TABELA 22 – COEFICIENTES PADRONIZADOS (PTHS) ESTIMADOS PARA AS RELAÇÕES TEÓRICAS PROPOSTAS NO MODELO SUS

Relação Estrutural	Coefficiente padronizado	t-value*	Hipótese	Status da verificação da hipótese
Satisfação com os atributos ⇨ Satisfação Global	0,618*	7,972	H1a	Confirmada
Insatisfação com os atributos ⇨ Satisfação Global	0,042	0,634	H1b	Não Confirmada
Satisfação com os atributos ⇨ Resposta Emocional Positiva	0,389*	5,018	H2a	Confirmada
Satisfação com os atributos ⇨ Resposta Emocional Negativa	-0,193**	-3,114	H2a	Confirmada
Insatisfação com os atributos ⇨ Resposta Emocional Positiva	0,217	2,958	H2b	Não Confirmada
Insatisfação com os atributos ⇨ Resposta Emocional Negativa	0,556*	7,034	H2b	Confirmada
Resposta Emocional Positiva ⇨ Satisfação Global	0,117***	1,789	H3a	Confirmada
Resposta Emocional Negativa ⇨ Satisfação Global	-0,358*	-4,574	H3b	Confirmada

Fonte: da pesquisa (2008).

*Coeficiente de significância a 0,001.

**Coeficiente de significância a 0,05.

***Coeficiente de significância a 0,10.

4.2.1.8 Avaliação dos poderes de explicação das relações testadas para a modalidade de atendimento SUS

A tabela demonstra os resultados do coeficiente de determinação (R^2) para cada variável latente, apresentando o poder de explicação de cada construto endógeno, Resposta Emocional Positiva (4%), Resposta Emocional Negativa (12%), a Satisfação Global (42%).

TABELA 23 – COEFICIENTE DE DETERMINAÇÃO DOS CONSTRUTOS DO MODELO (VARIÁVEIS ENDÓGENAS)

Relação Estrutural	Coefficiente de determinação R^2 (%)
Resposta Emocional Positiva	4%
Resposta Emocional Negativa	12%
Satisfação Global	42%

FONTE: da pesquisa (2008).

Analisando-se o peso das relações antecedentes da Satisfação Global para o grupo SUS, percebe-se que o construto com maior R^2 , Resposta Emocional Negativa ($\beta=0,347$) exerce maior influencia do que a Resposta Emocional Positiva ($\beta=0,198$). Como no modelo global, este resultado evidencia que, para satisfazer o usuário, é necessário eliminar os fatores que desencadeiam a emoção negativa durante a assistência médica, pois esta tem um impacto maior na satisfação. O construto Satisfação Global explica 42%.

b) Modalidade de Atendimento Convênio/Particular

Para os grupos Convênio e Particular os indicadores de ajuste foram aceitáveis na análise realizada, sendo o valor de ajuste: $\chi^2 = 334,018$; gl = 125; $p < 0,001$; $\chi^2/\text{gl} = 2,672$; NFI = 0,860; CFI = 0,905 e RMSEA = 0,082.

A confiabilidade composta também foi mensurada, todos os construtos apresentaram resultado satisfatório, acima de 0,70 como proposto por Hair Jr. et. al. (2005). A melhor performance para este item foi a da variável Resposta Emocional Negativa, como mostra a tabela 24.

TABELA 24 – RESUMO DA ANÁLISE FATORIAL CONFIRMATÓRIA (CFA) PARA O GRUPO CONVÊNIO/PARTICULAR

Construtos/Dimensões	Satisfação com os atributos	Insatisfação com os atributos	Resposta emocional positiva	Resposta emocional negativa	Satisfação global
Satisfação ⇨ Diagnóstico	0,965*				
Satisfação ⇨ Comodidade	0,780**				
Satisfação ⇨ Responsabilidade	0,658**				
Insatisfação ⇨ Diagnóstico		0,886*			
Insatisfação ⇨ Auxiliares		0,579**			
Insatisfação ⇨ Interações do Médico		0,934**			
Resposta Emocional Positiva 7.16 (Encantado)			0,665**		
Resposta Emocional Positiva 7.18 (Orgulhoso)			0,848**		
Resposta Emocional Positiva 7.48 (Vibrante)			0,533*		
Resposta Emocional Negativa 7.1 (Frustrado)				0,604**	
Resposta Emocional Negativa 7.3 (Furioso)				0,775*	
Resposta Emocional Negativa 7.6 (Insatisfeito)				0,732**	
Resposta Emocional Negativa 7.9 (Irritado)				0,844**	
Resposta Emocional Negativa 7.40 (Descontente)				0,641**	
Resposta Emocional Negativa 7.47 (com raiva)				0,654**	
Satisfação Global P4 (Satisfação Global)					0,679**
Satisfação Global P6 (Desconformidade Global)					0,729**
Satisfação Global P8 (Distância do Ideal)					0,756*
Confiabilidade Composta	0,849	0,851	0,729	0,860	0,765
Variância Média Extraída	0,664	0,658	0,482	0,509	0,521

FONTES: da pesquisa (2008).

*Loadings com significância não calculada por estar fixado em 1 na avaliação inicial.

**Loadings significativos a 0,001.

Ainda para analisar a validade convergente entre as variáveis latentes do modelo fez-se um exame da variância média extraída (AVE). Todos os construtos apresentaram valores satisfatórios acima do limite, exceto Resposta Emocional Positiva, porém os resultados estão muito próximos do parâmetro, por isso, segundo Hair Jr. et. al. (2005), pode ser considerados aceitáveis. A variável com melhor desempenho neste item foi Satisfação com os atributos.

A validade discriminante é dada pela avaliação da correlação entre as variáveis do modelo e o quadrado da correlação das variáveis, como mostra a tabela 25.

TABELA 25 – CORRELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS LATENTES DO MODELO TESTADO – GRUPO CONVÊNIO/PARTICULAR

Variáveis Latentes	Satisfação com os atributos	Insatisfação com os atributos	Resposta emocional positiva	Resposta emocional negativa	Satisfação global
Satisfação com os atributos		0,334	0,021	0,324	0,680
Insatisfação com os atributos	-0,578		0,001	0,327	0,327
Resposta Emocional Positiva	0,148	0,044		0,034	0,010
Resposta Emocional Negativa	-0,57	0,572	0,187		0,383
Satisfação Global	0,825	-0,568	0,101	-0,619	
Variância Média Extraída	0,664	0,658	0,482	0,509	0,521

FONTE: da pesquisa (2008).

*Correlação significativa a 0,001.

**Correlação significativa a 0,05.

A correlação entre as variáveis pode ser observada na diagonal inferior. Todos os construtos obedecem ao critério já mencionado. Melhor desempenho foi conferido à Satisfação Global. Os valores relativos ao quadro da correlação, dispostos na diagonal superior, mostram que estão dentro do limite esperado conforme abordado anteriormente. O valor mais alto também foi o da Satisfação Global e o menor valor encontrado foi para Resposta Emocional Positiva.

Os dados mencionados foram validados por meio das análises estatísticas aplicadas, dando sustentação à discussão do modelo estrutural e ao teste das hipóteses.

4.2.1.9 Teste do modelo estrutural proposto e verificação das hipóteses com as variáveis latentes

O teste do modelo estrutural proposto é avaliado com base nos índices de ajustamento do coeficiente padronizado (PTHS) e dos coeficientes conseguidos. Estes demonstram significância embasada nos valores correspondentes ao teste t utilizado no modelo.

O modelo testado é representado pela figura 16, que indica os relacionamentos estimados, os coeficientes padronizados de regressão e os de significância associados a estes (valores t). E ainda mostra as relações confirmadas e não confirmadas.

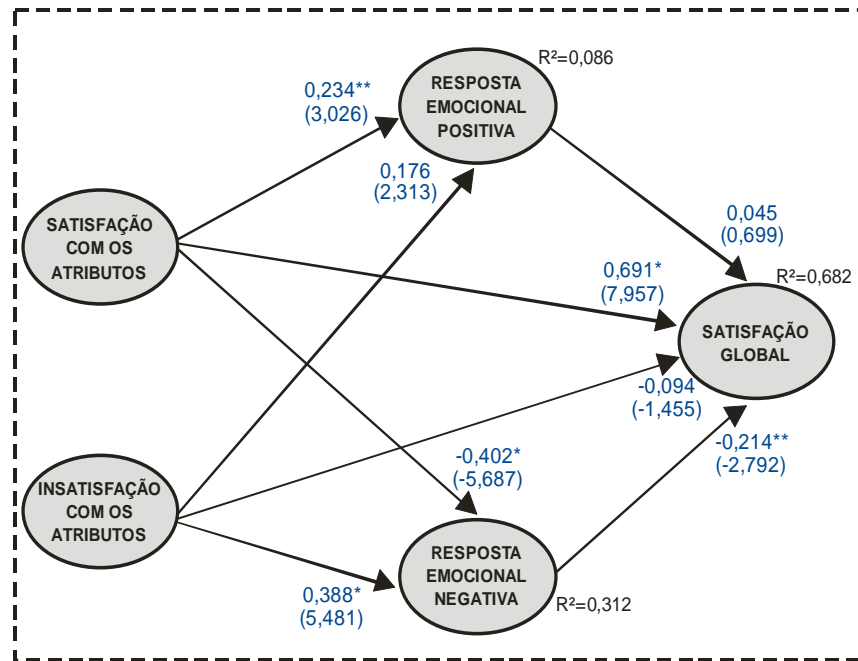


FIGURA 16 – MODELO TEÓRICO PROPOSTO COM AS RELAÇÕES ESTABELECIDAS E OS COEFICIENTES PADRONIZADOS ASSOCIADOS A ESTAS
 FONTE: da pesquisa (2008).

Os índices de ajustamento do modelo obtiveram um resultado aceitável, uma vez que, estão muito próximos do limite proposto por Hair Jr. et. al. (2005). Os valores encontrados foram: $X^2 = 431,194$; $gl = 127$; $p < 0,001$; $X^2 / gl = 3,395$; $NFI = 0,819$; $CFI = 0,862$ e $RMSEA = 0,098$.

A tabela 26 detalha os resultados e o status das hipóteses testadas para construção do modelo. Das 08 hipóteses, 05 foram comprovadas e 03 não foram confirmadas.

TABELA 26 – COEFICIENTES PADRONIZADOS (PTHS) ESTIMADOS PARA AS RELAÇÕES TEÓRICAS PROPOSTAS NO MODELO – CONVÊNIO/PARTICULAR

Relação Estrutural	Coefficiente padronizado	t-value*	Hipótese	Status da verificação da hipótese
Satisfação com os atributos ⇨ Satisfação Global	0,691*	7,957	H1a	Confirmada
Insatisfação com os atributos ⇨ Satisfação Global	-0,094	-1,455	H1b	Não Confirmada
Satisfação com os atributos ⇨ Resposta Emocional Positiva	0,234**	3,026	H2a	Confirmada
Satisfação com os atributos ⇨ Resposta Emocional Negativa	-0,402*	-5,687	H2a	Confirmada
Insatisfação com os atributos ⇨ Resposta Emocional Positiva	0,176	2,313	H2b	Não Confirmada
Insatisfação com os atributos ⇨ Resposta Emocional Negativa	0,388*	5,481	H2b	Confirmada
Resposta Emocional Positiva ⇨ Satisfação Global	0,045	0,699	H3a	Não Confirmada
Resposta Emocional Negativa ⇨ Satisfação Global	-0,214**	-2,792	H3b	Confirmada

FONTE: da pesquisa (2008).

*Sig a nível a 0,001.

**Sig a nível a 0,05.

Após avaliação da consistência interna do modelo, segue no próximo item o poder de explicação de cada variável latente.

4.2.1.10 Avaliação dos poderes de explicação das relações testadas para a modalidade de atendimento convênio/particular

O poder de explicação de cada variável latente é relatado na tabela 27. Esse valor é representado pelo coeficiente de determinação (R^2). Os construtos endógenos apresentaram os seguintes resultados: Resposta Emocional Positiva (1%), Resposta Emocional Negativa (10%), a Satisfação Global (47%).

TABELA 27 – COEFICIENTE DE DETERMINAÇÃO DOS CONSTRUTOS DO MODELO (VARIÁVEIS ENDÓGENAS)

Relação Estrutural	Coefficiente de determinação R^2 (%)
Resposta Emocional Positiva	1%
Resposta Emocional Negativa	10%
Satisfação Global	47%

FONTE: da pesquisa (2008).

Considerando-se o peso das relações antecedentes da satisfação nota-se que o construto Resposta Emocional Positiva ($\beta=0,86$) teve pouca influência sobre a resposta de satisfação do usuário. Já a Resposta Emocional Negativa teve um grande impacto sobre a satisfação do usuário se comparado a emoção positiva. Isso sugere que esta deva ser gerenciada durante a assistência médica. O construto Satisfação Global possui o maior poder de explicação 47%.

4.2.2 Comparação do Teste das Hipóteses do Modelo entre as Modalidades de Atendimento: SUS e Convênio/Particular

Como os modelos apresentaram um *design* muito parecido, o delineamento dos resultados obtidos em cada hipótese será discutido no conjunto. Nessa análise são tecidas considerações a respeito das modalidades de atendimento, composta pelos grupos SUS e Convênio/Particular. O objetivo é explorar as relações obtidas em ambos os casos.

A **primeira hipótese - 1a** (quanto maior a Satisfação com os atributos, maior é o impacto na Satisfação Global) tanto o grupo SUS ($B = 0,618$; $p<0,001$) quanto Convênio/Particular ($B = 0,691$; $p<0,001$) confirmam esta relação, obtendo este último maior peso.

Os dois grupos ressaltam que a Satisfação com os atributos da assistência médica influenciam a Satisfação Global. No entanto, nota-se que no grupo Convênio/Particular o impacto é ainda maior, principalmente no que diz respeito a qualificação e atualização do profissional, ao tempo dedicado ao atendimento, ao profissionalismo da recepcionista e ao respeito do médico. Já o grupo SUS valoriza, além da qualificação e do respeito do profissional, os aspectos relacionados à confiança transmitida pelo profissional e à flexibilidade da recepcionista para lidar com as necessidades do usuário.

Na **hipótese - 1b** que diz que, quanto maior a insatisfação com os atributos maior é o impacto na satisfação global, não foi confirmada em ambos os casos: SUS ($\beta= 0,042$; $p>0,10$) e Convênio/Particular ($\beta= -0,094$; $p>0,10$). O construto apresentou um comportamento diferente entre os grupos. Para os usuários do SUS

a relação foi positiva e para usuários de Convênio/Particular a relação foi negativa. Maior valor foi atribuído ao segundo grupo.

No entanto, ambos demonstraram-se insatisfeitos com a qualidade do serviço, a utilização de recursos avançados da medicina, o interesse do médico em vantagens financeiras, o agendamento da consulta. Além desses itens o grupo SUS mostrou-se insatisfeito com a falta de interesse da recepcionista diante das necessidades do paciente e atendimento minucioso ao paciente. E o grupo Convênio/Particular com o interesse e flexibilidade da recepcionista direcionado às necessidades do paciente e com a informação sobre as diferentes formas de tratamento.

A **hipótese – 2a e 2b** (a Satisfação com os atributos tem uma influência positiva na Resposta Emocional Positiva e uma relação inversa sobre a Resposta Emocional Negativa), em ambos os casos as relações foram confirmadas. Na primeira relação obtiveram-se os seguintes resultados (SUS $\beta = 0,389$; $p < 0,001$); Convênio e Particular ($\beta = 0,234$; $p < 0,05$); maior peso foi atribuído ao grupo SUS. Já na relação inversa o maior peso foi dado ao grupo Convênio/Particular ($\beta = -0,402$; $p < 0,001$) e SUS ($\beta = -0,193$; $p < 0,05$).

Os usuários do SUS tiveram com a assistência médica uma interação diferente do grupo Convênio e Particular. Supõe-se que a necessidade de saúde seja semelhante, no entanto, o grau de exigência com o serviço é diferente. Segundo Williams e Aaker (2002) durante a experiência de consumo o usuário se depara com um mix de emoções positivas e negativas que influenciam a sua escolha, esta é gerenciada de acordo com o grau de desconforto sentido no momento do consumo do serviço.

Na **hipótese – 2c e 2b** (a Insatisfação com os atributos afeta positivamente a Resposta Emocional Negativa e inversamente a Resposta Emocional Positiva) os resultados confirmam apenas a primeira relação em ambos os casos: SUS ($\beta = 0,556$; $p < 0,001$); Convênio/Particular ($\beta = 0,388$; $p < 0,001$), maior peso se aplica ao grupo SUS. Na segunda afirmativa era esperada uma relação inversa como propõe o modelo, entretanto, a relação se confirmou positiva para ambos com os seguintes valores: SUS ($\beta = 0,217$; $p < 0,05$); Convênio e Particular ($\beta = 0,176$; $p < 0,05$), sendo conferido o maior peso ao grupo SUS.

A insatisfação com a qualidade do serviço afeta mais os usuários do SUS do

que os do Convênio e Particular. Isso ocorre devido ao poder de escolha: os usuários do SUS estão mais dependentes do serviço oferecido, dada a limitação econômica, enquanto que os usuários das demais modalidades têm uma variedade de opções.

A **hipótese 3a** (a Resposta Emocional positiva afeta positivamente a avaliação de Satisfação Global), essa relação só foi confirmada para o SUS ($\beta=0,117$; $p<0,10$); Convênio/ Particular ($\beta=0,045$; $p>0,10$), maior peso é atribuído ao primeiro. Mas em ambos os casos a meta principal é a resolutividade do problema.

Na **hipótese 3b** (a resposta emocional negativa afeta negativamente a avaliação da Satisfação Global) em ambos os casos a relação foi confirmada: SUS ($\beta=-0,358$; $p<0,001$); Convênios/Particular ($\beta=-0,214$; $p<0,05$). Entretanto, maior peso foi conferido ao SUS.

Os usuários de ambas as modalidades buscam alívio do sofrimento causado pela expectativa ou, até mesmo, pela confirmação da doença. De qualquer modo, o que buscam é a retirada do que os incomoda.

5 CONCLUSÕES, IMPLICAÇÕES E LIMITAÇÕES

Neste capítulo faz-se um relato das conclusões descrevendo-se o resultado encontrado para cada objetivo proposto. Tecem-se algumas considerações teóricas e gerenciais, as limitações do estudo são ressaltadas e apresentam-se ainda algumas sugestões para futuras pesquisas na área.

5.1 CONCLUSÕES

A proposta deste estudo foi verificar o impacto da avaliação dos serviços de assistência médica e das respostas emocionais sobre a satisfação do usuário. Destaca-se a qualidade funcional trazendo-se à tona a percepção do usuário sobre a qualidade do serviço oferecido, em que o médico figura como indispensável no atendimento. A análise da assistência deu-se a partir do referencial de dois grupos de usuários, o Sistema Único de Saúde (SUS) que representa a assistência pública e o Convênio e Particular, a assistência privada.

Assim, o principal objetivo deste estudo foi o teste de um modelo que permitisse a verificação das relações entre a Qualidade do Serviço, desmembrada em Satisfação e Insatisfação com os atributos específicos do serviço, e da Resposta Emocional (positiva/negativa) com a Satisfação Global ao receber assistência médica.

Ao analisar-se separadamente cada relação, o primeiro objetivo foi identificar as dimensões relevantes da satisfação e insatisfação com os atributos específicos do serviço de assistência médica na satisfação global do usuário.

O construto satisfação com os atributos da assistência mostrou-se multidimensional para todos os modelos, sendo mensurado em 3 dimensões que versam sobre o Diagnóstico (19 indicadores), Comodidade (4 indicadores) e Responsabilidade Profissional (3 indicadores). As dimensões Interações de Auxiliares e Profissionalismo não foram confirmadas pelo estudo.

Nas três dimensões confirmadas, o maior desempenho para essa variável foi observado na dimensão Diagnóstico, a qual explica 31,53% do modelo. Essa

dimensão agrupou o maior número de indicadores reunindo aspectos técnicos na compreensão do problema em si e destacando a interação do médico com o usuário nesse processo. Na escala original Urdan (2001) também ressaltou a *performance* dessa dimensão para o contexto da assistência médica.

A menor *performance* foi encontrada na dimensão Responsabilidade Profissional, pois ela explica apenas 8,88% do modelo. Na escala original esta dimensão também apresentou menor desempenho.

No construto Insatisfação com os atributos da assistência também se confirmou a multidimensionalidade da variável em todos os modelos, sendo mensurada em 3 dimensões denominadas Diagnóstico (17 indicadores), Interações de Auxiliares (7 indicadores), Interações Médicas (7 indicadores). Apenas a dimensão comodidade não foi confirmada.

A maior *performance*, entre as dimensões confirmadas pelo estudo, foi a da dimensão Diagnóstico, que explica 28,67% do modelo. Os indicadores dessa dimensão destacam a qualificação profissional e como ela repercute no usuário. A dimensão Interações do médico apresentou menor desempenho, sendo a variância explicada 14,27%. A maioria dos indicadores dessa dimensão reúne aspectos relacionados à prontidão do médico em assistir o usuário.

Entre as variáveis Satisfação e Insatisfação com os atributos da assistência melhor *performance* foi encontrada no construto Satisfação, pois explica 69,21% do modelo e a Insatisfação 64,97%. Esse resultado está de acordo com os achados de Mano e Oliver (1993), os quais explicam que a Satisfação com os atributos do serviço está correlacionada com a avaliação hedônica do mesmo e, portanto, tem um maior peso na avaliação de satisfação do que a avaliação instrumental dada pela insatisfação. Oliver (1993) também destaca a relevância da avaliação subjetiva em face da experiência de consumo. A *performance* dos atributos é comparada com o nível de expectativa do usuário ajudando a formar o julgamento de satisfação.

O segundo objetivo foi identificar as dimensões das respostas emocionais presentes na relação entre médico e paciente.

Nos construtos Resposta Emocional Positiva e Resposta Emocional Negativa não foi possível confirmar a multidimensionalidade, como previram Lobato, Borges e Nique (2003) e Prado (2004). As variáveis foram mensuradas de forma unidimensional em todos os modelos, no caso da Resposta Emocional Positiva pelas

emoções de 'Vibração', 'Encantamento' e 'Orgulho' e no caso da Resposta Emocional Negativa pelas emoções de 'Frustração', 'Fúria', 'Insatisfação', 'Irritação', 'Descontentamento' e 'Raiva'.

A satisfação, para Mano e Oliver (1993), é em parte uma experiência afetiva, mais bem ilustrada pelas manifestações de prazer ou por emoções positivas. Segundo os autores, a resposta emocional é um antecedente da satisfação. Os resultados do estudo corroboram esta afirmação.

O terceiro objetivo tinha como propósito identificar o impacto da satisfação e insatisfação com atributos específicos da assistência médica sobre a satisfação global do usuário.

Como proposto por Oliver (1980, 1981), a hipótese um derivada do Paradigma da Desconformidade afirma ser a Satisfação e a Insatisfação com os atributos da assistência médica um antecedente da Satisfação Global.

A Satisfação com os atributos da assistência teve um impacto direto sobre a Satisfação Global mantendo o mesmo sentido proposto por Oliver (1993) e Prado (2002) e corroborando a afirmação de Prado (2004) de que a Qualidade Percebida do Serviço é um antecedente da Satisfação. A média geral para o construto retrata que os usuários estão moderadamente satisfeitos com a assistência médica. Neste sentido, percebe-se que o serviço está vulnerável; o usuário poderá substituir o atual prestador de serviço por outro, a qualquer momento, pois não está completamente satisfeito.

A qualidade da assistência médica foi avaliada tendo como referencia as dimensões: Tangibilidade, Confiabilidade, Prontidão, Garantia e Empatia. Os atributos da assistência de maior satisfação, na opinião dos usuários, foram respectivamente 'Qualificação profissional', 'Confiabilidade ao médico', 'Tempo dedicado ao atendimento', 'Profissionalismo da recepcionista' e 'Respeito do médico pelo paciente'. Em contrapartida, os de menor satisfação foram 'Utilização de recursos avançados da medicina', 'Interesse em vantagens financeiras', 'Agendamento da consulta', 'Interesse da recepcionista direcionado às necessidades do paciente', 'Informação sobre diferentes formas de tratamento'. Entre as dimensões uma performance mais satisfatória foi obtida na dimensão Empatia e menos satisfatória na dimensão Garantia.

A relação direta entre o construto Insatisfação com os atributos do serviço e a Satisfação Global não foi confirmada. A média geral de Insatisfação esteve próxima de 1. Esse valor indica que os usuários estão nada insatisfeitos. Contudo, apesar de na amostra a dimensão insatisfação não ter influenciado significativamente a Satisfação, esta pode ter sido disfarçada.

Já que, na avaliação da performance da assistência médica as dimensões da qualidade: Tangibilidade, Confiabilidade, Prontidão, Garantia e Empatia apresentaram um grau de insatisfação. Os usuários relataram que estão mais insatisfeitos, respectivamente, com os seguintes atributos: 'Utilização de recursos avançados da medicina', 'Interesse do médico em vantagens financeiras', 'Agendamento da consulta', 'Interesse da recepcionista pelo paciente' e 'Atendimento minucioso ao paciente'. E, menos insatisfeitos com a 'Qualificação profissional', 'Riscos desnecessários no tratamento do paciente', 'Atendimento a funcionário na presença do paciente', 'Flexibilidade da recepcionista para lidar com as necessidades do paciente', 'Respeito do médico pelo paciente'. Entre as dimensões, desempenho mais insatisfatório foi obtido na dimensão Prontidão e menos insatisfatório na dimensão Empatia.

A segunda hipótese diz que a Satisfação com os atributos da assistência exerce influência positiva e negativa sobre a Resposta Emocional, esta proposição foi aceita. O construto Satisfação com os atributos do serviço apresentou uma influência positiva e inversa sobre a Resposta Emocional, como afirma Oliver (1993) e Prado (2002). Entretanto, o construto Insatisfação com os atributos da assistência não influenciou, de forma inversa e significativa, a Resposta Emocional Positiva, mas teve um impacto positivo sobre a Resposta Emocional Negativa.

Os resultados mostram que problemas surgidos com algum aspecto da assistência médica produzem emoções negativas em relação ao serviço, confirmando o impacto indireto da insatisfação sobre a satisfação global. Assim sendo, o serviço precisa gerir este aspecto a fim de minimizar os efeitos deste sobre o julgamento de satisfação do usuário.

O quarto objetivo sugerido foi identificar a influência das respostas emocionais na satisfação global do consumidor com a assistência médica.

Como proposto por Oliver (1993) Mano e Oliver (1993) e Prado (2002), a terceira hipótese destaca o papel mediador da Resposta Emocional, sugerindo que

esta afeta positivamente e inversamente a Satisfação Global. Esta relação foi confirmada integralmente pelo estudo nos modelos global e SUS. No grupo Convênio/Particular, a relação da resposta emocional com a Satisfação global foi parcialmente confirmada, pois a Satisfação não foi afetada, de forma significativa, pela resposta emocional positiva.

Nota-se em todos os modelos uma forte influência da Resposta Emocional Negativa sobre a Satisfação Global do Usuário. Supõe-se que na área de saúde a lógica para esse construto seja diferente, uma vez que o usuário busca o alívio de sintomas pleiteando a retirada de um sentimento negativo.

De modo geral, os resultados confirmam a multidimensionalidade da satisfação e evidenciam a influencia da dimensão alívio, como descrito por Evrard (1993), na formação do julgamento de satisfação do usuário com a assistência médica. Fica claro que a relação entre médico e usuário é permeada de emoções devendo essa relação, juntamente com outros aspectos do serviço, ser sustentada de forma a ativar sensações de prazer e principalmente desativar as sensações de desprazer para elevar o grau de satisfação do usuário.

Conclui-se que o usuário busca, na assistência médica, não somente um atendimento humanizado, que respeite os seus sentimentos, mas também um serviço que o acolha através de uma ausculta sincera com orientações adequadas que tragam resolutividade para seus problemas de saúde.

5.2 CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS

A área de saúde constitui-se um terreno fértil a ser explorado, pois pouco se sabe sobre o termo Satisfação dentro desse universo conturbado que ora celebra a vida ora chora entes queridos. Este cenário se apresenta repleto de emoções ambíguas capazes de ao mesmo tempo enaltecer as habilidades de um profissional e evidenciar a fragilidade do ser humano, e limitações inerentes à sua espécie.

Portanto, o presente estudo contribui teoricamente com as pesquisas de *marketing* para o entendimento dos antecedentes da Satisfação do consumidor no contexto da saúde. A aplicação do modelo estrutural permitiu identificar os aspectos

relevantes da satisfação para um tipo específico de clientela, corroborando a validação de Urdan (2001) da escala de Qualidade Percebida pelo Cliente. Outra contribuição importante foi a confirmação do impacto das emoções na resposta de satisfação e a aplicabilidade do modelo de Prado (2002) ao contexto da assistência médica, confirmando o envolvimento da avaliação hedônica e utilitária com o julgamento de Satisfação. O modelo mostrou-se adequado para mensurar os construtos propostos.

De certa forma, o modelo também contribui para a mudança de paradigma na área de saúde, pois se percebe a necessidade de resgatar a essência do serviço considerando-se o usuário como um ser completo e não apenas como um portador de órgão doente.

5.3 IMPLICAÇÕES GERENCIAIS

A assistência médica refere-se aos cuidados de saúde que o médico oferece ao usuário. Possui um caráter diferenciado em relação às demais prestadoras de serviço, pois, além da intangibilidade inerente ao atendimento, nela existe a possibilidade de perda do cliente em razão de sequelas decorrentes das doenças, e da falta de habilidade do profissional na condução do diagnóstico e tratamento, contando-se entre elas a própria morte.

Na área de saúde, na avaliação da *performance*, além de se considerarem esses aspectos intrínsecos ao serviço, soma-se a qualidade do relacionamento entre aquele que assiste e aquele que é assistido. Alcançar a satisfação do usuário implica em gerenciar a demanda tanto dos aspectos específicos do serviço, como diagnóstico, equipe de apoio, comodidade, responsabilidade e interações médicas, quanto das emoções que o processo desencadeia, por quanto boa parte da variação de satisfação é explicada pela resposta emocional presente no momento do usuário consumir o serviço (Prado, 2002).

O bom atendimento prestado ao cliente pode motivar suas emoções, deixando-o mais seguro e confiante. Isso ressalta a importância e valor do serviço (MÜLLER, 2007).

Portanto, para vencer a competitividade no setor sugere-se aos médicos maior interesse pelos valores e crenças relacionados à concepção de saúde que o usuário traz, bem como o acesso ao serviço e a pontualidade no exercício da atividade como forma de evitar situações ativadoras de emoções negativas.

Contudo, os usuários não querem somente ser educadamente atendidos, procuram um relacionamento comprometido do médico e da equipe de auxiliares no atendimento de suas necessidades de saúde.

Assim, as estratégias de *marketing* para o setor devem implementar ações voltadas não só para o conhecimento das necessidades de saúde do usuário, mas também para o que este deseja e espera da assistência, suscitando-lhe emoções hedônicas de valorização e bem-estar, como forma de favorecer o vínculo entre ambos.

Segundo Lima, Ramos, Rosa, Nauderer e Davis (2007), o vínculo confere segurança aos usuários. Por ele há um estreitamento das relações em virtude das quais o sofrimento do paciente leva à sensibilização e à responsabilização do profissional de saúde para o bem-estar do paciente, otimizando o processo de assistência e proporcionando ao médico o conhecimento dos seus clientes e as prioridades de cada um, e também aumentando a possibilidade de resolutividade e satisfação das necessidades da clientela.

Maior ênfase deve ser dada ao relacionamento pessoal como forma de assegurar a satisfação do usuário, pois problemas no relacionamento impossibilitam ao usuário visualizar qualquer benefício em outros aspectos da assistência.

5.4 RESTRIÇÕES DO ESTUDO REALIZADO

A assistência médica foi analisada com destaque da qualidade funcional do serviço. Considerou-se a percepção do usuário como parâmetro de avaliação da Satisfação do consumidor. Contudo, existem algumas limitações inerentes à pesquisa.

A primeira delas se refere à abordagem adotada, ou seja, pesquisa conclusiva descritiva, que apenas descreve as dimensões que influenciam a

satisfação do usuário, não tendo a pretensão de explicar a causa das relações que se estabeleceram, nem mesmo de validar a consistência da avaliação de satisfação ao longo do tempo, por ser um estudo transversal.

Outra limitação encontrada diz respeito ao procedimento amostral. A amostragem foi não probabilista por cotas: cada entrevistador possuiu uma cota para ser cumprida, o que limitou a extensão dos resultados obtidos. Entretanto, como a pesquisa está em consonância com os objetivos propostos, ela não descaracteriza o valor metodológico, segundo Malhotra (2001), ainda mais, se apoiado por teorias (HAIR JR. et al., 2005).

Por se tratar de uma pesquisa de opinião, a disposição do entrevistado em responder às perguntas é um fator que pode ter influenciado em suas respostas. Como não foi dado aos participantes nenhum tipo de recompensa, o compromisso do entrevistado em refletir sobre as perguntas pode ter sido afetado, levando-a a dar respostas ao acaso.

A compreensão também pode ter sido outro fator de limitação, uma vez que foi detectada certa dificuldade em operacionalizar o julgamento das escalas para identificar o grau de satisfação e de insatisfação com o mesmo atributo.

Outro fator de limitação é que as informações obtidas basearam-se na experiência anterior do usuário com a assistência médica sendo, portanto, de ordem muito pessoal. O mesmo evento pode ter muitas interpretações com intensidades diferentes, variando em razão do padrão de referência.

A dificuldade em mensurar as emoções foi outro fator de limitação, por se tratar de um julgamento de ordem subjetiva, pode ter influenciado o resultado. Observou-se certa dificuldade dos respondentes em falar do assunto, como se não fosse certo sentir algo. De modo geral, as pessoas resistem em fazer uma auto análise e quando o fazem resistem em exprimi-la verbalmente.

5.5 SUGESTÃO PARA FUTURAS PESQUISAS

Após a análise dos resultados obtidos, algumas questões surgiram indicando a necessidade de propostas para futuras pesquisas. A primeira delas se refere à

amostra. A pesquisa limitou-se à amostra de uma população de apenas um local. Sugere-se buscar outras oportunidades de estudo incluindo outras cidades e regiões brasileiras. No entanto, faz-se uma ressalva quanto à dificuldade em conseguir cooperação de organizações e profissionais de saúde, conforme cita Urdan (2001).

O público atingido pelo estudo foi predominantemente feminino. Seria interessante investigar se há uma diferença entre gêneros na especificação de dimensões relevantes da satisfação para o usuário.

Contudo, o mesmo modelo poderia ser aplicado em outros estudos mencionando-se a especialidade médica para verificar a relação deste com o julgamento de satisfação e das respostas emocionais decorrentes dessa interação. Comparações entre patologias, que possibilitem considerar se a gravidade do estado de saúde poderia afetar o julgamento de satisfação do usuário em relação aos cuidados médicos.

Sugere-se, ainda, avaliar a satisfação com a assistência médica no âmbito hospitalar, onde o usuário tem menor autonomia sobre si mesmo, pois tem de se submeter às regras institucionais, e também com a equipe de enfermagem, que é a que realiza maior parte dos cuidados dispensados ao paciente internado.

A aplicação do modelo aos diferentes contextos da área de saúde poderia, além de proporcionar maior conhecimento sobre a satisfação do usuário, trazer maior coerência às relações estabelecidas pelo modelo.

REFERÊNCIAS

- ABREU, F. de A.; TEIXEIRA, D. J. Resposta emocional do paciente ao ambiente de espera em um hospital na cidade de Belo Horizonte. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 31., 2007, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2007.
- ANDERSON, E. W.; FORNELL, C.; LEHMANN, D. R. Customer satisfaction, market share, and profitability: findings from Sweden. **Journal of Marketing**, New York, v. 58, n. 3, p. 53-66, July 1994.
- ANDERSON, E. W.; FORNELL, C. Foundations of the american customer satisfaction index. **Total Quality Management**, Local, v. 11, n. 7, p. 869-882, Sept. 2000.
- ANDERSON, E. W.; FORNELL, C.; MAZVANCHERYL, S. K. Customer satisfaction and shareholder value. **Journal of Marketing**, New York, v. 68, p. 172-185, Oct. 2004.
- ANDRADE, E. B. Behavioral consequences of affect: combining evaluate and regulatory mechanisms. **Journal of Consumer Research**, Chicago, v. 32, n. 3; p. 355-361, Dec. 2005.
- BABAKUS, E.; BIENSTOCK, C. C.; VAN SCOTTER, J. R. Living perceived quality and customer satisfaction to store traffic and revenue growth. **Decision Sciences**, Temple, v. 35, n. 4, p. 713-737, Sept. 2004.
- BABIN, B. J.; DARDEM, W. R.; GRIFFIN, M. Work and/or fun: measuring hedonic and utilitarian shopping value. **Journal of Consumer Research**, Chicago, v. 20, n. 4, p. 644-656, Mar. 1994.
- BAGOZZI, R. P.; GOPINATH, M.; NYER, P. U. The role of emotions in marketing. **Journal of the Academy of Marketing Science**, Thousands Oaks, v. 27, n. 2, p. 184-206, Spring 1999.
- BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. de L. **Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia**. São Paulo: Saraiva, 2001.
- BOLTON, R. N.; DREW, J. H. A multi-stage model of customer's assessments of service quality and value. **Journal of Consumer Research**, Chicago, v. 17, n. 1, p. 375-384, Mar. 1991.
- BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 150-153, fev. 2007.

BOUGIER, R.; PIETERS, R.; ZEELLENBERG, M. **Journal of the Academy of Marketing Science**, Thousand Oaks, v. 31, n. 4, p. 377-393, Fall 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996**: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>>. Acesso em: 21 abr. 2009.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa nacional de humanização da assistência hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em: 7 mar. 2008.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa nacional de assistência hospitalar**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Comissão intergestores tripartite do SUS**: pactos pela vida, em defesa do SUS e da gestão. Brasília: MS; 2006. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/download/pacto_pela_saude_2006.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2008.

BROW, S. W.; SWARTZ, T. A. A gap analysis of professional service quality. **Journal of Marketing**, New York, v. 53, n. 2, p. 92-98, Apr. 1989.

CADERNO DE INFORMAÇÕES DA SAÚDE SUPLEMENTAR: BENEFICIÁRIOS, OPERADORAS E PLANOS. Rio de Janeiro: ANS, 2006- . Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/suplementar/periodicos.html>>. Acesso em: 7 mar. 2008.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.

CHAUDHURI, A. A study of emotion and reason in products and services. **Journal of Consumer Behaviour**, New York, v. 1, n. 3, p. 267-279, July 2001.

COSTA, A. C. R.; FARIAS, S. A. de. Emoções e satisfação em compras on-line: o 'ser' é humano em ambientes intermediados por computadores. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 28., 2004, Curitiba. **Anais...** Curitiba: ANPAD, 2004.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **The Milbank Quarterly**, New York, v. 83, n. 4, p. 691-729, Dec. 2005.

ELLSWORTH, P. C. The right way to study emotion. **Journal of Psychological Inquiry**, Sioux City, v. 6, p. 213-216, 1995.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cadernos de Saúde Pública - Reports in Public Health**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1267-1276, jun. 2006.

ESPINOSA, Francine; NIQUE, Walter. O Impacto de Experiências Emocionais na Atitude e Intenção de Compra do Consumidor: o papel da Relevância e da Congruência com os objetivos pessoais. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 28., 2004, Curitiba. **Anais...** Curitiba: ANPAD, 2004.

ESPINOZA, F.; ZILLES, F. A geração de afeto negativo a partir da atmosfera da loja e sua influência na intenção de retorno e recomendação do consumidor. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 28., 2004, Curitiba. **Anais...** Curitiba: ANPAD, 2004.

EVARD, Y. La satisfaction des consommateurs: état des recherches. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 17., 1993, Salvador. **Anais...** Salvador: ANPAD, 1993.

EVARD, Y.; AURIER, P. The influence of emotions on satisfaction with movie consumption. **Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction & Complaining Behavior**, Las Vegas, v. 7, p. 119-126, 1994.

FARIAS, S. A. de; SANTOS, Rubens da Costa. A Influência da resposta afetiva na satisfação do consumidor: um estudo no segmento da terceira idade. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 24., 2000, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: ANPAD, 2000.

FORNELL, C. A National customer satisfaction barometer: the swedish experience. **Journal of Marketing**, New York, v. 56, n. 1, p. 6-21, Jan. 1992.

FORNELL, C.; JOHNSON, M.D.; ANDERSON, E. W.; CHA, J.; BRYANT, B. The american customer satisfaction, index: nature, purpose, and findings. **Journal of Marketing**, New York, v. 60, n. 4, p. 7-18, Oct. 1996.

FORNELL, C.; MITHAS, S.; MORGESON III, F. V.; KRISHNAN, M. S. Customer satisfaction and stock prices: returns, Low Risk. **Journal of Marketing**, New York, v. 70, p. 3-14, Jan. 2006.

FOURNIER, S.; MICK, D. G. Rediscovering satisfaction. **Journal of Marketing**, New York, v. 63, n. 4, p. 5-23, Oct. 1999.

FREITAS, A.; SALOVEY, P. Regulating emotion in the short and long term. **Journal of Psychological Inquiry**, Sioux City, v. 11, p. 178-179, 2000.

FRIJDA, N. H. Emotion experience. **Cognition & Emotion**, London, v. 19, n. 4, p. 473-497, Jan. 2005.

GARDNER, Meryl Paula. Mood states and consumer behavior: a critical review. **Journal of Consumer Research**, Chicago, v. 12, p. 281-300, Dec. 1985.

GIESE, J. L.; COTE, J. A. Defining consumer satisfaction. **Academy of Marketing Science Review**, Ruston, n. 1, p. 1-24, 2000.

GOHM, C. L.; CLORE, G. L. Four latent traits of emotional experience and their involvement in well-being, coping, and attributional style. **Cognition & Emotion**, London, v. 16, n. 4, p. 495-518, 2002.

GORST, Jonathan; KANJI, Copal; WALLACE, William. Providing customer satisfaction. **Total Quality Management**, v. 9, n. 4-4, p. 100-103, 1998.

GOUVEIA, G. C.; SOUZA, W. V. de; LUNA, C. F.; SOUZA-JUNIOR, R. B. de; SZWARCOWALD, C. L. Health care users' satisfaction in Brazil, 2003. **Cadernos de Saúde Pública - Reports in Public Health**, Rio de Janeiro, v. 21, supl. 1, p. 109-118, 2005.

GRÖNROOS, C. Um modelo de qualidade de serviço e suas implicações para o marketing. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 88-95, out./dez. 2006.

HAIR JR., J. F. et al. **Análise multivariada de dados**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

HERZBERG, F. Psicodinâmica da vida organizacional. In: BERGAMINI, C. W.; CODO, R. ed. São Paulo, Atlas, 1997.

HOMBURG, C.; KOSCHATE, N.; HOYER, W. Do satisfied customers really pay more? A study of the relationship between customer satisfaction and willingness to pay. **Journal of Marketing**, New York, v. 69, p. 84-96, Apr. 2005.

HOMBURG, C.; KOSCHATE, N.; HOYER, W. The role of cognition and affect in the formation of customer satisfaction: a dynamic perspectiva. **Journal of Marketing**, New York, v. 70, n. 3, p. 21-31, July 2006.

IZARD, C. E. **Human emotions**. Nova York: Plenum Press, 1997.

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

JOHNSON, M. D.; GUSTAFSSON, A.; ANDRESSEN, T. W. The evolution and future of national customer satisfaction index models. **Journal of Economic Psychology**, p. 1-43, July 2000.

KELTNER, D.; GROSS, J. J. Functional accounts of emotions. **Cognition & Emotion**, London, v. 13, n. 5, p. 467-480, Sept. 1999.

KNY, M. A. **O impacto dos aromas ambientais sobre o comportamento do consumidor no varejo**. Dissertação (Mestrado em Administração) -Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

KOTLER, P. **Administração de marketing: a edição do novo milênio**. 10. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2000.

KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

LARÁN, J. A. **A influência da surpresa no processo emocional de formação da satisfação do consumidor**. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

LATOURE, S. A.; PEAT, N. C. The role of situationally-produced expectations, others' experiences, and prior experience in determining customer satisfaction. **Advances in Consumer Research**, Ann Arbor, v. 7, n. 1, p. 588-592, 1980.

LAZARUS, R. S. **Emotion and adaptation**. New York: Oxford University Press, 1991.

LEITE, F. N. F.; ARRUDA, D. M. de O. Impacto das experiências emocionais na satisfação dos clientes: um estudo em consultórios médicos. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 31., 2007, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2007.

LIMA, M. A. da S.; RAMOS, D. D.; ROSA, R. B.; NAUDERER, T. M.; DAVIS, R. Acesso e acolhimento em atividades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 12-17, jan./mar. 2007.

LOBATO, A.; BORGES, A.; NIQUE, W. M. Avaliação da aplicabilidade da escala *Consumption Emotions Set* para mensuração das emoções em experiências de consumo na cidade de Porto Alegre. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 27., 2003, Atibaia. **Anais...** Atibaia: ANPAD, 2003.

LOVELOCK, C.; WRIGHT, L. **Serviços: marketing e gestão**. São Paulo: Saraiva, 2002.

MADDOX, R. N. Two-factor theory and consumer satisfaction: replication and extension. **Journal of Consumer Research**, Chicago, v. 8, n. 1, p. 97-102, June 1981.

MADRIGAL, R. Exploring subjective emotion intensity: antecedents a post consumption consequence. **Advances in Consumer Research**, Ann Arbor, v. 30, 2003.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

_____. _____. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

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

MARCHETTI, R.; PRADO, P. H. M. Um *tour* pelas medidas de satisfação do consumidor. **Revista de Administração de Empresas - RAE**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 56-67, out./dez. 2001.

MARCHLEIT, K. A.; EROGLU, S. A.; MANTEL, S. P. Perceived retail crowding and shopping satisfaction: what modifies this relationship? **Journal of Consumer Psychology**, v. 9, n. 1, p. 29-42, 2000.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing: edição compacta**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MENON, Kalyani; DUBÉ, Laurette. Scripting consumer emotions in extended service transactions: a prerequisite for successful adaptation in provider performance. **Advances in Consumer Research**, Ann Arbor, v. 26, p. 18-23, 1999.

MORRISON, S.; CRANE, F. G. Building the service brand by creating and managing an emotional brand experience. **Journal of Brand Management**, London, v. 14, n. 5, p. 410-421, May 2007.

MÜLLER; F. de O. **As emoções positivas e negativas, a atitude e a intenção de comportamento: um estudo exploratório no varejo**. 110 f. Dissertação (Mestrado em Administração e Negócios) - Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

NOVAES, H. M. D. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública - Reports in Public Health**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, 147-173, nov./dez. 2004.

OLIVER, R. L. A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. **Journal of Marketing Research**, Chicago, v. 17, p. 460-469, Nov. 1980.

_____. Measurement and evaluation of satisfaction process in retail settings. **Journal of Retailing**, New York, v. 57, n. 3, p. 25-48, Fall 1981.

_____. Processing of the satisfaction response in consumption a suggested framework and research proposition. **Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction & Complaining Behavior**, Las Vegas, v. 2, p. 1-16, 1989.

_____. Cognitive, affective, and attribute bases of the satisfaction response. **Journal of Consumer Research**, Chicago, v. 20, n. 3, p. 418-430, Dec. 1993.

_____. **Satisfaction: a behavioral perspective on the consumer**. Boston: Irwin McGraw-Hill, 1997.

OLIVER, R. L.; DESARBO, W. S. Response determinants in satisfaction judgments. **Journal of Consumer Research**, Chicago, v. 14, p. 495-507, Mar. 1988.

OLIVER, R. L.; SWAN, J. E. Equity and disconfirmation perceptions as influences on merchant and product satisfaction. **Journal of Consumer Research**, Chicago, v. 16, p. 372-383, Dec. 1989.

OLIVER, R. L.; WESTBROOK, R. A. Profiles of consumer emotions and satisfaction ownership and usage. **Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction & Complaining Behavior**, Las Vegas, v. 6, p. 12-27, 1993.

OLIVER, R. L.; BURKE, R. R. Expectation process in satisfaction formation. **Journal of Service Research**, Gurgaon, v. 1, n. 3, p. 196-214, Feb. 1999.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. **Journal of Marketing**, New York, v. 49; n. 4, p. 41-50, Fall 1985.

_____. SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. **Journal of Retailing**, New York, v. 64, n. 1, p.12-40, Spring 1988.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 25, n. 5, set./out. 1998.

PETRICK, J. F. Development of a multi-dimensional scale for measuring the perceived value of a service. **Journal of Leisure Research**, Ashburn, v. 34, n. 2, p. 119-134, Marc. 2002.

PRADO, P. H. M. **Automação comercial e satisfação do consumidor em empresas supermercadistas da região de Curitiba**. 163 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 1995.

_____. Dimensões da resposta afetiva ao processo de compra e a satisfação do consumidor: o caso dos supermercados. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 21., 1997, Rio das Pedras. **Anais...** Rio das Pedras: ANPAD, 1997.

_____. Integração da qualidade percebida, resposta afetiva e satisfação no processo de compra-consumo de serviços. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 26., 2002, Salvador. **Anais...** Salvador: ANPAD, 2002.

_____. **A Avaliação do relacionamento sob a ótica do cliente: um estudo em bancos de varejo**. 480 f. Tese (Doutorado em Administração de Empresa) - Escola de Administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2004.

PRICE, D. D.; RILEY, J.; BARRELL, J. J. Are lived choices based on emotional process? **Cognition & Emotion**, London, v. 15, n. 3, p. 365-379, May 2001.

RAMANATHAN, Suresh; WILLIAMS, Patti. Immediate and delayed emotional consequences of indulgence: the moderating influence of personality type on mixed emotions. **Journal of Consumer Research**, Chicago, v. 34, p. 212-223, Aug. 2007.

RIBEIRO, M. C. S.; BARATA, R. B.; ALMEIDA, M. F.; SILVA, Z. P. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS – PNAD 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 1011-1022, out./dez. 2006.

RICHINS, Marsha L. Measuring emotions in the consumption experience. **Journal of Consumer Research**, Chicago, v. 24, n. 2, p. 127-146, Sept. 1997.

RUST, R.; OLIVER, R. L. Should we delight the customer? **Journal of the Academy of Marketing Science**, Thousands Oaks, v. 28, n. 1, p. 86-94, 2000.

SILVA, L. M. V. da; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública - Reports in Public Health**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan./mar. 1994.

SPSS. **SPSS for windows base system user's guide & professional statistics release 6.0**. Ontario: SPSS Inc., 1993.

SWEENEY, J. C.; SOUTAR, G. N. Consumer perceived value: the development of a multiple item scale. **Journal of Retailing**, New York, v. 77, n. 2, p. 203-220, June 2001.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Sistema de Biblioteca. **Citações e notas de rodapé**. 2. ed. Curitiba: Ed. UFPR, 2007.

_____. Sistema de Biblioteca. **Redação e editoração**. 2. ed. Curitiba: Ed. UFPR, 2007.

_____. Sistema de Biblioteca. **Referências**. 2. ed. Curitiba: Ed. UFPR, 2007.

_____. Sistema de Biblioteca. **Teses, dissertações, monografias e outros trabalhos acadêmicos**. 2. ed. Curitiba: Ed. UFPR, 2007.

URDAN, A. T. A qualidade de serviços médicos na perspectiva do cliente. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 44-55, out./dez. 2001.

URDAN, A. T.; HUERTAS, M. K. Z. O medico e a qualidade percebida pelo paciente. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 27., 2003, Atibaia. **Anais...** Atibaia: ANPAD, 2003.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 599-613, jul./set. 2005.

WESTBROOK, R. A. Product/consumption-based affective responses and postpurchase processes. **Journal of Marketing Research**, Chicago, v. 24, n. 3, p. 258-270, Aug. 1987.

WESTBROOK, R. A.; OLIVER, R. L. Developing better measures of satisfaction: some preliminary results. **Advances in Consumer Research**, Ann Arbor, v. 8, n. 1, p. 94-99, 1981.

WESTBROOK, R. A.; OLIVER, R. L. The dimensionality of consumption emotion patterns and consumer satisfaction. **Journal of Consumer Research**, Chicago, v. 18, p. 84-91, June, 1991.

WILLIAMSON, M. Emotions, reason and behavior: a search for the truth. **Journal of Consumer Behaviour**, New York, v. 2, n. 2, p. 196-202, June 2002.

WILLIAMS, Patti; AAKER, Jennifer L. Can mixed emotions peacefully co-exist?. **Journal of Consumer Research**, Chicago, p. 1-17, Mar. 2002.

WONG, A. The role of emotional satisfaction in service encounters. **Managing Service Quality**, Bingley, v. 14, n. 5, p. 365-376, 2004.

WOODALL, T. Conceptualising value for the customer: an attributional, structural and dispositional analysis. **Academy of Marketing Science Review**, Ruston, v. 2003, n. 12, p. 1-42, 2003.

ZEITHAML, V. A. Consumer perceptions of price, quality, and value: a means-end model and synthesis of evidence. **Journal of Marketing**, New York, v. 52, n. 3, p. 2-22 July 1988.

APÊNDICE

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Esta pesquisa faz parte de uma dissertação de mestrado, que tem como tema “Satisfação do usuário com a assistência médica”, com objetivo de identificar o nível de satisfação do usuário com o atendimento médico, inserindo nesse processo a resposta emocional como mediadora entre a qualidade percebida e a satisfação global. Os dados serão coletados mediante aplicação de um questionário estruturado.

Asseguramos a confidencialidade no tratamento dos dados coletados, com o compromisso de que as informações serão utilizadas exclusivamente na pesquisa.

Aos participantes, será garantido:

O direito de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a dúvidas a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados com a pesquisa, bem como a metodologia da pesquisa durante toda sua realização;

1. A liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
2. A segurança de que não será identificado e que será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas com a sua privacidade;
3. Compromisso de proporcionar informação atualizada durante o estudo, ainda que possa afetar sua vontade de continuar participando.
4. Não receberá nenhuma compensação financeira por participar do estudo, como também não terá nenhum gasto/despesa em relação aos procedimentos envolvidos com a pesquisa em si.

Mestranda Prof.^a Edna A. L. B. Katakura

Tendo recebido as informações anteriores e cientes dos meus direitos relacionados, declaro estar de acordo e desejar participar da pesquisa. Sendo assim, autorizo que os dados por mim fornecidos sejam organizados com a finalidade de estudo e de publicação científica e didática.

_____, _____ de _____ de 2008.

Nome _____

Assinatura da entrevistada

ANEXO

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO UTILIZADO NA PESQUISA

Bairro

N.

Apresentação: Bom dia/boa tarde/boa noite. Meu nome é _____.
 Sou entrevistador (a) da Prof. Edna Katakura, mestranda da Universidade Federal do Paraná – UFPR, que está desenvolvendo uma pesquisa sobre a Satisfação do Usuário com a Assistência Médica. As informações coletadas nesta pesquisa não serão tratadas individualmente, somente serão divulgadas nos resultados gerais, garantindo dessa forma o seu sigilo.

CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO

1. Qual é a sua idade?

1.1 menor de 18 anos

1.4 41 a 50 anos

1.2 18 a 30 anos

1.5 51 a 60 anos

1.3 31 a 40 anos

1.6 acima de 60 anos

Se o entrevistado for menor de 18 anos encerre a entrevista.

2. Qual é o seu grau de escolaridade?

2.1 Analfabeto

2.2 Ensino Fundamental/Primário incompleto

2.3 Ensino Fundamental/Primário completo

2.4 Ensino Fundamental completo

2.5 Ensino médio incompleto

2.6 Ensino médio completo

2.7 Ensino superior incompleto

2.8 Ensino superior completo

Se o entrevistado for analfabeto ou tiver apenas o primário incompleto encerre a entrevista.

3. Sua última consulta médica foi há quanto tempo?

3.1 15 dias

3.4 3 meses

3.7 6 meses

3.2 1 mês

3.5 4 meses

3.8 mais de 6 meses

3.3 2 meses

3.6 5 meses

Se a última consulta médica foi realizada há mais de seis meses, encerre a entrevista.

Instruções

Não existem respostas certas ou erradas, responda de acordo com aquela que mais se aproxima de sua opinião. Com base na sua última consulta médica responda as perguntas a seguir.

SATISFAÇÃO GLOBAL

Vou apresentar a você a uma escala de 1 a 10 pontos. Com base nesta escala responda a seguinte pergunta.

Cartão n.1									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muito Insatisfeito		Insatisfeito		Nem Satisfeito Nem Insatisfeito		Satisfeito		Muito Satisfeito	
11. Não sabe avaliar (NS)					12. Não respondeu (NR)				

4. Como você avalia sua Satisfação com a assistência médica que recebeu?

SATISFAÇÃO E INSATISFAÇÃO COM A ASSISTÊNCIA MÉDICA

Vou apresentar a você duas escalas de 1 a 10 pontos. Com base nas escalas de satisfação e insatisfação responda as perguntas.

Cartão n.2									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada Satisfeito		Pouco Satisfeito		Satisfeito		Moderadamente Satisfeito		Muito Satisfeito	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada Insatisfeito		Pouco Insatisfeito		Insatisfeito		Moderadamente Insatisfeito		Muito Insatisfeito	
11. Não sabe avaliar (NS)					12. Não respondeu (NR)				

5. Vou fazer uma série de perguntas para você dar a sua opinião sobre sua última consulta médica.		Satisfeito	Insatisfeito
5.1	Disponibilidade para ouvir o que o paciente tem a dizer.		
5.2	Utilização de recursos avançados da medicina.		
5.3	Informação do médico sobre a saúde do paciente.		
5.4	Decisões cabíveis à respeito da saúde do paciente.		
5.5	Atendimento minucioso ao paciente.		
5.6	Explicação sobre exames por terceiros (recepcionista/enfermeira).		
5.7	Agendamento da consulta.		
5.8	Explicação sobre o que o paciente deve fazer.		
5.9	Localização do consultório médico.		
5.10	Pontualidade do médico no atendimento.		
5.11	Interesse do médico em vantagens financeiras.		
5.12	Interesse da recepcionista pelo paciente		
5.13	Examinação cuidadosa antes do diagnóstico.		
5.14	Cortesia da recepcionista.		
5.15	Confiabilidade ao médico.		
5.16	Profissionalismo da recepcionista.		

5.17	Clareza das informações dadas pelo médico.		
5.18	Horário de atendimento do médico em consonância com as necessidades do paciente.		
5.19	Interesse do médico pelo paciente.		
5.20	Interesse da recepcionista direcionado às necessidades do paciente.		
5.21	Informação sobre as diferentes formas de tratamento.		
5.22	Pedido de exames necessários.		
5.23	Atenção dada ao paciente pelo médico.		
5.24	Qualificação profissional do médico.		
5.25	Prescrição de remédios necessários.		
5.26	Atendimento a funcionário na presença do paciente durante a consulta.		
5.27	Respeito do médico pelo paciente.		
5.28	Flexibilidade da recepcionista para lidar com suas necessidades.		
5.29	Atualização do médico.		
5.30	Explicação completa sobre os motivos do exame.		
5.31	Riscos desnecessários no tratamento do paciente.		
5.32	Conhecimento de erros médicos sobre saúde do paciente.		
5.33	Conhecimento dos pacientes em sua individualidade pela recepcionista.		
5.34	Tempo dedicado ao atendimento.		
5.35	Explicação da patologia.		

DESCONFORMIDADE GLOBAL

Vou apresentar a você uma escala de 1 a 10 pontos. Com base nesta escala responda a seguinte pergunta.

Cartão n.3

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muito abaixo das minhas expectativas		Abaixo das minhas expectativas		Como esperado		Acima das minhas expectativas		Muito acima das minhas expectativas	
11. Não sabe avaliar (NS)					12. Não respondeu (NR)				

6. Como você avalia a sua assistência médica?

RESPOSTA EMOCIONAL

Vou apresentar a você uma escala de 1 a 10 pontos. Com base nesta escala responda as perguntas.

Cartão n.4

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nada		Um Pouco		Moderadamente		Bastante		Extremamente	
11. Não sabe avaliar (NS)					12. Não respondeu (NR)				

7. A seguir tem-se uma lista de palavras que descrevem diferentes emoções. Gostaria que você indicasse a intensidade dessas emoções em relação à sua última consulta.

7.1 Frustrado(a)		7.17 Assustado(a)		7.33 Saudade	
7.2 Amado(a)		7.18 Orgulhoso(a)		7.34 Ansioso(a)	
7.3 Furioso(a)		7.19 Constrangido(a)		7.35 Enciumado(a)	
7.4 Afeiçoado(a)		7.20 Tenso(a)		7.36 Sensual	
7.5 Calmo(a)		7.21 Corajoso(a)		7.37 Feliz	
7.6 Insatisfeito(a)		7.22 Deprimido(a)		7.38 Romântico(a)	
7.7 Comovido(a)		7.23 Entusiasmado(a)		7.39 Alegre	
7.8 Aliviado(a)		7.24 Solitário(a)		7.40 Descontente	
7.9 Irritado(a)		7.25 Espantado(a)		7.41 Apaixonado(a)	
7.10 Surpreso(a)		7.26 Culpado(a)		7.42 Envergonhado(a)	
7.11 Nervoso(a)		7.27 Tranquilo(a)		7.43 Esperançoso(a)	
7.12 Admirado(a)		7.28 Triste		7.44 Humilhado(a)	
7.13 Preocupado(a)		7.29 Empolgado(a)		7.45 Otimista	
7.14 Satisfeito(a)		7.30 Inveja		7.46 Contente	
7.15 Temeroso(a)		7.31 Infeliz		7.47 Com Raiva	
7.16 Encantado(a)		7.32 Apavorado(a)		7.48 Vibrante	
				7.49 Medo	

DISTÂNCIA DO IDEAL

Vou apresentar a você uma escala de 1 a 10 pontos. Com base nesta escala responda a seguinte pergunta.

Cartão n.5									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Muito Longe do Ideal		Longe do Ideal		Nem Longe Nem Próximo do Ideal		Próximo ao Ideal		Muito Próximo ao Ideal	
11. Não sabe avaliar (NS)					12. Não respondeu (NR)				

8. Como você avalia a última assistência médica que recebeu?

9. Sexo do entrevistado

9.1 Feminino

9.2 Masculino

10. Você recebeu atendimento médico pelo

10.1 SUS

10.2 Convênio de Médico/ Plano de Saúde

10.3 Particular

11. Onde você realizou a sua última consulta?

11.1 Posto de Saúde

11.3 Hospital

11.2 Clínica

11.4 Pronto Socorro

12. Quanto tempo durou a sua última consulta?

12.1 5 minutos

12.4 15 a 20 minutos

12.2 5 a 10 minutos

12.5 mais de 20 minutos

12.3 10 a 15 minutos