



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DE TECNOLOGIAS
DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

LUCAS AMBRÓSIO BEZERRA DE OLIVEIRA

MODELO DE CLASSIFICAÇÃO DE CLIENTES EM SERVIÇOS DE SAÚDE:
uma abordagem baseada no nível de satisfação e lealdade

Recife

2018

LUCAS AMBRÓSIO BEZERRA DE OLIVEIRA

MODELO DE CLASSIFICAÇÃO DE CLIENTES EM SERVIÇOS DE SAÚDE:

uma abordagem baseada no nível de satisfação e lealdade

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção (PPGEP) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Engenharia de Produção.

Área de concentração: Gerência da Produção.

Orientadora: Prof^a Dr^a Denise Dumke de Medeiros.

Recife

2018

Catalogação na fonte

Bibliotecário Gabriel da Luz, CRB-4 / 2222.

O48m Oliveira, Lucas Ambrósio Bezerra de.

Modelo de classificação de clientes em serviços de saúde: uma abordagem baseada no nível de satisfação e lealdade / Lucas Ambrósio Bezerra de Oliveira - 2018.

155 folhas, Il. e Tabs.

Orientadora: Prof^a. Dr^a Denise Dumke de Medeiros

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco. CTG. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, 2018.

Inclui Referências, Apêndices e Anexo.

1. Engenharia de Produção. 2. Satisfação. 3. Lealdade. 4. Classificação de clientes. 5. Serviços de saúde. 6. Análise multivariada I. Medeiros, Denise Dumke de. (Orientadora). II. Título.

UFPE

658.5 CDD (22. ed.)

BCTG/2019 - 11

LUCAS AMBRÓSIO BEZERRA DE OLIVEIRA

**MODELO DE CLASSIFICAÇÃO DE CLIENTES EM SERVIÇOS DE SAÚDE:
uma abordagem baseada no nível de satisfação e lealdade**

**PARECER DA COMISSÃO EXAMINADORA DE DEFESA DE
TRABALHO DE DOUTORADO ACADÊMICO**

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: GERÊNCIA DA PRODUÇÃO

A comissão examinadora composta pelos professores abaixo, sob a presidência do primeiro, considera o candidato, **LUCAS AMBRÓSIO BEZERRA DE OLIVEIRA, APROVADO.**

Recife, 20 de dezembro de 2018.

Profa. DENISE DUMKE DE MEDEIROS, *Docteur* (UFPE) – Orientadora

Prof. ADIEL TEIXEIRA DE ALMEIDA FILHO, Doutor (UFPE)

Profa. LUCIANA HAZIN ALENCAR, Doutora (UFPE)

Profa. JORGE DA SILVA CORREIA NETO, Doutor (UFRPE)

Profa. MARIA HELENA DE A. P. E PESTANA, Doutora (ISCTE-IUL, Portugal)

Dedico este trabalho à minha família e à minha esposa.

AGRADECIMENTOS

A caminhada durante o processo de doutoramento é longa, árdua e repleta de desafios. Felizmente pude contar com apoio Divino e daqueles que torcem por mim e, assim, aliviar um pouco o fardo e ter forças para concluir a jornada.

As lições aprendidas vão muito além da esfera acadêmica, científica e profissional; alcançam um ponto particular de desenvolvimento enquanto ser humano e reforçam nossa missão de vida. Por isso, mesmo correndo o risco de ser injusto ao não mencionar pessoas que foram importantes nesta caminhada, preciso fazer registro como forma do mais sincero e profundo agradecimento pelo simples apoio, pelas conversas jogadas fora, pelas trocas de ideias, críticas, sugestões, argumentos científicos... por tudo.

Antes de tudo, sou eternamente grato pelas bênçãos de Deus, Jesus Cristo e Maria Santíssima e pela proteção do meu anjo! Por me darem forças nos momentos de necessidade, por me fazerem superar os desafios e ir além.

Agradeço a minha amada e querida esposa, Leopoldina Martins, companheira de todas as horas! Muito obrigado por estar ao meu lado nesta caminhada, por ter sido forte, dar o apoio necessário e compreender os momentos difíceis desta caminhada. Obrigado por tudo!

Aos meus pais, José Ambrósio e Maria Zenóbia, pela dádiva da vida e por sempre, incondicionalmente, me apoiarem nos meus sonhos. Aos meus irmãos, Giseli Bezerra, Valesca Bezerra e Diego Bezerra, por estarem sempre ao meu lado e por terem ajudado nas etapas da pesquisa. À família Ambrósio, família Bezerra e família Martins; agradeço a fé necessária para a conclusão do curso. Agradeço aos meus amigos, a família que a gente pode “escolher” pela amizade de longa data, pelas trocas de ideias acadêmicas e científicas... Sou grato à ajuda que vocês me deram deste o primeiro até o momento derradeiro!

Aos meus grandes professores e mestres que, por meio da postura profissional e pessoal, foram espelhos das boas práticas e ensinamentos que compartilharam: Matilde Medeiros, Anderson Mol, Anatália Saraiva, Washington Souza, Josué Vitor, Jássio Pereira, Gabriel Martins, Marcelo Rique, Anielson Barbosa, Jamerson Queiroz, Fernanda Queiroz, Hélio Hékis e Patrícia Maia. Sou grato a todos vocês que, de forma direta, proporcionaram importantes aprendizados e reflexões em busca por novos conhecimentos.

Agradeço à minha orientadora, Professora Denise Dumke de Medeiros, por todos os ensinamentos e tempo dedicado à orientação, guias e diretrizes que proporcionaram o desenho

e desenvolvimento deste trabalho. Agradeço a Professora Luciana Hazin e ao Professor Adiel Filho, pelo acompanhamento ao longo do curso e pelas importantes e relevantes contribuições em todas as bancas e defesa do doutoramento, por meio dos quais, estendo o agradecimento aos demais Professores do PPGEP com os quais pude adquirir novos conhecimentos. Agradeço ao Professor Jorge Correia e a Professora Maria Helena Pestana, pela participação na defesa do doutorado e pelas importantíssimas contribuições a este trabalho.

Aos colegas do PPGEP, em especial à Naiara, Larissa e Lucas, pelo apoio e parcerias, principalmente, nas disciplinas do curso. Aos amigos do Grupo de Pesquisa em Planejamento e Análise de Sistemas de Produção de Bens e Serviços (PLANASP) pelo apoio essencial e fundamental durante o curso, pelos inúmeros momentos de concentração e descontração, pelo apoio em todas as fases de desenvolvimento deste trabalho e de outros artigos. Em especial, agradeço à Raíssa Carvalho por juntos termos superado um dos requisitos do curso.

Agradeço a Universidade Federal Rural do Semiárido (UFERSA), em especial ao Centro Multidisciplinar de Angicos (CMA), pela licença concedida para qualificação doutoral; ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção (PPGEP) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), uma honra fazer parte dessas fileiras; ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) que, por meio dos programas institucionais junto ao PPGEP, forneceu apoio ao desenvolvimento deste trabalho.

Finalmente, agradeço as centenas de pessoas que participaram das pesquisas e auxiliaram na divulgação da mesma! Muito obrigado por permitirem o desenvolvimento deste trabalho.

Developing and maintaining patient loyalty will also bring benefits for patients by enhancing health outcomes [...]. Loyal patients keep using medical services, follow prescribed treatment plans and maintain relationships with specific healthcare providers [...]. Thus, for the sake of both health providers and patients, healthcare providers must manage patient loyalty effectively. (ZHOU et al., 2017, p. 443).

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo propor e validar abordagem para classificar clientes, em serviços de saúde, a partir do nível de satisfação e lealdade. Para tanto, buscou-se reunir elementos para uma abordagem satisfatória que contemple a complexidade das duas temáticas centrais para a mensuração necessária à classificação da abordagem, satisfação e lealdade. Foi utilizado como método de pesquisa o estudo de caso múltiplo, quanto ao procedimento da pesquisa a pesquisa exploratória, descritiva, e confirmatória quanto ao objetivo, e a pesquisa quantitativa quando à abordagem do problema. O objeto de estudo foram serviços de saúde, especificamente consultórios de saúde, odontológicos (na fase do estudo exploratório) e laboratórios de análises clínicas (na fase do estudo confirmatório), tendo como população alvo pacientes que utilizaram os serviços. A amostra para cada etapa do estudo foi estimada tendo em vista, principalmente, as demandas amostrais sugeridas pelos principais métodos estatísticos utilizados para análise dos dados em cada etapa. O estudo de caso 1, sobre a lealdade do paciente, abrangeu 255 pessoas que avaliaram os serviços de saúde. O estudo de caso 2, sobre a satisfação do paciente, compreendeu a avaliação de 288 pessoas. No estudo de caso 3, que aborda a aplicação da abordagem de classificação de cliente em serviços de saúde, recaiu sobre 411 respondentes. O instrumento da terceira etapa foi composta por 45 variáveis de medida, sendo 27 para mensurar a satisfação e 18 relacionadas a lealdade, as quais utilizaram escala Likert de 5 pontos para realizar a avaliação. Além destas, 10 questões destinadas para identificação do perfil dos respondentes e formas de uso dos serviços de saúde. Utilizou-se, como método estatístico (análise de dados), estatística descritiva, análise fatorial exploratória e confirmatória, análise de *cluster* e discriminante múltipla e modelagem de equações estruturais. Os resultados deste estudo mostram a significância dos determinantes *tempo de espera, qualidade do ambiente físico e qualidade do resultado do serviço*, para a satisfação; quanto à mensuração da lealdade, foram significantes os determinantes *satisfação, impacto da marca e valor percebido*. A abordagem de classificação proposta foi composta por 5 etapas, as quais tratam desde o instrumento de avaliação e mensuração da satisfação e lealdade, conforme determinantes significantes a cada fator principal, até a análise dos dados utilizando métodos estatísticos. A aplicação da abordagem indicou a existência de três *clusters* de classificação dos clientes, considerando a satisfação e lealdade: (1) incógnitas, (2) regulares e (3) leais. Além disso, foi possível estabelecer três equações de classificação, as quais permitem indicar previamente em qual *cluster* o cliente pode ser agrupado, tomando

como base avaliação de sete indicadores. Conclui-se que a abordagem proposta permitiu classificar a percepção dos clientes em serviços de saúde a partir da avaliação de variáveis relacionadas à satisfação e lealdade. Assim, de posse dos resultados, é possível que as organizações e gestores de saúde venham a avaliar seus serviços e classificar os clientes, permitindo focar atenção nos pontos críticos com finalidade de minimiza-los (ou elimina-los) e maximizem os aspectos que tem percepção positiva por parte dos clientes.

Palavras-chave: Satisfação. Lealdade. Classificação de clientes. Serviços de saúde. Análise multivariada.

ABSTRACT

This study aims to propose and validate an approach to classify clients in health services, based on the level of satisfaction and loyalty. Therefore, we sought to gather elements for a satisfactory approach that contemplates the complexity of the two central themes for the measures necessary for the classification of approach, satisfaction, and loyalty. The multiple case study was used as the research method, exploratory, descriptive and confirmatory research regarding the objective and quantitative research when approaching the problem. The object of study was health services, specifically health clinics, dentistry (in the exploratory study phase) and laboratories of clinical analysis (in the confirmatory study phase), with the target population as patients who used the services. The sample for each stage of the study was estimated mainly considering the sample demands suggested by the main statistical methods used to analyze the data at each stage. In study 1, which deals with patient loyalty, it comprised 255 people who evaluated health services. In study 2, on patient satisfaction, comprised the evaluation of 288 people. In case study 3, which applies the client classification approach in health services, it comprised the participation of 411 respondents. The instrument of the third stage consisted of 45 measurement variables, of which 27 were used to measure satisfaction and 18 related to loyalty, which used a 5-point Likert scale to perform the evaluation. In addition, 10 questions were designed to identify the profile of respondents and ways of using health services. As a statistical method (data analysis), descriptive statistics, exploratory factorial and confirmatory analysis, cluster analysis and multiple discriminants and structural equation modeling were used. The results of this thesis show the significance of the determinants of waiting time, quality of the physical environment, quality of service result for satisfaction, while the measurement of loyalty were significant determinants satisfaction, brand impact and perceived value. The proposed classification approach was composed of 5 stages, which deal with the evaluation and measurement of satisfaction and loyalty, according to significant determinants of each main factor, until the analysis of the data using statistical methods. The application of the approach indicated the existence of three customer classification clusters, considering satisfaction and loyalty: (1) incognitos, (2) regular and (3) loyal. Also, it was possible to establish three classification equations, which allow indicating in advance in which cluster the customer can be grouped, based on seven indicators evaluation. It is concluded that the proposed approach allowed to classify clients in health services perception of clients from the evaluation of variables related to satisfaction and

loyalty. Thus, it is possible that health organizations and managers can evaluate their services and classify clients, allowing them to focus on critical points in order to minimize them (or eliminate them) and maximize those aspects that have a positive perception by customers.

Keywords: Satisfaction. Loyalty. Customer classification. Health services. Multivariate Statistics.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Modelo de classificação da lealdade	25
Figura 2 –	Classificação dos tipos de clientes	27
Figura 3 –	Modelo de análise hierárquica da qualidade	37
Figura 4 –	Modelo do constructo de Johnson, Herrmann e Huber (2006)	44
Figura 5 –	Evolução da intenção de lealdade dos clientes	45
Figura 6 –	Hipóteses do trabalho de mensuração ampla da satisfação e lealdade dos clientes	51
Figura 7 –	Etapas da pesquisa	54
Figura 8 –	Síntese metodológica	61
Figura 9 –	Centros de clusters finais – Estudo de caso 1	68
Figura 10 –	Mapa territorial das funções discriminantes – Estudo de caso 1	71
Figura 11 –	Análise Fatorial Confirmatória (AFC) – Estudo de caso 2	79
Figura 12 –	Final cluster centers – Estudo de caso 2	81
Figura 13 –	Hipóteses de pesquisas determinantes da Lealdade (a) inicial e (b) alternativa	87
Figura 14 –	Hipóteses de pesquisas determinantes da Satisfação (a) inicial e (b) alternativa	87
Figura 15 –	Abordagem de classificação de clientes proposta: S-IL.HC	90
Figura 16 –	Modelo teórico do trabalho após reespecificação	97
Figura 17 –	Modelo Causal de Medida após reespecificação	98
Figura 18 –	Clusterização de Clientes – Estudo de Caso 3	99
Figura 19 –	Mapa territorial da Análise Discriminante Múltipla	100

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Parâmetros mínimos para a AFE	57
Tabela 2 –	Parâmetros mínimos AFC e SEM	58
Tabela 3 –	Perfil respondentes – Estudo de caso 1	64
Tabela 4 –	Resultados da Análise Fatorial Exploratória (AFE) – Estudo de caso 1	66
Tabela 5 –	Coeficientes de funções discriminantes canônicas padronizadas – Estudo de caso 1	69
Tabela 6 –	Perfil dos participantes – Estudo de caso 2	75
Tabela 7 –	Resultados da Análise Fatorial Exploratória (AFE) – Estudo de caso 2	77
Tabela 8 –	Validade convergente e discriminante – Estudo de caso 2	80
Tabela 9 –	Teste de significância dos fatores à clusterização – Estudo de caso 2	82
Tabela 10 –	Coeficientes de Função Discriminantes Canônicos Padronizados – Estudo de caso 2	82
Tabela 11 –	Teste de Levene, Anova e Kruskal-Wallis – Estudo de caso 2	84
Tabela 12 –	Determinantes, Códigos e Variáveis de medidas integrado Satisfação e Lealdade	93
Tabela 13 –	Perfil dos inquiridos – Estudo de Caso 3	95
Tabela 14 –	Coeficientes de função de classificação e de funções discriminantes canônicas padronizadas	100

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
1.1	CONTEXTO E JUSTIFICATIVA.....	18
1.2	OBJETIVOS	21
1.2.1	Objetivo Geral.....	21
1.2.2	Objetivos Específicos	21
1.3	CLASSIFICAÇÃO METODOLÓGICA DA PESQUISA.....	22
1.3.1	Etapas da pesquisa e objeto de estudo	23
1.3.2	Caracterização e objeto de estudo	23
1.4	ESTRUTURA DO TRABALHO.....	24
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	25
2.1	CLASSIFICAÇÃO DE CLIENTES	25
2.2	SATISFAÇÃO DO CLIENTE.....	30
2.2.1	Determinantes da Satisfação do Cliente	32
2.3	LEALDADE DO CLIENTE	40
2.3.1	Determinantes da Lealdade do Cliente	41
2.4	HIPÓTESES DA PESQUISA.....	47
2.5	CONSIDERAÇÕES FINAIS DO CAPÍTULO	53
3	METODOLOGIA.....	54
3.1	ETAPAS DO TRABALHO	54
3.2	POPULAÇÃO, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO E ABRANGÊNCIA DO ESTUDO.....	55
3.3	DEFINIÇÃO DO TAMANHO DA AMOSTRA	56
3.4	INSTRUMENTO DE PESQUISA E DE COLETA DE DADOS	57
3.5	ANÁLISE DE DADOS.....	57
3.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	61
3.7	CONSIDERAÇÕES SOBRE ESTE CAPÍTULO	62
4	ESTUDOS DE CASO EXPLORATÓRIOS.....	64
4.1	ESTUDO DE CASO 1 - ANÁLISE DO INSTRUMENTO DE LEALDADE	64

4.1.1	Amostra e perfil dos inquiridos	65
4.1.2	Confiabilidade e análise fatorial exploratória (AFE)	66
4.1.3	Análise de cluster e discriminante múltipla	68
4.1.4	Análises demográficas e notas sobre tipo de cliente	72
4.1.5	Principais resultados do estudo de caso	73
4.2	ESTUDO DE CASO 2 - ANÁLISE DO INSTRUMENTO DE SATISFAÇÃO.....	75
4.2.1	Amostra e perfil dos inquiridos	76
4.2.2	Confiabilidade e análise fatorial exploratória (AFE)	77
4.2.3	Análise fatorial confirmatória (AFC)	79
4.2.4	Análise de cluster e discriminante múltipla	81
4.2.5	Análises demográficas e notas sobre tipo de cliente	84
4.2.6	Principais resultados do estudo de caso 2	86
4.3	SÍNTESE DOS ESTUDOS DE CASO 01 E 02	87
5	PROPOSTA DE CLASSIFICAÇÃO DE CLIENTES EM SERVIÇOS DE SAÚDE E ESTUDO DE CASO CONFIRMATÓRIO	90
5.1	ABORDAGEM PROPOSTA PARA CLASSIFICAÇÃO DE CLIENTES EM SERVIÇOS DE SAÚDE.....	90
5.2	ESTUDO DE CASO 3 - CONFIRMATÓRIO E APLICAÇÃO DA ABORDAGEM ..	93
5.2.1	Etapa 1 – Questionário e Coleta de dados	93
5.2.2	Etapa 2 - Avaliação e Validação	97
5.2.3	Etapa 3 - Análise de cluster e discriminante múltipla	100
5.2.4	Etapa 4 - Função de Classificação	102
5.2.5	Etapa 5 - Estratégias e Reavaliação	103
5.3	CONCLUSÕES DO ESTUDO DE CASO CONFIRMATÓRIO	104
6	CONCLUSÕES.....	108
6.1	LIMITAÇÕES E DIFICULDADES DA PESQUISA.....	113
6.2	RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS.....	114
	REFERÊNCIAS.....	116
	APÊNDICE A – QUESTÕES COMUNS AO INSTRUMENTO DE PESQUISA PARA MENSURAR SATISFAÇÃO E LEALDADE.....	133
	APÊNDICE B – QUESTÕES ESPECÍFICAS DO INSTRUMENTO DE PESQUISA PARA MENSURAR SATISFAÇÃO	136

APÊNDICE C – QUESTÕES ESPECÍFICAS DO INSTRUMENTO DE PESQUISA PARA MENSURAR LEALDADE	142
APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE PESQUISA INTEGRADO PARA MENSURAR A SATISFAÇÃO E LEALDADE.....	145
ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	155

1 INTRODUÇÃO

Diante da contribuição à competitividade e sustentabilidade das organizações, gestores e pesquisadores têm buscando compreender os fatores que influenciam a satisfação e lealdade dos clientes, de forma integrada. A satisfação é tida como o resultado da experiência que o cliente tem em determinando serviço, podendo ser alta ou baixa (LEROI-WERELDS *et al.*, 2014). A lealdade, segundo Zeithaml *et al.* (2014), compreende a intenção, comportamento e desejo de preservar e manter o relacionamento com a organização prestadora de serviços.

Apesar da importância e da relação que existe entre a satisfação e lealdade, Dick e Basu (1994) e Jones e Sasser (1995) evidenciaram que existem situações nas quais um cliente, por exemplo, pode ter alto nível de satisfação e baixa lealdade, assim como ter baixa satisfação e alta lealdade. Essas possibilidades de comportamentos são motivadas por diversos fatores e condições na prestação do serviço como, por exemplo, clientes que são reféns, como casos de fidelidade por meio de contrato, mas alertam à importância da avaliação e mensuração contínua dos serviços prestados com objetivo de auxiliar os gestores e organizações na superação dos desafios relacionados à hipercompetição (KOTLER, 2000).

Nesse contexto, observa-se o segmento de serviços de saúde que, apesar de sua importância para a economia (IBGE, 2017), enfrenta desafios e mudanças (ANS, 2017; CFM, 2018; VIEIRA; DOS SANTOS, 2018) que reforçam a necessidade por estudos que auxiliem na compreensão dos fatores que influenciam a satisfação e lealdade dos clientes (RAVICHANDRAN, 2015; SAG; ZENGUL; LANDRY, 2018).

Além disso e apesar de Porter e Teisberg (2006) apontarem que o fator competitividade em serviços de saúde é menor do que em outros setores, Torres, Vasquez-Parraga e Barba (2009) evidenciam que na medida em que a economia de serviços cresce, a concorrência aumenta e a preocupação com a forma da prestação de serviços também. Como resultado, Zhou *et al.* (2017) destacam que as mudanças observadas no mercado de serviços de saúde têm alterado a relação entre clientes e as organizações do setor.

Assim, considerando a importância social e econômica dos serviços de saúde no Brasil e a necessidade por estudos que auxiliem gestores e organizações no tocante à satisfação e lealdade dos clientes, bem como de pesquisas que auxiliem na compreensão da dinâmica entre esses dois fatores, este estudo propõe um modelo que contemplará a satisfação e lealdade dos clientes em serviços de saúde brasileiro, com objetivo de propor e validar abordagem de classificação de clientes para tal segmento.

1.1 CONTEXTO E JUSTIFICATIVA

Ao longo dos anos, o segmento de serviços no Brasil tem tido posição de destaque na economia brasileira e, apesar da crise e desafios que o Brasil enfrenta (DE NEGRI; CAVALCANTE, 2014, 2014; VALOR, 2018), dados mais recentes do Ministério da Indústria, Comércio Exterior e Serviços do Brasil (BRASIL, 2017) apontam que o segmento responde por 60,8% do Produto Interno Bruto (PIB) nacional, configurando-se como setor estratégico para o país. E, dentre as atividades que atuam no segmento, os serviços de saúde se destacam pela importância social e econômica (FIOCRUZ, 2017).

Relatório mais recente do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE, 2017) aponta que em 2015, mesmo em cenário de crise econômica, 9,1% do PIB brasileiro (R\$ 546 bilhões) foram gastos no consumo de bens e serviços de saúde, sendo 3,9% do PIB aplicados pelo Governo (R\$ 1.131,90 de gasto *per capita*) e 5,2% do PIB corresponderam a despesas realizadas pela população e por instituições sem fins lucrativos que prestam serviços às famílias (R\$ 1.538,79 de gasto *per capita*). O Relatório ainda aponta que as atividades de saúde geraram 7,3% da renda do país no ano de 2015. Esses dados apontam que há investimento razoável no segmento de saúde.

Vieira e dos Santos (2018) destacam que, apesar do importante percentual gerado no setor de serviços brasileiro, o Governo Federal reduz de forma gradual o financiamento ao Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS) e o percentual do PIB brasileiro aplicado à saúde pública é menor do que os gastos observados em países com estrutura semelhante, que investem, aproximadamente, 6% do PIB.

Apesar de tais fatos econômicos, de ser o terceiro item mais desejado pelos brasileiros, ficando atrás da casa própria e educação (VEJA, 2015), e de ser considerado área prioritária para o Governo Federal (CFM, 2018), pesquisa do Conselho Federal de Medicina (CFM, 2018) aponta que 89% das pessoas inquiridas avaliaram os serviços de saúde públicos e privados de saúde como péssimos, ruins ou regulares.

Não obstante, a partir da regulamentação do *Programa Especial de Escala Adequada (PEA)* pela Agência Nacional de Saúde Suplementar do Brasil (ANS, 2017), que busca organizar e viabilizar a saída de operadoras de saúde que não apresentam condições de se manter no setor, observa-se que o cenário de hipercompetição (KOTLER, 2000) é concreto no

segmento de saúde e, portanto, os gestores e organizações devem atentar à sustentabilidade dos serviços, quer seja público ou privado, tendo em vista o *mix* existente no Sistema de saúde brasileiro (SOARES SANTOS; BORGES DOS SANTOS; DA COSTA LEITE BORGES, 2013).

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde Brasileiro (CNES, 2018) evidencia que no país existem mais de 265.890 serviços de saúde cadastrados no Ministério da Saúde do Brasil e 6.810 hospitais (municipais, estaduais, federais e privados). A complexidade, fragmentação e tamanho do sistema de saúde brasileiro tornam este mercado como caso relevante para países em desenvolvimento e/ou que enfrentam reforma da indústria de serviços. Além disso, o país tem enfrentado, nos últimos anos, uma situação de dicotomia em relação aos investimentos públicos e privados em setores específicos, enquanto que, em outros, há indícios de falhas de cobertura nos serviços de saúde (COSTA, 2017; VIANA *et al.*, 2016).

Este breve contexto evidencia que, apesar da competitividade no setor de saúde ser baixa (PORTER; TEISBERG, 2006), quando comparada com outras atividades, ela existe (TORRES; VASQUEZ-PARRAGA; BARRA, 2009) e as mudanças observadas no comportamento do consumidor, decorrente da maturidade dos clientes, expande as exigências em relação aos serviços prestados e introduz uma perturbação na dinâmica de competitividade, que é ampliada de forma mais clara devido a consolidação das mídias sociais (BALAJI; JHA; ROYNE, 2015; OBEIDAT *et al.*, 2017).

Além disso, os clientes têm tido mais opções quanto aos prestadores de serviços médicos, decorrente da expansão dos serviços de saúde (CNES, 2018; LEE; ZHANG, 2017; TRINH; BEGUN, 2017) e mais informações e avaliações sobre as organizações, profissionais e quais cuidados devem ter com a saúde (OSEI-FRIMPONG; WILSON; LEMKE, 2018).

Por isso, apesar de estudos recentes sobre a satisfação e lealdade em serviços de saúde (AHMED; TARIQUE; ARIF, 2017; LEI; JOLIBERT, 2012; ZHOU *et al.*, 2017), pesquisadores apontam a necessidade de estudos que lancem luz à aspectos que ainda não estão totalmente claros. Até mesmo Zhou *et al.* (2017) evidenciam conclusões não unanimes sobre o efeito da satisfação sobre a lealdade, assim como Ravichandran (2015) e Sag *et al.* (2018) que destacam a necessidade de aprofundar e realizar estudos em áreas do segmento de saúde que não são tão explorados e que são mais susceptíveis à competitividade no segmento de saúde.

Laboratórios de análises clínicas, consultórios médicos e odontológicos destacam-se neste contexto, pois prestam importantes serviços aos serviços de saúde (EGBUJIE *et al.*, 2018; GRYTTEN; HOLST; SKAU, 2009; LEE; CHEN; WU, 2010; PLEBANI, 2018; TADEU; GEELHOED, 2016), são mais abertos à demanda devido à multiplicidade de prestadores destes serviços (BUTTIGIEG; PACE; RATHERT, 2017) e, portanto, são mais susceptíveis às mudanças no segmento da indústria dos serviços de saúde, provadas pela concorrência, mudança no posicionamento estratégico das empresas de saúde, mudança do perfil do paciente e aumento das exigências deles e de órgãos reguladores, fatores que maximizam a importância de estudos que envolvam este tipo de serviço de saúde (PLEBANI, 2018).

E, como evidenciam Sag *et al.* (2018), a luta pela sobrevivência no segmento de serviços de saúde têm demandado a maximização da atenção dos gestores e profissionais do setor à temas como satisfação dos clientes em vários ambientes de saúde, dentre os quais destacam clínicas médicas, odontológicas e laboratórios de análises clínicas.

Há ainda justificativa sob a perspectiva teórica deste trabalho. Em síntese, observaram-se limitações quanto a modelos teóricos integrados de mensuração da satisfação e lealdade, bem como poucas abordagens destinadas a classificação de clientes em serviços de saúde, a partir da avaliação integrada e ampla dos serviços prestados (DAGGER; SWEENEY; JOHNSON, 2007; MACEDO *et al.*, 2017; SILVA *et al.*, 2016; VAN HUY *et al.*, 2018; ZHOU *et al.*, 2017).

Há modelos teóricos que apontam a lealdade como uma consequência da satisfação do cliente, mas não exploram os antecedentes da satisfação e/ou quando exploram tal relação, não contemplam determinantes relacionados às fases da lealdade (OLIVER, 1999). Como exemplo, destaca-se a pesquisa de Sharma (2017), cujo modelo teórico contempla determinantes da satisfação (qualidade do processo, infraestrutura, interação e ambiente/atmosfera) influenciando na Lealdade, mas não contempla determinantes técnicos ou específicos da Lealdade, como compromisso afetivo. O estudo Zhou *et al.* (2017) é um dos poucos que apresenta modelo teórico integrado, contudo não apresenta evidências práticas da aplicação do modelo e tão pouco aplicações práticas, como a classificação de clientes.

Uma segunda justificativa teórica compreende a classificação de clientes. Diversas pesquisas (DENIZCI GUILLET; GUO; LAW, 2015; FU *et al.*, 2017; HUNT, 2002; KEVREKIDIS *et al.*, 2017; SALEGNA, 2018; SCHREIBER, 2017), em seus respectivos contextos, enfatizam a necessidade e importância da classificação, pois permite segmentá-los

e traçar estratégias eficientes para captar e manter os usuários alvo da organização (GÜÇDEMİR; SELIM, 2015), além de permitir a criação de estruturas organizacionais para melhor atender os clientes/pacientes. A seleção de indicadores que apresentam maior contribuição para a classificação dos clientes pode auxiliar as organizações a reduzir custo, tempo e complexidade das atividades de mensuração e monitoramento da satisfação, já que os indicadores necessários tendem a ser menores do que instrumentos de pesquisa consagrados (DENG *et al.*, 2010). Até mesmo os estudos de Dick e Basu (1994) e Jones e Sasser (1995) apresentam formas de classificar os clientes, mas sem especificidades ao segmento de serviços de saúde.

Portanto, conforme evidenciam Sag *et al.* (2018), Birkelien (2017) e Zhou *et al.* (2017), torna-se *mister* o desenvolvimento e aplicação de pesquisas que complementem abordagens tradicionais, encontradas na literatura, com abordagens hodiernas, tendo em vista que por ser uma área multidisciplinar e complexa, o estudo da qualidade em serviços demanda sistematicamente tais contribuições já que a necessidade da compreensão das relações entre os diversos *constructos* teóricos e práticos que podem ser observados nas organizações.

1.2 OBJETIVOS

Considerando o contexto da pesquisa, nesta seção serão apresentados os objetivos deste trabalho.

1.2.1 Objetivo Geral

Propor uma abordagem de classificação de clientes para segmento de serviços de saúde, com base no nível de satisfação e lealdade.

1.2.2 Objetivos Específicos

Assim, como forma de auxiliar no alcance do objetivo geral, para este trabalho de pesquisa, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- a) Verificar a aderência do modelo de lealdade de Johnson, Herrmann e Huber (2006) ao contexto de serviços de saúde;

- b) Verificar a adequação do modelo de avaliação da qualidade global proposto por Brady e Cronin (2001) para a mensuração da satisfação em serviços de saúde;
- c) Elaborar e testar instrumento para mensuração integrada da satisfação e lealdade em serviço de saúde.
- d) Comparar os principais atributos e determinantes para mensuração da satisfação e lealdade em serviços de saúde encontrados na literatura, com os achados nesta pesquisa.

1.3 CLASSIFICAÇÃO METODOLÓGICA DA PESQUISA

À luz dos objetivos propostos neste trabalho, bem como das hipóteses, a pesquisa contou com revisão da literatura, obtidas a partir de pesquisas bibliográficas em base de dados (principalmente *Isi Web of Knowledge* e *Scopus*), acerca das temáticas de classificação de clientes, satisfação e lealdade dos clientes em serviços.

Para tanto, palavras-chaves (e combinação delas) como classificação de clientes, satisfação de clientes em serviços, modelos de satisfação de clientes em serviços, lealdade de clientes em serviços, modelos de lealdade de clientes em serviços, além de variações associadas a tais termos, foram utilizadas para análise da revisão e análise dos determinantes e modelos de classificação.

Os resultados das pesquisas foram refinados às áreas de gestão, engenharia de operações e áreas correlatas, bem como, artigos publicados nos últimos anos (2004 a 2018), por serem áreas correlatas à área de pesquisa deste estudo, além de concentrar maior número de pesquisas relacionadas ou objeto e objetivo de estudo. Destaca-se, porém, que existem artigos citados de períodos anteriores ao mencionado, pois foram considerados trabalhos relevantes para a contextualização do estudo e análise do estado da arte.

A técnica de *bola de neve*, que consiste em analisar os artigos que citaram um artigo anterior, também foi utilizada como forma de observar o desenvolvimento das pesquisas ao longo do tempo. A partir da leitura e análise dos referenciais teóricos foi estruturado o estado da arte do trabalho, bem como, o modelo teórico do presente estudo. Assim, o próximo capítulo discorrerá acerca dos principais achados relacionados à revisão da literatura e estado da arte sobre as temáticas que envolvem este trabalho.

1.3.1 Etapas da pesquisa e objeto de estudo

Para alcançar os objetivos propostos, atendendo ao rigor científico necessário para tanto, optou-se por dividir este trabalho em três etapas. Considerando as definições sobre estudo de caso (FROHLICH; VOSS; TSIKRIKTSIS, 2002; GIL, 2000, 2009; YIN, 2015), fica estabelecido que, em cada etapa, será realizado um estudo de caso no segmento de saúde especificado.

Assim, a etapa 1 está relacionada ao Estudo de caso 1, cuja finalidade é verificar se o modelo proposto para mensurar a lealdade é aderente ao contexto de serviços e, portanto, compreenderá o caso da lealdade no segmento de clínicas médicas e odontológicas.

Na etapa 2, o segundo estudo de caso compreenderá a satisfação, também, em clínicas médicas e odontológicas, buscará compreender e validar o modelo teórico proposto, no que trata da satisfação. Ambos os estudos de caso (1 e 2) tiveram caráter exploratório.

A terceira etapa refere-se ao modelo teórico e abordagem de classificação proposta por esta pesquisa, que foi baseado nas análises e observações obtidas a partir das duas etapas anteriores. Tal etapa compreenderá o estudo de caso 3 que trata do modelo amplo e integrado da satisfação e lealdade em laboratórios de análises clínicas. Por fim, destaca-se que em cada estudo de caso foi realizada uma *survey* como forma de alcançar o objetivo do mesmo.

1.3.2 Caracterização e objeto de estudo

Segundo Roesch, Becker e de Mello (2000), o tipo de método a ser utilizado deve respaldar o pesquisador no alcance do objetivo proposto. Assim, a pesquisa teve abordagem quantitativa, de natureza aplicada, com objetivo exploratório e confirmatório. É quantitativo pois os métodos de análise de dados possuem tal característica; é de natureza aplicada pois é esperado contribuir com os conhecimentos acerca das temáticas estudadas; é exploratório pois, nos estudos de casos 1 e 2 o pesquisador buscará compreender com o fenômeno estudado e, assim, obter e/ou confirmar percepções/ideias observadas na literatura; por fim, é confirmatório, pois a pesquisadora buscará compreender e confirmar o modelo teórico proposto por este trabalho (estudo de caso 3).

1.4 ESTRUTURA DO TRABALHO

Para alcançar os objetivos, este trabalho foi estruturado em seis capítulos. Além deste capítulo introdutório, o segundo capítulo, que apresenta a Revisão da Literatura, é dividido em quatro seções: a primeira trata da revisão da literatura sobre classificação de clientes, a segunda seção trata da satisfação e respectivos determinantes, a terceira seção discorre sobre lealdade dos clientes e, por fim, a quarta seção do capítulo de revisão da literatura apresenta as hipóteses do modelo teórico que será testado a fim de propor o modelo de medida para a classificação dos clientes.

No terceiro capítulo serão apresentados os procedimentos metodológicos e os procedimentos de análises estatísticas que apoiaram a análise dos dados, bem como na aplicação da abordagem de classificação proposta. Os Capítulos 4 e 5 apresentarão os resultados desta pesquisa. No quarto capítulo, são apresentados os resultados de dois estudos de casos exploratórios, cujas análises são essenciais para alcançar os objetivos propostos e para contribuir com a proposição da abordagem de classificação dos clientes.

No quinto capítulo a abordagem de classificação de clientes em serviços de saúde é proposta, detalhando-se as etapas e procedimentos propostos, assim como os resultados obtidos da aplicação da mesma. O sexto capítulo apresentará as conclusões deste trabalho, bem como as limitações, dificuldades na pesquisa e indicações para estudos futuros. Há ainda seções para as referências, apêndices e anexos desta pesquisa.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo foi apresentada a revisão da literatura quanto aos tópicos centrais deste trabalho: classificação, satisfação e lealdade de clientes em serviços de saúde. Há seções nas quais são revisadas determinantes utilizados em outros estudos para mensurar os *constructos* em serviços e, notadamente, no segmento de saúde. A partir destas análises, as hipóteses da pesquisa foram apresentadas e a abordagem de classificação de clientes foi proposta. Convém destacar que, neste trabalho, considera-se cliente e paciente como sendo o usuário do serviço prestado e que termos que remetem à *compra* de um serviço tratam da aquisição dos serviços de saúde.

2.1 CLASSIFICAÇÃO DE CLIENTES

A classificação de clientes é uma ação que permite segmentá-los e traçar estratégias eficientes para captar e manter os usuários alvo da organização (GÜÇDEMİR; SELIM, 2015), além de permitir a criação de estruturas organizacionais para melhor atender os clientes. A classificação possibilita conhecimento detalhado do perfil e das necessidades dos clientes, indicando quais atributos precisam de maior atenção e, dessa forma, os gestores e organizações de saúde podem traçar estratégias e políticas efetivas à maximização e efetividade dos serviços prestados, especialmente no tocante à satisfação e lealdade.

Além disso, a classificação permite a seleção de indicadores que apresentam maior contribuição para a segmentação dos clientes, no caso desta pesquisa, considerando a satisfação e lealdade, auxiliando gestores e organizações na redução de custo, tempo e complexidade das atividades de mensuração e monitoramento da satisfação, já que os indicadores necessários tendem a ser menores do que instrumentos de pesquisa consagrados (DENG *et al.*, 2010). Ou seja, a compreensão do perfil do cliente/paciente, bem como o nível da satisfação e lealdade, permite identificar quais atributos são fundamentais para que as organizações possam traçar ações eficientes para o alcance dos objetivos estratégicos.

Nesse sentido, ainda nos anos 90, Jones e Sasser (1995) propuseram uma classificação dos clientes de serviços considerando o nível de satisfação e lealdade que eles apresentavam. Os autores consideram a premissa de que “apesar de consumidores leais serem satisfeitos, o contrário nem sempre é verdadeiro” e que as empresas deveriam se esforçar para maximizar a

satisfação de clientes *satisfeitos* para *muito satisfeito*, devido ao aumento no percentual de vendas associadas ao último grupo.

Jones e Sasser (1995) apontam que tal mudança representaria um acréscimo de até 95% no faturamento, reforçando a necessidade de sempre buscar a melhoria continua dos processos e produtos/serviços prestados. No mesmo sentido, Oliver (1999) corrobora com esse achado indicando que o aumento da retenção no número de clientes também impacta positivamente nos lucros das organizações: 5% de retenção pode proporcionar aumento de lucro entre 25 a 95%.

O modelo de classificação de clientes de Jones e Sasser (1995) consideram o nível de satisfação e lealdade. Eles utilizaram três medidas para mensurar a lealdade: intenção de recompra, comportamento primário (atitude do cliente) e comportamento secundário (atitude do cliente após a utilização do serviço).

Essas medidas estão relacionadas ao que Dick e Basu (1994) estabelecem sobre a lealdade: que ela apresenta dois aspectos relacionados à atitude e comportamento do consumidor. Estes elementos estão presentes em vários modelos de mensuração da lealdade, pois a integração deles proporciona uma visão mais ampla acerca do comportamento do consumidor.

Antes de Jones e Sasser (1995), Dick e Basu (1994) apresentaram quatro classificações específicas para lealdade: (1) lealdade real; (2) lealdade espúria; (3) lealdade latente; (4), sem lealdade, conforme mostra a Figura 1. A classificação é feita com base na intensidade da relação do cliente com a organização e a possibilidade da reiteração da compra.

Figura 1 - Modelo de classificação da lealdade

		Comportamento (Possibilidade de repetir a compra)	
		Alta	Baixa
Atitude (intensidade)	Alta	Lealdade real	Lealdade latente
	Baixa	Lealdade espúria	Sem lealdade

Fonte: Dick e Basu (1994)

Dick e Basu (1994) delinearam, em importante estudo, quatro níveis para classificação da lealdade, considerando duas perspectivas: o nível da atitude (lealdade atitudinal) e a frequência da repetição da compra (lealdade comportamental). A *lealdade sustentável ou real* é resultante da combinação de alta intensidade atitudinal e alta taxa de recompra. A *lealdade latente* ocorre quando há alta atitude e baixa repetição de compra, ocorrendo quando o cliente tem alguma limitação em repetir o consumo, mesmo admirando a empresa.

Por outro lado, quando a característica atitudinal é baixa, mas com alta repetição de compra, há a *lealdade espúria ou enganosa* (ocorre em situações em que o custo da mudança é alto ou quando há monopólio de empresa), evidenciando a importância de contemplar os aspectos atitudinais e comportamentais da lealdade.

Uma classificação dos clientes quanto à lealdade mais recente e amplamente referendada e utilizada é o modelo proposto por Oliver (1999). Neste processo, o autor evidencia quatro tipos sucessivos de lealdade, as quais transmutam da lealdade atitudinal para comportamental sendo, portanto, dinâmico. O processo é composto por quatro fases: (1) cognitiva, (2) afetiva, (3) conativa e (4) ação.

Na fase (1) cognitiva, o cliente é suscetível a mudanças de prestador de serviços mediante promoção, por exemplo, portanto, fraca lealdade. A fase (2) afetiva é construída com base na satisfação crescente oriunda da utilização dos serviços, havendo um grau de apego/afeto/simpatia pela organização, contudo os clientes podem ainda estar suscetíveis a características da primeira fase, tais como promoções.

Já na fase (3) conativa percebe-se, dentre as características do comportamento do cliente, uma intenção de repetir uma compra na organização, podendo ser concretizada ou não, tratando-se, portanto, de uma posição de motivação, de atitude. A última fase (4), ação, a lealdade do cliente é inquestionável e o mesmo tenta superar possíveis obstáculos para repetir a comprar na organização.

Estabelecida as bases sob as quais Jones e Sasser (1995) classificam os clientes em relação a lealdade, os autores utilizam escala Likert de 5 pontos para interpretar os níveis de satisfação e lealdade, mas não são claros quanto à forma de avaliar tais *constructos*, em especial o da lealdade. Portanto, conforme o nível indicado pelo cliente, ele é classificado em umas das tipologias, conforme descrito na Figura 2.

Figura 2 - Classificação dos tipos de clientes

Satisfação	Alta	Mercenário	Apóstolo
		Terrorista	Refém
	Baixa	Baixa	Alta
		Lealdade	

Fonte: Jones e Sasser (1996)

Clientes com baixa satisfação e lealdade, são classificados como terroristas, pois tiveram péssimos momentos de verdade (experiência negativa), portanto, reclamará do serviço não apenas no prestador, mas também para outras pessoas. De acordo com a estratégia da organização, tais clientes podem ser ouvidos para entender as falhas e, posteriormente, corrigi-las. Isso ocorrendo, pode-se tornar um cliente satisfeito.

O cliente mercenário, apesar da alta satisfação, não demonstra fortes laços de lealdade. Isso pode ser explicado pelo comportamento do cliente que sempre busca melhor preço, ou produto mais inovador. Em geral, demandam alto investimento para captação e mesmo assim não permanece tempo suficiente para prover lucro à organização.

O refém, por sua vez, tem a sua lealdade atrelada à falta de opção causada por algum fator, tais como contrato de permanência mínima no serviço ou ausência de outro prestador dentro da área de interesse dele. Assim, apesar da baixa satisfação, o cliente é obrigado a permanecer leal a organização. Porém, a entrada de um novo *player* no mercado pode mudar esse cenário.

O cliente apóstolo é aquele que obtém ótimas experiências e é recorrente nas compras ou utilização dos serviços. Aspectos como preços se tornam de menor importância, pois o cliente sabe que o valor agregado é alto.

Dessa forma, o modelo de classificação de Dick e Basu (1994) e Jones e Sasser (1995) fornecem informações importantes sobre o comportamento do consumidor, auxiliando as organizações na definição de estratégias efetivas para cada tipo de cliente. Não obstante, clientes próximos às linhas de neutralidade tendem a ser mais sensíveis aos níveis de satisfação e lealdade, os quais são mutáveis, conforme o contexto e necessidade do cliente.

Por isso, essas duas pesquisas são consideradas a referência base para proposição e análises que foram feitas no decorrer deste trabalho.

Apesar disso e das diversas pesquisas que evidenciam a importância da classificação dos clientes (DENIZCI GUILLET; GUO; LAW, 2015; FU *et al.*, 2017; HOSSEINI; MOHAMMADZADEH, 2016; HUNT, 2002; KEVREKIDIS *et al.*, 2017; MACEDO *et al.*, 2017; SALEGNA, 2018; SCHREIBER, 2017; SILVA *et al.*, 2016; VAN HUY *et al.*, 2018), observam-se algumas limitações no que contempla abordagem para classificar os clientes em relação ao nível de satisfação e lealdade.

Hosseini e Mohammadzadeh (2016) propuseram uma abordagem para a classificação do comportamento dos clientes como forma de prever o retorno ao prestador de serviços de saúde, baseando-se nos métodos *Client Lifetime Value* (CLV) e no método RFM (Recência, Frequência e Monetária). Contudo, apesar de ser baseado em uma abordagem robusta de mineração de dados, o método é ainda complexo nas associações de saúde por não possuírem dados específicos para mensurar e classificar os clientes a partir da satisfação e outros elementos da lealdade; além disso, o estudo avaliou apenas um segmento dos serviços de saúde.

Yarnold *et al.* (1998) discorrem sobre a predição da satisfação do paciente, sugerindo a possibilidade de identificar variáveis que apresentam maior contribuição para a classificação dos clientes e estabelecendo uma função de classificação prévia, o que pode auxiliar as organizações a reduzirem custo, tempo e complexidade das atividades de mensuração e monitoramento da satisfação.

Apesar disso, os autores não contemplam a lealdade e os desdobramentos de cada fator. Já Silva *et al.* (2016), Macedo e D'Innocenzo (2017) e Van Huy *et al.* (2018), apesar de suprirem parte deste *gap*, não contemplaram uma abordagem para classificar os clientes como nível de satisfação e lealdade destes. Com isso, percebe-se que, apesar da importância da classificação, os estudos apresentam limitações quanto à ausência de abordagem prática que possa ser utilizada na prestação dos serviços de saúde e que considerem tanto a satisfação, como a lealdade dos clientes.

2.2 SATISFAÇÃO DO CLIENTE

Em uma rápida análise do mercado, é possível perceber que a maior parte das organizações foca em satisfação dos clientes, independentemente de serem organizações públicas, privadas ou do terceiro setor. Por isso, a satisfação do cliente é um tema sempre atual e alvo de várias pesquisas devido à busca pela sustentabilidade estratégica e financeira das organizações (YE; DONG; LEE, 2017).

Segundo Nyffenegger *et al.* (2015), a percepção da qualidade que cada cliente tem influencia na satisfação do cliente. Por isso, os *constructos* da satisfação são complexos, já que cada indivíduo tem suas preferências. Nesse contexto, as várias pesquisas e estudos são realizados com o intuito de identificar quais fatores (determinantes) influenciam na satisfação (ou insatisfação) dos clientes, dando origem a vários modelos.

Muitos desses modelos são baseados em teorias que descrevem o comportamento do indivíduo frente a situações onde ocorre a interação *cliente-organização*, as quais são percebidas em estudos realizados por diversos autores citados Oliver e DeSarbo (1988): (1) paradigma da desconfirmação (CARDOZO, 1965), (2) teoria da assimilação (HOVLAND; HARVEY; SHERIF, 1957), (3) teoria da equidade (ADAMS, 1965), (4) teoria da atribuição (WEINER, 1985) e (5) teoria do desempenho, a qual foi considerada por Oliver e DeSarbo (1988) baseados em resultados observados em outras pesquisas.

O paradigma da desconfirmação indica que o consumidor tem uma expectativa antes de adquirir o serviço, a qual é confirmada ou não após o serviço prestado (CARDOZO, 1965). Sob esse paradigma, Parasuraman *et al.* (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1994; PARASURAMAN; BERRY; ZEITHAML, 1991), baseados em Grönroos (1984), propuseram o modelo SERVQUAL, onde a mensuração da qualidade é calculada conforme a diferença entre a expectativa e a percepção (desempenho) sobre o serviço prestado (VEGA-VAZQUEZ; ÁNGELES REVILLA-CAMACHO; J. COSSÍO-SILVA, 2013).

A teoria da assimilação, aplicada à mensuração da satisfação, relaciona-se com a percepção que o cliente tem entre a expectativa e desempenho real do serviço prestado ou bem adquirido. O *gap* entre a expectativa e desempenho é influenciado pelo fato de os clientes ajustarem as duas variáveis (ou uma delas) para que o resultado seja mais aderente às expectativas, evidenciando sua capacidade de explicar os gargalos da experiência avaliada.

Já a teoria da equidade aponta que a satisfação é resultado equilibrado em relação ao retorno que o cliente tem frente a um investimento feito pelo cliente. Ou seja, o cliente

demanda um serviço ou bem, investe recurso (tempo, dinheiro) e, diante disso, espera uma prestação de serviços à altura do esperado. Havendo esse equilíbrio, há a equidade na transação.

Quanto à teoria da atribuição, ela trata da forma de como os clientes atribuem os resultados das experiências de consumo, em que a satisfação (ou não) é baseada em características que interferem nas vivências emocionais do cliente: local, variabilidade e controle da causalidade. Segundo os autores, como o indivíduo pode controlar a sua atuação (se mais ou menos intensa), ele tende a perceber os resultados positivos como fruto do seu empenho, caso contrário, a culpa pelo insucesso é do terceiro.

Já abordagem que foca no desempenho explora a relação *desempenho-satisfação* percebido pelo cliente nas experiências, sendo necessário existir aspectos tangíveis para mensuração do desempenho, já que pode incorrer em incoerências caso não exista métricas adequadas. Cronin e Taylor (CRONIN JR; TAYLOR, 1992, 1994) discorrem que há relação entre o desempenho e a satisfação.

Todas essas teorias ou abordagens são importantes, pois exploram o *constructo* que envolve a satisfação do cliente (VEGA-VAZQUEZ; ÁNGELES REVILLA-CAMACHO; J. COSSÍO-SILVA, 2013), contemplando aspectos basilares do comportamento do cliente e, portanto, essenciais para pesquisas hodiernas sobre a satisfação do cliente. Com base nessas proposições, têm-se os elementos para explorar fatores emocionais (como na teoria da atribuição), aspectos técnicos (como na abordagem focada em desempenho), bem como fatores que envolvem a relação *expectativa-desempenho* observadas na teoria da equidade, assimilação e desconfirmação.

Não obstante, faz-se necessário enfatizar que a satisfação pode ser global ou específica (ANDERSON; FORNELL; LEHMANN, 1994). A satisfação específica é resultado de uma transação pontual, enquanto que a avaliação global é resultante da experiência de consumo ou compra ao longo do tempo. Nesse sentido, faz-se uma relação com a definição sobre a mensuração da *qualidade percebida* e *satisfação* que, conforme destacado anteriormente, apesar de não terem a mesma definição, podem ser próximas considerando a perspectiva da satisfação global e específica, em que a qualidade percebida pode estar alinhada com a satisfação global, decorrendo de satisfação específica que, ao longo do tempo, vai consolidado a satisfação global, consequentemente, a qualidade percebida global.

Destarte, muitos dos modelos teóricos utilizados para mensurar a satisfação dos clientes utilizam determinantes que são utilizados tanto para mensurar a qualidade percebida, como para mensurar a satisfação. Assim, considerando as teorias que descrevem o comportamento do indivíduo, que descrevem como tais determinantes podem influenciar na satisfação, modelos foram propostos considerando a percepção da qualidade percebida do serviço para mensurar a satisfação.

Além do modelo SERVQUAL, já descrito nesta seção, destacam-se o *Three-Component Model* (RUST; OLIVER, 1994); o *Multilevel Model* (DABHOLKAR; THORPE; RENTZ, 1996) e a *Hierarchical Approach* (BRADY; CRONIN, 2001). A partir destes trabalhos e abordagens, outros modelos foram propostos e testados, com a finalidade de obter modelos específicos e precisos a cada segmento de serviço.

Na próxima seção, serão apresentados os múltiplos determinantes utilizados para mensurar a satisfação em vários tipos de serviços, concentrando a maior parte das observações em estudos realizados no contexto de saúde.

2.2.1 Determinantes da Satisfação do Cliente

Conforme evidenciado, vários fatores ou determinantes e atributos podem influenciar e medir o nível de satisfação dos clientes e, de acordo com a natureza do serviço avaliado, as peculiaridades do setor também pode interferir no *constructo* da satisfação. Por isso, várias definições e modelos são propostos e testados na literatura com objetivo de verificar o comportamento e importância de tais fatores.

Tinoco e Ribeiro (2014) mapearam 35 pesquisas acerca dos determinantes da satisfação do cliente, publicadas entre 1980 e 2009, dentre os quais foram identificados 16 determinantes: desconfirmação de expectativas, qualidade do serviço, qualidade percebida, desempenho percebido, expectativa, valor, valor percebido, afetos, emoções, justiça do preço percebido, equidade, imagem corporativa, congruência de desejos, satisfação com atributos, satisfação com informação, insatisfação com atributos.

Na visão dos citados autores, tais determinantes foram agrupados em: desconfirmação de expectativas, qualidade percebida, expectativas, valor do serviço, emoções vivenciadas, preço percebido, imagem corporativa, preço percebido, imagem corporativa, desejos pessoais

e satisfação do cliente, tendo em vista que os estudos não consideram todos os atributos mapeados em um modelo único.

Em estudo realizado por Kim, Ferrin e Rao (2009), ao investigarem a relação entre satisfação e confiança no ambiente de comércio eletrônico, os autores consideraram como determinantes da satisfação: confiança, expectativa, desempenho percebido, confirmação de desempenho a qual conduzem para lealdade virtual. No contexto de serviços *internet banking*, Lee e Chung (2009), baseados no modelo de DeLone e MacLean's, investigaram fatores como sistemas e informação da qualidade, bem como a interface do sistema, influenciam na satisfação do cliente e na confiança, que por sua vez, reforça a satisfação.

Outro estudo baseado em DeLone e MacLean's foi realizado por Fang, Chiu e Wang (2011), adicionando novos determinantes, tais como: benefícios líquidos (relacionados a custos e economia, como tempo, esforço e dinheiro), justiça distributiva (refere-se ao retorno ou recompensas proporcionais ao investimento), justiça processual (referente à divulgação de informações de procedimentos de compras, externos, dentre outros), justiça interpessoal (a forma como os clientes são tratados durante o processo), sendo estes três últimos elementos associados à confiança, que por sua vez, influencia na satisfação.

No contexto de gestão pública, mais especificamente em serviços públicos eletrônicos, Verdegem e Verleye (2009), observam que a expectativa pode influenciar o usuário durante todo o processo (fases de uso dos serviços) de prestação do serviço, bem como na avaliação dos determinantes, que são: infraestrutura, disponibilidade, consciência (cliente saber que existem serviços públicos eletrônicos), custo, aspectos técnicos (do sistema eletrônico), simpatia ao cliente (cortesia), segurança, conteúdo e usabilidade.

Alegre e Cladera (2009) observaram que a relação *preço-qualidade*, satisfação com a hospitalidade, com as relações sociais, dentre outros, influenciam na satisfação global do cliente. Ryu e Han (2010) apontaram que a qualidade da comida, qualidade do serviço e a qualidade do ambiente físico além de influenciar a satisfação do cliente sofrem influência do preço, o qual pode interferir na percepção da qualidade e satisfação.

Deng *et al.* (2010) apontam que a satisfação é influenciada pela confiança, qualidade percebida e valor percebido emocional (associado a necessidades mentais e psicológicas de usufruir dos serviços prestados), valor percebido funcional (associado ao simples uso do serviço), valor percebido social (referente à percepção do benefício em usar o serviço, valor monetário (referente ao custo do serviço, bem como tempo ou esforço para usar o serviço).

Em amplo e abrangente estudo realizado por Morgeson III *et al.* (2011), os autores investigaram determinantes como cultura, aspectos socioeconômicos e político-econômicos, onde perceberam que clientes de sociedades tradicionais apresentam maiores níveis de satisfação. Além disso, os autores observaram que taxa de alfabetização, liberdade econômica e de comercialização têm efeito positivo sobre a satisfação, enquanto o PIB tem efeito negativo.

Stock (2011) investigou a influência da inovação na satisfação do cliente, onde evidenciou que o aumento da inovação nos produtos e satisfação do cliente, quando postos em um plano cartesiano, tem forma de *U* invertido, assim, quando aumenta a inovação em produto, a satisfação diminui, pois, o cliente não sabe ao certo o que esperar. Verificou-se que a satisfação não aumenta na mesma medida em que se investe na capacidade de inovação.

Chen *et al.* (2012) apontam que os clientes avaliam os serviços não apenas por meio de parâmetros tradicionais e pessoais, tais como, tangíveis, confiabilidade, agilidade, segurança e empatia. Além desses, baseiam a avaliação do serviço justo formado sob os princípios da justiça distributiva, justiça procedural, justiça interpessoal e equidade informacional, conforme se evidencia na teoria da equidade. Assim, estes últimos fatores interferem na qualidade percebida, que por sua vez influencia na confiança e valor percebido pelo cliente. A satisfação do cliente é resultado de tais avaliações.

Turkyilmaz *et al.* (2013) propuseram um modelo em que a imagem determina a expectativa, satisfação e lealdade; a expectativa influencia o valor percebido, qualidade percebida e satisfação; a qualidade percebida influencia valor percebido e satisfação; valor percebido determina satisfação; e satisfação determina a lealdade.

Bakan, Buyukbese e Ersahan (2014) apontam que as dimensões da qualidade (infraestrutura, qualificação dos profissionais, processos de cuidados clínicos, procedimentos de administração, indicadores de segurança, experiência geral dos cuidados médicos recebidos e responsabilidade social), formam a satisfação global do cliente com o hospital. Hussain, Nasser e Hussain (2015) destacam um modelo de satisfação em que a qualidade do serviço, expectativa do consumidor e imagem influenciam o valor percebido e esses elementos influenciam na satisfação do consumidor.

Kwon, Há e Im (2016) realizaram estudo da satisfação com *shopping center*, baseado na teoria do impacto social de Latané (1981) e no paradigma da similaridade-atratividade de Byrne (1971); partiram da perspectiva de que a simples presença de outros clientes pode

influenciar ou não outros clientes, quando não se percebe semelhança entre os clientes. No estudo a satisfação está relacionada com a similaridade percebida confirmada e negada, desconfirmação positiva.

Na visão de Ramanathan, Di e Ramanathan (2016), a satisfação em serviços de alimentação pode ser associada à qualidade percebida, em que os principais determinantes são qualidade do serviço, qualidade dos alimentos, ambiente e preço. Em estudo na mesma área, Ryu, Lee e Gon Kim (2012) observaram que a qualidade do ambiente físico, da comida e do serviço são determinantes para a imagem da empresa, assim como a qualidade dos alimentos e imagem do restaurante foi importante para predizer o valor percebido pelo cliente.

Shabbir *et al.* (2016) estabelecem que a qualidade do serviço de saúde, atendimento médico, cuidado da equipe de enfermagem e equipe de apoio, atividades operacionais e manutenção física das instalações, influenciam na satisfação. Castaldo *et al.* (2016) buscam compreender se a satisfação por meio de ambiente de loja, diversidade de *mix* de produtos e comunicação são determinantes da satisfação.

Sahoo e Ghosh (2016) indicam que, na área de serviços de saúde, atributos como prestação de serviços, ambiente, localização e decorações são determinantes. Sam Lim *et al.* (2016), observaram que cliente da geração Y tem determinantes da satisfação associados a usabilidade, credibilidade e qualidade do serviço. Turan e Bozaykut-Bük (2016) levantam qualidade do serviço de saúde percebido do hospital, confiabilidade e capacidade de resposta, empatia e tangibilidade como variáveis que influenciam a satisfação.

Roque, Veloso e Ferreira (2016) verificaram que consistência, robustez dos cuidados médicos e equipe de enfermagem, acessibilidade e organização dos serviços de saúde têm influência sob a satisfação. Já Yanuar (2016) aponta que satisfação é afetada pela qualidade do serviço.

Sharma (2017) aponta que a satisfação é determinada pela qualidade do processo, da infraestrutura, da atmosfera e interação. Sadeh (2017) considera as instalações físicas, desempenho do pessoal, serviços técnicos e médicos e custo como determinantes para a satisfação do paciente.

A qualidade funcional e técnica foram determinantes testados por Kasiri *et al.* (2017), estando alinhada com as considerações do Grönross (1984). Os pesquisadores apontam, portanto, que a integração da padronização e customização dos serviços são aspectos fundamentais à melhoria da qualidade do serviço.

Ye, Dong e Lee (2017) hipotetizam que empatia, responsividade, garantia e confiabilidade são *constructos* determinantes na satisfação do paciente. Hosseini e Behboudi (2017) focam as análises em determinantes mais relacionados à lealdade e tentam compreender como confiança na marca e a imagem influenciam na satisfação e no uso dos serviços de saúde.

Kim *et al.* (2017) sugerem que deve haver influência positiva da qualidade do serviço sobre a eficácia do tratamento e da satisfação. My *et al.* (2017) apontam que a qualidade do serviço é influenciada pela qualidade interpessoal, qualidade técnica, qualidade do ambiente, qualidade da administração e reputação da organização. E, por sua vez, a qualidade do serviço influencia na satisfação.

Özer, Basgöze e Karahan (2017) testam o valor que múltiplos determinantes têm sob o valor percebido, como o valor funcional da das instalações, do profissionalismo do prestador de serviço, da qualidade do serviço, do custo monetário e não monetários, valor emocional e influência social sob o valor percebido. Por sua vez, o valor percebido influencia na satisfação do paciente.

Zhou *et al.* (2017) estabelecem um robusto modelo indicando que a satisfação é determinada pela qualidade do serviço, valor percebido e comportamento organizacional. Jaapar *et al.* (2017) testam se a qualidade do serviço de saúde, custo e suporte ao serviço prestado são determinantes da satisfação. Já Mahapatra (2017) aponta que a satisfação é determinada pela confiança entre ele e o profissional de saúde, adesão do paciente e gratidão do paciente.

Meesala e Paul (2018) utilizaram as dimensões do SERVQUAL para medir a satisfação dos clientes. Mitropoulos, Vasileiou e Mitropoulos (2018) analisaram a influência da qualidade do serviço, as características do paciente e da organização sob a satisfação do paciente. Na pesquisa, a qualidade do serviço era mensurada por atributos como qualidade dos profissionais, das informações, corpo de enfermagem e ambiente.

Com base em tais observações, percebe-se que grande parte dos modelos para mensuração da satisfação é baseado em teorias sobre o comportamento do consumidor, muitas das quais foram agrupadas por Oliver e DeSarbo (1988), baseando-se em autores como Hovland, Harvey e Sherif (1957), Cardozo (1965), Adams (1965), Weiner (1985), Weiner *et al.* (1987), além de Byrne (1971), Latané (1981) e Anderson, Fornell e Lehmann (1994).

Assim sendo, percebe-se destaque à ênfase dada à paradigma da desconfirmação de expectativas, fatores cognitivos, de equidade.

Nesse contexto, determinantes como qualidade percebida, qualidade do serviço, expectativas, confiança, preço, relações sociais, infraestrutura e ambiente físico, serviço justo, imagem da empresa, desempenho, valor percebido, além de aspectos que envolvem sentimentos como emoções, desejos, percepções, dentre outros, foram explorados enquanto determinantes que influenciam na satisfação dos clientes.

Nesse sentido, percebe-se que um modelo de mensuração da satisfação pode contemplar determinantes intrínsecos ao contexto dos serviços como um todo (por isso a análise de determinantes no segmento em geral foi oportuna), bem como peculiaridades do serviço que é prestado, como o segmento de saúde. Nesse contexto, observou-se o modelo proposto por Brady e Cronin (2001) se destaca no contexto analisados, pois ao contemplarem determinantes técnicos e emocionais, o modelo foi além de medidas tradicionais de qualidade percebida e satisfação, comuns na mensuração da satisfação, tais como aspectos de interação.

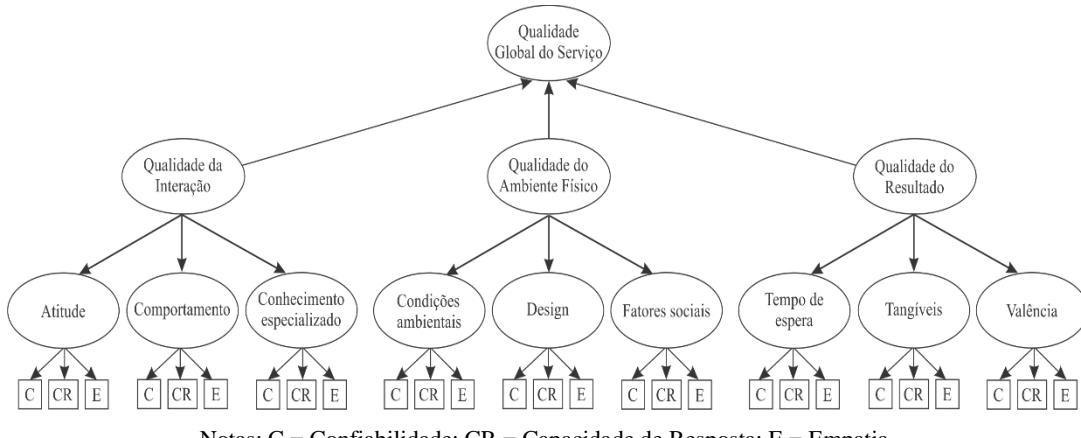
Em 2001, os autores propuseram um modelo de análise hierárquica da qualidade tendo como base abordagens e contribuições importantes como Grönroos (1984) e Parasuraman, Berry e Zeithaml (1991), mas notadamente também as contribuições de Dabholkar, Thorpe e Rentz (1996). Em análise sistemática, Dabholkar, Thorpe e Rentz (1996) observaram que a mensuração da qualidade percebida e, consequente, satisfação, pode ser realizada por fatores de terceira ordem, onde uma estrutura hierárquica é adequada para capturar tal percepção.

Brady e Cronin (2001) demonstraram que a percepção global do serviço pode ser obtida como fator de terceira ordem para as subdimensões, por meio de uma abordagem baseada em equações estruturais. Sendo hierárquica, dimensões de primeiro nível poderiam ser explicadas por dimensões de segundo nível, chegando a subdimensões compostas por atributos. Tais atributos, encontrados no terceiro nível, compõem a estrutura hierárquica que, por sua vez, apresentam a qualidade percebida global, conforme corroboram Brady e Cronin (2001).

A Figura 3 evidencia o modelo de análise hierárquica que mede a qualidade dos serviços. A percepção global do serviço é composta por três dimensões primárias: (1) qualidade de interação, (2) qualidade de ambiente e (3) qualidade de resultado. Cada uma dessas dimensões é avaliada por três dimensões secundárias: atitude, comportamento, conhecimentos especializados, condições ambientais, *design* (desenho) das instalações, condições sociais, tempo de espera, aspectos tangíveis e valência (valor). E cada atributo é

mensurado com base em elementos que contemplam confiabilidade, responsividade (ou capacidade de resposta) e empatia. Assim, de acordo com a percepção do cliente, pode-se aferir o nível de satisfação.

Figura 3 - Modelo de análise hierárquica da qualidade



Fonte: Brady e Cronin (2001)

As hipóteses associadas ao estudo de Brady e Cronin (2001) à qualidade da interação são:

- H1: a percepção da qualidade da interação influencia a percepção da qualidade do serviço;*
- H2: a percepção sobre a atitude dos funcionários influencia a qualidade de interação do serviço;*
- H3: a percepção sobre o comportamento dos funcionários influencia a qualidade de interação do serviço;*
- H4: a percepção sobre o nível de conhecimento técnico dos funcionários influencia a qualidade de interação do serviço.*

Já as hipóteses relacionadas à qualidade do ambiente físico são:

- H5: a percepção da qualidade do ambiente físico influencia a percepção da qualidade do serviço;*
- H6: a percepção sobre as condições ambientais influencia na percepção da qualidade do ambiente físico;*

H7: a percepção sobre o desenho/organização/disposição do ambiente físico influencia diretamente na percepção da qualidade do ambiente físico;

H8: a percepção sobre as interações sociais influencia a qualidade do ambiente físico.

Já o determinante “qualidade do resultado” foi testado por meio das seguintes hipóteses:

H9: a percepção quanto à qualidade do resultado influencia a percepção sobre a qualidade do serviço;

H10: a percepção sobre o tempo de espera influencia a percepção da qualidade do resultado;

H11: a percepção sobre aspectos tangíveis influencia a percepção da qualidade do resultado;

H12: a percepção sobre o resultado da experiência influencia a percepção da qualidade do resultado.

Percebe-se, portanto, que os determinantes primários, secundários e atributos propostos por Brady e Cronin (2001) se assemelham a determinantes e atributos utilizados por outras pesquisas na área de saúde (ALTAF; TABASSUM; MOKHTAR, 2018; BAKAN; BUYUKBESE; ERSAHAN, 2014; BATBAATAR *et al.*, 2017; CHEN *et al.*, 2012; D’SOUZA; SEQUEIRA, 2012; JAIYEOLA; CHIMBISE; ROBERTS-LOMBARD, 2018; LEE; CHUNG, 2009; MAHAPATRA, 2017; ÖZER; BAŞGÖZE; KARAHAN, 2017; RIVERS; GLOVER, 2008; SAHOO; GHOSH, 2016; SHARMA, 2017; SUMAEDI; YARMEN; BAKTI, 2016; TURKYILMAZ *et al.*, 2013; ZHOU *et al.*, 2017).

Este modelo, portanto, representa uma importante contribuição à avaliação de serviços e reúne as mais importantes e recorrentes abordagens teóricas e modelos de medida para a análise e mensuração dos serviços. Além disso, acredita-se que o respaldo teórico que permitiu a estruturação do modelo proposto por Brady e Cronin (2001) pode ser utilizado para aferir o nível de satisfação em serviços de saúde. Tal perspectiva é apoiada por um paralelo percebido em várias pesquisas dentre as citam-se quatro referências clássicas.

Nota-se semelhança entre os determinantes técnicos e funcionais da satisfação e os parâmetros da qualidade técnica e funcional referenciado por Grönroos (1984), bem como a classificação proposta por Anderson e Fornel (1994) (que trata da qualidade global e específica), a percepção de Bateson e Hoffman (2003) (de que clientes com expectativas atendidas são satisfeitos), sendo corroborada por Zeithaml e Bitner (1996) (que afirmam que a satisfação é influenciada pelos atributos dos serviços), bem como o alinhamento e

similaridade entre os determinantes observados entre os vários estudos analisados nesta seção e os determinantes e atributos utilizados por Brady e Cronin.

Diante dessas observações, acredita-se que a abordagem hierárquica de Brady e Cronin (2001) pode ser utilizada para mensurar o nível de satisfação do cliente, adaptando as hipóteses testadas pelos autores para o contexto de avaliação da satisfação.

2.3 LEALDADE DO CLIENTE

Apesar de Dick e Basu (1994) criticarem as múltiplas definições para o termo lealdade, devido a ausência de um embasamento conceitual e de uma mensuração de tal elemento, Zeithaml, Berry e Parasuraman (1996) definem lealdade como um elemento representativo do comportamento do consumidor, incluindo aspectos como o *boca a boca* (positivo), reiteração de compras e, não obstante, um comportamento que demonstra preservar e manter o relacionamento com a organização.

Oliver (1999, 2014), por sua vez, indica que a lealdade é decorrente da satisfação do cliente, mas não é o único determinante a formar a lealdade. Pode-se depreender que, segundo Dick e Basu (1994), a lealdade contribui com o alcance de objetivos estratégicos de longo prazo, pois estabelece um relacionamento resiliente à marca, ao produto, ao serviço, à empresa ou à alguma combinação entre esses elementos.

Convém destacar que uma análise isolada de um desses aspectos pode indicar uma *spurious loyalty* (fidelidade espúria), conforme evidenciado por Day (1969). Portanto, devem-se considerar aspectos atitudinais e comportamentais. Como indicado por Day (1969), lealdade sob aspecto atitudinal pode ser percebida por meio da indicação/recomendação do bem ou serviço e da intenção de aumento de uso, ou seja, relacionada à intenção futura do cliente; já a lealdade sob aspecto comportamental relaciona-se com parâmetros de repetição de compra em sequência.

Além da fidelização do cliente, a lealdade proporciona outros resultados positivos para organização, tendo em vista que (1) estabelece uma interação *cliente-empresa* de longo prazo; (2) o custo para manter um cliente é menor do que o custo para captar novos clientes; (3) *boca a boca*; (4) aumento do volume e frequência de compras, o que pode resultar na conquista de um percentual do orçamento do consumidor, dentre outros elementos.

Portanto, percebe-se que a preocupação com a manutenção do cliente e a lealdade do mesmo, bem como a busca pela compreensão dos fatores que interferem na lealdade, têm crescido de importância nas organizações e dentre pesquisadores (DENG *et al.*, 2010; FULLERTON, 2005; HONG; LEE, 2018; MEESALA; PAUL, 2018; SADEH, 2017; SAG; ZENGUL; LANDRY, 2018; SIRDESHMUKH; SINGH; SABOL, 2002; ZHOU *et al.*, 2017). Destarte, faz-se necessário identificar, compreender e analisar os determinantes da lealdade e como mensura-la.

Fraering e Minor (2013) exploraram as relações que a satisfação e lealdade têm no sentido de que os *constructos* da lealdade envolvem as fases conativas, afetivas, cognitivas e de ação. Não obstante, Fang, Shao e Wen (2016) também exploram tais fases e destacam que estão associadas à lealdade atitudinal e, a última fase, relaciona-se à lealdade comportamental. Destaca-se que a última fase pode ser influenciada por outros *constructos*, tais como satisfação, determinismo pessoal, apoio social, dentre outros. Tais fases de lealdade se aproximam da que foi evidenciada por Dick e Basu (1994).

Percebe-se que, apesar das definições, um dos fatores mais importantes nesta área é os determinantes da lealdade, dentre os quais se destacam: satisfação do cliente, confiança, qualidade percebida, valor percebido, imagem/marca, compromisso, confiança, recuperação de serviços e preço (AKAMAVI *et al.*, 2015; CASTALDO *et al.*, 2016; CRONIN JR; TAYLOR, 1992; DICK; BASU, 1994; GAMEDZE-MSHAYISA *et al.*, 2018; HUSSAIN; AL NASSER; HUSSAIN, 2015; KIM *et al.*, 2017; MORGAN; HUNT, 1994; OLIVER, 1999, 2014; RANGHCHIAN *et al.*, 2018; RYU; LEE; GON KIM, 2012; SUESS; MODY, 2018; TURKYILMAZ *et al.*, 2013).

A identificação dos determinantes da lealdade pode ser considerada como a primeira etapa no processo de medição, pois é a partir desses itens e de outros fatores (como experiências anteriores) que se constrói o *constructo* que mensura a lealdade.

2.3.1 Determinantes da Lealdade do Cliente

Os estudos dos determinantes da lealdade evidenciam a complexidade e dinamicidade que os *constructos* podem assumir já que, como evidenciam Newman e Werbel (1973), Oliver (1999) e Dick e Basu (1994), podem ser considerados aspectos atitudinais, comportamentais,

dentre outros fatores, como conveniência. Por isso, conforme destacado por Day (1969), deve-se ter cuidado e atenção com *lealdade espúria*, já que um determinante como *repetição de compras* pode não indicar a lealdade do cliente e pode ser causada por uma questão de conveniência. Fatores como qualidade, valor percebido, imagem, valor hedônico, preço, tempo (escassez), sensibilidade ao risco, aspectos simbólicos, bem como variáveis socioeconômicas, podem figurar como determinantes da lealdade.

Conforme observado na seção que trata da satisfação do cliente, sabe-se que muitos estudos indicam que a satisfação é um dos principais determinantes da lealdade (BATBAATAR *et al.*, 2017; KIM *et al.*, 2017; RYU; LEE; GON KIM, 2012; TURKYILMAZ *et al.*, 2013; ZHOU *et al.*, 2017). Contudo, como destacam Jones e Sasser (1996), a satisfação por si só não conduz à lealdade. Assim, a satisfação é percebida como importante na medida em que outros fatores contribuem para a lealdade do cliente (BATBAATAR *et al.*, 2017; DAGGER; SWEENEY; JOHNSON, 2007; OLIVER, 1999), mas há outros determinantes importantes.

Burnham, Frels e Mahajana (2003) afirmarem que os custos de mudança envolvem custos de pesquisas para mudar de prestador de serviço, mudança de hábitos do cliente, custos de aprendizagem, custo emocional, perda de benefícios na empresa anterior e, portanto, esses elementos influenciam na satisfação do cliente.

Já na visão de Lin e Wang (2006), a lealdade do cliente está relacionada com os hábitos, satisfação do cliente que decorre do valor percebido e da confiança, que por sua vez, também influenciam na lealdade. Moliner (2009) observou que muitos estudos não abordavam variáveis atitudinais ao investigarem como os fatores afetam a lealdade em serviços de saúde e, para tanto, propôs modelo explorando o determinante *confiança*. No estudo, os pesquisadores observaram variáveis relacionadas ao valor percebido após a prestação do serviço (valor percebido relacionado aos funcionários, avaliação dos atributos e características do serviço e funcionários, preço) e a qualidade do relacionamento, no qual exploraram a satisfação, a confiança e o comprometimento.

Deng *et al.* (2010) observaram que a satisfação, confiança, custo de mudança também influencia a lealdade do cliente. Singh Gaur *et al.* (2011), quanto à qualidade do relacionamento, investigaram uma variação deste determinante, a saber como *comportamento* e *interação* de equipe técnica especializada (no caso, médicos) influenciam na lealdade e confiança do paciente. Tais valores percebidos utilizados pelos autores foram baseados nas

cinco dimensões de valor apontadas por Sheth, Newman e Gross (1991): valor funcional, valor condicional, de valor social, o valor emocional e valor epistêmico.

Ranganathan *et al.* (2013), ao estudar serviços de *e-mail*, consideraram que a lealdade do cliente é afetiva, sendo determinada pelo compromisso afetivo (onde os autores consideram que, seguindo o modelo de quatro estágios de Oliver (1999), o cliente ao final das fases é comportamentalmente fiel e, ambos, influenciam nas intenções comportamentais. O compromisso afetivo (vínculo emocional ou afetivo com o prestador de serviços) é determinado pela confiança afetiva (ou seja, o cliente confia no prestador de serviços, na relação construída pela experiência) e cognitiva (que é a base para a existência da confiança afetiva), pela satisfação e pelas emoções.

Noyan e Şimşek (2014) propuseram uma abordagem na qual se verificou a aderência de modelos propostos por outros autores, para assim, estabelecerem os determinantes da lealdade. No primeiro momento, os autores consideram como determinantes as percepções comparativas de preços, percepções sobre os descontos, qualidade do serviço percebido, qualidade do produto, valor percebido e satisfação do cliente. Em seguida, sendo a lealdade determinada pela satisfação, descontos percebidos e percepções comparativas de preços.

Belás e Chochol'áková (2015) também investigaram a questão do gênero como moderador na satisfação e lealdade, em serviços bancários. Concluíram que as mulheres tendem a ser mais leais. Akamavi *et al.* (2015) apontam que a lealdade de passageiros a uma companhia aérea de baixo custo é determinada pela confiança (determinada pela satisfação, preço e eficiência dos funcionários), satisfação (influenciada pelo preço, eficiência dos funcionários e recuperação dos serviços), serviço eficiente dos funcionários, recuperação do serviço (influenciada pela eficiência do serviço) e preço (influenciado pela eficiência do serviço e pela recuperação dos serviços).

Para Lin, Wu e Cheng (2015) estudaram os determinantes da lealdade em um cenário de introdução de inovações em sistemas de serviços. Nesse contexto, os autores pesquisam a qualidade do serviço, liderança de serviço (já que os autores consideram que esse fator aumenta o valor global da organização), facilidade de uso do sistema e a satisfação. Já Lonial e Raju (2015), ao investigarem satisfação e lealdade no contexto dos serviços de saúde, partiram do problema de como a percepção dos atributos do serviço influenciam a percepção da qualidade do serviço, que por sua vez, influencia a satisfação geral do paciente e, por fim, a lealdade.

Roque *et al.* (2016) verificaram se a assistência médica, os cuidados de enfermagem e dos serviços da clínica, acessibilidade e organização dos serviços de saúde sobre a satisfação, têm influência sob a fidelidade do usuário. Neste mesmo sentido, Yanuar (2016) aponta que a lealdade é afetada pela qualidade do serviço, assim como Ismail e Yunan (2016) que observaram que a lealdade tem dependência da qualidade do serviço. Yarmen *et al.* (2016) indicam que a imagem, confiança e risco percebido podem ser determinantes para lealdade. Shabbir *et al.* (2016), além das hipóteses relacionadas à satisfação do paciente, estabelecem que estes determinantes influenciam na lealdade do paciente.

Kim *et al.* (2017), quanto à lealdade, acreditam que a satisfação têm influência sobre o comportamento de retornar à organização. Yaghoubi and Alikhabi (2017) descobriram que a experiência do paciente tem grande influência sobre lealdade e desejo de reutilizar serviços hospitalares ou recomendá-los a outros. Além disso, qualidade de serviços, satisfação do paciente, comunicação paciente-provedor e confiança na marca do hospital também são influenciadores sobre a decisão dos clientes em retornarem a usufruir dos serviços hospitalares.

My *et al.* (2017), além das hipóteses sobre satisfação, verificam se a qualidade percebida influencia na satisfação e lealdade do cliente. Kemp e Poole (2017) buscaram compreender os múltiplos determinantes que o cliente pode ter sobre a intenção de recompra e a reutilização do serviço, tais como compromisso afetivo, compromisso de continuidade e compromisso normativo. Além disso, procuraram relacionamento entre lealdade atitudinal e a defesa de um prestador de cuidados de saúde.

Suess e Mody (2018), em contexto específico de como os sistemas e as tecnologias de informação podem auxiliar no contexto da qualidade do serviço, apontam que a satisfação global dos pacientes afeta as intenções de lealdade, bem como a disposição de pagar as despesas do próprio bolso.

Altaf *et al.* (2018) hipotetizam que a qualidade dos serviços de saúde tem uma relação com o reconhecimento da marca, a fidelidade à marca e a imagem da marca. Além disso, o conhecimento da marca tem relação com o valor da marca e a fidelidade à marca. Em adição, a imagem da marca tem relação com o valor total da marca e a fidelidade geral à marca.

Percebe-se que muitos dos modelos de mensuração da lealdade utilizam como preditores, fatores como: valor percebido, confiança, emoções, compromissos, custo de mudança, preço, qualidade percebida, intenções de lealdade. Conforme evidenciam Lei e

Jolibert (2012), muitos destes são essenciais para a mensuração da lealdade do cliente, sendo que a qualidade percebida influencia na satisfação e lealdade e a satisfação, por sua vez, influencia na intenção de lealdade.

Observa-se que alguns desses estudos exploram determinantes da satisfação dos clientes como forma de prover maior robustez ao modelo teórico. Portanto, a mensuração da lealdade pode contemplar *constructos* classificáveis em aspectos atitudinais e comportamentais dos clientes, ao longo das fases de desenvolvimento da lealdade e do ciclo de vida dos bens e serviços.

Sob a perspectiva do ciclo de vida, Johnson, Herrmann e Huber (2006) propuseram modelo onde a lealdade é determinada pelo valor percebido, compromisso afetivo, valor da marca e intenções de lealdade. Para tanto, os autores desenvolveram pesquisa longitudinal e fizeram análise acerca da evolução da lealdade do grupo de estudo. Os autores buscavam compreender como o ciclo de vida do produto influenciava na lealdade dos clientes. Apesar dos autores apontarem como limitação do estudo o fato de as medidas de lealdades utilizadas contemplarem apenas aspectos relacionados à fase afetiva (FRAERING; S. MINOR, 2013; OLIVER, 1999). A Figura 4 apresenta os elementos utilizados para mensurar a lealdade dos clientes do citado estudo.

Figura 4 - Modelo do constructo de Johnson, Herrmann e Huber (2006)

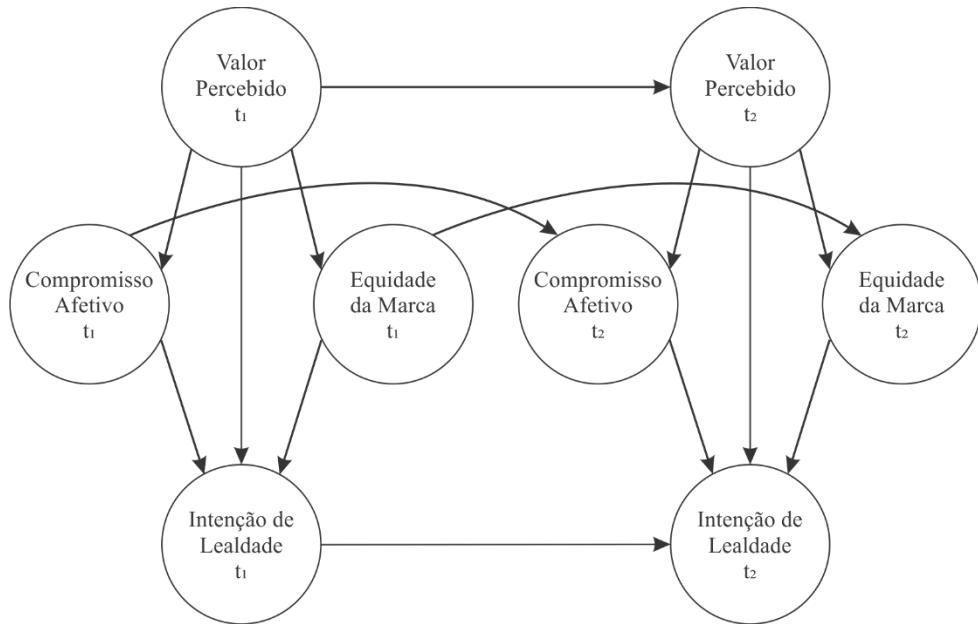
Constructo	Variáveis de medida
Valor percebido	1. O xxx tem um bom nível de performance considerando o valor que eu pago. 2. O xxx é uma boa opção comparando com outros prestadores de serviços disponíveis no mercado. 3. O preço que pago pelo xxx é mais do que justo pela performance que recebo. 4. O serviço tem um grande valor (retorno) para mim. 5. O valor que pago pelo xxx é o que me mantém na empresa XYZ.
Equidade da Marca	1. A marca do xxx que uso, reflete meu estilo de vida. 2. Sinto que a marca do xxx da empresa e minha personalidade se encaixam. 3. Eu me identifico com a marca do xxx. 4. Se a xxx fosse uma pessoa, gostaria de levá-la para jantar. 5. Gostaria de usar roupas ou outros produtos com a marca do xxx que uso.
Compromisso Afetivo	1. Eu quero continuar meu relacionamento com prestador do serviço xxx. 2. O prestador está interessado em como eu uso o xxx. 3. Se o xxx fosse uma pessoa, eu gostaria de tê-lo como um amigo. 4. Eu dou feedback (avaliação) regularmente sobre minhas percepções do xxx. 5. Ocasionalmente o prestador do xxx organiza eventos para apresentar novos produtos/serviços.
Intenção de Lealdade	1. Da próxima vez, eu definitivamente utilizarei ou comprarei esse xxx. 2. Se eu não encontrar o mesmo xxx, eu vou definitivamente voltar ao prestador onde adquiri o xxx. 3. Se eu tiver qualquer xxx de graça eu ainda escolherei o mesmo prestador do xxx. 4. Eu recomendo o meu prestador de xxx para outras pessoas. 5. Eu falo positivamente com outras pessoas sobre o meu prestador de xxx.

Nota: xxx representa o tipo de produto avaliado; XYZ representa o serviço, loja ou marca avaliada.

Fonte: Johnson, Herrmann e Huber (2006)

Assim como na proposição de Brady e Cronin (2001), Johnson, Herrmann e Huber (2006) partem de pressupostos abordados por outras pesquisas e estabelecem como *constructos* variáveis como *valor percebido* (que captura as percepções acerca do desempenho), *compromisso afetivo* (que trata da interação entre cliente e empresa), *equidade da marca* (que busca medir os efeitos da qualidade e satisfação nas intenções do cliente). Além disso, os autores buscam medir a intenção de lealdade de forma direta, medida também feita por Fang, Shao e Wen (2016). Com base nesses elementos, os autores estruturaram o modelo teórico da pesquisa conforme apresentado na Figura 5.

Figura 5 - Evolução da intenção de lealdade dos clientes



Fonte: Johnson, Herrmann e Huber (2006)

Percebe-se que, de acordo com o ciclo de vida, é esperado que o valor percebido, compromisso afetivo e percepção acerca da equidade da marca evoluam, recebendo mais influência por parte do valor percebido pelo cliente. Dessa forma, Johnson, Herrmann e Huber (2006) estabeleceram as seguintes hipóteses:

H1: O valor percebido de uma oferta tem um efeito direto e positivo sobre as intenções de fidelidade que diminui à medida que o mercado cresce;

H2: O valor percebido de uma oferta tem um efeito direto e positivo na equidade da marca, que aumenta à medida que o mercado cresce;

H3: O valor percebido de uma oferta tem um efeito direto e positivo sobre o comprometimento afetivo que aumenta à medida que o mercado cresce;

H4: O patrimônio da marca tem um efeito direto e positivo nas intenções de fidelidade, que aumenta à medida que o mercado cresce;

H5: O compromisso afetivo tem um efeito direto e positivo nas intenções de lealdade, que aumenta à medida que o mercado cresce.

Apesar da pesquisa dos autores ser aplicada para mensurar as intenções de lealdade de um produto e contemplar apenas o aspecto atitudinal do cliente, acredita-se que o modelo proposto por Johnson, Herrmann e Huber (2006) possa ser utilizado para definir a lealdade dos clientes no setor de serviços, tendo em vista que o *constructo* teórico proposto por eles, contempla elementos testados em modelos desenhados para o setor de serviços.

Os determinantes utilizados pelos pesquisadores são semelhantes àqueles utilizados em outras pesquisas e contextos, conforme foi observado nos trabalhos de Yang e Peterson (2004) (ao utilizarem o valor percebido e custo de mudança), Lee, Lee e Kang (2012) (ao tratarem da qualidade dos serviços e postura da equipe), Ranganathan *et al.* (2013) (ao tratarem de intenções comportamentais, qualidade do serviço).

Quanto à limitação relacionada a mensuração apenas do aspecto atitudinal, Fang, Shao e Wen (2016) destacam que, por outro lado, a medida do aspecto comportamental não é adequada para obter níveis reais de lealdade e, portanto, utilizam medida para a intenção de lealdade, tal como Johnson, Herrmann e Huber (2006).

A natureza longitudinal da pesquisa dos autores supera um gargalo de pesquisas que tratam da lealdade, pois os autores fazem análise ao longo do ciclo de vida de um produto. Não obstante e apesar do foco atitudinal, observa-se que os autores exploram aspectos comportamentais, tais como intenção de lealdade, dentre outros fatores.

2.4 HIPÓTESES DA PESQUISA

Como o objetivo do trabalho relaciona-se com a proposição e teste de uma abordagem que mensure a satisfação e lealdade à luz dos determinantes de cada *constructo*, o *background* teórico e as hipóteses da pesquisa foram estabelecidas a partir dos determinantes e atributos utilizados por pesquisas anteriores, cuja análise indicou similaridades com importantes

estudos como a abordagem hierárquica de Brady e Cronin (2001) e Johnson, Herrman e Huber (2006).

Assim, por um lado, optou-se por um modelo *tradicional* no segmento de serviços em geral, mas pouco explorado no contexto de serviços de saúde, que é o modelo de Brady e Cronin (2001) e, por outro lado, optou-se por um modelo baseado em determinantes não comuns na mensuração da intenção de lealdade em serviços de saúde, que são aqueles utilizados por Johnson, Herrman e Huber (2006). Dessa forma, será possível suprir o *gap* relacionado aos modelos restritos de mensuração da satisfação e lealdade.

O arcabouço do estudo tem como base as proposições de Brady e Cronin (2001), no que tange à satisfação, e Johnson, Herrman e Huber (2006), quanto à lealdade. Tal escolha se dá pela robustez teórica e metodológica sob os quais os modelos foram estabelecidos e a similaridade observada entre as múltiplas pesquisas analisadas nesta seção.

Apesar da existência dos *gaps* observados em pesquisas, a literatura estabelece e confirma determinantes da satisfação de clientes, tais como: qualidade percebida (BRADY; CRONIN, 2001; DAGGER; SWEENEY; JOHNSON, 2007; RAMANI; KUMAR, 2008), avaliação do serviço, valor percebido, qualificação dos profissionais, responsabilidade social (BAKAN; BUYUKBESE; ERSAHAN, 2014; TURKYILMAZ *et al.*, 2013), ambiente físico, localização, decoração (SAHOO; GHOSH, 2016). Além destes, Batbaatar *et al.* (2015, 2017) evidenciam nove determinantes para a satisfação do paciente: assistência técnica, cuidado interpessoal, ambiente físico, acesso (acessibilidade, disponibilidade e finanças), características organizacionais, continuidade do cuidado e resultado do cuidado.

A análise desses determinantes guia à percepção de um alinhamento com a abordagem hierárquica de Brady e Cronin (2001) para mensuração da satisfação, já que os autores consideram três dimensões (qualidade da interação, qualidade do ambiente físico e qualidade do resultado do serviço), nove atributos (atitude, comportamento, conhecimentos especializados, condições ambientais, *design*, condições sociais, tempo de espera, aspectos tangíveis e valência) e três subdimensões (confiabilidade, capacidade de resposta e empatia), e tem como base três importantes abordagens utilizadas na avaliação da qualidade percebida e da satisfação: SERVQUAL (PARASURAMAN; BERRY; ZEITHAML, 1991), modelo nórdico da qualidade funcional e técnica (GRÖNROOS, 1984) e abordagem hierárquica (DABHOLKAR; THORPE; RENTZ, 1996).

A partir disso e das análises dos determinantes realizados nas seções anteriores, percebe-se que a satisfação em serviços em saúde é influenciada, principalmente, pela Qualidade da Interação (QI), Qualidade do Ambiente Físico (AF) e Qualidade do Resultado do Serviço (RS). A Interação entre cliente e organização contempla aspectos comportamentais e a percepção que o cliente tem sobre o determinante, que é algo intrínseco aos serviços de saúde.

A interação entre cliente e organização, por meio de funcionários e equipe que presta o serviço, é um fator importante, pois evidencia aspectos comportamentais e a percepção do usuário do serviço (OLIVER; DESARBO, 1988; SUNDER, 2016), além de claro, ser algo intrínseco à dinâmica da prestação de serviços de saúde. Dada à importância da interação nos serviços, Ramani e Kumar (2008) propuseram um modelo cujo foco é à orientação à interação entre organização e cliente, bem como a capacidade de as organizações interagirem com os usuários do serviço. Assim, considerando os resultados e considerações de outras pesquisas (ALMEIDA; BOURLIATAUX-LAJOINIE; MARTINS, 2015; CHAHAL; KUMARI, 2010; DAGGER; SWEENEY; JOHNSON, 2007; LEUNG *et al.*, 2017), define-se a seguinte hipótese de pesquisa:

H1: a satisfação com a interação clientes-organização influencia na satisfação dos clientes.

A interação cliente-organização, na maioria, senão em todos, os serviços de saúde, ocorre em um ambiente físico onde o usuário participa de todo o processo, sendo este aspecto (ambiente físico) um importante determinante (BRADY; CRONIN, 2001; DAGGER; SWEENEY; JOHNSON, 2007; KELLER; KOTLER, 2016). O ambiente físico contempla variáveis associadas ao espaço onde a prestação do serviço de saúde ocorre e, conforme apontado por Sahoo e Ghosh (2016), tais elementos podem influenciar a satisfação do cliente.

É intrínseco à natureza do serviço de saúde haver momentos de espera pelo atendimento e essa espera ocorre em um espaço destinado a isso. Diante disso e considerando a importância do ambiente físico, Sahoo e Ghosh (2016) investigaram vários fatores que poderiam influenciar a satisfação do cliente a partir da atmosfera e ambiente físico do serviço de saúde privado. Por isso, é estabelecida a seguinte hipótese:

H2: a satisfação com o ambiente físico da organização influencia na satisfação dos clientes.

Após a interação, que ocorre em um ambiente físico, o cliente conclui sua percepção com o resultado do serviço, ou seja, o resultado real do que motivou a busca pelo serviço de saúde. Por isso, é estabelecida a hipótese:

H3: a satisfação com o resultado do serviço influencia na satisfação dos clientes.

Analizando, portanto, as hipóteses H1, H2 e H3, considerando as proposições e achados de Brady e Cronin (2001) sobre os indicadores de mensuração, Dagger *et al.* (2007), Chen *et al.* (2012) e Sahoo e Ghosh (2016), são definidos 9 determinantes para mensurar as dimensões primárias do modelo desta pesquisa: atitude, comportamento, conhecimentos especializados (satisfação com a interação); condições ambientais, *design*, condições sociais (satisfação com o ambiente físico); tempo de espera, aspectos tangíveis e valência (satisfação com o resultado do serviço). Cada um destes determinantes é medido por meio de três indicadores (variáveis observáveis) que medem a confiabilidade, responsividade e empatia.

Assim, as dimensões Qualidade da Interação (QI), Qualidade do Ambiente Físico (QAF) e Qualidade do Resultado do Serviço (QRS), bem como as três subdimensões (confiabilidade, capacidade de resposta e empatia), que totalizam 27 variáveis de medida, propostas por Brady e Cronin (2001), são mantidas como determinantes à satisfação dos clientes.

Quanto à lealdade, sabe-se que compreende quatro fases (cognitiva, afetiva, conativa e ação) e que a fase conativa é um dos maiores focos das pesquisas (FRAERING; S. MINOR, 2013), pois compreende a intenção comportamental de utilizar novamente o serviço avaliado. Neste contexto, várias pesquisas citam como determinantes da lealdade a qualidade, valor percebido, imagem, valor hedônico, comprometimento afetivo, custo de mudança, tempo de espera, preço, tempo (escassez), sensibilidade ao risco, confiança, comprometimento, aversão ou propensão ao risco, aspectos simbólicos (BELÁS; CHOCHOL'ÁKOVÁ; GABCOVÁ, 2015; FRAERING; S. MINOR, 2013; LEE; LEE; KANG, 2012; LIN; WU; CHENG, 2015; LONIAL; RAJU, 2015; RAMANI; KUMAR, 2008; ZHOU *et al.*, 2017).

A limitação em muitos desses estudos é a ausência de uma abordagem longitudinal. Contudo, o estudo de Johnson, Herrman e Huber (2006) contempla tal característica e nele os autores consideram a *Equidade da marca* (EM), *Compromisso afetivo* (AC) e *Valor percebido* (VP) como determinantes da *Intenção da lealdade* (IL). Apesar do escopo do estudo de Johnson, Herrman e Huber (2006) compreender o segmento de bens tangíveis, os

autores traçam paralelos entre os determinantes utilizados por eles e os utilizados em outras áreas, incluindo o segmento de serviços.

Um dos determinantes observado e testado pelos autores é o Valor Percebido (VP), considerado como uma medida que trata da avaliação geral do serviço prestado, Johnson, Herrman e Huber (2006) apontam que este determinante é similar à equidade distributiva, justiça e reciprocidade. O valor percebido pode ser visto como uma avaliação *trade-off* entre a qualidade percebida do serviço prestado e os custos associados à aquisição do mesmo (ZEITHAML, 1988).

Não obstante, Boksberger e Melsen (2011) evidenciam que o valor percebido integra múltiplas percepções sobre benefícios, sacrifícios, qualidade e intenções comportamentais do cliente. Além disso, depreende-se com base em Woodruff (1997), Vega-Vazquez, Revilla-Camacho e Cossío-Silva (2013) e Buttigieg, Pace e Rathert (2017) evidenciam que a percepção sobre o desempenho (desempenho) do serviço, podem influenciar na qualidade e satisfação do cliente. Assim, tendo em vista que Sag, Zengul e Landry (2018), Shabbir *et al.* (2016) e Yarmen *et al.* (2016) apontam que o valor percebido é importante à lealdade, bem como à satisfação, a quarta e quinta hipótese são:

H4: O valor percebido influencia na satisfação;

H5: O valor percebido influencia nas intenções de lealdade.

Além destes determinantes, diversos estudos apontam a Satisfação (SAT) como outro determinante da lealdade (FRAERING; S. MINOR, 2013). Assim, apesar da abordagem de Johnson, Herrman e Huber (2006) não tratar diretamente deste determinante, outros estudos sugerem a relevância da satisfação à lealdade e, portanto, seguindo o objetivo deste trabalho, a abordagem proposta opta por estabelecer que a Satisfação influencie na Lealdade. Portanto, é estabelecido que:

H6: A satisfação tem influência sob as intenções de lealdade.

O Compromisso Afetivo (CA) trata de um determinante com maior predominância de variáveis emocionais, as quais podem compreender aspectos relacionados à confiança associada ao prestado de serviços. Para Johnson, Herrman e Huber (2006) atributos como confiança, compromisso e *feedback* são similares ao compromisso afetivo. Assim, considerando as proposições de Babin, Bole e Griffin (2015) e Kemp e Poole (2017), estabelece-se que:

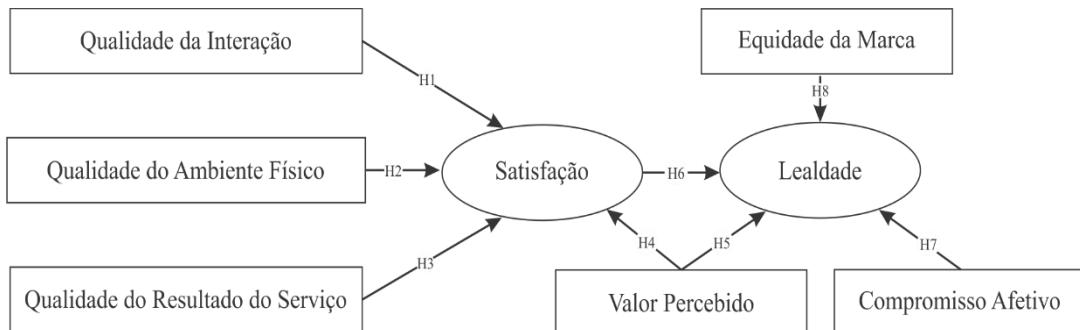
H7: O Compromisso Afetivo influencia nas intenções de lealdade.

Na visão dos autores, a Equidade da Marca (EM) trata do efeito que a marca tem sobre o cliente e evidencia a forma como o consumidor pensa em relação à prestadora de serviço. Ou seja, o efeito que a marca da empresa, a forma como ela presta o serviço e demais aspectos tangíveis (como equipamentos) têm sob a difusão da marca. Com isso, considerando a importância da marca das organizações em serviços de saúde (TUAN, 2014) e as proposições de Altaf *et al.* (2018), é estabelecido a seguinte hipótese:

H8: A Equidade da Marca influencia na intenção de lealdade.

A partir de tal interação, Satisfação→Lealdade (H6), é traçada a integração entre estes dois modelos teóricos, a qual contempla os respectivos antecedentes, a fim de compor a abordagem de medida proposta neste estudo, a qual foi testada nas próximas seções. Diante do exposto, a abordagem conceitual (Figura 6) proposta neste trabalho postula que a Qualidade da Interação - QI (H1), Qualidade do Ambiente Físico - QF (H2) e a Qualidade do Resultado do Serviço - QS (H3) influenciam na Satisfação - SAT, bem como o Valor Percebido - VP (H4), que também tem influência (H5) sob a Lealdade - IL, assim como Satisfação (H6), Compromisso Afetivo - CA (H7) e Equidade da Marca - EM (H8).

Figura 6 – Hipóteses do trabalho de mensuração ampla da satisfação e lealdade dos clientes



Fonte: O autor (2018)

Sob a perspectiva teórica, esta abordagem teórica mostra-se consistente à medição da Satisfação, já que múltiplos atributos são considerados para formar as variáveis de medida dos determinantes. Além disso, os determinantes da Lealdade são aderentes ao segmento de serviços tendo em vista a similaridade com outros modelos específicos. Assim, acredita-se que a abordagem permite tanto a mensuração da Satisfação quanto da Lealdade, mantendo a

lógica e estratégias de fidelização dos clientes por meio da maximização da avaliação dos itens de medida do modelo. Assim, todas as variáveis da abordagem proposta convergem à Lealdade: mantendo os clientes fiéis.

2.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS DO CAPÍTULO

Neste capítulo foram abordados os principais elementos teóricos referentes à classificação de clientes, à satisfação e à lealdade de clientes/pacientes. Diante da importância desse capítulo para o desenvolvimento do trabalho, a primeira seção apresentou definições e importância da classificação de clientes e como essa segmentação pode auxiliar a organização na prestação do serviço e na gestão do relacionamento com cliente.

A segunda seção deste capítulo teve com o foco a satisfação do cliente. Assim, no primeiro momento foram apresentados os principais elementos teóricos que dão base para compreensão e pesquisa da satisfação. Em seguida, foram apresentados os principais determinantes da satisfação dos clientes, analisando fatores em vários segmentos de serviço e notadamente do serviço de saúde. Todos os elementos desta seção proporcionaram base teórica satisfatória para a definição das hipóteses de pesquisa relacionadas à satisfação do cliente, bem como a escolha dos determinantes, atributos e modelos que foram tomadas como base.

No mesmo sentido, a terceira seção apresentou os principais elementos teóricos e os paradigmas de análise e mensuração da lealdade de clientes. A seção que descreveu os determinantes e atributos da lealdade em múltiplos serviços prestados, dentre eles serviços de saúde, deu base para a delimitação das hipóteses. Estes conceitos foram utilizados para a construção dos instrumentos de pesquisa para coleta de dados, os quais foram apresentados no capítulo seguinte.

3 METODOLOGIA

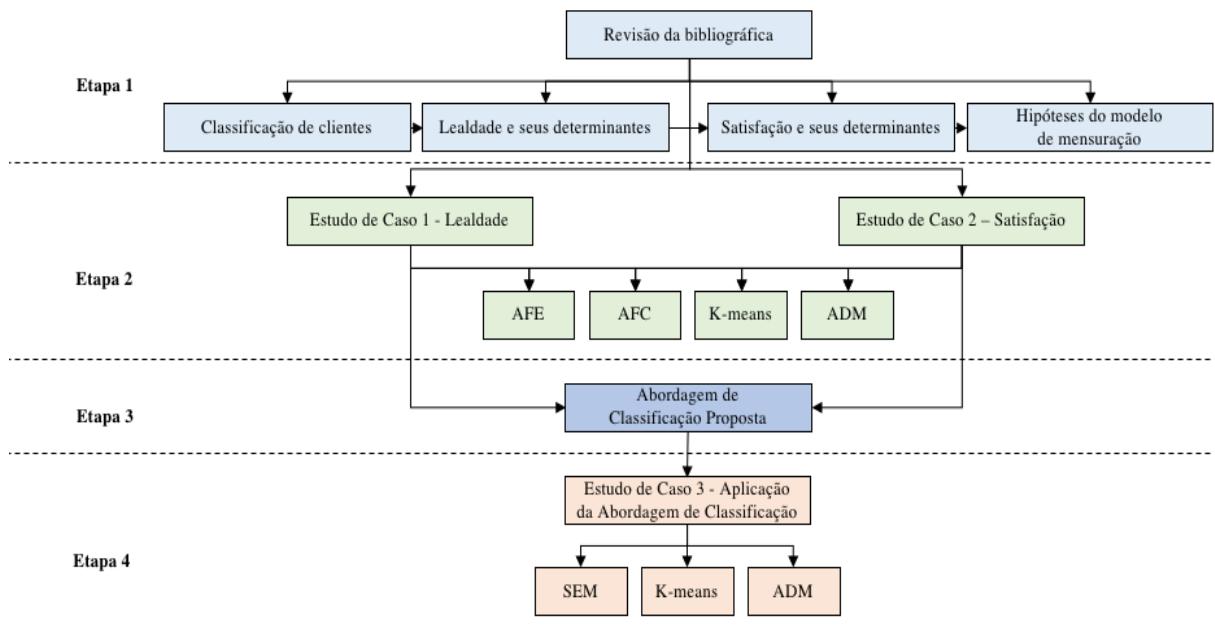
Neste capítulo, a metodologia proposta para esta pesquisa é detalhada. Segundo Roesch, Becker e Mello (2000), o tipo de método e procedimentos metodológicos a serem utilizados devem respaldar o pesquisador no alcance do objetivo proposto. Assim, neste capítulo são detalhados: caracterização da pesquisa, objeto de estudo, população e tamanho da amostra, critérios de inclusão ou exclusão dos inquiridos, procedimentos e instrumentos de pesquisa, a forma de análise dos dados e os aspectos éticos.

3.1 ETAPAS DO TRABALHO

Para alcançar os objetivos propostos, atendendo ao rigor científico necessário para tanto, optou-se por dividir este trabalho em quatro etapas (Figura 7).

A etapa 1 está relacionada à revisão da literatura sobre a classificação de clientes, satisfação e lealdade, com os respectivos determinantes de mensuração utilizados em múltiplos contextos, elementos que dão base à proposição das hipóteses de pesquisa e ao modelo de medida integrado. A segunda etapa trata dos dois estudos de caso, cuja coleta de dados foi realizada de forma simultânea, dão base para a análise do instrumento de pesquisa adaptado ao contexto em estudo. Análise fatorial exploratória (AFE) e confirmatória (AFC), bem como análise de *cluster* e discriminante foram os métodos centrais de análise de dados.

Figura 7 - Etapas da pesquisa



Nota: AFE – Análise Fatorial Exploratória; AFC – Análise Fatorial Confirmatória; K-means: Análise de Cluster; MDA– Análise Discriminante Múltipla; SEM – Modelagem de Equações Estruturais.

Fonte: O autor (2018)

Com base em tais resultados e indicações, na etapa 3, a abordagem de classificação de clientes em serviços de saúde será proposta, sendo a mesma testada na etapa 4, cuja natureza confirmatória permitirá tal análise. Além dos métodos já mencionados nas etapas anteriores, destaca-se que nesta etapa foi utilizada a modelagem de equações estruturais (SEM) para dar suporte à análise do modelo causal de mensuração da satisfação e lealdade.

3.2 POPULAÇÃO, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO E ABRANGÊNCIA DO ESTUDO

Quanto à população do estudo, nas 3 etapas da pesquisa, destaca-se que ela é composta por indivíduos que são clientes ou utilizam os serviços pesquisados e que tenham 18 anos completos ou mais. Apesar de ser especificado qual segmento do setor de serviços de saúde foi avaliado em cada etapa proposta, destaca-se que quanto à abrangência do estudo não se delimitou nenhuma restrição quanto ao bairro, cidade ou região, já que os serviços a serem avaliados são ofertados em múltiplas cidades e regiões. A população, portanto, é infinita

≥ 100.000 . Caso o participante não tivesse idade igual ou superior a 18 anos, não fosse usuário de um dos serviços avaliados, a participação foi impossibilitada.

3.3 DEFINIÇÃO DO TAMANHO DA AMOSTRA

A definição do tamanho da amostra está intrinsecamente relacionada ao tipo de análise estatística que utilizada. Outrossim, no caso deste trabalho, sabe-se da importância que a mesma tem na estimação e interpretação dos resultados obtidos a partir do modelo proposto.

As duas primeiras etapas têm natureza exploratória. Assim, considerando que o principal método de análise de dados foi a análise fatorial exploratória (AFE), que analisa a correlação entre as variáveis de cada modelo testado, a amostra deve ser, no mínimo, de 165, estimada em função de cinco observações para cada variável do modelo (HAIR *et al.*, 2010). Para a etapa 2, referente ao modelo de lealdade, o tamanho da amostra mínimo é 110 participantes.

Em relação à etapa 3 e considerando que o principal método de análise de dados foi a modelagem de equações estruturais (SEM) optou-se por utilizar a abordagem evidenciada por Hair *et al.* (2010), em que o tamanho da amostra deve ser resultado do produto entre o número de variáveis manifestas e um valor entre 10 e 15 observações para cada variável. Considerando que o instrumento de pesquisa inicial deste trabalho possui 55 variáveis, o tamanho amostral deve ficar entre 550 e 825. Apesar dessas indicações, destaca-se que um tamanho amostral maior do que 200 observações podem atender aos indicadores de qualidade do método estatístico utilizado (HAIR *et al.*, 2010).

Este estudo recorrerá à uma abordagem não probabilística, utilizando uma amostragem por conveniência, já que os participantes foram convidados, por meio de *e-mail* e mídias sociais, a responder ao instrumento de pesquisa por meio da plataforma especializada *Google Formulário*.

3.4 INSTRUMENTO DE PESQUISA E DE COLETA DE DADOS

Diante da característica e dos objetivos deste trabalho, foram utilizadas como instrumento para coleta de dados a observação direta extensiva (instrumento de pesquisa/questionário) (LAKATOS E MARCONI, 1991). O instrumento foi proposto por esta pesquisa, tendo como base os modelos propostos por Brady e Cronin (2001), para mensurar a satisfação (Apêndice A), e Johnson, Herrmann e Huber (2006), para mensurar lealdade (Apêndice B).

Para tanto, a tradução e adaptação ao contexto deste trabalho foi feita após observação e análise do sentido, significado e objetivo de avaliação de cada determinante e variável utilizada no estudo. Além disso, debates foram realizados com pesquisadores da área a fim de garantir que a variável adaptada ao estudo, mantivesse a essencial do modelo original.

As questões específicas para mensuração da satisfação e lealdade são avaliadas utilizando escala Likert de 5 pontos, variando de 0 (discordo totalmente ou significado correspondente) a 5 (concordo totalmente ou significado correspondentes) (FORZA, 2002). A segunda seção do instrumento de pesquisa tem como objetivo a identificação do perfil social, econômico e demográfico dos participantes, bem como as formas de uso dos serviços.

A partir da análise dos dados das duas primeiras etapas, o instrumento de pesquisa para o estudo de caso 3 foi estabelecido. Mas teve em essência a mesma estrutura: questões específicas para mensurar a satisfação e lealdade e outra para mensurar o perfil do inquirido.

Foram realizados testes pilotos, com participação de 17 indivíduos, em ambos os instrumentos com indivíduos semelhantes ao perfil da amostra esperada para a coleta de dados. A partir destes testes, por exemplo, uma variável (questão 3, do determinante *equidade da marca*) do modelo de Johnson, Herrmann e Huber (2006) foi excluída por não ser aderente ao contexto avaliado. Em relação às demais variáveis, houve pequenas modificações, em essencial, apenas para torná-las mais sucinta e clara.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

Quanto à análise de dados, foi utilizado técnica de estatística multivariada que permitia analisar o impacto que os múltiplos *constructos* a serem analisados têm sob o nível de satisfação e lealdade. Verificação da confiabilidade do instrumento de pesquisas, análise fatorial exploratória (AFE) e confirmatória (AFC), modelagem de equações estruturais

(SEM), análise de *cluster (K-means)* e análise discriminante múltipla (MDA) foram métodos bases utilizados neste trabalho.

Segundo Corrar, Paulo e Dias Filho (2007), a análise multivariada contempla um conjunto de métodos estatísticos que permite a *análise simultânea de medidas múltiplas* de determinado estudo, caracterizados por mais de duas variáveis correlacionadas entre si. A confiabilidade do instrumento e das variáveis foi verificada pelo Alfa de Cronbach, cujo valor acima de 0,6 indica boa confiabilidade do instrumento (KLINE, 2015).

Uma vez que os instrumentos de pesquisas, as variáveis observáveis, foram adaptados ao contexto de serviços de saúde, portanto contexto diferente para o qual ele foi projetado, a utilização da análise fatorial exploratória (AFE) e confirmatória (AFC) mostrou-se oportuna para verificar a estrutura fatorial das variáveis e confirmar a validade de tais instrumentos, notadamente nos estudos de caso 1 e 2. Para a AFE, os parâmetros mínimos desejados são apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 - Parâmetros mínimos para a AFE

Estatística	Parâmetros
Alfa de Cronbach	$\geq 0,6$
Carga fatorial	$\geq 0,6$
Comunalidades	$\geq 0,5$
Fatores retidos	$\geq 50\%$
Índice Kaiser-Meyer-Olkin	$\geq 0,5$
Rotação de fatores	Rotação ortogonal Varimax
Teste de esfericidade de Barlett	$p \leq 0,05$

Fonte: Adaptado de Hair et al. (2010) e Corrar, Paulo e Dias Filho (2007)

Com a AFE serão extraídas as cargas fatoriais ajustadas para considerar as correlações iniciais entre as variáveis observáveis, estabilizando as diferenças entre as variâncias das variáveis e suas unidades de medida. Com isso, os valores são padronizados, os resultados têm média próximo a 0 e variância igual ao quadrado do coeficiente de correlação múltipla entre os escores dos fatores latentes observados e os valores verdadeiros dos fatores (FABRIGAR; WEGENER, 2011; FIELD, 2013). Destarte, estes escores foram utilizados para a análise de grupos e consequente *clusterização* dos indivíduos.

A análise factorial confirmatória (AFC) foi utilizada para verificar a validade dos *constructos* e discriminantes, além de confirmar a estrutura existente entre os indicadores (variáveis observadas) e fatores latentes, e a interação positiva entre os eles. Para tanto, os parâmetros mínimos desejados são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 - Parâmetros mínimos AFC e SEM

	Medida	Definição	Regra de decisão
Qualidade da medida	CR	<i>Confiabilidade composta/composite reliability.</i> Indicador de precisão de medida da variável observável.	Deve ser igual ou maior que 0,60.
	AVE	<i>Variância Média Extraída/Average variance extracted.</i> Indica a explicação que um fator/ <i>constructo</i> tem a partir das variáveis de medida.	Deve ser igual ou maior que 0,50.
Medidas de ajuste absoluto	CMIN	Valor do teste qui-quadrado (χ^2) do modelo – quanto maior a amostra, mais esse índice é impactado negativamente; isoladamente tem pouco valor.	Nível de significância de 0,05.
	X2/DF	Razão entre o valor do CMIN e os graus de liberdade, a fim de obter um valor de ajuste ao modelo menos sensível ao tamanho da amostra.	Deve ser menor ou igual a 5.
	RMSEA	<i>Root Mean Square Error of Approximation</i> ou Raiz do erro quadrático médio de aproximação – é a discrepância do grau de liberdade, sendo uma medida adequada para uma estratégia de modelos confirmatórios.	Entre 0,05 e 0,08 bom ajuste; entre 0,08 e 0,10 ajuste aceitável.
Medidas de ajuste incremental	NFI	<i>Normed Fit Index</i> ou Índice de ajuste normalizado – consiste na comparação entre o modelo hipotético e do modelo de independência.	Acima de 0,9 bom ajuste; entre 0,8 e 0,9 ajuste aceitável.
	CFI	<i>Comparative Fit Index</i> ou Índice de ajuste comparativo – leva em consideração a complexidade de um modelo.	Acima de 0,9 bom ajuste; entre 0,8 e 0,9 ajuste aceitável.
Medidas de ajuste parcimonioso	PNFI	<i>Parsimony Normed Fit Index</i> ou Índice de ajuste normalizado parcimonioso – penaliza o NFI pela parcimônia; leva em conta o número de graus de liberdade usados para atingir um nível de ajuste. É empregado para comparar modelos alternativos.	Acima de 0,9 bom ajuste; entre 0,8 e 0,9 ajuste aceitável.
	PCFI	<i>Parsimony Comparative Fit Index</i> ou Índice de ajuste comparativo parcimonioso – penaliza o CFI pela parcimônia; leva em conta o número de graus de liberdade usados para atingir um nível de ajuste. É empregado para comparar modelos alternativos.	Acima de 0,9 bom ajuste; entre 0,8 e 0,9 ajuste aceitável.

Fonte: Adaptado de Fornell e Larcker (1981), Hair et al. (2010), Marôco (2014) e Kline (2015)

Com base no modelo ajustado a ser testado, foi estimado o escore de cada fator latente, tendo como base os pesos dos escores fatoriais (MARÔCO, 2014). Esse dado foi utilizado para compor função de regressão de cada variável, para posterior cômputo da análise de *cluster* e discriminante múltipla.

Após a AFC, a modelagem de equações estruturais foi utilizada. Segundo Hair *et al.* (2010), a SEM é um modelo estatístico que possibilita examinar e explicar as relações que existem entre os *constructos* (variáveis dependentes e independentes) considerados do estudo, permitindo análises de dependência e interdependência. Assim, com uso da SEM, torna-se possível testar a ordem de efeito ou causalidade entre os fatores observados, ou seja, se a variável *X* influencia *Y* e *Z*, e *Y* influencia *Z*. Assim, quando há relação de causa e efeito entre as variáveis especificadas no modelo pode-se utilizar o método de modelagem de equações estruturais, onde cada equação representa a relação causal entre elas.

Dentre os vários métodos de estimação relacionados à SEM, Kline (2015) aponta o de *máxima verossimilhança* (ML) como um dos mais utilizados, o qual foi utilizado neste trabalho. Para tanto, deve-se verificar os pressupostos estatísticos de normalidade multivariada, ausência de multicolinearidade e inexistência de *outliers*.

Um dos autores mais referenciados quanto às etapas da aplicação, são Hair *et al.* (2010) 2006), próxima à estrutura proposta por Kline (2015), os quais evidenciam seis etapas: (1) definir *constructos* individuais; (2) desenvolver o modelo de mensuração geral; (3) planejar um estudo para produzir resultados empíricos; (4) avaliar a validade do modelo de mensuração; (5) especificar o modelo estrutural e (6) avaliar a validade do modelo estrutural. Com o resultado da última etapa, o pesquisador pode realizar modificações no modelo afim de atender as estimativas e ajustes propostos na literatura acerca de indicadores de qualidade do modelo. Assim como na análise fatorial confirmatória, os parâmetros mínimos desejados estão listados na Tabela 2.

Outros dois métodos estatísticos multivariados que foram utilizados são a análise de *cluster* e a discriminante múltipla. A análise de *clusters K-means* tem ganhado uso considerável em serviços de saúde (KEVREKIDIS *et al.*, 2017) e foi empregada para identificar grupos de classificação dos clientes. Para tanto, foram considerados os *scores* fatoriais obtidos na AFC e ou AFE, por meio do método de regressão. Para Xu *et al.* (2017), o método hierárquico *K-means* é um procedimento robusto e amplamente utilizado para processamento de grandes conjuntos de dados em vários segmentos. Nesta etapa, foi utilizado o *sequential threshold procedure* (JOHNSON; WICHERN, 2007).

Para determinar o número de grupos de classificação, a regra da parada foi utilizada e tomará como base a quantidade de informação retida por cada grupo, conhecida como índice pseudo-F (CALIŃSKI; HARABASZ, 1974): para cada *cluster* estimado, a soma de F dividido

pelo número do *cluster* (n) foi calculada, selecionando o melhor dividendo, que indicará o número de *clusters* a serem retidos.

A partir dos resultados da análise de *clusters*, foi realizada análise discriminante múltipla (MDA). Segundo Peker, Kocyigit e Eren (2017), essa técnica é útil e importante quando, dentre outras motivações, deseja-se obter abordagem para prever comportamento ou avaliação do cliente em relação a uma variável de interesse, neste caso, a satisfação. A análise discriminante *stepwise*, com método Lambda de Wilks, foi utilizado para identificar quais variáveis possibilitem discriminar, de forma estatística significante, os dois grupos de clientes identificados por meio da análise de *clusters*. Os resultados do Box M-Test das funções discriminantes e estabeleceram um p-valor superior a 0,05 ou devem atender aos pressupostos de linearidade, homoscedasticidade e normalidade dos dados (JOHNSON; WICHERN, 2007; MARÔCO, 2014).

Além destes métodos estatísticos, ANOVA e Kruskal-Wallis foram utilizados para compreender o comportamento das variáveis socioeconômico na classificação dos clientes em um dos clusters identificados. Esse procedimento faz-se necessário para identificar se tais variáveis possuem diferenças estatisticamente significantes entre os *clusters*. O teste de Levene foi usado para verificar a suposição da homogeneidade das variáveis. Se a suposição for verificada, ANOVA foi usado; caso contrário, foi utilizado o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Atendendo à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, exigida pelo Comitê de Ética de Pesquisa, a participação da pesquisa foi feita de forma esclarecida, voluntária e gratuita (não remunerando de nenhuma forma os respondentes), sob esclarecimento e autorização do inquirido, respeitando o expresso na Resolução, aspectos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos, riscos e benefícios. Assim, projeto CAAE 65859317.6.0000.5208 relacionado a esta pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Pernambuco, sendo aprovado conforme consta no *Parecer 2.045.368* (ANEXO A).

Os riscos aos participantes da pesquisa estão associados ao desconforto, constrangimento e/ou ao cansaço ao responder algumas das questões. Contudo, esses fatores tendem a serem mínimos já que não foram armazenados dados pessoas e, em qualquer

momento, o inquirido pode desistir (abandonar) e deixar de responder o instrumento de pesquisa *on-line*.

Por outro lado, havendo desejo por parte do inquirido, o mesmo poderá ter acesso aos resultados do estudo e, por ventura, aplicados em alguma situação prática, configurando-se como um benefício ao participante. Além disso, por meio da participação, que os resultados foram alcançados e, dessa forma, foi possível propor melhorias aos serviços avaliados.

3.7 CONSIDERAÇÕES SOBRE ESTE CAPÍTULO

Este capítulo apresentou os principais procedimentos metodológicos empregados neste trabalho, para viabilizar a proposição e teste da abordagem de classificação. Além disso, apresentou-se a caracterização, os principais conceitos e parâmetros de análises dos dados necessários para alcance do objetivo proposto. A Figura 8 apresenta síntese do capítulo.

Figura 8 – Síntese metodológica

	Etapa 1	Etapa 2	Etapa 3
Objetivo	Compreender modelo teórico proposto que trata da satisfação .	Compreender modelo teórico proposto que trata da lealdade .	Validar modelo teórico e abordagem integrada de classificação de clientes em serviços de saúde.
Objeto	Clínicas médicas e odontológicas.	Clínicas médicas e odontológicas.	Laboratórios de análises clínicas.
Caracterização	Estudo exploratório.	Estudo exploratório.	Estudo confirmatório.
Amostra	≥ 165 .	≥ 110 .	≥ 550 .
Análise de dados	AFE, AFC, Análise de cluster e análise discriminante múltipla.	AFE, AFC, Análise cluster e análise discriminante múltipla.	AFE, AFC, SEM e Análise cluster e discriminante múltipla.
Instrumento de pesquisa	Questionário 1, Apêndice A	Questionário 2, Apêndice B	Questionário 3, Apêndice C

Fonte: O autor (2018)

Em relação às técnicas de análise de dados, foi definida a utilização de três grupos de técnicas centrais: (1) análise de fatores, que permite identificar estrutura latente fatorial das variáveis (no caso da análise fatorial exploratória) e confirmar se tal estrutura é adequada

(análise factorial confirmatória); (2) análise de conglomerados, recorrendo à técnica *k-means* (que permite identificar a quantidade de grupos de objetos) e análise discriminante para identificar as variáveis mais importantes para a distribuição dos objetos entre os grupos; e (3) modelagem de equações estruturais, que permite verificar a qualidade do ajuste do modelo de medida (questionário) utilizado na pesquisa. Além destas, Análise de variância e teste de Kruskal-Wallis poderá ser utilizada para compreender se os grupos identificados são influenciados por variáveis que tratam da forma de uso e socioeconômicas e demográficas.

Para o estudo de caso 1, que trata do caso da lealdade em clínicas médicas e odontológicas, serão utilizadas as técnicas: análise factorial exploratória, análise de conglomerados *k-means*, análise discriminante múltipla, além da ANOVA e Kruskal-Wallis para comparação de médias.

Para o estudo de caso 2, que compreende o caso da satisfação em clínicas médicas e odontológicas, serão utilizadas as técnicas: análise factorial exploratória e confirmatória, análise de conglomerados *k-means*, análise discriminante múltipla, assim como ANOVA e Kruskal-Wallis para comparação de médias. Destaca-se que a coleta de dados nas etapas 1 e 2 foram realizadas de forma simultânea.

Por fim, o estudo de caso 3 terá natureza confirmatória, tratará do caso da aplicação da abordagem de classificação de clientes em serviços de saúde, utilizará a modelagem de equações estruturais para verificar a qualidade do modelo de medida, assim como as técnicas de análise de conglomerados *k-means* e análise discriminante múltipla.

4 ESTUDOS DE CASO EXPLORATÓRIOS

Neste capítulo, os resultados dos estudos de casos 1 e 2 foram detalhados. Na seção 4.1 o primeiro estudo de caso será apresentado. Esta etapa foca no instrumento de lealdade a ser utilizado no contexto de serviços de saúde. Assim como na primeira etapa, métodos estatísticos foram utilizados com a finalidade de auxiliar na compreensão da abordagem teórica e na proposição do modelo de classificação de clientes.

Na seção 4.2, o segundo estudo de caso é apresentado. O objetivo desta etapa é, principalmente, analisar o comportamento do instrumento de mensuração da satisfação no contexto de saúde. Além disso, análises estatísticas foram realizadas com finalidade de auxiliar na proposição de abordagem para classificação dos clientes.

4.1 ESTUDO DE CASO 1 - ANÁLISE DO INSTRUMENTO DE LEALDADE

O primeiro estudo de caso também foi realizado junto a clínicas médicas e odontológicas, com objetivo de testar o modelo teórico que trata da lealdade. A partir da revisão da literatura, optou-se por utilizar os recursos de Johnson, Herrmann e Huber (2006) como base para elaboração do instrumento. Um estudo piloto com 17 participantes foi realizado para verificar a clareza das questões e aumentar o valor do documento do instrumento.

O instrumento incluiu duas seções. A primeira parte é sobre a caracterização e uso do serviço de saúde, além de questões sobre clientes, e características demográficas. A segunda parte foi estruturada para avaliar a lealdade, com medidas por meio de determinantes: compromisso afetivo, equidade da marca, satisfação, valor percebido e intenção de lealdade. Todos os itens foram avaliados em escala Likert de cinco pontos (1: discordo totalmente a 5: concordo fortemente).

Os dados foram coletados em setembro de 2017. Para selecionar os respondentes, foi realizada uma chamada por *e-mail* e mídias sociais convidando usuários dos serviços de saúde avaliados (médicos e odontológicos) para participar da pesquisa, o que garantiu total sigilo e discrição na coleta de dados.

Dois critérios foram estabelecidos para participação: ter pelo menos 18 anos de idade e ter usado um dos dois serviços dentro de 3 meses. 897 pessoas responderam ao convite (realizado por *e-mail* e mídias sociais) para participar da pesquisa. Assim, para a finalidade da

amostra, considerou-se uma população de 1.000, um nível de confiança de 95% e um nível de erro de 5%, resultando em um tamanho de amostra de (n) 278.

4.1.1 Amostra e perfil dos inquiridos

Foram obtidas 255 respostas válidas, o que, apesar da falha de cobertura quanto ao tamanho amostral, é suficiente para os métodos estatísticos a serem utilizados e superior a delimitação realizada na metodologia deste estudo. Do total, 161 mulheres (63,1%) e 94 homens (36,86%). Estatísticas descritivas do perfil demográfico dos respondentes são apresentadas na Tabela 3.

Tabela 3 - Perfil respondentes – Estudo de caso 1

Variável	Grupo	Nº de Respostas	%
Gênero (v1)	Feminino	161	63,14
	Masculino	94	36,86
Faixa etária (v2)	18-26 anos	63	24,71
	27-40 anos	134	52,55
	41-60 anos	50	19,61
	> 60 anos	8	3,14
Estado Civil (v3)	Casado (e afins)	119	46,67
	Solteiros	125	49,02
	Outros (divorciados e viúvos)	11	4,31
Nível educacional (v4)	Não alfabetizado até Ensino médio completo	97	38,04
	Graduação incompleta à pós-graduação	158	61,96
Ocupação (v5)	Empregado e estagiário (e afins)	216	84,71
	Aposentado ou pensionista	14	5,49
	Desempregado / Não trabalha	25	9,8
Rendimento mensal (v6)	Abaixo R\$ 1.874,00	118	46,27
	R\$ 1.874,00-R\$4.685,00	57	22,35
	R\$4.685,00-R\$9.370,00	54	21,18
	> R\$ 9.370,01	26	10,20
Tipo de Serviço (v7)	Odontológico	146	57,3
	Médico (oftalmológico e/ou otorrino)	109	42,7

Continua...

Continuação da Tabela 3...

Frequência de utilização (v8)	Uma vez por mês	26	10,2
	Uma vez a cada três meses	28	11,0
	Duas vezes por ano	65	25,5
	Uma vez por ano	11	4,3
	Outro (quando preciso, emergência, urgência)	125	49,0
Retorna à mesma Clínica (v9)	Sim	191	74,9
	Não	64	25,1
Autoclassificação Lealdade (v10)	Leal	168	65,9
	Lealdade fraca/espúria	76	29,8
	Não é leal	11	4,3

Fonte: O autor (2018)

A Tabela 3 mostra, dentre outros dados, que 57,3% dos inquiridos avaliaram serviços odontológicos, enquanto 42,7% avaliaram clínicas médicas. Uma das informações respondidas pelos inquiridos tratava da (v10) autoclassificação quanto ao nível de lealdade que eles acreditavam ter com a clínica de saúde.

As variáveis VP1, 2, 3 e 4, EM1, 2, 4 e 5 (EM3 foi desconsiderada após indicação do estudo piloto) CA1, 2, 3, 4 e 5 e IL1, 2, 3, 4 e 5 (Tabela 4) foram adaptadas para esta pesquisa a partir do modelo de Johnson, Herrmann e Huber (2006); as variáveis Sat1, Sat2 e Sat3 foram propostas tendo como base o trabalho de Brady e Cronin (2001). Devido ao objetivo da pesquisa e a natureza exploratória deste estudo, não consideramos os *constructos* aos quais as variáveis se agrupavam nos estudos originais.

4.1.2 Confiabilidade e análise fatorial exploratória (AFE)

Após a coleta de dados, verificou-se que a confiabilidade do instrumento, medida por meio do alfa de Cronbach foi de 0,965, valor que indica excelente medição do *constructo* (CUI *et al.*, 2017; TERWEE *et al.*, 2007), já que o mínimo aceitável é de 0,7. Assim, prosseguiu-se com as análises dos dados.

Na análise fatorial exploratória (AFE), a medida Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que verifica a adequação da amostra, foi de 0,950 e o teste de esfericidade de Bartlett foi não significante [χ^2 (5142,769); df (210); $p<0,000$], o que indica que as variáveis são

correlacionadas significativamente e suficientes para realizar o procedimento da AFE. Dois autovalores apresentaram valores acima de 1,0 e posicionados antes do ponto de interseção do *scree plot*. Tais componentes ou fatores latentes explicam, aproximadamente, 69% da variância dos dados originais; os autovalores dos fatores 1 e 2 foram, respectivamente, 12.686 e 1.719, que são apresentadas na Tabela 4.

Tabela 4 – Resultados da Análise Fatorial Exploratória (AFE) – Estudo de caso 1

Variável	Fatores Latentes ^{a,c}		Estatísticas	
	1: Sentimento e filiação	2: Impacto da marca	Comunalidades	Anti-Imagen
IL4	0,877	0,283	0,85	0,948 ^b
VP2	0,860	0,199	0,78	0,947 ^b
CA1	0,848	0,294	0,805	0,963 ^b
VP1	0,837	0,246	0,762	0,957 ^b
IL5	0,807	0,369	0,787	0,949 ^b
SAT1	0,784	0,267	0,685	0,939 ^b
SAT2	0,740	0,329	0,656	0,942 ^b
IL1	0,718	0,434	0,704	0,961 ^b
IL2	0,716	0,124	0,529	0,968 ^b
CA2	0,708	0,465	0,717	0,961 ^b
VP3	0,704	0,272	0,57	0,939 ^b
VP4	0,700	0,439	0,683	0,941 ^b
SAT3	0,685	0,377	0,612	0,970 ^b
IL3	0,566	0,478	0,549	0,980 ^b
EM5	0,091	0,820	0,681	0,931 ^b
CA5	0,217	0,769	0,639	0,932 ^b
CA4	0,224	0,742	0,601	0,933 ^b
EM4	0,383	0,738	0,69	0,947 ^b
EM2	0,497	0,685	0,715	0,936 ^b
CA3	0,592	0,611	0,725	0,964 ^b
EM1	0,550	0,603	0,667	0,934 ^b
Autovalor	12.686	1.719		
Variância explicada	60.411%	8.188%		
CR	0,964	0,883		
AVE	0,656	0,567		
Alfa de Cronbach	0,963	0,900		

Método de Extração: Análise de Componentes Principais. Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser(v1). a. Rotação convergida em 3 iterações. b. Medidas de adequação de amostragem (MSA). c. 2 componentes extraídos.

Fonte: O autor (2018)

Todas as variáveis apresentaram carga fatorial, comunalidade e anti-imagem acima dos padrões estabelecidos e os fatores extraídos com excelente alfa de Cronbach

(respectivamente, 0,963 e 0,900). Além disso, os valores do CR sugerem a validade discriminante do instrumento.

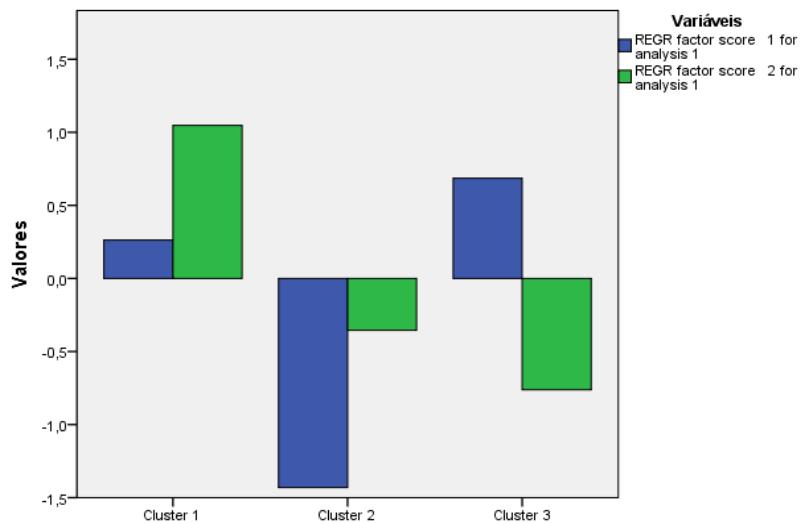
O fator 1 apresenta cargas fatoriais elevadas nas variáveis IL4, VP2, CA1, VP1, IL5, SAT1, SAT2, IL1, IL2, CA2, VP3, VP4, SAT3 e IL3, as quais explicam 60.411% da variância total. Contemplando o aspecto que é medido em cada uma dessas variáveis, percebe-se que as mesmas tratam, no geral, de elementos que abordam o sentimento de valor percebido pelo serviço recebido, bem como o sentimento referente à ligação (filiação) que os inquiridos demonstram ter para com a clínica. Por isso, o fator 1 é designado de *Sentimento e filiação*, tratando de aspectos emocionais (dentre as variáveis pesquisadas).

Já o fator 2 é composto por sete variáveis observáveis: EM5, CA5, CA4, EM4, EM2, CA3 e EM1, explicando 8.188% da variância total e explora aspectos relacionados à forma como o serviço é prestado e o impacto que a marca/serviço têm sob eles. Assim, acredita-se que este fator complete variáveis mais técnicas e racionais (dentre as analisadas neste estudo). Assim, este fator é designado de *Impacto da marca*.

4.1.3 Análise de *cluster* e discriminante múltipla

A partir dos escores dos fatores extraídos para cada variável na análise fatorial exploratória, procedeu-se com a análise de *clusters* não hierárquica utilizando o método *K-Means*. O resultado da regra da parada indicou que a clusterização com 3 grupos apresentava melhor qualidade e consistência, tendo em vista o valor médio de F. Na Figura 9 são apresentados os três grupos e os níveis de respostas dadas pelos indivíduos que compõem cada grupo.

Figura 9 - Centros de clusters finais – Estudo de caso 1



Fonte: O autor (2018)

O que caracteriza os três grupos, apresentados na figura acima, é o nível de avaliação que os clientes atribuíram às variáveis da pesquisa. Assim, percebe-se que *cluster 1* é composto por indivíduos que apresentaram valores acima da média dos resíduos, tanto para o fator 1 quanto para o fator 2. Contudo, no fator 1 de tal grupo, os indivíduos atribuíram menor avaliação para as variáveis que trataram do sentimento e filiação à clínica médica/consultório (Fator 1); já em relação ao fator 2, que trata do impacto da marca, os indivíduos indicam maior nível de concordância com as variáveis que mensuram a lealdade. Portanto, o grupo 1 é composto pelas pessoas que apresentam maior identificação com os aspectos e variáveis que mensuram a lealdade nos 2 fatores latentes.

No sentido contrário, os indivíduos que integram o grupo 2 apresentaram as avaliações mais baixas para ambos os fatores e, consequente, para as variáveis. O fator crítico, dentre os dois, é o fator associado ao sentimento e filiação à clínica (fator 1). Em menor nível, o fator 2 também indica baixo impacto causado pela marca nos clientes. Apesar de o gráfico indicar valores negativos nos dois fatores, abaixo da média dos resíduos (0,0), destaca-se que os mesmos se referem aos resíduos padronizados, conforme apresentado na metodologia. O terceiro grupo apresenta a melhor avaliação para as variáveis que integram o fator 1 e, no sentido oposto, a pior avaliação para as variáveis que integram o fator 2. Assim, percebe-se que os clientes deste grupo são mais sensíveis a fatores emocionais do que de marca.

Em síntese, os três grupos selecionados unem os clientes de clínicas médicas e odontológicas que apresentam (1) avaliações positivas nos dois fatores, (2) as avaliações abaixo da média nos fatores e (3) melhor avaliação no fator 1 e pior avaliação no fator 2. Assim, o *cluster* 1 é chamado de *Clientes Leais*, o *cluster* 2 *Clientes não Leais* e o *cluster* 3 é chamado de *Clientes com Lealdade fraca/espúria*.

Não obstante, destaca-se que ambos *scores* de regressão, obtidas por meio da análise factorial exploratória e utilizadas neste método, são bons (*Fscore* fator 1 = 328.663, *p* = 0,001; *F score* fator 2 = 241.323, *p* = 0,001), sendo o *score* do Fator 1 o que melhor diferencia os clusters.

Após a verificação dos pressupostos referentes à análise discriminante múltipla, optou-se por eliminar as variáveis SAT3 e IL4, pois elas apresentaram graves violações nos pressupostos verificados (Teste de Levene). Portanto, a Análise Discriminante Múltipla (MDA) foi estimada com 19 variáveis observáveis como dependentes e os três grupos obtidos na clusterização como variável de agrupamento. O número de funções é dado por, segundo Marôco (2014), *p*-variáveis e *g*-grupos estabelecem *m*-funções = $\min(g - 1, p)$. Neste caso, 2 funções foram extraídas, conforme apresentado na Tabela 5.

Tabela 5 - Coeficientes de funções discriminantes canônicas padronizadas – Estudo de caso 1

		SAT1	EM4	EM5	CA4	CA5	IL1	IL2	VP1	VP2	Autovalor	Variância Explicada	Correlação canônica
Função	1	0,476	-0,107	-0,075	-0,153	-0,157	0,332	0,252	0,358	0,303	2.755 ^a	52,7	0,857
	2	-0,102	0,258	0,590	0,323	0,576	0,018	0,106	-0,184	-0,121	2.468 ^a	47,3	0,844

Fonte: O autor (2018)

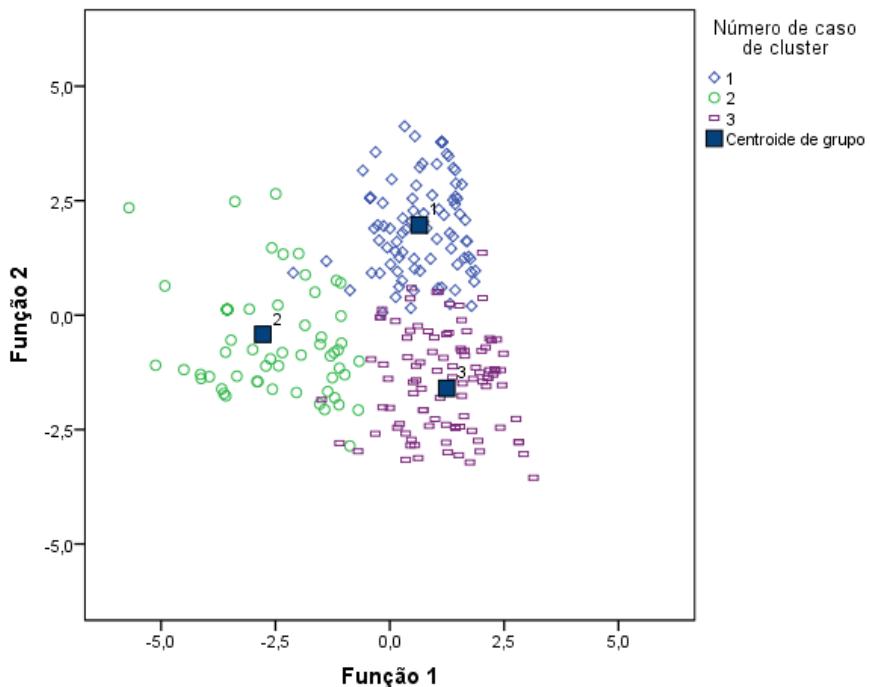
O método indicou 9 atributos que apresentaram o melhor Lambda de Wilks e melhor significância estatística: SAT1, EM4, EM5, CA4, CA5, IL1, IL2, VP1 e VP2 (Tabela 5). A análise destas variáveis sugere que SAT1 trata de uma indicação global da satisfação com os serviços prestados, EM4 contempla vínculo emocional com a clínica, EM5 aborda identificação com a marca e aspectos tangíveis da clínica, CA4 *feedback* contínuo à clínica sobre os serviços prestados, CA5 aborda contato e atualização ativa, por parte da clínica, em relação à inovações nos serviços da clínica, IL1 aborda indicação global da intenção de retornar à clínica, IL2 mensura a predisposição de retorno à clínica, caso busque outro

prestador do mesmo serviço por motivos aleatórios, VP1 mensura indicação global do valor percebido e VP2 faz comparação entre a clínica e concorrentes do mercado.

Cada variável apresenta os coeficientes das variáveis de funções discriminantes canônicas padronizadas, que podem ser tratados como pesos discriminantes e, devido a isso, podem ser considerados para avaliar a importância relativa de cada variável observada na função discriminante, já que o pressuposto de multicolinearidade foi atendido. Apesar das variáveis EM4, EM5, CA4, CA5, IL2, VP1 e VP2 apresentarem *scores* negativos (indicando que as diferenças entre os grupos são explicadas a partir dessas diferenças), o teste M de Box sugere a aceitação da hipótese nula de matrizes de covariância de população igual de funções discriminantes canônicas [$M(6, 406983.202) = 11.262, p = 0,086$], sendo possível prosseguir com as análises.

A função 1 é estimada, essencialmente, pelas variáveis SAT1, IL1, IL2 e VP1, explicando 52.7% da variância entre os grupos. Essas variáveis integram o Fator Latente 1 (Sentimentos e Emoções) e formam função estatisticamente significativa e apresenta bom poder discriminatório entre os 3 grupos ($p = 0,001$). A função 2, associada ao Fator Latente 2 (Impacto da Marca), é definida pelas variáveis EM4, EM5, CA4 e CA5, explicando 47.3% da variância entre os grupos. Da mesma forma, tal função discrimina estatisticamente os grupos ($p = 0,001$). As discriminações entre os 3 grupos são ilustradas na Figura 10, na qual observa-se a posição de cada indivíduo no mapa territorial dos *scores* das respectivas funções estimadas pelas funções discriminantes, bem como os centroides dos grupos.

Figura 10 - Mapa territorial das funções discriminantes – Estudo de caso 1



Fonte: O autor (2018)

Após essas análises, observa-se no mapa territorial que o *cluster* 1 está próximo ao eixo horizontal, referente à função 1, e que ações nas variáveis desta função podem melhorar o centroide do grupo. Em relação aos *clusters* 2 e 3, ações relacionadas às variáveis da função 2, podem melhorar a posição vertical de ambos centroides.

4.1.4 Análises demográficas e notas sobre tipo de cliente

Após a obtenção dos resultados descritos nas seções anteriores, foi verificado se variáveis socioeconômicas influenciam na classificação dos clientes nos 3 *clusters* identificados. Analisaram-se as seguintes variáveis: (v1) gênero, (v2) faixa etária, (v4) nível educacional, (v6) renda mensal, (v8) frequência de utilização do serviço, se já (v9) retorna sempre à mesma clínica que avaliou e (v10) autoclassificação quanto ao nível de lealdade.

Após a verificação do pressuposto da homogeneidade das variâncias, as estatísticas da ANOVA para as variáveis gênero ($p = 0,095$), nível educacional ($p = 0,997$), renda mensal ($p = 0,736$) e frequência de utilização do serviço médico ($p = 0,44$), indicaram que não há

diferença estatisticamente significativa entre tais variáveis e os grupos nos quais os clientes foram classificados. Assim, se as médias são iguais entre tais variáveis, conclui-se que elas não influenciam na classificação dos clientes em 1 dos 3 *clusters* observados.

No caso da variável que identifica se cliente sempre retorna à mesma clínica, as análises das estatísticas descritivas sugerem que os clientes são classificados no grupo 1 ou no grupo 2, e os que não frequentam sempre a mesma clínica são classificados, predominantemente, no grupo 2. A partir disso, a tendência é que os inquiridos que não são clientes atribuem valores mais baixos nos 2 fatores latentes observados neste estudo.

Em relação às variáveis de autoclassificação do cliente quanto à lealdade e faixa etária, foi utilizado o Teste de Kruskal-Wallis (já que ambas violaram o pressuposto da homogeneidade). A estatística do Teste de Kruskal-Wallis foi não significante para a faixa etária ($p = 0,993$), evidenciando não haver diferenças entre os grupos e, na variável de autoclassificação, foi estatisticamente significante ($p = 0,001$).

A análise *post-hoc*, da variável faixa etária, Teste de Tukey (com nível de alpha 0,05) indicou que a comparação de clientes que se declaram leais entre aqueles que indicaram lealdade fraca/espúria apresentaram menor valor médio de erro, sendo estatisticamente significante (sig. 0,000). Já a comparação entre os grupos de clientes leais e aqueles não leais, foi não significante (sig. 0,544), indicando não haver diferença entre estes dois grupos.

Quando observado o erro padrão entre os clientes que se auto classificaram com *lealdade fraca/espúria* e *não leais* constatou-se, a partir da estatística do teste, não haver diferença entre estes grupos (sig. .373). Portanto, a classificação dos clientes nos *clusters* é estatisticamente diferente para pessoas que se declaram leais em comparação com as pessoas que declararam lealdade fraca/espúria.

4.1.5 Principais resultados do estudo de caso

A partir destes resultados, percebe-se que apesar do modelo de lealdade utilizado como base para esta pesquisa ter sido proposto ser testado em um contexto de produto (avaliação da lealdade a um produto), a análise fatorial exploratória evidenciou, por meio das estatísticas do método, que as variáveis adaptadas ao setor de serviço formaram fatores latentes associados à aspectos comportamentais, agrupados no Fator 1, e racionais/técnicos, agrupados no Fator 2

(associados a marca e aspectos mensuráveis). Assim, acredita-se que a forma como as variáveis foram agrupadas, a partir das respostas dos inquiridos, evidenciam a adequação do modelo para o setor de serviços, permitindo a análise da lealdade no contexto de serviços de saúde.

A partir das análises e evidências estatísticas apresentadas neste trabalho, percebeu-se que os clientes de clínicas médicas e odontológicas podem ser agrupados em 3 *clusters*: (1) clientes com avaliação positiva nos 2 fatores, denominados de clientes leais; (2) clientes com avaliação baixas nos dois fatores, denominados de clientes não leais; e (3) clientes com avaliação positiva no fator 1 e negativa no fator 2, lealdade fraca/espúria.

A Análise Discriminante Múltipla extraiu as variáveis mais relevantes para discriminar os grupos e classificar os clientes em um dos 3 grupos descritos acima: SAT1 (indicação global da satisfação com os serviços prestados), EM4 (vínculo emocional com a clínica), EM5 (identificação com a marca da clínica), CA4 (*feedback* contínuo à clínica sobre os serviços prestados), CA5 (contato e atualização ativa [por parte da clínica] em relação à inovações nos serviços da clínica), IL1 (indicação global da intenção de retornar à clínica), IL2 (indicação de retorno, caso busque outro prestador do mesmo serviço), VP1 (indicação global do valor percebido) e VP2 (comparação entre a clínica e concorrentes do mercado).

O mapa territorial indica que melhorias nas variáveis que integram a função discriminante número 2 (EM4, EM5, CA4 e CA5) podem melhorar a classificação dos clientes classificados nos grupos 2 e 3. A partir dessas informações, os gestores podem analisar o fluxo do processo, identificar os gargalos da linha de serviço associados a tais variáveis e aperfeiçoar as operações.

Além disso, as estatísticas de comparação das médias, por meio da ANOVA, evidenciaram igualdade entre as tipologias identificadas e as variáveis categóricas gênero (sig. 0,095), nível educacional (sig. 0,997), renda mensal (sig. 0,423), frequência de utilização do serviço (sig. 0,44) e, não obstante, a variável faixa etária (sig. 0,993, pelo teste Kruskal-Wallis). Essas estatísticas fornecem elementos para sustentar que a distribuição de gênero, nível educacional, renda mensal, frequência de utilização e faixa etária é a mesma entre as tipologias propostas neste trabalho e que, portanto, a classificação dos clientes em uma dessas categorias independe de tais variáveis.

Contudo, a variável *autoclassificação quanto à lealdade* foi não significante (sig. 0,000) devido à diferença entre as médias observadas entre os grupos de clientes que se classificaram

como *leais* e aqueles com *lealdade fraca/espúria*, conforme observado na análise *post-hoc*. A indicação do nível de lealdade por parte do cliente pode não ser uma forma efetiva de ter essa medida, pois indivíduos podem titubear por se auto classificarem como *não leais*.

Portanto, é razoável indicar que estes grupos precisam ter suas expectativas entendidas para melhor compreender em que medida ou onde o serviço está falhando com os clientes. Ou, em uma situação estratégica, a clínica pode rever seu posicionamento estratégico para captar, atender e manter o tipo de cliente desejado pela organização.

Com base nestes resultados, acredita-se que uma contribuição é feita na medida em que se buscou compreender como os serviços em saúde (que estão investindo cada vez mais em aspectos tangíveis, de marca e posicionamento estratégico de mercado) a partir da análise exploratória e de adequação de um modelo para análise da lealdade de produtos para serviços, lançando luz a outros determinantes à lealdade, além daqueles já explorados em outras pesquisas. Apesar de a literatura ser ampla sobre a importância do monitoramento e acompanhamento de elementos que formam a lealdade dos clientes, observou-se que as avaliações realizadas por clientes de clínicas médicas e odontológicas indicam um *gap* preocupante, já que há itens com médias baixas.

4.2 ESTUDO DE CASO 2 - ANÁLISE DO INSTRUMENTO DE SATISFAÇÃO

Este estudo foi realizado junto a clientes de clínicas médicas e odontológicas, utilizando o instrumento disponível no Apêndice A. Destaca-se que as análises focaram nas 27 variáveis relacionadas aos atributos, tendo em vista que o modelo de Brady e Cronin (2001) preveem que os determinantes primários e a qualidade global sejam medidos por 2 questões, cada.

Um estudo piloto com 17 participantes foi realizado para verificar a clareza das questões e aumentar a confiabilidade do instrumento. O instrumento incluiu duas seções. A primeira parte é sobre a caracterização e uso do serviço de saúde, além de questões sobre clientes características demográficas. A segunda parte foi estruturada para avaliar a satisfação do cliente, com medidas por meio de variáveis, comportamentos, habilidades, condições ambientais, fatores sociais, tempo de espera, tangíveis e valência. Todos os itens foram avaliados em escala Likert de cinco pontos (1: discordo totalmente a 5: concordo totalmente).

Os dados foram coletados em maio de 2017. Para selecionar os respondentes, foram realizados convites por *e-mail* e chamadas em mídias sociais invitando usuários dos serviços

de saúde avaliados (médicos e odontológicos) para participar da pesquisa, o que garantiu total sigilo e discrição na coleta de dados.

Dois critérios foram estabelecidos para participação: ter pelo menos 18 anos de idade e ter usado um dos dois serviços em intervalo de 3 meses da coleta de dados. 897 pessoas responderam ao convite para participar da pesquisa. Assim, para a finalidade da amostra, considerou-se uma população de 1.000, um nível de confiança de 95% e um nível de erro de 5%, resultando em um tamanho de amostra de (n) 278.

4.2.1 Amostra e perfil dos inquiridos

A amostra final foi de 288 participantes [171 mulheres (59,2%) e 117 homens (40,5%)]; 41,9% do total avaliaram serviços médicos, enquanto 57,8% avaliaram serviços odontológicos. Na Tabela 6 constam as informações sobre as demografias dos participantes.

Tabela 6 - Perfil dos participantes – Estudo de caso 2

Variável	Grupos	Nº. de respondentes	%
Gênero (v1)	Feminino	171	59,38
	Masculino	117	40,63
Faixa etária (v2)	18-26 anos	68	23,61
	27-40 anos	144	50
	41-60 anos	66	22,92
	> 60 anos	10	3,47
Estado Civil (v3)	Casado (e afins)	141	48,96
	Solteiro	131	45,49
	Outros (divorciado e viúvo)	16	5,56
Nível educacional (4)	Não alfabetizado até Ensino médio completo	29	10,07
	Graduação incompleta à pós-graduação	259	89,93

Continua...

... Continuação Tabela 6

Ocupação (v5)	Empregado (e afins)	191	66,32
	Estudante ou estagiário	71	24,65
	Aposentado ou pensionista	14	4,86
	Desempregado ou não trabalha	12	4,17
Rendimento mensal (v6)	Abaixo R\$ 1.874,00	122	42,36
	R\$ 1.874,00-R\$4.685,00	59	20,49
	R\$4.685,00-R\$9.370,00	58	20,14
	> R\$ 9.370,01	49	17,01
Tipo de serviço (v7)	Odontológico	167	57,99
	Médico	121	42,01
Frequência de uso (v8)	Uma vez ao mês	29	10,07
	Uma vez a cada três meses	29	10,07
	Duas vezes por ano	76	26,39
	Uma vez por ano	127	44,1
	Outros (quando preciso, em caso de urgência ou emergência)	27	9,38
Retorna à mesma clínica (v9)	Sim	270	75,35
	Não	18	24,65
Autoclassificação Satisfação (v10)	Satisffeito	196	68,06
	Satisffeito, porém indiferente à clínica	51	17,71
	Insatisffeito	41	14,24

Fonte: O autor (2018)

4.2.2 Confiabilidade e análise fatorial exploratória (AFE)

Após a coleta dos dados verificou-se inicialmente o valor do α de Cronbach foi 0,976, indicando excelente confiabilidade do questionário (CUI *et al.*, 2017; TERWEE *et al.*, 2007), permitindo seguir com as análises dos dados.

A análise fatorial exploratória (AFE) evidenciou baixa comunalidade ($<0,6$) das variáveis QF_fs2 e QF_fs3, o que provocou a exclusão desses indicadores. Após esse procedimento, em novo cômputo da AFE, todas comunalidades, cargas fatoriais e anti-imagem atendiam aos valores mínimos estabelecidos e verificou-se que a medida Kaiser-Meyer-Olklin - KMO (0,957) e o Teste de esfericidade de Bartlett ($p <0,000$) indicam a significância das variáveis e adequação do uso da AFE. Quatro componentes apresentaram

autovalores acima de 1,0, sugerindo a extração de 4 componentes, conforme apresentado na Tabela 7.

Tabela 7 - Resultados da Análise Fatorial Exploratória (AFE) – Estudo de caso 2

Fator	Id_Variável	Carga fatorial	Autovalor	Variância explicada (%)	α de Cronbach
Interação	QI_a3	0,838	14.74	58,98	0,961
	QI_c3	0,809			
	QI_a2	0,809			
	QI_a1	0,802			
	QI_c1	0,787			
	QI_e2	0,763			
	QI_c2	0,758			
	QI_e1	0,75			
	QI_e3	0,744			
Ambiente Físico	QF_c3	0,799	2.07	8,3	0,924
	QF_c2	0,791			
	QF_i1	0,759			
	QF_i3	0,712			
	QF_c1	0,696			
	QF_fs1	0,68			
Resultado do Serviço	RE_1	0,759	1.56	6,25	0,954
	QS_ta3	0,758			
	QS_ta2	0,748			
	RE_2	0,732			
	QS_ta1	0,729			
	RE_3	0,616			
	QF_i2	0,499			
Tempo de Espera	QS_te2	0,87	1.07	4,29	0,904
	QS_te1	0,842			
	QS_te3	0,796			

Método de Extração: Análise de Componentes Principais. Método de Rotação: Varimax com Normalização de Kaiser.

Fonte: O autor (2018)

Conforme se observa, o fator 1 é composto por 9 itens que explicam 58,98% da variância total e foi chamada de *Interação - INT*, compreendendo atributos relacionados a atitude, *expertise* e conhecimento do funcionário. O α de Cronbach atingiu 0,961. O fator 2 foi nomeado de *ambiente físico - AF*, composto por 6 itens que explicam 8,309% da variância total. Indicadores relacionados ao ambiente físico, *design* e condições ambientais são observados neste fator.

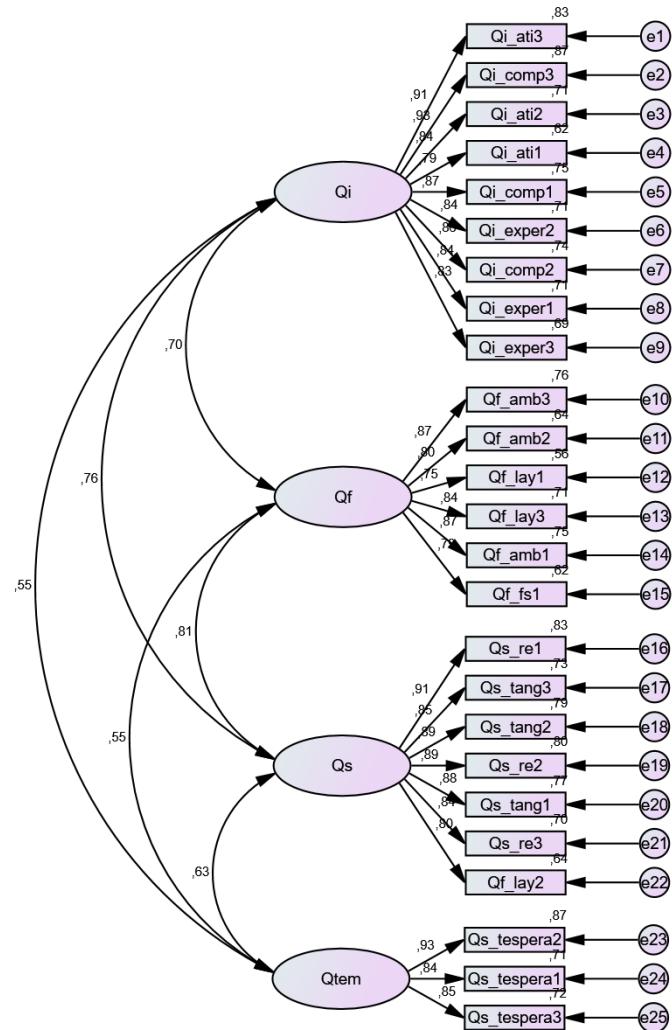
O fator 3 compreende 7 itens, os quais explicam 6,25% da variância total, chamada de “resultado do serviço - RS”. Este fator é composto por indicadores relacionados à tangibilidade e resultado do serviço. Observa-se a presença da variável QF_i2, fato que pode ser explicado pela associação que os inquiridos fizeram deste item com um aspecto de tangibilidade do fator “ambiente físico”. Além disso, observou-se que as variáveis que tratam do “Tempo de espera - TE” criaram o quarto fator, composto pelos 3 itens e explicam 4,29% da variância total. Este fator foi mantido, ao invés de tentar integrar em um dos outros 3 fatores, devido aos indicadores estatísticos e à importância que este determinante tem em serviços de saúde (ALMEIDA; BOURLIATAUX-LAJOINIE; MARTINS, 2015; CHAHAL; KUMARI, 2010). Exceto pelo Fator 4, os fatores latentes são idênticos ao modelo de Brady e Cronin (2001).

4.2.3 Análise factorial confirmatória (AFC)

A partir da estrutura latente da EFA, a análise factorial confirmatória (AFC) foi utilizada para confirmar a estrutura dos 4 fatores identificados e para verificar as medidas de qualidade do modelo, conforme apresentado na Figura 11.

O modelo de mensuração da satisfação em serviços de saúde evidenciou índices de qualidade de ajustamento (χ^2/df : 3,32) na vizinhança de 3, revelando adequação razoável da estrutura proposta para mensuração da satisfação para a amostra sob estudo. Todos os outros índices de ajustes aproximam-se dos níveis de ajustes recomendados (NFI: 0,886; CFI: 0,917; PNFI: 0,794; PCFI: 0,759; RMSEA: 0,090, P(rmsea): 0,000), manifestando um razoável ajuste do modelo.

Figura 11 - Análise Fatorial Confirmatória (AFC) – Estudo de caso 2



Legenda: Qi – Qualidade da interação; Qf – Qualidade do ambiente físico; Qs – Qualidade do resultado do serviço; Qitem – Tempo de espera.

Fonte: O autor (2018)

A Figura 11 apresenta os pesos fatorais *estandardizados* e a fiabilidade individual de cada um dos itens no modelo de mensuração da satisfação. O modelo também apresentou validade convergente (todos os valores do *composite reliability* - CR são maiores que *average variance extracted* - AVE), conforme e adequação da validade discriminante (Tabela 8): Interação: 0,875; Ambiente Físico: 0,858; Resultado do Serviço: 0,867; Tempo de Espera: 0,875.

Tabela 8 - Validez convergente e discriminante – Estudo de caso 2

	Índices de Validez			Correlações			
	CR	AVE	MSV	Te	Int	AF	RS
TE	0,907	0,766	0,394	0,875			
Int	0,962	0,737	0,582	0,547	0,858		
AF	0,924	0,672	0,661	0,548	0,705	0,82	
RS	0,955	0,751	0,661	0,628	0,763	0,813	0,867

Nota: *composite reliability* (CR), *average variance extracted* (AVE), *maximum shared variance* (MSV).
 Legenda: TE – tempo de espera; Int – Interação; AF – Ambiente físico; RS – Resultado do Serviço.

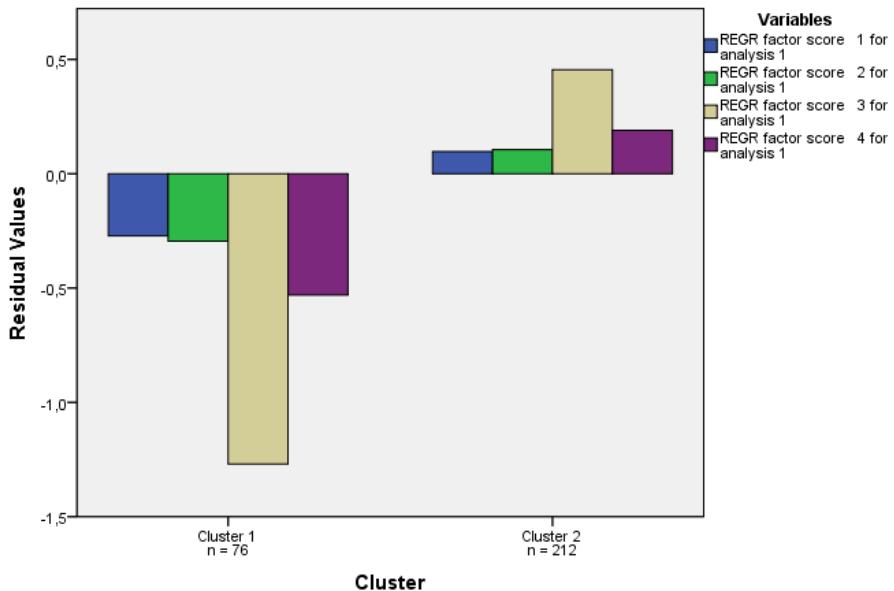
Fonte: *O autor (2018)*

Assim, conforme apresentado na Tabela 8, a validez convergente é satisfatória, indicando que todos os indicadores medem apenas um fator específico, e validez discriminante suficiente para o modelo. A partir da confirmação de ajuste adequado do instrumento proposto, seguiu-se com o procedimento de *clusterização* dos clientes, tendo em vista a necessidade de classificá-los conforme o nível de avaliação das variáveis.

4.2.4 Análise de *cluster* e discriminante múltipla

À luz do valor médio de F, regra da parada, verificou-se que o grupo com duas possibilidades de classificação dos clientes ($g = 2$), cujo valor médio de F foi 221,865, apresenta melhor média de F. A Figura 12 apresenta os dois grupos de clientes classificados pelo K-Means, o nível das respostas (valores residuais) e o número de indivíduos em cada grupo.

Figura 12 - Final cluster centers – Estudo de caso 2



Fonte: O autor (2018)

Com base na Figura 12 percebe-se que os clientes foram classificados de acordo com o nível de respostas atribuídas às variáveis que compõem cada fator extraído na AFE. O valor residual próximo a 0, neste caso, aponta valor médio padronizado das variáveis. Assim, os clientes do *cluster* 1 aferiram valores abaixo da média para os quatro fatores, indicando baixa satisfação. Por outro lado, o *cluster* 2 corresponde aos clientes cujas respostas indicaram satisfação próxima ou acima da média.

Outra observação importante é quanto ao comportamento do Fator que trata da satisfação com o resultado do serviço (Fator 3), cujas avaliações são as maiores nos respectivos clusters. Esse dado apresenta um indicativo de que as variáveis do fator têm alto impacto na *clusterização* dos clientes. Assim, os clientes do *cluster* 1 são aqueles com baixo nível de satisfação, especialmente no fator 3; os clientes do *cluster* 2 apresentam satisfação acima da média, notadamente no fator 3.

Após a *clusterização*, com percebido na Tabela 9, verificou-se que os quatro fatores (fator 1, p-value = 0,000; fator 2, p-value = 0,000; fator 3, p-value = 0,000; fator 4, p-value = 0,003) são significativos, indicando os mesmos devem ser considerados para clusterização dos clientes.

Tabela 9 - Teste de significância dos fatores à clusterização – Estudo de caso 2

		Estimativa	S.E.	C.R.	P
Clusterização	← TE	0,052	0,017	2,983	0,003
Clusterização	← RS	0,586	0,032	18,335	***
Clusterização	← AF	-0,156	0,026	-5,955	***
Clusterização	← Int	-0,144	0,025	-5,73	***

Legenda: TE – tempo de espera; Int – Interação; AF – Ambiente físico; RS – Resultado do Serviço.

Fonte: O autor (2018)

Após a verificação dos pressupostos da Análise Discriminante Múltipla (MDA), notadamente a normalidade dos dados, multicolinearidade e homogeneidade das variâncias, optou-se por eliminar as variáveis mais sensíveis à quebra dos pressupostos e manter 14 variáveis que atenderam ao pressuposto, a saber: QI_a2, QI_c1, QI_c2, QI_e1, QI_e3, QF_c3, QF_c2, QF_i1, QF_i3, QF_fs1, QS_ta1, QF_i2, QS_te2 e QS_te1. O método extraiu uma função, tendo em vista que p-variáveis e g-grupos estabelecem m-funções = $\min(g-1, p)$, com autovalor de 1.466, correlação canônica de 0,771, conforme apresentado na Tabela 10.

Tabela 10 - Coeficientes de Função Discriminantes Canônicos Padronizados – Estudo de caso 2

	Função
QS_te1	0,323
QS_ta1	0,885
Autovalor	1.466 ^a
Variância Explicada	100%
Correlação Canônica	0,771

Fonte: O autor (2018)

A análise de variância, ou seja, o teste de igualdade entre os grupos, indicou que as variáveis apresentaram valor para Wilk's Lambda entre .863 (QI_a2) a .431 (QS_ta1) e que ambas foram estatisticamente significantes ($\text{sig} < 0,000$), indicando que elas conseguem separar os clientes entre os dois grupos de clientes. Não obstante o teste M de Box ($\text{sig} = 0,150$) reiterou a adequação das variáveis quanto à homogeneidade das variâncias, assim como a verificação dos pressupostos.

Das 14 variáveis iniciais, duas foram destacadas como mais importantes para discriminar os grupos: QS_ta1 (.885) e QS_te1 (.323). E, com base nos coeficientes de função

de classificação, foi estabelecida a função discriminante de Fisher, cuja classificação do cliente é feita no grupo que obtiver maior valor, nas funções abaixo:

$$\text{Grupo 1} = (1.356 * \text{QS_te1}) + (3.566 * \text{Qs_tange1}) - 7.095$$

$$\text{Grupo 2} = (2.129 * \text{QS_te1}) + (6,711 * \text{Qs_tange1}) - 18.970$$

Com essas funções, verificou-se que 93,2% dos casos selecionados e 92,7% dos casos não selecionados foram corretamente classificados. Ou seja, clientes classificados no Grupo 1 pela análise de *clusters*, foram corretamente classificados pela função discriminante de Fisher. Além disso, a validação cruzada, onde cada indivíduo é classificado com as funções de classificação deduzidas sem esse caso, indicou 93,2% dos indivíduos foram corretamente classificados, reiterando a robustez da função.

4.2.5 Análises demográficas e notas sobre tipo de cliente

Cada *cluster* identificado e caracterizado foi explorado em relação aos fatores socioeconômicos dos usuários dos serviços das clínicas médicas. O objetivo é verificar se tais fatores influenciam na classificação dos clientes, tornando possível responder às hipóteses da pesquisa. Inicialmente verificou-se se os fatores atendiam ao pressuposto da homogeneidade das variâncias por meio do Teste de Levene (Tabela 11).

Para tais variáveis que atenderam ao pressuposto, a ANOVA é adequada para verificar se há diferenças significativas entre os grupos de clientes. Por outro lado, às variáveis que não atenderam ao pressuposto da homogeneidade das variâncias recorreram-se ao Teste de Kruskal-Wallis.

Tabela 11 - Teste de Levene, Anova e Kruskal-Wallis – Estudo de caso 2

Variável	P-valor Levene	Decisão	P-Valor
Estado civil	0,341	ANOVA	0,949
Faixa etária	0,079	ANOVA	0,626
Nível educacional	0,062	ANOVA	0,299
Renda mensal	0,007	Kruskal-Wallis	0,639
Gênero	0,033	Kruskal-Wallis	0,201
Ocupação	0,029	Kruskal-Wallis	0,360
Autoclassificação	0,000	Kruskal-Wallis	0,000
Frequência de uso do serviço	0,001	Kruskal-Wallis	0,376
já era paciente das clínicas	0,004	Kruskal-Wallis	0,103

Fonte: O autor (2018)

As estatísticas da ANOVA indicaram que não há diferença significativa entre o estado civil (sig 0,949), faixa etária (sig 0,626), nível de educação (sig 0,299) e rendimentos mensal (sig 0,639). Assim, independente dos níveis destes fatores sociais a classificação dos clientes entre os *cluster* 1 e *cluster* 2 são iguais, indicando que essas variáveis não diferenciam na classificação.

Em relação aos fatores sociais, gênero e ocupação, às formas de uso e autoclassificação dos clientes quanto ao nível de satisfação, foi utilizado o Teste não paramétrico de Kruskall Wallis, já que as variáveis não atenderam ao pressuposto das variâncias homogêneas. O teste estatístico sugere a retenção das hipóteses nulas para todas as variáveis, exceto a variável de autoclassificação.

Cada cliente foi inquirido quanto à autoclassificação em relação a satisfação com os serviços prestados pelas clínicas de saúde. Conforme descreve a Tabela 6, foram dados 3 níveis de satisfação: (1) insatisfeito; (2) satisfeito, porém indiferente à clínica; (3) satisfeito.

O teste *Post-hoc* (com correção de Bonferroni) indicou que há diferenças significativas (sig 0,000) entre cada um dos três grupos, indicando que a autoclassificação feita pelos clientes difere da *clusterização*. Assim, não é possível afirmar que um cliente que autodeclara sua satisfação é classificado no *cluster* dos clientes satisfeitos. Com isso, destaca-se a importância e necessidade da utilização de um conjunto de variáveis que possa medir a satisfação, além da auto declaração de satisfação isolada.

4.2.6 Principais resultados do estudo de caso 2

Considerando os *clusters* identificados e as variáveis socioeconômicas e formas de utilização dos serviços de saúde, a classificação do cliente não é alterada. Dessa forma, por exemplo, independentemente do nível educacional, a classificação do cliente sob a proposição dos resultados deste trabalho, são adequadas, bem como a utilização das funções discriminantes de Fisher para classificação *à priori* dos usuários dos serviços.

Contudo, a não convergência entre autoclassificação do cliente em relação à satisfação e à *clusterização* realizada pelo método *K-means*, indica que as classificações são diferentes entre os grupos. Apesar disso, é possível observar elementos estatísticos suficientes de que a classificação dos clientes entre os fatores socioeconômicos são os mesmos.

Diante destes resultados, observou-se que o instrumento de mensuração da satisfação, estruturado com base em 9 dimensões (atitude, comportamento, conhecimento especializado, condições ambientais, *design*, fatores sociais, tempo de espera, tangíveis e valor). As variáveis de medida QF_fs2 e QF_fs3, relacionadas ao atributo fatores sociais, apresentaram baixa comunalidade e foram desconsideradas.

A análise factorial confirmatória e os índices de medida e ajuste do modelo indicaram suporte estatístico para o modelo proposto para os dados coletados no Brasil. Com isso, é possível verificar que os determinantes deste estudo (interação, resultado do serviço, ambiente físico e tempo de espera) exercem mútua influência entre eles e evidenciaram uma estrutura multidimensional de satisfação do cliente em serviços de saúde, sugerindo importantes implicações para o segmento de serviços de saúde.

Estes fatores, apesar de percebidos em outros estudos (BRADY; CRONIN, 2001; ZAREI *et al.*, 2014; ZHOU *et al.*, 2017), destacam a importância do tempo de espera para a satisfação dos clientes, já que, apesar de identificar este atributo em outras pesquisas, ele é posto, muitas vezes, como fator de terceiro nível, não explorando as implicações que têm para a satisfação global do cliente.

Os resultados deste estudo de caso destacam a importância da interação cliente-organização frente à satisfação com o ambiente físico, tempo de espera e resultado com o serviço, pois apresentou maior variância explicada. Apesar de este achado ser observado em pesquisas anteriores, conforme apresentado na revisão da literatura, obteve-se uma nova informação quanto aos outros fatores, tais como a relevância da satisfação com o tempo de espera e, principalmente, com o resultado do serviço de saúde para a *clusterização*. Estes

fatores foram os que apresentaram maior influência na análise de clusters *K-means*, que indicou a existência de dois grupos: satisfeitos e insatisfação.

Apesar da diferença da classificação dos clientes neste estudo frente a outras abordagens, notadamente a proposta por Jones e Sasser (1995), todos os quatro fatores latentes mostraram-se significativos para a *clusterização* dos clientes. Além disso, a análise discriminante múltipla apontou que duas variáveis poderiam ser utilizadas para classificar os clientes: QS_te1 e Qs_tange1, uma da dimensão *Tempo de espera* e a segunda da dimensão *resultado do serviço*. Com estas variáveis, verificou-se a classificação correta de 93,2% dos casos selecionados, o que permite aos gestores de saúde e organizações terem informação prévia quanto à classificação do cliente em um dos dois *clusters* identificados, com base em apenas dois indicadores.

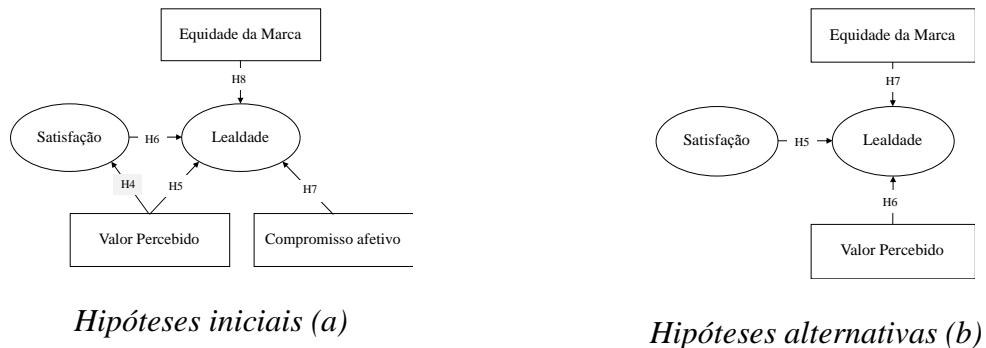
Com a ANOVA e o Teste de Kruskal Wallis, verificou-se que as variáveis socioeconômicas dos inquiridos não influenciam na classificação em um dos dois *clusters* identificados, indicando que, por exemplo, do nível educacional ou gênero, a classificação média nos *clusters* é igual. Contudo, observou-se que a autoclassificação do cliente quanto ao seu nível de satisfação não foi condizente com a classificação nos *clusters* identificados. Este fato reitera a importância do monitoramento e mensuração da satisfação por meio de variáveis específicas, tais quais as utilizadas neste estudo, para mensurar o nível de satisfação.

4.3 SÍNTESE DOS ESTUDOS DE CASO 01 E 02

Como o objetivo de tais estudos estava relacionado com análise e entendimento do comportamento dos fatores no contexto de serviços de saúde, nesta seção será realizada uma síntese dos achados em relação aos determinantes (enquanto variáveis independentes) e aos construtos de interesse (enquanto variáveis dependentes: satisfação e lealdade).

Em relação ao Estudo de caso 1, destaca-se que apesar das hipóteses iniciais deste trabalho, os resultados sugerem que apenas dois fatores foram retidos (sentimento e filiação, e impacto da marca), agrupando os determinantes iniciais (equidade da marca, compromisso afeito, valor percebido), conforme ilustrado na Figura 13. Em geral, as 21 variáveis de medida utilizados no instrumento apresentaram bons resultados. Três grupos de clientes foram identificados, conforme nível médio da avaliação feita.

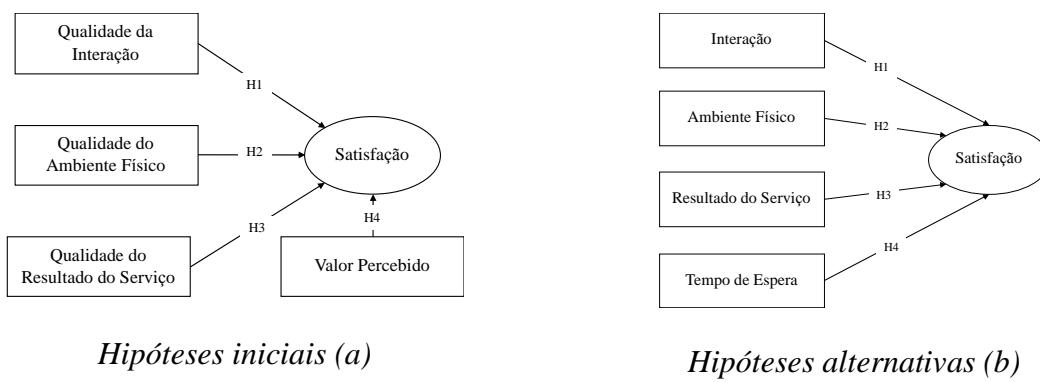
Figura 13 – Hipóteses de pesquisas determinantes da Lealdade (a) inicial e (b) alternativa



Fonte: O autor (2018)

O Estudo de caso 2 indicou o bom ajuste do instrumento para mensuração da satisfação, mantendo três determinantes do modelo original de Brady e Cronin (2001), mas evidencia a importância do tempo de espera com um determinante específico, conforme ilustrado na Figura 14. Além disso, acredita-se que a sequência de procedimentos metodológicos permitiu entender o perfil dos dados e classificar os clientes. Das 27 variáveis de medida utilizadas, observaram-se 14 com maior explicação do nível de satisfação: QI_a2, QI_c1, QI_c2, QI_e1, QI_e3, QF_c3, QF_c2, QF_i1, QF_i3, QF_fs1, QS_ta1, QF_i2, QS_te2 e QS_te1. Neste caso, apenas dois grupos de clientes foram identificados.

Figura 14 - Hipóteses de pesquisas determinantes da Satisfação (a) inicial e (b) alternativa



Fonte: O autor (2018)

Em ambos os casos, os métodos de análise de dados permitiram a *clusterização* dos clientes, onde por meio da AFE e AFC foi possível verificar a adequação das estruturas

fatoriais de cada modelo, estimar os escores de cada fator latente utilizados para o agrupamento, a *clusterização* dos clientes em grupos conforme nível de avaliação dos atributos da lealdade e satisfação, e da análise discriminante das variáveis que melhor explicam os grupos. Além disso, a sequência de aplicação dos métodos estatísticos permitiu compreender o contexto, dados e perfil dos clientes, sendo possível classificá-los conforme nível de avaliação das variáveis de medida.

5 PROPOSTA DE CLASSIFICAÇÃO DE CLIENTES EM SERVIÇOS DE SAÚDE E ESTUDO DE CASO CONFIRMATÓRIO

A partir das implicações teóricas e gerenciais, e analisando os procedimentos metodológicos de várias pesquisas, percebe-se um distanciamento entre os resultados e achados dos estudos e aplicações práticas e claras aos gestores das organizações. Como forma de contribuir à redução desta limitação, estabelece-se uma abordagem que parte do desenvolvimento e validação de instrumento de medida (questionário) até a aplicação de tais resultados à gestão das organizações de saúde.

Diante desse contexto, este capítulo é composto por duas seções: a primeira descreverá a abordagem proposta para classificar os clientes/pacientes de serviços de saúde e a segunda seção descreverá os resultados da aplicação da abordagem de classificação de clientes proposta e do estudo confirmatório do modelo teórico de mensuração da satisfação e lealdade proposto nesta pesquisa.

5.1 ABORDAGEM PROPOSTA PARA CLASSIFICAÇÃO DE CLIENTES EM SERVIÇOS DE SAÚDE

A abordagem proposta tem como base os resultados e achados dos Estudos de Casos 1 e 2, que além de proporcionarem base para analisar o instrumento proposto no contexto de serviços de saúde, forneceu elementos para estabelecer os procedimentos necessários à classificação de clientes de serviços de saúde, de forma a auxiliar os gerentes na priorização de fatores que melhoram a qualidade de serviços e que levam em consideração os antecedentes, e para isso utiliza análise de *cluster* e discriminante para verificar classificação dos pacientes e identificar função de classificação.

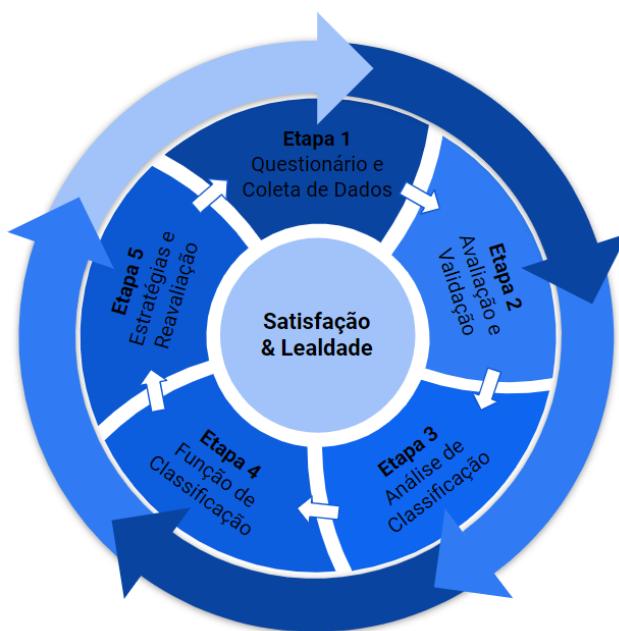
A abordagem proposta neste trabalho foi feita como uma forma de proporcionar uma visão ampla e prática de modelos teóricos propostos por pesquisadores a gestores e organizações, contribuindo com a percepção de como os profissionais podem aplicar resultados e achados científicos nas atividades desenvolvidas pelas organizações.

Assim, abordagem é composta por cinco fases e estágios que buscam auxiliar os gestores e organizações de serviços de saúde na gestão do relacionamento com respectivos clientes e pacientes, por meio da mensuração e análise dos níveis de satisfação e lealdade com os serviços prestados. Além disso, a abordagem permite a classificação dos clientes em

grupos conforme avaliação. Destaca-se, em princípio, que a abordagem proposta está relacionada com o princípio de melhoria contínua proposta pelo ciclo PDCA (MOEN; NORMAN, 2006).

Como a proposta direciona-se aos serviços de saúde, convencionou-se de chamá-la de S-IL.HC, “S” em alusão a satisfação e “IL” em referência à intenção de lealdade e “HC” em referência aos serviços de saúde (*heatlhcare services*) - Figura 15.

Figura 15 - Abordagem de classificação de clientes proposta: S-IL.HC



Fonte: O autor (2018)

A **Etapa 1** (Questionário e Coleta de Dados) é composta por dois estágios: a seleção do instrumento de medida (questionário) e a coleta de dados. Há duas possibilidades em relação a escolha do questionário: a primeira contempla a proposição de um “novo” instrumento ou, no caso da segunda opção, a escolha de um instrumento já validado por pesquisas anteriores, como SERVQUAL (PARASURAMAN; BERRY; ZEITHAML, 1991). Como o objeto de análise deste trabalho é a satisfação e lealdade dos clientes de laboratórios de análises clínicas, considerando os múltiplos determinantes de cada *constructo*, o questionário foi proposto à luz da abordagem teórica (Figura 15). Quanto ao estágio de coleta de dados, a organização dos serviços de saúde deve optar pelo momento de coletar os dados: 1) logo após a utilização dos serviços de saúde ou 2) após um período de tempo (determinando pelos gestores) após a

utilização do serviço. Caso necessário, a organização ou gestor podem utilizar técnicas de amostragem estatística (COOPER; SCHINDLER, 2016; OTT; LONGNECKER, 2015).

A **Etapa 2** (Avaliação e Validação) é amparada em métodos de análise estatística e tem como objetivo a obtenção de um instrumento efetivo para o contexto a ser analisado. Caso seja utilizado instrumento de pesquisa já validado, os gestores podem recorrer à análise descritiva dos dados. Contudo, no contexto onde o instrumento é proposto, como no caso desta pesquisa, deve-se recorrer a técnicas estatísticas específicas para validação de tal modelo teórico. A validação foi realizada com auxílio de modelagem de equações estruturais (SEM), cujos parâmetros mínimos desejados são: CMINF/DF: ≤ 5 ; RMSEA: $\leq 0,10$; P(rmsea): $\leq 0,05$; NFI: $\geq 0,8$; CFI: $\geq 0,8$; PNFI: $\geq 0,7$; e PCFI: $\geq 0,7$ (HAIR *et al.*, 2010; KLINE, 2015; MARÔCO, 2014).

Além destes parâmetros, todos os caminhos devem ser significativos e apresentar *Critical Ratio* (CR) >1.96 . Caso os gestores desejem estrutura um questionário sem robusto respaldo e pesquisa teórica para propor uma abordagem teórica, é possível recorrer à análise fatorial exploratório (AFE), que permitirá analisar as variáveis de medida e agrupa-las em fatores latentes identificados na pesquisa realizada.

A **Etapa 3** (Análise de Classificação) tem com objetivo proceder com exame para classificação dos clientes de serviços de saúde e é composta por dois estágios que estão relacionados aos métodos estatísticos de análise de dados. No estágio 1, deve-se identificar o número ideal de grupos que melhor classificam os clientes. Para tanto, o método de *clusterização K-means* e *pseudo-F* podem ser utilizados para identificar o número ideal de *clusters* (CALIŃSKI; HARABASZ, 1974; JAIN, 2010; XU *et al.*, 2017). Já o estágio 2 deve-se identificar quais são as variáveis mais importantes para a satisfação e lealdade dos clientes. Ou seja, a partir desta análise, pode-se obter um número menor de variáveis que permite uma pré-classificação dos pacientes. Neste caso, a análise discriminante múltipla (MDA) com método Lambda de Wilks pode ser utilizada, já que permite identificar quais variáveis são importantes à classificação dos pacientes nos *clusters* identificados. Com esses estágios, os gestores e organizações poderão agrupar os clientes e atuar com foco nas variáveis que podem aumentar a intenção de lealdade dos clientes.

A **Etapa 4** (Função de Classificação) é composta por um *output* da Etapa 3 que trata de uma equação que permitirá a predição de qual grupo o cliente foi classificado, utilizando um número menor de variáveis que o instrumento completo. Tal equação é obtida a partir dos

coeficientes (pesos) da função de classificação obtidos na MDA e pode ser operacionalizada utilizando *softwares* editores de planilhas (*Microsoft Excel*, Planilhas no *Google Drive*, *Numbers* da *Apple*, dentre outros).

Na **Etapa 5** (Estratégias e Reavaliação), com informações sobre avaliação global, das variáveis mais importantes à *clusterização* dos clientes, os gestores podem traçar estratégias para maximizar a qualidade dos atributos bem avaliados e/ou minimizar gargalos identificados em atributos com baixa avaliação, para cada grupo de clientes. Além disso, como um processo contínuo de melhoria da qualidade, satisfação e lealdade dos clientes, os gestores têm a possibilidade de reavaliar as ações executadas e acompanhar o impacto delas junto aos clientes.

A próxima seção tratará do *background* teórico da abordagem de mensuração da satisfação e lealdade dos clientes em serviços de saúde.

5.2 ESTUDO DE CASO 3 - CONFIRMATÓRIO E APLICAÇÃO DA ABORDAGEM

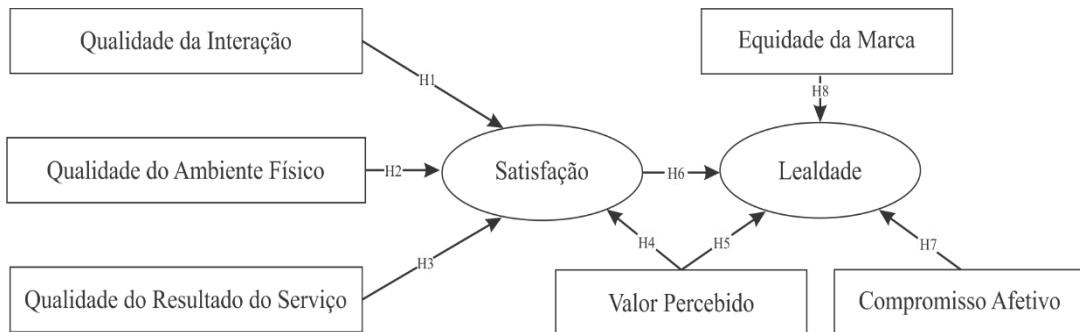
Como a finalidade do estudo de caso 3 é testar a abordagem de classificação proposta, esta seção será apresentada conforme as etapas estabelecidas na Figura 15.

5.2.1 Etapa 1 – Questionário e Coleta de dados

A partir das análises oriundas dos Estudos de Caso 1 e 2 e da análise da literatura considerada em todo o processo de desenvolvimento deste trabalho, optou-se por utilizar um questionário proposto com base na abordagem teórica inicial deste trabalho (Figura 6), pois se acredita que esse procedimento permitirá compreensão ampla da dinâmica dos determinantes em diferentes segmentos de saúde, além de permitir testar as hipóteses iniciais.

Diante do exposto, recapitulam-se tais hipóteses: Qualidade da Interação - QI (H1), Qualidade do Ambiente Físico - QF (H2), Qualidade do Resultado do Serviço - QS (H3) influencia na Satisfação - Sat, bem como o Valor Percebido - VP (H4), que também tem influência (H5) sob a Lealdade - IL, assim como Satisfação (H6), Compromisso Afetivo - CA (H7) e Equidade da Marca - EM (H8).

Figura 6 – Hipóteses do trabalho de mensuração ampla da satisfação e lealdade dos clientes



Fonte: O autor (2018)

Para medir a satisfação e a lealdade, foram utilizadas as 20 variáveis de medida oriundas do instrumento proposto por Brady e Cronin (2001) adaptados ao contexto de serviços de saúde e 18 variáveis de medida oriunda do modelo proposto por Jonhson, Herrman e Huber (2006) também adaptadas a este contexto (Tabela 12). A escolha das variáveis foi feita com base na análise realizada a partir dos resultados dos Estudos de caso 1 e 2, bem como das implicações observadas em outras pesquisas sobre atributos e variáveis de interesse.

Tabela 12 - Determinantes, Códigos e Variáveis de medidas integrado Satisfação e Lealdade

Determinante	ID	Variável
Interação	QI1	No geral, eu diria que a qualidade da minha interação com os funcionários do laboratório é satisfatória.
	QI2	A qualidade da minha interação com os funcionários do laboratório é alta.
	QIa1	Você contou com uma atitude amigável dos funcionários.
	QIa2	A atitude dos funcionários demonstrava a vontade deles em me ajudar.
	QIa3	A atitude dos funcionários me mostrava que eles entendiam minhas necessidades.
	QIc3	O comportamento dos funcionários indicava que eles entendiam minhas necessidades.
Ambiente Físico	QIe2	Os funcionários foram capazes de responder rapidamente minhas dúvidas.
	QF1	As instalações físicas do laboratório são uma das melhores do mercado.
	QF2	Minha avaliação quanto ao ambiente físico é alta.
	QFc1	Sempre encontro uma atmosfera (ambiente físico) agradável no laboratório.
Resultado do Serviço	QFc3	Sinto que a laboratório entende que um ambiente físico agradável é importante pra mim.
	QFf1	Os demais clientes do laboratório me passam uma boa impressão do serviço prestado.
	QS1	Eu sempre tenho uma excelente experiência quando utilizo os serviços do laboratório.
	QS2	Sinto-me bem com o que o laboratório oferece aos seus clientes.
	QStel1	O tempo de espera no atendimento é previsível.
	QStel2	O laboratório busca minimizar, ao máximo, o tempo de espera.
Satisfação	QSta1	Estou constantemente satisfeito com os serviços ofertados pelo laboratório.
	QSta2	Eu gosto do laboratório porque ele oferece os serviços que eu preciso.
	RE1	Ao sair do laboratório, normalmente sinto que eu tive uma boa experiência.
	RE3	Eu acredito que a laboratório sabe o tipo de experiência que seus clientes querem.
Satisfação	Sat1	Posso afirmar que sou extremamente satisfeito com os serviços de qualidade que a laboratório oferece.
	Sat2	Meu nível de satisfação é muito maior neste laboratório do que em qualquer outra concorrente.

Continua...

Continuação Tabela 12...

Equidade da Marca	EM1	A proposta (forma como oferece o serviço) do laboratório reflete meu estilo de vida pessoal.
	EM2	Sinto que a marca (proposta) do serviço do laboratório e minha personalidade se encaixam.
	EM4	Se a laboratório (onde fiz o último exame) fosse uma pessoa, gostaria de levá-la para jantar.
	EM5	Gostaria de usar roupas, pastas executivas ou outros produtos com o logotipo da marca do laboratório onde fiz a última consulta.
	CA1	Eu quero continuar utilizando o serviço prestado pelo laboratório.
Compromisso Afetivo	CA2	Sinto que o prestador de serviço está interessado em como eu usufruo do serviço.
	CA3	Se a laboratório fosse uma pessoa, eu gostaria de tê-lo como um amigo.
	IL1	Da próxima vez, eu definitivamente farei exame no mesmo laboratório.
Intenção de Lealdade	IL2	Se eu não encontrar o mesmo padrão de serviço, eu definitivamente vou voltar para a laboratório onde tive boa experiência.
	IL3	Se eu tivesse qualquer serviço de graça, eu ainda escolheria a mesmo laboratório onde fiz o último exame.
	IL3	Eu recomendo a laboratório onde fiz o último exame para outras pessoas.
	IL4	Eu falo positivamente, para outras pessoas, sobre a laboratório onde me consultei.
Valor Percebido	VP1	A laboratório tem um bom nível de performance considerando o valor que eu pago.
	VP2	O laboratório é uma boa opção comparando com outros prestadores de serviços disponíveis no mercado.
	VP3	O preço que pago pelos exames no laboratório é mais do que justo pelo desempenho que recebo pelo serviço.
	VP4	O laboratório tem um grande valor (retorno) pra mim.

Fonte: O autor (2018)

Escala tipo Likert de 5 pontos foi utilizada para avaliação das variáveis, sendo 1 indicação de completa discordância ou insatisfação e 5, indicação de total concordância. Além desta parte, o questionário conteve uma seção destinada à identificação do perfil socioeconômico dos participantes (Tabela 13).

Definido o questionário, segue-se ao segundo estágio da etapa 1, que trata da coleta de dados. Neste caso, a organização de saúde que realiza a avaliação pode optar por (1) aplicar o questionário com todos os clientes ou (2) pode realizar a pesquisa utilizando processo de amostragem, considerando os clientes em um certo período de tempo.

Em relação à coleta realizada no Estudo de Caso 3 nesta pesquisa, a coleta de dados foi realizada em novembro de 2017. Foram obtidas 411 respostas válidas e após a eliminação de 13 participantes cujas respostas apresentaram/indicaram a recusa em participar da pesquisa. Considerando as ponderações sobre tamanho amostra (HAIR *et al.*, 2010; KLINE, 2015; TANAKA, 1987), a quantidade de pessoas participantes da pesquisa é suficiente a uma população infinita (≥ 100.000), margem de erro de 5% e nível de confiança de 95%, que demanda tamanho amostral de 383 observações, além de ser suficiente para métodos robustos de métodos estatísticas, como a modelagem de equações estruturais (SEM).

Como se tratou de uma pesquisa científica e para atender às exigências do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, dois critérios foram estabelecidos para participação: 1) ter pelo menos 18 anos de idade e 2) ter usado os serviços de laboratório nos últimos três meses. Antes de responder o questionário, cada participante foi informado do objetivo da pesquisa, que as respostas são voluntárias e confidenciais. A coleta de dados teve abrangência nacional, obtendo a participação de entrevistados de 19 estados brasileiros, com predomínio de 82,93% da região nordeste do país.

Foram obtidas 411 respostas de clientes, sendo 244 mulheres (59,37%) e 167 homens (40,63%). A maior concentração da faixa etária compreende adultos jovens e maduros (27 a 40 anos, 44,90%), 44% casados ou em união estável e 48,66% solteiros e 74,96% dos participantes tem renda mensal de até R\$4.685,00. A estatística descritiva do perfil demográfico dos respondentes é apresentada na Tabela 13.

Tabela 13 - Perfil dos inquiridos – Estudo de Caso 3

Variáveis	Grupos	Nº de Respostas	%
Gênero (v1)	Feminino	244	59,37
	Masculino	167	40,63
Faixa etária (v2)	18-26 anos	132	32,12
	27-40 anos	174	42,34
	41-60 anos	83	20,19
	> 60 anos	22	5,35
Estado Civil (v3)	Casado (e afins)	181	44,04
	Solteiro	200	48,66
	Outros (divorciado e viúvo)	30	7,3
Renda mensal (v4)	Abaixo R\$ 1.874,00	199	48,42
	R\$ 1.874,00-R\$4.685,00	109	26,52
	R\$4.685,00-R\$9.370,00	56	13,63
	> R\$ 9.370,01	47	11,44

Fonte: O autor (2018)

5.2.2 Etapa 2 - Avaliação e Validação

Como, neste estudo, um instrumento de mensuração foi proposto, fez-se necessário a avaliação e validação do instrumento. Inicialmente verificou-se o valor do α de Cronbach das 38 variáveis do questionário e o resultado de 0,973 indicou a excelente confiabilidade do questionário (CUI *et al.*, 2017; TERWEE *et al.*, 2007).

Por meio da modelagem de equações estruturais (SEM), verificou-se que o modelo (hipóteses da pesquisa) apresentou um ajuste inaceitável, tendo em vista que os caminhos $Qi \rightarrow Sat$ e $Em \rightarrow IL$ mostraram-se não significativos (p-valor: 0,530 e 0,385) e os índices de qualidade foram: CMINF/DF: 6.343; RMSEA: 0,114; NFI: 0,718; CFI: 0,751; PNFI: 0,671; PCFI: 0,702.

Após a exclusão dos caminhos não significativos, o caminho $Sat \rightarrow IL$ apresentou o mesmo problema de não significância (p-valor: 0,143), além de apresentar índices medíocres de qualidade (piores que o inicial). Diante destes resultados, recorreu-se à análise fatorial exploratória (AFE dos Estudos de Caso 1 e 2) para compreender o comportamento das variáveis e reespecificar o modelo de medida e causal.

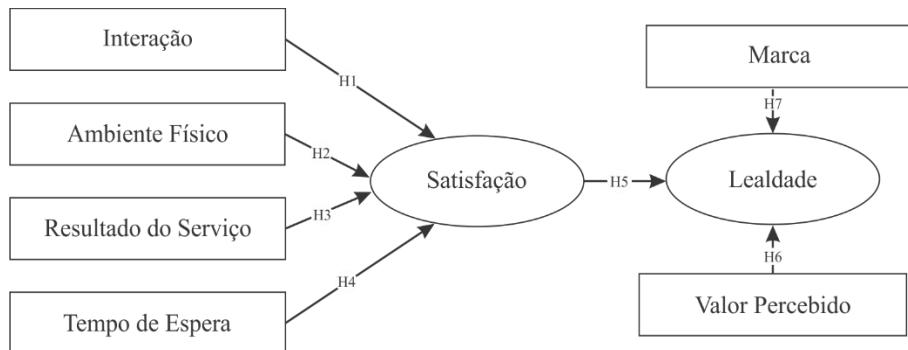
Os resultados da AFE sugeriram, no *constructo* de Lealdade, que variáveis de medida do Compromisso Afetivo fossem divididas entre a Equidade da Marca e o Valor Percebido. No caso da Satisfação, houve a manutenção de todos os determinantes iniciais; contudo, um novo determinante figurou com destaque: Tempo de Espera.

Além disso, o *constructo* de Satisfação apresentou melhorias com a adição da variável QI_2 , que apesar de não ter sido utilizada no estudo de caso exploratório, é uma variável de medida considerada por Brady e Cronin (2001) e trata de uma avaliação muito próxima às de Sat_1 e Sat_2 . Em sentido semelhante, o *constructo* da Intenção da Lealdade apresentou melhoria com a adição da variável RE_3 , cuja sentença aproxima-se das demais do determinante já que uma vez que o cliente acredita que a organização sabe o tipo de serviço/experiência que ele deseja, há contribuição à lealdade.

Portanto, a partir das indicações da AFE, da análise da literatura, das variáveis de medida e do modelo inicial (Figura 6), o modelo foi reespecificado, tratando-o como o primeiro modelo de medida deste estudo. Em síntese, após essas análises, a abordagem é composta por: $Int \rightarrow Sat$ (H1), $AF \rightarrow Sat$ (H2), $RS \rightarrow Sat$ (H3), $TE \rightarrow Sat$ (H4), $Sat \rightarrow IL$ (H5), $Vp \rightarrow IL$ (H6) e $Marca \rightarrow IL$ (H7). Percebe-se, portanto, que houve manutenção básica dos

determinantes relacionados à satisfação e que os determinantes da lealdade foram agrupados em dois determinantes. Tais relações são apresentadas na Figura 16.

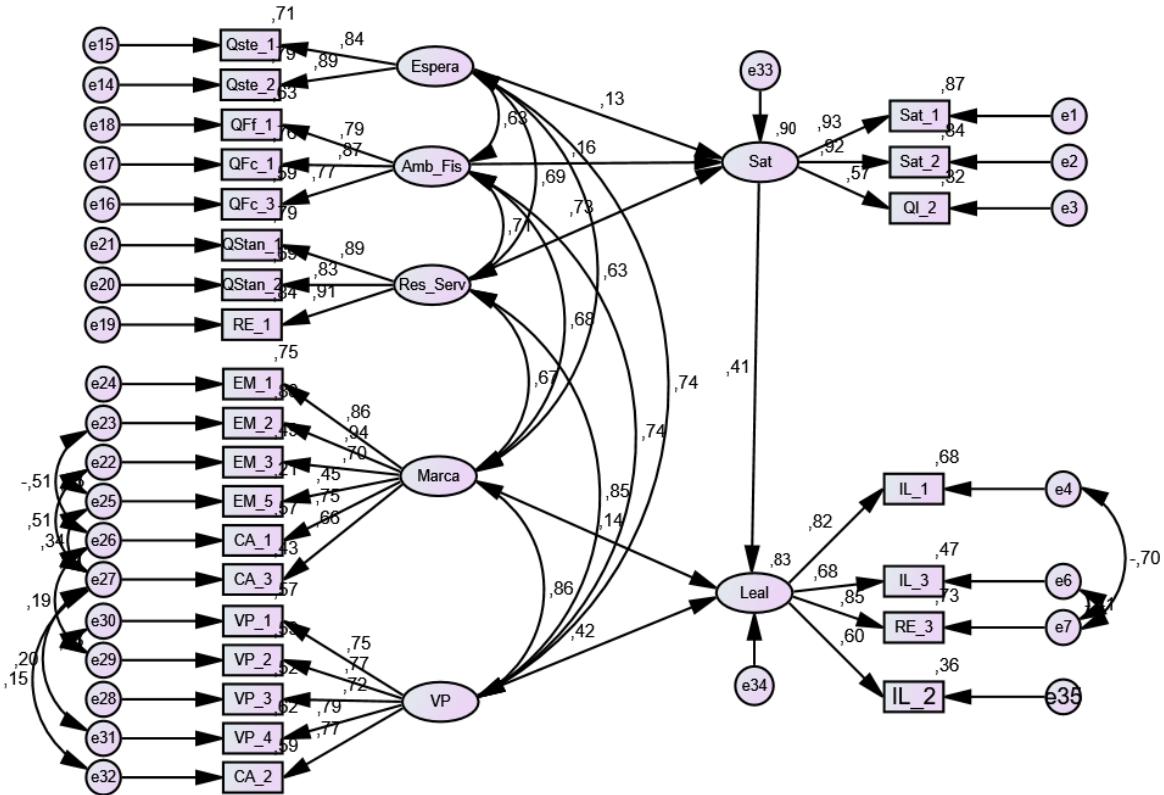
Figura 16 - Modelo teórico do trabalho após reespecificação



Fonte: O autor (2018)

Todos os caminhos do modelo causal (Figura 16) apresentaram valores de *critical ratio* (CR) acima do parâmetro estabelecido (>1.96) e significância estatística (p-valor $<0,05$). Contudo, os índices de ajustes de qualidade do modelo são inaceitáveis ($\chi^2/df: 7.755$; PGFI: 0,526; CFI: 0,724; RMSEA: 0,128), indicando a necessidade de reespecificar o modelo. Em uma das reespecificações, o caminho Int→Sat foi excluído por não ser significante (p-valor = 0,460). O modelo causal final (Figura 17), além de apresentar significância estatística de todos os caminhos, apresentou índices de ajustes aceitáveis, conforme os parâmetros definidos para este trabalho.

Figura 17 - Modelo Causal de Medida após reespecificação



Fonte: O autor (2018)

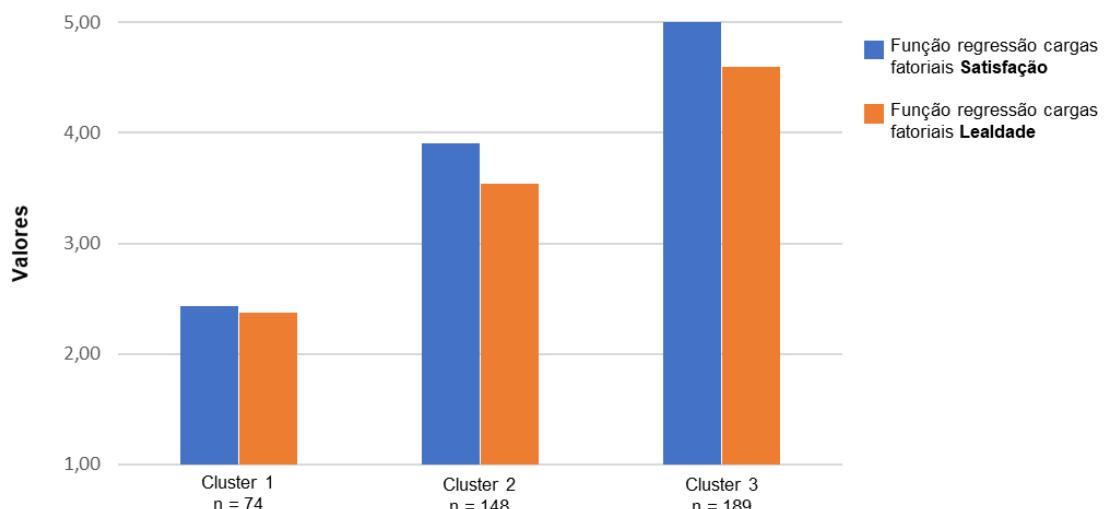
Após tais procedimentos, observou-se que o modelo causal de medida apresentou razoável ajuste ($\chi^2/df: 3.75$; NFI: 0,887; CFI: 0,914; PNFI: 0,745; PCFI: 0,765; Rmsea: 0,082). A análise dos caminhos indica que no *constructo* da Satisfação a relação Res_Serv → Sat é a que apresenta maior peso ($B_{Res_Serv.Sat} = 0,839$; S.E. = 0,057; $\beta_{Res_Serv.Sat} = 0,734$; p-valor = <0,001), seguida por Amb_Fis ($B_{Amb_Fis.Sat} = 0,198$; S.E. = 0,053; $\beta_{Amb_Fis.Sat} = 0,163$; p-valor = <0,001) e Espera ($B_{Espera.Sat} = 0,121$; S.E. = 0,040; $\beta_{Amb_Fis.Sat} = 0,126$; p-valor = 0,003). Em relação à Lealdade, o determinante que apresentou maior peso foi Valor Percebido ($B_{VP.Leal} = 0,502$; S.E. = 0,136; $\beta_{VP.Leal} = 0,421$; p-valor = <0,001), seguida por Satisfação ($B_{Sat.Leal} = 0,349$; S.E. = 0,063; $\beta_{Sat.Leal} = 0,406$; p-valor = <0,001) e Marca ($B_{Marca.Leal} = 0,136$; S.E. = 0,069; $\beta_{VP.Leal} = 0,141$; p-valor = 0,046). Destaca-se que tanto Satisfação quanto Lealdade apresentou ótima variância explicada (similar ao R^2 na análise de regressão, que indica o quanto bem o modelo explica a satisfação e/ou lealdade) cujos valores foram, respectivamente, 0,90 e 0,83. Com estes resultados, o instrumento de pesquisa e a abordagem

teórica ajustada a partir da proposta na Figura 17, tem-se elementos mínimos para validar o questionário.

5.2.3 Etapa 3 - Análise de *cluster* e discriminante múltipla

Foi utilizado de *clusterização* o método K-means e o Pseudo-F. Observou-se que a retenção de três grupos representaria bem o comportamento dos pacientes. Desta forma a classificação dos clientes fica mais sensível ao nível de avaliação realizada e apresentou valor de Pseudo-F superior a outras 3 formas de agrupamento testadas (Figura 18).

Figura 18 - Clusterização de Clientes – Estudo de Caso 3



Fonte: O autor (2018)

Conforme indica a Figura 18, o *cluster* 1 é composto por clientes que apresentam avaliação abaixo da média, indicando baixa satisfação e lealdade mais propensos a troca de laboratório. O *cluster* 2 é composto por clientes com níveis de avaliação ligeiramente acima da média. O *cluster* 3 é caracterizado por clientes que apresentam alta satisfação e lealdade. Os *clusters* foram estabelecidos a partir das cargas fatoriais obtidas no processo de modelagem de equações estruturais e, portanto, cada fator apresenta contribuição das variáveis de medida.

Considerando as proposições de Jones e Sasser (1995) sobre as tipologias de clientes, percebe-se que os *clusters* deste trabalho apresentam a seguinte tipologia: *cluster 1*: pacientes incógnitas; *cluster 2*: pacientes regulares; *cluster 3*: pacientes leais.

No segundo estágio da Etapa 3, com auxílio da técnica de análise discriminante (Figura 19 e Tabela 14), método Lambda de Wilks, observou-se que as variáveis Qste_1, RE_1, RE_3, Sat_1, Sat_2, IL_1 e IL_3, dentre as demais utilizadas no modelo causal, foram as que apresentaram melhor descrição à classificação *a priori* dos pacientes.

Tabela 14 - Coeficientes de função de classificação e de funções discriminantes canônicas padronizadas

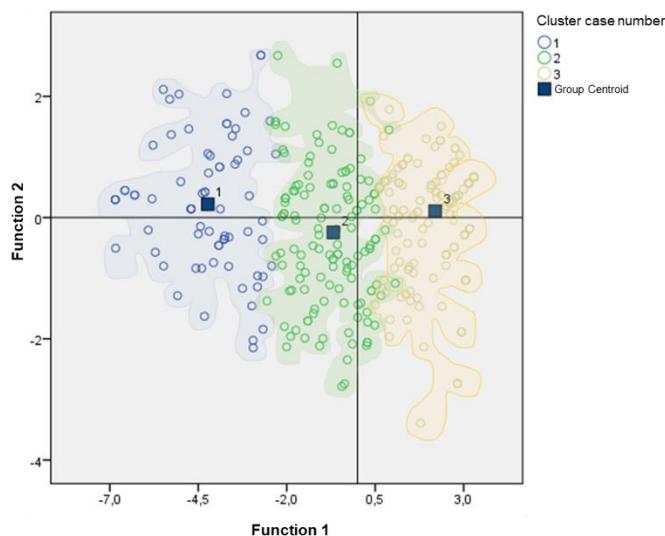
	Número de caso do Cluster				Função	
	1	2	3		1	2
Qste_1	1,401	1,878	2,339	Qste_1	0,155	0,107
RE_1	3,805	5,24	6,386	RE_1	0,251	-0,017
RE_3	3,818	5,509	7,123	RE_3	0,351	0,221
Sat_1	1,046	3,124	4,637	Sat_1	0,345	-0,149
Sat_2	1,427	2,988	3,991	Sat_2	0,246	-0,228
IL_1	3,81	5,91	7,269	IL_1	0,432	-0,387
IL_3	0,746	0,763	1,398	IL_3	0,134	0,974
(Constant)	-19,955	-46,005	-76,864			
<i>Funções discriminantes lineares de Fisher</i>						

Tabela 14a

Fonte: O autor (2018)

Tabela 14b

Figura 19 – Mapa territorial da Análise Discriminante Múltipla



Fonte: O autor (2018)

No gráfico das funções discriminantes canônicas, cujas funções são significativas (p-valor função 1 = 0,000 e correlação canônica = 0,922; p-valor função 2 = 0,027 e correlação canônica = 0,186), percebe-se que apenas o centroide do *cluster* 3 está além da avaliação média.

Por outro lado, os centroides de todos os grupos estão próximos ao eixo horizontal da função dois (Figura 19). Assim, conforme observado na tabela dos coeficientes de funções discriminantes canônicas padronizadas (notadamente aquelas que possuem sinais diferentes em cada uma das funções), na medida em que a avaliação de uma das variáveis discriminante aumenta, a posição do indivíduo é maximizada, tendendo ao *cluster* 3 que é caracterizado por terem pacientes com maiores intenções de lealdade.

5.2.4 Etapa 4 - Função de Classificação

A partir dos coeficientes de função de classificação (Tabela 14a), cujos valores permitem a definição das funções discriminantes de cada grupo e assim permitirá a classificação dos pacientes. Para tanto, faz-se necessário obter a avaliação dos clientes para cada variável que compõe a função.

$$\text{Equação Cluster 1} = (1,401*\text{Qste_1})+(3,805*\text{RE_1})+(3,818*\text{RE_3})+(1,046*\text{Sat_1})+(1,427*\text{Sat_2})$$

$$+(3,810*\text{IL_1})+(0,746*\text{IL_3})-19,955 \quad (1)$$

$$\text{Equação Cluster 2} = (1,878*\text{Qste_1})+(5,240*\text{RE_1})+(5,509*\text{RE_3})+(3,124*\text{Sat_1})+(2,988*\text{Sat_2})$$

$$+(5,910*\text{IL_1})+(0,763*\text{IL_3})-46,005 \quad (2)$$

$$\text{Equação Cluster 3} = (2,339*\text{Qste_1})+(6,386*\text{RE_1})+(7,123*\text{RE_3})+(4,637*\text{Sat_1})+(3,991*\text{Sat_2})+$$

$$(7,269*\text{IL_1})+(1,398*\text{IL_3})-76,864 \quad (3)$$

Tais equações podem ser utilizadas, em editores de planilhas para obter a classificação prévia dos pacientes que utilizam os serviços. A equação que indicar o maior resultado indica a qual *cluster* o paciente deve pertencer. Assim, por meio de validação cruzada, ou seja, comparação entre os clientes classificados pelo método K-means e pela função discriminante,

houve 92,2% de pacientes corretamente agrupados pela função discriminante, resultado considerado excelente.

5.2.5 Etapa 5 - Estratégias e Reavaliação

A partir dos resultados da abordagem, os gestores e organizações podem definir estratégias para cada grupo de clientes, além de prover indicações importantes. A primeira implicação importante para os gestores é que, por meio do SEM, observou-se que há evidências estatísticas que indicam a significância das hipóteses do trabalho.

Dos resultados da SEM, os gestores podem observar os coeficientes β de cada caminho estimado. Assim, por exemplo, a melhoria em 1 ponto na avaliação do determinante Resultado do Serviço, aumentará em média 0,734 ($\beta_{Res_Serv.Sat}$) da satisfação do paciente. Por isso, gestores devem atentar às variáveis QSTan_1, QSTan_2 e RE_1, já que a melhoria da avaliação do determinante depende delas. Essa mesma análise pode ser aplicada aos demais β e, a partir desses valores, os gestores podem priorizar um determinante que seja mais importante para a maximização da satisfação e/ou da lealdade, definindo melhores estratégias.

Outra possibilidade contempla a recuperação de serviço, onde a organização pode definir uma forma de ação específica para cada grupo de clientes e maximizar aspectos positivos e minimizar os negativos. A classificação dos pacientes em grupos que descrevem o nível de avaliação das variáveis de medida permite que os gestores monitorem o desempenho dos serviços e a satisfação e as intenções de lealdade dos clientes. Desta forma, as organizações podem estruturar ou aprimorar o *Customer Relationship Management* (CRM).

Por fim, em cada estratégia, os gestores podem reavaliar a dinâmica da abordagem proposta e traçar novas ações à abordagem proposta. Esse processo de reavaliação garante a integração de todas as Etapas e a melhoria contínua da abordagem e dos processos e atividades relacionadas à prestação dos serviços e aos determinantes e atributos da abordagem.

Os resultados desta pesquisa apresentam achados importantes aos serviços de saúde, principalmente aos Laboratórios de Análises Clínicas, pois dão suporte à hipótese no que tange à satisfação e lealdade de clientes e apresentam aplicações práticas aos gestores e organizações do segmento pesquisado.

5.3 CONCLUSÕES DO ESTUDO DE CASO CONFIRMATÓRIO

Sob viés teórico (**implicações teóricas**), a abordagem ajustada (Figura 16) apresenta bons índices de ajustes e caminhos, evidenciando um modelo mais detalhado que aquele observado na literatura (Figura 6, cujo modelo mostrou-se inviável devido a rejeição das hipóteses Interação→Satisfação, p-valor: 0,530, Equidade da Marca→Intenção de lealdade, p-valor: 0,385 e, principalmente, Satisfação→Intenção da lealdade, p-valor: 0,143).

O estudo evidenciou, a partir da nova abordagem teórica (Figura 16), que a Satisfação está diretamente relacionada com o Tempo de Espera, a Qualidade do Ambiente Físico e o Resultado do Serviço. Além disso, observou-se que a Lealdade decorre da Satisfação, do Impacto da Marca e do Valor Percebido pelo cliente. Portanto, as hipóteses H2 (Ambiente Físico→Satisfação; p-valor: <0,001), H3 (Resultado do Serviço→Satisfação; p-valor: <0,001), H4 (Tempo de espera→Satisfação; p-valor: 0,003), H5 (Satisfação→Intenção de Lealdade; p-valor: <0,001), H6 (Valor Percebido→Intenção de Lealdade, p-valor: <0,001) e H7 (Impacto da Marca [Compromisso afetivo + Equidade da Marca]→Intenção de lealdade, p-valor: 0,46) são aceitas.

A hipótese H1, que trata da importância da interação à satisfação do paciente, não foi aceita. Apesar da Qualidade da Interação entre pacientes e funcionários ser importante para a Satisfação do paciente (ALMEIDA; BOURLIATAUX-LAJOINIE; MARTINS, 2015; DAGGER; SWEENEY; JOHNSON, 2007; SINGH GAUR *et al.*, 2011), este estudo não observou a significância estatística desta relação, sugerindo pouca importância dela no contexto dos laboratórios de análises clínicas. Apesar disto, destaca-se que as variáveis de medida da Interação foram as que apresentaram maior média na avaliação realizada pelo cliente, dentre as demais variáveis estudadas. Por isso, gestores e organizações devem manter atenção com a interação entre os pacientes e funcionários.

O determinante Resultado do Serviço apresenta maior peso/importância (indicado pelo valor de $B_{Res_Serv.Sat}$) para a Satisfação do paciente. Este *constructo* é medido por variáveis relacionadas aos aspectos tangíveis do laboratório (como equipamentos, sala de espera e procedimentos) e valor percebido (a sensação do paciente após o serviço), ou seja, contemplam atributos intrinsecamente relacionados ao serviço prestado pelos laboratórios de análises clínicas. Esse achado reforça a importância do cuidado com os equipamentos utilizados em toda a prestação do serviço (KARTHIYAYINI; RAJENDRAN, 2017), em especial ao momento da coleta do material biológico (sangue e urina, por exemplo).

Em relação ao determinante Ambiente físico, destaca-se que as variáveis de medida buscam avaliar as condições ambientais e não apenas a aparência dos equipamentos e local (ABERA *et al.*, 2017; SAHOO; GHOSH, 2016; TADEU; GEELHOED, 2016). Há duas variáveis que avaliam o impacto que outros clientes têm sob o paciente (QFc_1 e QFc_3) e o clima/atmosfera do espaço físico do laboratório (QFf_1). Assim, tais variáveis mostraram-se importantes para a Satisfação do paciente no ambiente em estudo e, conforme evidenciado por Osei-Frimpong *et al.* (2018), pode ter influência sob as percepções do paciente quanto ao serviço prestado. Ou seja, a influência que um paciente tem sob o outro influencia na percepção da qualidade do ambiente físico.

Em sentido similar, o determinante Tempo de Espera, que avalia a previsibilidade do atendimento e a atenção do laboratório à redução deste tempo, é importante e significativa à satisfação, conforme observado por Naiker, FitzGerald, Dulhunty e Rosemann (2018), pois muitas vezes os exames realizados demandam algum tipo de preparação prévia (jejum, horário máximo para realização do exame) e, portanto, tem influência sobre a Satisfação do paciente.

Quanto aos determinantes da Lealdade, apesar dos achados e das indicações de que os determinantes têm proximidade a outros comuns no segmento de serviços (JOHNSON; HERRMANN; HUBER, 2006; LONIAL; RAJU, 2015; ZHOU *et al.*, 2017), observou-se que os clientes percebem aspectos técnicos, como as variáveis de medida da Equidade da Marca, como algo associado ao Compromisso Afetivo e, portanto, não os veem de forma independente. O mesmo raciocínio é percebido no *constructo* que media a imagem da empresa, pois (no modelo de medida inicial Figura 6) Valor Percebido e as variáveis da Intenção da Lealdade foram agrupados, sugerindo que a intenção da lealdade tem forte relação com o valor percebido pelo serviço prestado.

Assim, mesmo o modelo inicial (Figura 6) prevendo a existência de quatro determinantes à lealdade (Satisfação, Equidade da Marca, Compromisso Afetivo e Valor Percebido), os achados indicaram que no contexto de serviços de laboratório de análises clínicas, o impacto específico da marca e a sensação positiva que ela gera no paciente não são percebidos de forma isolada e, por isso, as variáveis de medida foram divididas entre os determinantes de Valor Percebido e Compromisso Afetivo.

Quanto ao Valor Percebido, observou-se que, mesmo o determinante Resultado do Serviço (relacionado à satisfação) tendo em sua composição variáveis relacionadas ao valor percebido, os aspectos medidos eram diferentes: enquanto RE_1 foca no Resultado do

Serviço, VP_1 a 4 medem a relação custo-benefício-desempenho dos serviços prestados. Por isso, o determinante Valor Percebido foi o que apresentou maior impacto na Intenção de Lealdade do paciente, onde a melhoria de 1 ponto na avaliação deste determinante pode contribuir na melhoria de 0,421 na IL.

Quanto à Satisfação→Lealdade, apesar de ter apresentado o segundo maior impacto, destaca-se que a estimativa não padronizada (representada pelo $\beta_{Sat,Leal}$) deste determinante é próxima ao Valor Percebido. Em relação ao Determinante Marca, percebe-se que se trata de um determinante com resultados positivos, apesar de apresentar valor próximo ao limite estabelecido. Este achado sugere a necessidade de buscar variáveis de medida mais relacionadas ao contexto de serviços, com a finalidade de verificar se tais mudanças melhoraria o modelo proposto.

Quanto às **implicações práticas**, além daquelas apresentas na seção 5.3, observou-se que a classificação dos pacientes em grupos que descrevem o nível de avaliação das variáveis de medida permite que os gestores monitorem o desempenho dos serviços e a satisfação e as intenções de lealdade dos clientes. Assim, cada tipologia pode ter ações específicas para maximizar a avaliação, proporcionando maior intenção de lealdade dos pacientes.

Considerando as características e classificações propostas por Jones e Sasser (1995) e Oliver (1999, 2014), observa-se que o *cluster* 1, cujos pacientes realizaram avaliação abaixo da média, podem ser considerados como incógnitas, pois as informações não sugerem alta intenção de retornar ao laboratório avaliado; os pacientes do *cluster* 2 podem ser chamados de regulares e os pacientes do *cluster* 3 pacientes leais, já que a alta avaliação do serviço sugere alta satisfação e lealdade.

As variáveis Qste_1, RE_1, RE_3, Sat_1, Sat_2, IL_1 e IL_3 são as mais importantes e permitem que os gestores possam prever a classificação do cliente. Assim, por exemplo, os gestores podem coletar as informações destas 7 variáveis e obter informação para entender o comportamento do cliente. Neste sentido, os *cluster* 2 e 3 podem melhorar a posição do centroide de cada grupo com poucas ações. Contudo, convém destacar que os clientes do grupo 2 e, principalmente do grupo 1, podem estar mais abertos à mudança de prestador de serviço, devido à baixa avaliação realizada.

Assim sendo, **quanto à abordagem proposta**, o estudo de caso evidencia a adequação das etapas propostas, pois explora o passo a passo amplo (onde há o desenvolvimento e validação de um instrumento de avaliação) ou restrito (onde o gestor ou pesquisador utiliza

um questionário já validado) e apresenta aplicações práticas dos resultados e achados oriundos das aplicações dos métodos estatísticos. Com os achados, os gestores podem optar pela utilização do questionário (validado) completo ou focar nas 7 variáveis de medidas (Qste_1, RE_1, RE_3, Sat_1, Sat_2, IL_1 e IL_3) mais importantes à satisfação e lealdade dos pacientes, indicadas pela MDA.

6 CONCLUSÕES

Conforme descrito, este trabalho foi motivado por três aspectos. O primeiro deles estava relacionado à área de serviços de saúde e, principalmente, os tipos de serviços que foram analisados: consultórios médicos, odontológicos e laboratórios de análises clínicas. O segundo aspecto compreendia as limitações de pesquisas anteriores quanto à mensuração da satisfação e lealdade de forma integrada e ampla, já que são poucos os modelos que se dedicam a esse propósito. O terceiro aspecto tratou das aplicações gerenciais e dos resultados de pesquisas que tratam das temáticas em questão.

Destarte, acredita-se que o objetivo deste trabalho foi alcançado uma vez que a abordagem de classificação de clientes em serviços de saúde proposta foi testada, além de testar e validar modelo teórico de mensuração integrado e amplo da satisfação e lealdade em serviços de saúde. A integração ampla entre estes dois elementos ocorreu a partir do momento em que houve, primeiro, a identificação dos determinantes da satisfação, em seguida a identificação dos determinantes da lealdade e, após estas análises, a integração entre a satisfação e a lealdade, propriamente dita.

Para alcançar tais resultados, foi realizada uma revisão da literatura sobre os determinantes que formam a satisfação e lealdade dos clientes em serviços, em especial, no segmento de saúde. Assim, o modelo de medida para avaliar os serviços de forma integrada e para classificar os clientes foi estabelecido tendo como base sete determinantes, sendo quatro para mensurar a satisfação (interação, ambiente físico, resultado do serviço e valor percebido) e quatro para a intenção de lealdade (satisfação, valor percebido, equidade da marca e compromisso afetivo). Dessa forma, foi possível comparar os principais atributos e determinantes para mensuração da satisfação e lealdade em serviços de saúde encontrados na literatura. Como os determinantes foram adaptados ao contexto de saúde e para auxiliar no desenvolvimento da abordagem de classificação do cliente, foram realizados dois estudos de caso exploratórios.

O Estudo de caso 1, que analisou o modelo de medida da *lealdade*, baseado em Johnson, Herrmann e Huber (2006), evidenciou que, no caso dos contextos investigados neste trabalho, os inquiridos não perceberam o *Compromisso Afetivo* e *Equidade da Marca* como sendo independentes. Os dois determinantes eram medidos por variáveis que tinha como foco a marca e como os clientes percebiam a relação com a empresa prestadora do serviço de saúde

e, por isso, acredita-se que este fato motivou a estruturação de um fator latente composto pelas variáveis destes atributos, que foi chamado de *Impacto da marca*.

Outro fator, identificado no estudo de caso 1, agrupou as variáveis relacionadas ao valor percebido, satisfação e intenção de lealdade. Assim, como no modelo teórico inicial o determinante *intenção de lealdade* é a variável dependente, considerou-se que o fator 2 manteve a essência do que foi proposto por Johnson, Herrmann e Huber (2006). Além disso, observou-se que das 20 variáveis utilizadas no estudo, nove delas apresentaram maior explicação do nível de lealdade: SAT1, EM4, EM5, CA4, CA5, IL1, IL2, VP1 e VP2. Com isso, três grupos de classificação dos clientes foram estimados: *Clientes Leais*, o *cluster 2* *Clientes não Leais* e o *cluster 3* é chamado de *Clientes com Lealdade fraca/espúria*, sendo esta classificação mais próxima do modelo de Jones e Sasser (1996) e Dick e Bassu (1994). Desta forma, verificou-se a aderência do modelo de lealdade de Johnson, Herrmann e Huber (2006) ao contexto de serviços de saúde.

Estes achados reforçam importantes trabalhos, quanto à mensuração da lealdade, que apontam *valor percebido* (NOYAN; ŞİMŞEK, 2014; SAG; ZENGUL; LANDRY, 2018; ZHOU et al., 2017), *satisfação* (LONIAL; RAJU, 2015; MY et al., 2017; ROQUE; VELOSO; FERREIRA, 2016; ZHOU et al., 2017) e a *marca* (ALTAF; TABASSUM; MOKHTAR, 2018; KEMP; POOLE, 2017; YARMEN et al., 2016) como determinantes da lealdade.

O modelo de medida da *satisfação*, baseado na proposta hierárquica de Brady e Cronin (2001) mostrou, no Estudo de caso 2, que as variáveis que tratavam da interação, ambiente físico e resultado do serviço foram mantidas, além de propor a separação do atributo *tempo de espera* em um determinante específico. Além disso, observou-se que o fator *interação* foi o mais importante no contexto analisado, explicando quase 60% do modelo do estudo. Quanto aos grupos de classificação dos clientes, observou-se a formação de dois grupos (satisfeitos ou insatisfeitos), divergindo o modelo de classificação de Jones e Sasser (1996), um dos tomados como base nesta pesquisa.

Das 27 variáveis de medida utilizadas, observaram-se 14 com maior explicação do nível de satisfação: QI_a2, QI_c1, QI_c2, QI_e1, QI_e3, QF_c3, QF_c2, QF_i1, QF_i3, QF_fs1, QS_ta1, QF_i2, QS_te2 e QS_te1. Estes resultados, descritos na seção 4.2, permitiram verificar a adequação do modelo de avaliação da qualidade global proposto por Brady e Cronin (2001) para a mensuração da satisfação em serviços de saúde, fato que, além de contribuir para a proposição do instrumento de medida da abordagem de classificação, contribui como suporte da adaptação do questionário ao contexto brasileiro.

Além de verificar a aderência dos modelos modificados ao contexto de serviços de saúde, ambos os estudos de caso permitiram a verificação do procedimento para classificar os clientes em serviços de saúde a partir da avaliação do serviço prestado e tais resultados contribuíram com a proposição da abordagem de classificação. Ou seja, foi possível analisar a sequência de análise de dados para classificar os clientes.

A abordagem de classificação de clientes em serviços de saúde, *S-IL.HC*, assim denominada por mensurar a *Satisfação - S* e *Intenção de Lealdade - IL* em serviços de saúde (*healthcare services - HC*), foi estruturada em 5 etapas que compreender ações desde a seleção do questionário de avaliação até a definição de estratégias para maximizar pontos fortes e minimizar ou eliminar pontos fracos. A aplicação da abordagem foi realizada no estudo de caso 3.

Durante a aplicação da abordagem proposta, o modelo de medida inicial (Figura 5) foi testado e observou-se, nas análises dos dados, que as hipóteses H1 (Interação → Satisfação, p-valor = 0,530), H8 (Equidade da Marca → Lealdade, p-valor = 0,385) e H4 (Satisfação → Lealdade, p-valor = 0,143) foram rejeitadas, indicando a inviabilidade do modelo de medida inicial. Esses resultados, apesar de toda a evidência observada nos artigos e pesquisas realizadas em outros contextos, proporcionam algumas análises importantes.

A primeira trata da não significância da qualidade da interação sobre a satisfação. No estudo de caso 2, o determinante que trata da interação apresentou o maior peso (maior importância) dentre os fatores observados no estudo. Almeida *et al.* (2015), Dagger *et al.* (2007) e Gaur *et al.* (2011) apontam que a interação entre pacientes e funcionários é importante para a satisfação do paciente, mas na análise no contexto dos laboratórios de análises clínicas, este determinante não capturou tal importância.

Apesar disto, destaca-se que as variáveis de medida do determinante *Interação*, quando comparada dentre as demais variáveis estudadas, foram as que apresentaram maior média na avaliação realizada pelo cliente. Uma possível explicação pode estar relacionada ao que Lovelock (1983; LOVELOCK; WRIGHT, 2001) expõe sobre a classificação de clientes: há comportamentos específicos para cada grupo e isso deve ser compreendido, até mesmo a natureza do serviço de saúde prestado por ser, por exemplo, mais invasivo, pode sugerir o desejo de menor interação por parte do cliente. Assim, como o determinante *Interação* foi não significativo no estudo que compreendeu laboratórios de análises clínicas, a razão pode estar neste sentimento. Por isso, gestores e organizações devem manter atenção com a interação

entre clientes/pacientes e funcionários. O próprio fato de o modelo de medida integrar os múltiplos determinantes da satisfação e lealdade pode ter motivado tal resultado.

Uma segunda implicação da não significância dos determinantes trata da influência da equidade da marca sobre a lealdade. Resultado similar já havia sido observado no estudo de caso 1, apesar dos achados e das indicações de que os determinantes têm proximidade à outros comuns no segmento de serviços (JOHNSON; HERRMANN; HUBER, 2006; LONIAL; RAJU, 2015; ZHOU et al., 2017), observou-se que os clientes percebem aspectos técnicos, como as variáveis de medida da Equidade da Marca, como algo associado ao Compromisso Afetivo e, portanto, não os veem de forma independente. Além disso, a medida utilizada trata, fortemente, da marca sob o cliente e, no caso de serviços de saúde, os achados parecem sugerir que tais medidas podem não ser adequadas, principalmente se mantidas de forma isolada em um fator. Corroborando que esta percepção, Tuan (2014) observou que, no contexto de saúde, a equidade da marca é formada por um amplo conjunto de *constructos* e variáveis de medidas que, na pesquisa dele, compreendiam desde o modelo SERVQUAL até fatores como ética, governança, aspectos econômicos e legais.

Terceira implicação envolve a não significância do caminho *Satisfação* → *Intenção de Lealdade*, achado que contrariou algumas pesquisas anteriores. Apesar disso, este resultado corrobora outras pesquisas que indicam a ausência de efeito sobre a lealdade, conforme observado no estudo de Zhou et al. (2017) e, assim como nas pesquisas que não suportaram tal hipótese, neste presente trabalho, acredita-se que o efeito direto da satisfação sob a intenção de lealdade foi minimizado devido ao efeito indireto do valor percebido sob o mesmo e pela ausência de indicador, no determinante *intenção de lealdade*, que permitisse melhor medição do modelo.

Contudo, o modelo reespecificado (Figura 16), a partir dos resultados dos Estudos de caso 1 e 2, foi validado, indicando que a satisfação com o ambiente físico, resultado do serviço e tempo de espera influenciam na satisfação do cliente. Além disso, o valor percebido, impacto da marca (agrupando variáveis de medida que tratam da equidade da marca e compromisso afetivo) e a satisfação influenciam na intenção de lealdade. O modelo de medida da abordagem reespecificado evidenciou que o determinante mais importante para a satisfação foi o *Resultado do Serviço*, enquanto que o *Valor percebido* foi o mais importante para a intenção de lealdade do cliente. Além disso, a significância do caminho *Satisfação* → *Lealdade* sustenta que a integração dos dois modelos utilizados como base à classificação dos clientes é satisfatória.

Quanto à abordagem, apesar da robustez das técnicas utilizadas para analisar os dados, os gestores podem utilizá-la de forma prática, recorrendo, por exemplo, à aplicação das funções de classificação. Ao final do estudo de caso 3, foi possível verificar que três *clusters* melhor explicam o comportamento dos clientes em serviços de saúde.

O primeiro *cluster* está relacionado com clientes cuja avaliação dos itens sugere que ele tem comportamento incerto, tendo em vista que a avaliação da satisfação e lealdade é baixa e, portanto, o seu retorno ao prestador do serviço de saúde não é certo. Além disso, conforme sugeriram Jones e Sasser (1995), esses clientes podem dar relato sobre a má experiência do serviço para outros possíveis clientes e, se voltarem a utilizar o serviço, é por algum motivo que o faz de refém, como por exemplo, a clínica é o único prestador daquele serviço na região ou precisa concluir algum tratamento médico.

O segundo *cluster* comprehende os clientes que têm um comportamento regular. Eles apresentam uma boa avaliação para a satisfação e, apesar de boa, menor quanto à lealdade. Isso sugere que os gestores e profissionais da saúde tenham atenção aos atributos de medida utilizados para classificar os clientes. Estes clientes, apesar de serem regulares, podem ter comportamento próximo aos dos *clientes incógnitas* e, caso conheçam algum outro prestador de serviço que atendam suas necessidades e desejos, podem mudar de prestador de serviço.

O terceiro *cluster* é composto por clientes leais. Eles apresentam excelente avaliação quanto à satisfação e lealdade e demonstram interesse em continuar utilizando o mesmo prestador de serviço. O comportamento destes clientes leais indica que eles compartilham e recomendam o prestador de serviços de saúde a outras pessoas, além poderem demonstrar um comportamento de defesa, caso tenham ciência de alguma crítica à organização. Percebe-se também que há a possibilidade destes clientes informarem *feedbacks* constantes quanto aos serviços prestados, indicando preocupação com a continuidade do padrão dos serviços prestados.

Apesar de Brady e Cronin (2001), Dagger *et al.* (2007), Chen *et al.* (2012), Sahoo e Ghosh (2016) e Zhou *et al.* (2017) evidenciarem esses fatores em seus trabalhos, essa pesquisa diferencia-se dos achados destas pesquisas por agrupar e destacar os fatores como de primeiro nível. Os atributos formaram quatro fatores/determinantes: interação, ambiente físico, resultado do serviço e tempo de espera, sendo esse fator um novo determinante observado a partir das análises dos dados.

Apesar dos achados e das indicações de que os determinantes têm proximidade a outros comuns no segmento de serviços (JOHNSON; HERRMANN; HUBER, 2006; LONIAL; RAJU, 2015; ZHOU *et al.*, 2017), observou-se que os clientes perceberam aspectos técnicos associados a aspectos emocionais, provocando agrupamento dos determinantes Equidade da Marca e Compromisso. Assim, mesmo o modelo inicial (Figura 6) prevendo a existência de quatro determinantes à lealdade (Satisfação, Equidade da Marca, Compromisso Afetivo e Valor Percebido), os achados indicaram que no contexto de serviços de laboratório de análises clínicas, o impacto específico da marca e a sensação positiva que ela gera no paciente não são percebidos de forma isolada e, por isso, as variáveis de medida foram divididas entre os determinantes de Valor Percebido e Compromisso Afetivo. Estes achados reforçam as comparações e análises feitas sobre os principais atributos e determinantes para mensuração da satisfação e lealdade em serviços de saúde.

Diante do exposto e tendo em vista os resultados alcançados, acredita-se que o objetivo geral foi alcançado uma vez que uma abordagem para classificar clientes foi estabelecida e testada. Desta forma, espera-se que este trabalho possa contribuir para manutenção dos bons clientes/pacientes, que são lógicos/racionais e satisfeitos, mas que, principalmente, possa auxiliar no estabelecimento de um relacionamento com os melhores clientes, que são emocionais e leais, que se sentem parte da organização, responsáveis pelo sucesso, desejam e esperam o melhor dela, que auxiliam na melhoria do serviços e, claro, continuam utilizando (recompra) os serviços prestados.

6.1 LIMITAÇÕES E DIFICULDADES DA PESQUISA

Apesar dos resultados e importantes achados deste trabalho, percebem-se algumas limitações e dificuldades que ocorreram no decorrer da pesquisa. Uma das principais limitações trata da ausência de outros determinantes na formação da satisfação e lealdade, tal como o custo de mudança. Outra limitação foi o foco da pesquisa em serviços de saúde, caracterizado como lojas de serviços, o que demanda a aplicação da abordagem proposta em outros segmentos a fim de testar a aderência a outros contextos.

Outra limitação refere-se ao não desenvolvimento efetivo da Etapa 5 da abordagem S-IL.HC, tendo em vista a limitação de tempo para tal aplicação. Além disso, a amostra não probabilística, apesar de apresentar um *n* satisfatório às técnicas utilizadas, poderia ter sido

estratificada por idade, a fim de contemplar clientes com idades acima de 65 anos, pois dados indicam que a população idosa foi uma das maiores em muitos países.

Quanto às dificuldades, a primeira dela relaciona-se à quantidade de tipos de serviços de saúde que são ofertados. Outros serviços poderiam ser contemplados na pesquisa, como laboratórios de imagens (raio-x, ultrassonografia, ressonância magnética, dentre outros), além de outros tipos de clínicas de fisioterapia, por exemplo. Além disso, foi necessária uma forte atuação e estímulo ao público alvo da pesquisa para que participassem do estudo. A complexidade do modelo teórico demandou um grande instrumento de pesquisa, o que tornava longo o tempo para concluir a participação na pesquisa.

6.2 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

Além das limitações serem utilizadas como base para trabalhos futuros, acredita-se que há espaço científico e prático para estudos que lancem luz sobre determinantes como *Equidade da Marca*, *Compromisso Afetivo* e *Interação* e permitam compreender de forma mais profunda, a dinâmica que envolve tais fatores. No que tange ao determinante *Interação*, é possível desenvolver estudos que auxiliem na compreensão ou contribuição com possíveis motivações sobre a razão de não ter sido significante e identificar se idade, tipo de serviço avaliado, exames invasivos (dentre outros) influenciam em tal resultado.

Considerando que a satisfação e lealdade são dois elementos essenciais à sustentabilidade das organizações, recomenda-se que novas pesquisas sejam feitas, tomando como base este trabalho, ponderando o impacto financeiro que cada tipo de cliente pode apresentar à organização. Neste contexto, o modelo de medida do estudo de caso 03 pode ser utilizado como base para proposição de modelos de classificação que utilizem abordagem, por exemplo, multicritério, recorrendo a outras técnicas que não são da área de estatística multivariada.

Além disso, pesquisadores podem desenvolver estudos a fim de compreender o impacto financeiro ou o gasto que cada grupo identificado possui. Neste contexto, cabe mencionar as técnicas *Client Lifetime Value* (CLV) e RFM (Recência, Frequência e Monetária) que

permitirá responder se vale o esforço, por exemplo, para manter um determinado tipo de cliente ou migrar o cliente para outra categoria.

Outra recomendação de trabalho, relaciona-se com o desenvolvimento, aplicação e monitoramento do impacto que ações estratégicas (Etapa 5 da abordagem S-IL.HC) podem ter em cada grupo de clientes e observar o comportamento dos mesmos (se, por exemplo, um cliente incógnita migra para *cluster* 2 ou 3 tendo como efeito catalisador as ações estratégicas).

Por fim, apesar da baixa concorrência no setor (se comparado com outros segmentos da economia), observou-se que as mudanças no cenário que envolve os prestadores de serviços, bem como a competição entre eles, demanda que as organizações maximizem atenção aos determinantes que envolvem a satisfação. Acredita-se que a lealdade dos clientes seja uma das principais metas das organizações, pois os resultados contribuem para alcance de objetivos estratégicos e financeiros das mesmas. Assim, conforme o nível de avaliação dos serviços prestados e a classificação dos clientes pode-se identificar quais são os bons clientes (satisfeitos) e quais os melhores clientes (leais).

REFERÊNCIAS

- ABERA, Rodas Getachew et al. Patient satisfaction with clinical laboratory services at Tikur Anbessa Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia. **Patient preference and adherence**, [s. l.], v. 11, p. 1181–1188, 2017.
- ADAMS, J. S. **Inequity in social exchange**. In**Advances in Experimental Psychology L. Berhowitz**. [s.l.] : New York: Academic Press, 1965.
- AHMED, Selim; TARIQUE, Kazi Md.; ARIF, Ishtiaque. Service quality, patient satisfaction and loyalty in the Bangladesh healthcare sector. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, [s. l.], v. 30, n. 5, p. 477–488, 2017.
- AKAMAVI, Raphaël K. et al. Key determinants of passenger loyalty in the low-cost airline business. **Tourism management**, [s. l.], v. 46, p. 528–545, 2015.
- ALEGRE, Joaquín; CLADERA, Magdalena. Analysing the effect of satisfaction and previous visits on tourist intentions to return. **European Journal of Marketing**, [s. l.], v. 43, n. 5/6, p. 670–685, 2009.
- ALMEIDA, Renato Santos De; BOURLIATAUX-LAJOINIE, Stephane; MARTINS, Mônica. Satisfaction measurement instruments for healthcare service users: a systematic review. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 31, p. 11–25, 2015.
- ALTAF, Mohsin; TABASSUM, Nageena; MOKHTAR, Sany Sanuri Mohd. Brand equity and the role of emergency medical care service quality of private cardiac institutes: An empirical investigation. **International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing**, [s. l.], v. 12, n. 1, p. 44–60, 2018.
- ANDERSON, Eugene W.; FORNELL, Claes; LEHMANN, Donald R. Customer Satisfaction, Market Share, and Profitability: Findings from Sweden. **Journal of Marketing**, [s. l.], v. 58, n. 3, p. 53–66, 1994.
- ANS, Agência Nacional de Saúde Suplementar do Brasil. **Agência busca continuidade da assistência em operadoras mais robustas**. 2017. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/consumidor/4246-ans-busca-continuidade-da-assistencia-em-operadoras-mais-robustas>>. Acesso em: 4 ago. 2018.
- BABIN, Barry J.; BOLES, James S.; GRIFFIN, Mitch. The Moderating Role of Service Environment on the Customer Share → Customer Commitment Relationship. In: **New Meanings for Marketing in a New Millennium**. Developments in Marketing Science:

- Proceedings of the Academy of Marketing Science[s.l.] : Springer, Cham, 2015. p. 266–271.
- BAKAN, Ismail; BUYUKBESE, Tuba; ERSAHAN, Burcu. The impact of total quality service (TQS) on healthcare and patient satisfaction: an empirical study of Turkish private and public hospitals. **The International journal of health planning and management**, [s. l.], v. 29, n. 3, p. 292–315, 2014.
- BALAJI, M. S.; JHA, Subhash; ROYNE, Marla B. Customer e-complaining behaviours using social media. **The Service Industries Journal**, [s. l.], v. 35, n. 11–12, p. 633–654, 2015.
- BATBAATAR, Enkhjargal et al. Conceptualisation of patient satisfaction: a systematic narrative literature review. **Perspectives in Public Health**, [s. l.], v. 135, n. 5, p. 243–250, 2015.
- BATBAATAR, Enkhjargal et al. Determinants of patient satisfaction: a systematic review. **Perspectives in Public Health**, [s. l.], v. 137, n. 2, p. 89–101, 2017.
- BATESON, John EG; HOFFMAN, K. Douglas. Princípios de Marketing de Serviços: conceitos, estratégias e casos. **São Paulo**, Thomson, [s. l.], 2003.
- BELÁS, Jaroslav; CHOCHOL'ÁKOVÁ, Anna; GABCOVÁ, Lenka. Satisfaction and loyalty of banking customers: a gender approach. **Economics & Sociology**, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 176, 2015.
- BIRKELIEN, Natalie L. A Strategic Framework for Improving the Patient Experience in Hospitals. **Journal of Healthcare Management**, [s. l.], v. 62, n. 4, p. 250–259, 2017.
- BOKSBERGER, Philipp E.; MELSEN, Lisa. Perceived value: a critical examination of definitions, concepts and measures for the service industry. **Journal of Services Marketing**, [s. l.], v. 25, n. 3, p. 229–240, 2011.
- BRADY, Michael K.; CRONIN, J. Joseph. Some New Thoughts on Conceptualizing Perceived Service Quality: A Hierarchical Approach. **Journal of Marketing**, [s. l.], v. 65, n. 3, p. 34–49, 2001.
- BRASIL, Ministério da Indústria, Comércio Exterior e Serviços do Brasil. **A importância do Setor Terciário**. 2017. Disponível em: <<http://www.mdic.gov.br/index.php/comercio-servicos/a-secretaria-de-comercio-e-servicos-scs/402-a-importancia-do-setor-terciario>>. Acesso em: 2 maio. 2018.
- BURNHAM, Thomas A.; FRELS, Judy K.; MAHAJAN, Vijay. Consumer switching costs: A

typology, antecedents, and consequences. **Journal of the Academy of marketing Science**, [s. l.], v. 31, n. 2, p. 109–126, 2003.

BUTTIGIEG, Sandra C.; PACE, Adriana; RATHERT, Cheryl. Hospital performance dashboards: a literature review. **Journal of Health Organization and Management**, [s. l.], v. 31, n. 3, p. 385–406, 2017.

CALIŃSKI, Tadeusz; HARABASZ, Jerzy. A dendrite method for cluster analysis. **Communications in Statistics-theory and Methods**, [s. l.], v. 3, n. 1, p. 1–27, 1974.

CARDOZO, Richard N. An experimental study of customer effort, expectation, and satisfaction. **Journal of marketing research**, [s. l.], p. 244–249, 1965.

CASTALDO, Sandro et al. The missing path to gain customers loyalty in pharmacy retail: The role of the store in developing satisfaction and trust. **Research in Social and Administrative Pharmacy**, [s. l.], v. 12, n. 5, p. 699–712, 2016.

CFM, Conselho Federal de Medicina do Brasil. **Com má avaliação da saúde, brasileiros cobram de candidatos medidas para enfrentar crise**. 2018. Disponível em: <<http://www.crmpr.org.br/Com-ma-avaliacao-da-saude-brasileiros-cobram-de-candidatos-medidas-para-enfrentar-crise-11-49539.shtml>>. Acesso em: 4 ago. 2018.

CHAHAL, Hardeep; KUMARI, Neetu. Development of multidimensional scale for healthcare service quality (HCSQ) in Indian context. **Journal of Indian Business Research**, [s. l.], v. 2, n. 4, p. 230–255, 2010.

CHEN, Houn-Gee et al. The impact of financial services quality and fairness on customer satisfaction. **Managing Service Quality: An International Journal**, [s. l.], v. 22, n. 4, p. 399–421, 2012.

CNES, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Consultas**. 2018. Disponível em: <<http://cnes.datasus.gov.br/pages/consultas.jsp>>. Acesso em: 4 ago. 2018.

COOPER, Donald R.; SCHINDLER, Pamela S. **Métodos de Pesquisa em Administração-12ª Edição**. [s.l.] : McGraw Hill Brasil, 2016.

CORRAR, Luiz J.; PAULO, Edilson; DIAS FILHO, José Maria. Análise multivariada: para os cursos de administração, ciências contábeis e economia. **São Paulo: Atlas**, [s. l.], p. 280–323, 2007.

COSTA, Nilson do Rosário. Brazilian healthcare in the context of austerity: private sector

dominant, government sector failing. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 22, n. 4, p. 1065–1074, 2017.

CRONIN JR, J. Joseph; TAYLOR, Steven A. Measuring service quality: a reexamination and extension. **The journal of marketing**, [s. l.], p. 55–68, 1992.

CRONIN JR, J. Joseph; TAYLOR, Steven A. SERVPERF versus SERVQUAL: reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality. **The Journal of marketing**, [s. l.], p. 125–131, 1994.

CUI, Ying et al. The safety attitudes questionnaire in Chinese: psychometric properties and benchmarking data of the safety culture in Beijing hospitals. **BMC health services research**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 590, 2017.

DABHOLKAR, Pratibha A.; THORPE, Dayle I.; RENTZ, Joseph O. A measure of service quality for retail stores: Scale development and validation. **Journal of the Academy of Marketing Science**, [s. l.], v. 24, n. 1, p. 3, 1996.

DAGGER, Tracey S.; SWEENEY, Jillian C.; JOHNSON, Lester W. A Hierarchical Model of Health Service Quality: Scale Development and Investigation of an Integrated Model. **Journal of Service Research**, [s. l.], v. 10, n. 2, p. 123–142, 2007.

DE NEGRI, Fernanda; CAVALCANTE, Luiz Ricardo. **Produtividade no Brasil: desempenho e determinantes**. Brasília: IPEA, 2014. v. 1

DENG, Zhaohua et al. Understanding customer satisfaction and loyalty: An empirical study of mobile instant messages in China. **International journal of information management**, [s. l.], v. 30, n. 4, p. 289–300, 2010.

DENIZCI GUILLET, Basak; GUO, Yuanyuan; LAW, Rob. Segmenting hotel customers based on rate fences through conjoint and cluster analysis. **Journal of Travel & Tourism Marketing**, [s. l.], v. 32, n. 7, p. 835–851, 2015.

DICK, Alan S.; BASU, Kunal. Customer loyalty: toward an integrated conceptual framework. **Journal of the academy of marketing science**, [s. l.], v. 22, n. 2, p. 99–113, 1994.

D’SOUZA, Sunil C.; SEQUEIRA, A. H. Measuring the customer-perceived service quality in health care organization: A case study. **Journal of health management**, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 27–41, 2012.

EGBUJIE, B. A. et al. Impact of ‘Ideal Clinic’ implementation on patient waiting time in

primary healthcare clinics in KwaZulu-Natal Province, South Africa: A before-and-after evaluation. **South African Medical Journal**, [s. l.], v. 108, n. 4, p. 311, 2018.

FABRIGAR, Leandre R.; WEGENER, Duane T. **Exploratory factor analysis**. [s.l.] : Oxford University Press, 2011.

FANG, Jiaming; SHAO, Yunfei; WEN, Chao. Transactional quality, relational quality, and consumer e-loyalty: Evidence from SEM and fsQCA. **International Journal of Information Management**, [s. l.], v. 36, n. 6, p. 1205–1217, 2016.

FANG, Yu-Hui; CHIU, Chao-Min; WANG, Eric TG. Understanding customers' satisfaction and repurchase intentions: An integration of IS success model, trust, and justice. **Internet Research**, [s. l.], v. 21, n. 4, p. 479–503, 2011.

FIELD, Andy. **Discovering Statistics Using SPSS**. 4. ed. [s.l.] : SAGE Publications, 2013.

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. **Complexo Econômico e Industrial da Saúde**. 2017. Disponível em: <<https://saudeamanha.fiocruz.br/complexo-economico-e-industrial-da-saude/#.W2XEUyhKiUl>>. Acesso em: 4 ago. 2018.

FORNELL, Claes; LARCKER, David F. Evaluating Structural Equation Models with Unobservable Variables and Measurement Error. **Journal of Marketing Research**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 39–50, 1981.

FORZA, Cipriano. Survey research in operations management: a process-based perspective. **International Journal of Operations & Production Management**, [s. l.], v. 22, n. 2, p. 152–194, 2002.

FRAERING, Martin; S. MINOR, Michael. Beyond loyalty: customer satisfaction, loyalty, and fortitude. **Journal of Services Marketing**, [s. l.], v. 27, n. 4, p. 334–344, 2013.

FROHLICH, Mark; VOSS, Chris; TSIKRIKTSIS, Nikos. Case research in operations management. **International Journal of Operations & Production Management**, [s. l.], v. 22, n. 2, p. 195–219, 2002.

FU, Xin et al. User segmentation for retention management in online social games. **Decision Support Systems**, [s. l.], v. 101, p. 51–68, 2017.

FULLERTON, Gordon. The service quality–loyalty relationship in retail services: does commitment matter? **Journal of Retailing and Consumer Services**, [s. l.], v. 12, n. 2, p. 99–111, 2005.

GAMEDZE-MSHAYISA, Dumsile Innocentia et al. Factors associated with women's perception of and satisfaction with quality of intrapartum care practices in Swaziland. **Midwifery**, [s. l.], v. 57, p. 32–38, 2018.

GIL, Antonio Carlos. **Estudo de caso: fundamentação científica: subsídios para coleta e análise de dados, como redigir o relatório**. [s.l.] : Editora Atlas SA, 2000.

GIL, Antonio Carlos. **Estudo de caso**. [s.l.] : Atlas, 2009.

GRÖNROOS, Christian. A Service Quality Model and its Marketing Implications. **European Journal of Marketing**, [s. l.], v. 18, n. 4, p. 36–44, 1984.

GRYTEN, Jostein; HOLST, Dorthe; SKAU, Irene. Incentives and remuneration systems in dental services. **International Journal of Health Care Finance and Economics**, [s. l.], v. 9, n. 3, p. 259–278, 2009.

GÜÇDEMİR, Hülya; SELİM, Hasan. Integrating multi-criteria decision making and clustering for business customer segmentation. **Industrial Management & Data Systems**, [s. l.], v. 115, n. 6, p. 1022–1040, 2015.

HAIR, Joseph F. et al. Multivariate data analysis . Uppersaddle River. **Multivariate Data Analysis (7th ed)**, [s. l.], 2010.

HONG, Kwan Soo; LEE, DonHee. Impact of operational innovations on customer loyalty in the healthcare sector. **Service Business**, [s. l.], v. 12, n. 3, p. 575–600, 2018.

HOSSEINI, Zeinab Zare; MOHAMMADZADEH, Mahdi. Knowledge discovery from patients' behavior via clustering-classification algorithms based on weighted eRFM and CLV model: An empirical study in public health care services. **Iranian journal of pharmaceutical research: IJPR**, [s. l.], v. 15, n. 1, p. 355, 2016.

HOVLAND, Carl I.; HARVEY, O. J.; SHERIF, Muzafer. Assimilation and contrast effects in reactions to communication and attitude change. **The Journal of Abnormal and Social Psychology**, [s. l.], v. 55, n. 2, p. 244, 1957.

HUNT, Shelby D. **Foundations of Marketing Theory: Toward a General Theory of Marketing**. 1 edition ed. Armonk, N.Y: Routledge, 2002.

HUSSAIN, Rahim; AL NASSER, Amjad; HUSSAIN, Yomna K. Service quality and customer satisfaction of a UAE-based airline: An empirical investigation. **Journal of Air Transport Management**, [s. l.], v. 42, p. 167–175, 2015.

- IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Coordenação de Contas Nacionais. **Conta-satélite de saúde: Brasil: 2010-2015**. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. v. 1 Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101437>>. Acesso em: 4 ago. 2018.
- ISMAIL, Azman; YUNAN, Y. M. Service quality as a predictor of customer satisfaction and customer loyalty. **LogForum**, [s. l.], v. 12, n. 4, p. 269--283, 2016.
- JAAPAR, Mustaffa et al. Dental tourism: Examining tourist profiles, motivation and satisfaction. **Tourism Management**, [s. l.], v. 61, p. 538–552, 2017.
- JAIN, Anil K. Data clustering: 50 years beyond K-means. **Pattern recognition letters**, [s. l.], v. 31, n. 8, p. 651–666, 2010.
- JAIYEOBA, Olumide Olasimbo; CHIMBISE, Totwana Tito; ROBERTS-LOMBARD, Mornay. E-service usage and satisfaction in Botswana. **African Journal of Economic and Management Studies**, [s. l.], v. 9, n. 1, p. 2–13, 2018.
- JOHNSON, Michael D.; HERRMANN, Andreas; HUBER, Frank. The evolution of loyalty intentions. **Journal of marketing**, [s. l.], v. 70, n. 2, p. 122–132, 2006.
- JOHNSON, Richard A.; WICHERN, Dean W. **Applied Multivariate Statistical Analysis**. 6 edition ed. Upper Saddle River, N.J: Pearson, 2007.
- JONES, Thomas O.; SASSER, W. Earl. **Why Satisfied Customers Defect**. 1995. Disponível em: <<https://hbr.org/1995/11/why-satisfied-customers-defect>>. Acesso em: 25 jan. 2018.
- KARTHIYAYINI, Nagarajan; RAJENDRAN, Chandrasekharan. Critical factors and performance indicators: accreditation of testing- and calibration-laboratories. **Benchmarking: An International Journal**, [s. l.], v. 24, n. 7, p. 1814–1833, 2017.
- KASIRI, Leila Agha et al. Integration of standardization and customization: Impact on service quality, customer satisfaction, and loyalty. **Journal of Retailing and Consumer Services**, [s. l.], v. 35, p. 91–97, 2017.
- KELLER, Kevin Lane; KOTLER, Philip. **Marketing management**. [s.l.] : Pearson, 2016.
- KEMP, Elyria; POOLE, Sonja Martin. What's love got to do with it? Investigating consumer commitment in health care. **Health marketing quarterly**, [s. l.], v. 34, n. 2, p. 113–127, 2017.
- KEVREKIDIS, Dimitrios Phaedon et al. Community pharmacy customer segmentation based

on factors influencing their selection of pharmacy and over-the-counter medicines. **Saudi Pharmaceutical Journal**, [s. l.], 2017.

KIM, Chang Eun et al. Quality of medical service, patient satisfaction and loyalty with a focus on interpersonal-based medical service encounters and treatment effectiveness: a cross-sectional multicenter study of complementary and alternative medicine (CAM) hospitals. **BMC complementary and alternative medicine**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 174, 2017.

KIM, Dan J.; FERRIN, Donald L.; RAO, H. Raghav. Trust and satisfaction, two stepping stones for successful e-commerce relationships: A longitudinal exploration. **Information systems research**, [s. l.], v. 20, n. 2, p. 237–257, 2009.

KLINE, Rex B. **Principles and practice of structural equation modeling**. 3. ed. [s.l.] : Guilford publications, 2015.

KOTLER, Philip. **Marketing para o Século XXI**. [s.l.] : Futura, 2000.

KUMAR RANGANATHAN, Sampath et al. Affective and cognitive antecedents of customer loyalty towards e-mail service providers. **Journal of Services Marketing**, [s. l.], v. 27, n. 3, p. 195–206, 2013.

KWON, Hyorkjin; HA, Sejin; IM, Hyunjoo. The impact of perceived similarity to other customers on shopping mall satisfaction. **Journal of Retailing and Consumer Services**, [s. l.], v. 28, p. 304–309, 2016.

LATANÉ, Bibb. The psychology of social impact. **American Psychologist**, [s. l.], v. 36, n. 4, p. 343–356, 1981.

LEE, Daeyong; ZHANG, Fan Alicia. Impact of the Medicaid expansion on US health services firms: Evidence from the 2010 Affordable Care Act. **Finance Research Letters**, [s. l.], v. 21, p. 172–177, 2017.

LEE, Kun Chang; CHUNG, Namho. Understanding factors affecting trust in and satisfaction with mobile banking in Korea: A modified DeLone and McLean's model perspective. **Interacting with computers**, [s. l.], v. 21, n. 5–6, p. 385–392, 2009.

LEE, Sang M.; LEE, DonHee; KANG, Chang-Yuil. The impact of high-performance work systems in the health-care industry: employee reactions, service quality, customer satisfaction, and customer loyalty. **The Service Industries Journal**, [s. l.], v. 32, n. 1, p. 17–36, 2012.

LEE, Wan-I.; CHEN, Cheng-Wu; WU, Chung-Han. Relationship between quality of medical

- treatment and customer satisfaction-a case study in dental clinic association. [s. l.], 2010.
- LEI, Ping; JOLIBERT, Alain. A three-model comparison of the relationship between quality, satisfaction and loyalty: an empirical study of the Chinese healthcare system. **BMC Health Services Research**, [s. l.], v. 12, n. 1, p. 436, 2012.
- LEROI-WERELDS, Sara et al. Assessing the value of commonly used methods for measuring customer value: A multi-setting empirical study. **Journal of the Academy of Marketing Science**, [s. l.], v. 42, n. 4, p. 430–451, 2014.
- LEUNG, J. et al. Factors Influencing the Overall Satisfaction in Patients With Severe Brain Injury With Physiotherapy Services During Inpatient Rehabilitation. **The Journal of head trauma rehabilitation**, [s. l.], 2017. Disponível em: <<http://europepmc.org/abstract/med/29271787>>. Acesso em: 26 fev. 2018.
- LIN, Chiu Hui; WU, Chih-Wen; CHENG, Yi-Han. The empirical study of consumers' loyalty for display technology. **Journal of Business Research**, [s. l.], v. 68, n. 11, p. 2260–2265, 2015.
- LONIAL, Subash; RAJU, P. S. Impact of service attributes on customer satisfaction and loyalty in a healthcare context. **Leadership in Health Services**, [s. l.], 2015. Disponível em: <<http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/LHS-12-2013-0045>>. Acesso em: 25 jan. 2018.
- LOVELOCK, Christopher H. Classifying services to gain strategic marketing insights. **The Journal of Marketing**, [s. l.], p. 9–20, 1983.
- LOVELOCK, Christopher H.; WRIGHT, Lauren. Serviços, marketing e gestão. **São Paulo: Saraiva**, [s. l.], 2001.
- MACEDO, Giselle Pinto de Oliveira Sá et al. Satisfaction of quality of care in a Pediatric Emergency Room. **Acta Paulista de Enfermagem**, [s. l.], v. 30, n. 6, p. 635–643, 2017.
- MAHAPATRA, Sabita. Impact of participation on behaviour outcomes in health care service. **Benchmarking: An International Journal**, [s. l.], v. 24, n. 4, p. 1082–1098, 2017.
- MARÔCO, João. **Análise de Equações Estruturais: Fundamentos teóricos, software & Aplicações**. 2^a ed. [s.l.] : 2014, 2014.
- MEESALA, Appalayya; PAUL, Justin. Service quality, consumer satisfaction and loyalty in hospitals: Thinking for the future. **Journal of Retailing and Consumer Services**, [s. l.], v.

40, p. 261–269, 2018.

MITROPOULOS, Panagiotis; VASILEIOU, Konstantinos; MITROPOULOS, Ioannis. Understanding quality and satisfaction in public hospital services: A nationwide inpatient survey in Greece. **Journal of Retailing and Consumer Services**, [s. l.], v. 40, p. 270–275, 2018.

MOEN, Ronald; NORMAN, Clifford. **Evolution of the PDCA cycle**. [s.l: s.n.].

MOLINER, Miguel A. Loyalty, perceived value and relationship quality in healthcare services. **Journal of service management**, [s. l.], v. 20, n. 1, p. 76–97, 2009.

MORGAN, Robert M.; HUNT, Shelby D. The commitment-trust theory of relationship marketing. **The journal of marketing**, [s. l.], p. 20–38, 1994.

MORGESON, Forrest V. et al. An investigation of the cross-national determinants of customer satisfaction. **Journal of the Academy of Marketing Science**, [s. l.], v. 39, n. 2, p. 198–215, 2011.

MY, Mai Thi Thuy et al. Family Doctor Service in Vietnam: An Investigation of Factors Affecting Customer Satisfaction and Customer Loyalty. In: 6TH INTERNATIONAL CONFERENCE ON THE DEVELOPMENT OF BIOMEDICAL ENGINEERING IN VIETNAM (BME6) 2017, *Anais...* . In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON THE DEVELOPMENT OF BIOMEDICAL ENGINEERING IN VIETNAM. : Springer, Singapore, 2017. Disponível em: <https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-981-10-4361-1_31>. Acesso em: 7 ago. 2018.

NAIKER, Ugenthiri et al. Time to wait: a systematic review of strategies that affect out-patient waiting times. **Australian Health Review**, [s. l.], v. 42, n. 3, p. 286, 2018.

NEWMAN, Joseph W.; WERBEL, Richard A. Multivariate Analysis of Brand Loyalty for Major Household Appliances. **Journal of Marketing Research**, [s. l.], v. 10, n. 4, p. 404–409, 1973.

NOYAN, Fatma; ŞİMŞEK, Gülhayat Gölbaşı. The antecedents of customer loyalty. **Procedia-Social and Behavioral Sciences**, [s. l.], v. 109, p. 1220–1224, 2014.

NYFFENEGGER, Bettina et al. Service brand relationship quality: hot or cold? **Journal of Service Research**, [s. l.], v. 18, n. 1, p. 90–106, 2015.

OBEIDAT, Zaid Mohammad Ibrahim et al. Consumer Revenge Using the Internet and Social

Media: An Examination of the Role of Service Failure Types and Cognitive Appraisal Processes. **Psychology & Marketing**, [s. l.], v. 34, n. 4, p. 496–515, 2017.

OLIVER, Richard L. Whence consumer loyalty? **the Journal of Marketing**, [s. l.], p. 33–44, 1999.

OLIVER, Richard L. **Satisfaction: A behavioral perspective on the consumer**. [s.l.] : Routledge, 2014.

OLIVER, Richard L.; DESARBO, Wayne S. Response determinants in satisfaction judgments. **Journal of consumer research**, [s. l.], v. 14, n. 4, p. 495–507, 1988.

OSEI-FRIMPONG, Kofi; WILSON, Alan; LEMKE, Fred. Patient co-creation activities in healthcare service delivery at the micro level: the influence of online access to healthcare information. **Technological Forecasting and Social Change**, [s. l.], 2018.

OTT, R. Lyman; LONGNECKER, Micheal T. **An introduction to statistical methods and data analysis**. [s.l.] : Nelson Education, 2015.

ÖZER, Leyla; BAŞGÖZE, Pınar; KARAHAN, Ayça. The association between perceived value and patient loyalty in public university hospitals in Turkey. **Total Quality Management & Business Excellence**, [s. l.], v. 28, n. 7–8, p. 782–800, 2017.

PARASURAMAN, Ananthanarayanan; ZEITHAML, Valarie A.; BERRY, Leonard L. Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: implications for further research. **the Journal of Marketing**, [s. l.], p. 111–124, 1994.

PARASURAMAN, Arun; BERRY, Leonard L.; ZEITHAML, Valarie A. Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale. **Journal of retailing**, [s. l.], v. 67, n. 4, p. 420, 1991.

PEKER, Serhat; KOCYIGIT, Altan; EREN, P. Erhan. A hybrid approach for predicting customers' individual purchase behavior. **Kybernetes**, [s. l.], v. 46, n. 10, p. 1614–1631, 2017.

PLEBANI, Mario. Clinical laboratory: bigger is not always better. **Diagnosis**, [s. l.], v. 5, n. 2, p. 41–46, 2018.

PORTER, Michael E.; TEISBERG, Elizabeth Olmsted. **Redefining health care: creating value-based competition on results**. [s.l.] : Harvard Business Press, 2006.

RAMANATHAN, Ramakrishnan; DI, Yun; RAMANATHAN, Usha. Moderating roles of customer characteristics on the link between service factors and satisfaction in a buffet

- restaurant. **Benchmarking: An International Journal**, [s. l.], v. 23, n. 2, p. 469–486, 2016.
- RAMANI, Girish; KUMAR, V. Interaction Orientation and Firm Performance. **Journal of Marketing**, [s. l.], v. 72, n. 1, p. 27–45, 2008.
- RANGHCHIAN, Maryam et al. Performance model of community pharmacies in low-middle income countries: A societal perspective. **Journal of Retailing and Consumer Services**, [s. l.], v. 40, p. 241–248, 2018.
- RAVICHANDRAN, Natraj. Dimensions of patient loyalty and switching intention: Relational outcomes for benchmarking approach. **International Journal of Healthcare Management**, [s. l.], v. 8, n. 4, p. 209–216, 2015.
- RIVERS, Patrick A.; GLOVER, Saundra H. Health care competition, strategic mission, and patient satisfaction: research model and propositions. **Journal of Health Organization and Management**, [s. l.], v. 22, n. 6, p. 627–641, 2008.
- ROESCH, Sylvia Maria Azevedo; BECKER, Grace Vieira; DE MELLO, Maria Ivone. **Projetos de estágio e de pesquisa em administração: guia para estágios, trabalhos de conclusão, dissertações e estudos de caso** . [s.l.] : Editora Atlas SA, 2000.
- ROQUE, Hugo; VELOSO, Ana; FERREIRA, Pedro L. Portuguese version of the EUROPEP questionnaire: contributions to the psychometric validation. **Revista de saude publica**, [s. l.], v. 50, p. 61, 2016.
- RUST, Roland T.; OLIVER, Richard L. Service Quality: Insights and Managerial Implications from the Frontier. In: **Service Quality: New Directions in Theory and Practice**. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc., 1994. p. 1–20.
- RYU, Kisang; HAN, Heesup. Influence of the Quality of Food, Service, and Physical Environment on Customer Satisfaction and Behavioral Intention in Quick-Casual Restaurants: Moderating Role of Perceived Price. **Journal of Hospitality & Tourism Research**, [s. l.], v. 34, n. 3, p. 310–329, 2010.
- RYU, Kisang; LEE, Hye-Rin; GON KIM, Woo. The influence of the quality of the physical environment, food, and service on restaurant image, customer perceived value, customer satisfaction, and behavioral intentions. **International Journal of Contemporary Hospitality Management**, [s. l.], v. 24, n. 2, p. 200–223, 2012.
- S. DAY, George. A Two - Dimensional Concept to Brand Loyalty. [s. l.], v. 132, 1969.

- SADEH, Ehsan. Interrelationships among quality enablers, service quality, patients' satisfaction and loyalty in hospitals. **The TQM Journal**, [s. l.], v. 29, n. 1, p. 101–117, 2017.
- SAG, I.; ZENGUL, F. D.; LANDRY, A. Y. Patient Perceptions of Servicescape in Healthcare: A Systematic Review of the Literature. **Journal of healthcare management/American College of Healthcare Executives**, [s. l.], v. 63, n. 2, p. 94, 2018.
- SAHOO, Debjani; GHOSH, Tathagata. Healthscape role towards customer satisfaction in private healthcare. **International journal of health care quality assurance**, [s. l.], v. 29, n. 6, p. 600–613, 2016.
- SALEGNA, Gary. Classification model and e-loyalty implications for online services. **International Journal of Quality and Service Sciences**, [s. l.], p. 00–00, 2018.
- SCHREIBER, Florian. Identification of customer groups in the German term life market: a benefit segmentation. **Annals of Operations Research**, [s. l.], v. 254, n. 1–2, p. 365–399, 2017.
- SHABBIR, Asma; MALIK, Shahab Alam; MALIK, Shujah Alam. Measuring patients' healthcare service quality perceptions, satisfaction, and loyalty in public and private sector hospitals in Pakistan. **International Journal of Quality & Reliability Management**, [s. l.], v. 33, n. 5, p. 538–557, 2016.
- SHARMA, Vinay. Patient satisfaction and brand loyalty in health-care organizations in India. **Journal of Asia Business Studies**, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 73–87, 2017.
- SHETH, Jagdish N.; NEWMAN, Bruce I.; GROSS, Barbara L. Consumption values and market choice. Cincinnati. **Ohio: South Wester Publishing**, [s. l.], 1991.
- SILVA, Pollyane Liliane et al. Triage in an adult emergency service: patient satisfaction. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, [s. l.], v. 50, n. 3, p. 427–433, 2016.
- SINGH GAUR, Sanjaya et al. Relational impact of service providers' interaction behavior in healthcare. **Managing Service Quality: An International Journal**, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 67–87, 2011.
- SIRDESHMUKH, Deepak; SINGH, Jagdip; SABOL, Barry. Consumer trust, value, and loyalty in relational exchanges. **Journal of marketing**, [s. l.], v. 66, n. 1, p. 15–37, 2002.
- SOARES SANTOS, Isabela; BORGES DOS SANTOS, Maria Angelica; DA COSTA LEITE BORGES, Danielle. Mix público-privado no sistema de saúde brasileiro: realidade e futuro do

SUS. [s. l.], 2013.

STOCK, Ruth Maria. How does product program innovativeness affect customer satisfaction? A comparison of goods and services. **Journal of the Academy of Marketing Science**, [s. l.], v. 39, n. 6, p. 813–827, 2011.

SUESS, Courtney; MODY, Makarand. The influence of hospitable design and service on patient responses. **The Service Industries Journal**, [s. l.], v. 38, n. 1–2, p. 127–147, 2018.

SUMAEDI, Sik; YARMEN, Medi; BAKTI, I. Gede Mahatma Yuda. Healthcare service quality model: A multi-level approach with empirical evidence from a developing country. **International Journal of Productivity and Performance Management**, [s. l.], v. 65, n. 8, p. 1007–1024, 2016.

SUNDER, Vijaya M. Constructs of quality in higher education services. **International Journal of Productivity and Performance Management**, [s. l.], v. 65, n. 8, p. 1091–1111, 2016.

TADEU, Benvindo Toni Maria; GEELHOED, Diederike. “This thing of testing our blood is really very important”: a qualitative study of primary care laboratory services in Tete Province, Mozambique. **International Journal for Equity in Health**, [s. l.], v. 15, n. 1, 2016. Disponível em: <<http://equityhealthj.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12939-016-0418-5>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

TANAKA, Jeffrey S. “How big is big enough?”: Sample size and goodness of fit in structural equation models with latent variables. **Child development**, [s. l.], p. 134–146, 1987.

TERWEE, Caroline B. et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **Journal of clinical epidemiology**, [s. l.], v. 60, n. 1, p. 34–42, 2007.

TINOCO, Maria Auxiliadora Cannarozzo; RIBEIRO, José Luis Duarte. Modeling customer satisfaction determinants in services: a robust approach. **Production**, [s. l.], v. 24, n. 1, p. 104–117, 2014.

TORRES, Eduardo; VASQUEZ-PARRAGA, Arturo Z.; BARRA, Cristobal. The path of patient loyalty and the role of doctor reputation. **Health Marketing Quarterly**, [s. l.], v. 26, n. 3, p. 183–197, 2009.

TRINH, Hanh Q.; BEGUN, James W. The proliferation of elective services in US urban hospitals. **Health care management review**, [s. l.], v. 42, n. 2, p. 184–190, 2017.

TUAN, Luu Trong. Clinical governance, corporate social responsibility, health service quality, and brand equity. **Clinical Governance: An International Journal**, [s. l.], v. 19, n. 3, p. 215–234, 2014.

TURAN, Aygül; BOZAYKUT-BÜK, Tuba. Analyzing perceived healthcare service quality on patient related outcomes. **International Journal of Quality and Service Sciences**, [s. l.], v. 8, n. 4, p. 478–497, 2016.

TURKYILMAZ, Ali et al. Universal structure modeling approach to customer satisfaction index. **Industrial Management & Data Systems**, [s. l.], 2013. Disponível em: <<http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/IMDS-12-2012-0444>>. Acesso em: 25 jan. 2018.

VALOR, Jornal Valor Econômico. **Setor de serviços inicia 2018 com recuo de 1,9%, mostra IBGE | Valor Econômico**. 2018. Disponível em: <<https://www.valor.com.br/brasil/5389313/setor-de-servicos-inicia-2018-com-recuo-de-19-mostra-ibge>>. Acesso em: 3 ago. 2018.

VAN HUY, Nguyen et al. Patient satisfaction with health care services at a national institute of ophthalmology. **The International Journal of Health Planning and Management**, [s. l.], v. 33, n. 1, p. e251–e262, 2018.

VEGA-VAZQUEZ, Manuela; ÁNGELES REVILLA-CAMACHO, María; J. COSSÍO-SILVA, Francisco. The value co-creation process as a determinant of customer satisfaction. **Management Decision**, [s. l.], v. 51, n. 10, p. 1945–1953, 2013.

VEJA, Jornal Veja. **Plano de saúde é 3º maior desejo dos brasileiros**. 2015. Disponível em: <<https://veja.abril.com.br/saude/plano-de-saude-e-3o-maior-desejo-dos-brasileiros-diz-pesquisa/>>. Acesso em: 4 ago. 2018.

VERDEGEM, Pieter; VERLEYE, Gino. User-centered E-Government in practice: A comprehensive model for measuring user satisfaction. **Government information quarterly**, [s. l.], v. 26, n. 3, p. 487–497, 2009.

VIANA, Ana Luiza D'Ávila et al. Development policy for the Brazilian health industry and qualification of national public laboratories. **Cadernos De Saude Publica**, [s. l.], v. 32Suppl 2, n. Suppl 2, p. e00188814, 2016.

VIEIRA, Fabiola Sulpino; DOS SANTOS, Maria Angélica Borges. Contingenciamento do pagamento de despesas e restos a pagar no orçamento federal do SUS. **Revista de**

Administração Pública, [s. l.], 2018.

WEINER, Bernard. An attributional theory of achievement motivation and emotion. **Psychological review**, [s. l.], v. 92, n. 4, p. 548, 1985.

WEINER, Bernard et al. Perceiving the causes of success and failure. In: PREPARATION OF THIS PAPER GREW OUT OF A WORKSHOP ON ATTRIBUTION THEORY HELD AT UNIVERSITY OF CALIFORNIA, LOS ANGELES, AUG 1969. 1987, **Anais...** : Lawrence Erlbaum Associates, Inc, 1987.

WOODRUFF, Robert B. Customer value: the next source for competitive advantage. **Journal of the academy of marketing science**, [s. l.], v. 25, n. 2, p. 139, 1997.

XU, T. S. et al. Hierarchical K-means Method for Clustering Large-Scale Advanced Metering Infrastructure Data. **IEEE Transactions on Power Delivery**, [s. l.], v. 32, n. 2, p. 609–616, 2017.

YAGHOUBI, Maryam et al. Modeling the brand loyalty of medical services in Iran's Military Hospitals. **Annals of Tropical Medicine and Public Health**, [s. l.], v. 10, n. 4, p. 841, 2017.

YANG, Zhilin; PETERSON, Robin T. Customer perceived value, satisfaction, and loyalty: The role of switching costs. **Psychology and Marketing**, [s. l.], v. 21, n. 10, p. 799–822, 2004.

YANUAR, Ferra. Validity test and its consistency in the construction of patient loyalty model. In: AIP CONFERENCE PROCEEDINGS 2016, **Anais...** : AIP Publishing, 2016.

YARMEN, Medi et al. Investigating patient loyalty: An integrated framework for trust, subjective norm, image, and perceived risk (a case study in Depok, Indonesia). **International Journal of Quality and Service Sciences**, [s. l.], v. 8, n. 2, p. 179–196, 2016.

YARNOLD, P. R. et al. Predicting patient satisfaction: a study of two emergency departments. **Journal of Behavioral Medicine**, [s. l.], v. 21, n. 6, p. 545–563, 1998.

YE, Jun; DONG, Beibei; LEE, Ju-Yeon. The long-term impact of service empathy and responsiveness on customer satisfaction and profitability: a longitudinal investigation in a healthcare context. **Marketing Letters**, [s. l.], v. 28, n. 4, p. 551–564, 2017.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso-: Planejamento e Métodos**. [s.l.] : Bookman editora, 2015.

ZAREI, Ehsan et al. Understanding patients' behavioral intentions: Evidence from Iran's private hospitals industry. **Journal of Health Organization and Management**, [s. l.], v. 28,

n. 6, p. 795–810, 2014.

ZEITHAML, Valarie A.; BERRY, Leonard L.; PARASURAMAN, Ananthanarayanan. The behavioral consequences of service quality. **the Journal of Marketing**, [s. l.], p. 31–46, 1996.

ZEITHAML, Valarie A.; BITNER, Mary Jo; GREMLER, Dwayne D. **Marketing de Serviços-: A Empresa com Foco no Cliente**. [s.l.] : AMGH Editora, 2014.

ZHOU, Wei-Jiao et al. Determinants of patient loyalty to healthcare providers: An integrative review. **International Journal for Quality in Health Care**, [s. l.], p. 1–8, 2017.

APÊNDICE A – QUESTÕES COMUNS AO INSTRUMENTO DE PESQUISA PARA MENSURAR SATISFAÇÃO E LEALDADE

Pesquisa sobre satisfação e lealdade em Clínicas de Saúde

Estimado(a),

Estamos realizando uma pesquisa com objetivo de mensurar o nível de satisfação e lealdade a serviços prestados por Clínicas de Saúde.

Sua participação é voluntária e sigilosa, por isso, leia atentamente as instruções e responda com o máximo de sinceridade.

Sua participação levará pouco tempo.

Agradecemos a participação!

Consentimento de participação

Aceita participar da pesquisa?

Por favor, assinale o campo "Concordo", se concordar em participar da pesquisa; ou assinale o campo "Não concordo", se não concordar em participar da pesquisa. Sua participação é voluntária e sigilosa.

- Concordo
- Não concordo

Apenas maiores de 18 anos de idade podem participar da pesquisa. Caso não tenha essa idade mínima, agradecemos a sua participação.

Qual sua idade?

- De 18 a 21 anos
- De 22 a 26 anos
- De 27 a 31 anos
- De 32 a 40 anos
- De 41 a 50 anos
- De 51 a 60 anos
- De 61 a 65 anos
- Mais de 66 anos

Qual tipo de serviços você deseja avaliar?

- Consultório odontológico
- Clínica de médica

A sua participação é muito importante para nós!

Por isso, responda todas as questões, MESMO que algumas questão sejam parecidas.

A última consulta que você fez no tipo de serviço que irá avaliar, foi feito clínica/consultório:

- Particular ou por meio de plano de saúde
- No serviço público

Com qual frequência utiliza esse serviço?

- 1 vez por mês
- 1 vez a cada três meses
- 2 vezes por ano
- 1 vez por ano
- Outro: _____

Está fazendo algum tratamento/terapia de longo prazo (mais de 3 consultas) na mesma clínica/consultório?

- Sim
- Não

Você SEMPRE utiliza a mesma clínica/consultório quando precisa fazer algum procedimento?

- Sim
- Não

Em qual cidade você fez a consulta?

Sua resposta _____

Auto-classificação. Marque apenas UMA das opções abaixo que melhor representa seu sentimento em relação ao serviço prestado.

- Sou satisfeito e sempre volto à mesma clínica/consultório
- Sou satisfeito, porém escolho uma clínica/consultório de forma aleatoriamente
- Sou insatisfeito, mas não tenho outra opção de clínica/consultório
- Sou insatisfeito, não volto a utilizar o serviço e falarei para outras pessoas sobre minha experiência negativa

A questão de autoclassificação (última desta página), na coleta real, é a última questão técnica que o participante responde. Está junto as questões iniciais pois foi utilizada em ambos instrumentos (satisfação e lealdade).

Perfil e caracterização do(a) participante da pesquisa

Gênero

- Feminino
- Masculino
- Outro

Estado civil

- Solteiro(a)
- Casado(a) / União Estável
- Divorciado(a)
- Outros

Nível de Escolaridade

Escolha a que melhor enquadra sua formação

- Ensino fundamental incompleto
- Ensino fundamental completo
- Ensino médio incompleto
- Ensino médio completo
- Ensino superior incompleto
- Ensino superior completo
- Pós-graduação

Renda individual

- Não possui renda OU ate R\$ 937,00
- R\$ 937,01 ate R\$ 1.874,00
- R\$ 1.874,01 ate R\$ 4.685,00
- R\$ 4.685,01 ate R\$ 9.370,00
- Acima de R\$ 9.370,01

Ocupação (em qual segmento atua)

- Empregado com carteira assinada
- Empregado sem carteira assinada
- Concursado estatutário/CLT;
- Pensionista / Aposentado
- Autônomo
- Desempregado a menos de um ano
- Desempregado a mais de um ano
- Proprietário/ Empregador
- Não trabalha
- Estagiário / Estudante
- Outro: _____

APÊNDICE B – QUESTÕES ESPECÍFICAS DO INSTRUMENTO DE PESQUISA PARA MENSURAR SATISFAÇÃO

Mensurar satisfação

Caso responda o questionário utilizando celular ou tablet, sugerimos deixar a tela na horizontal (deltada) pois ajudará na visualização das perguntas.

Mensuração da Satisfação

Para cada afirmativa, marque apenas UMA opção da escala de avaliação (imagem abaixo) que melhor representa a sua opinião.

Todas as afirmativas desta seção/página buscam mensurar sua SATISFAÇÃO com os serviços prestados pela clínica/consultório na qual você fez a última consulta.

Responda todas as questões, MESMO que algumas questão sejam parecidas.

Valores e significados da Escala de Avaliação



	Discordo totalmente	Discordo em partes	Neutro / Indiferente	Concordo em partes	Concordo Totalmente
No geral, eu diria que a qualidade da minha interação com os funcionários da clínica/consultório é satisfatória.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Você contou com uma atitude amigável dos funcionários	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A atitude dos funcionários demonstrava a vontade deles em me ajudar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A atitude dos funcionários me mostrava que eles entendiam minhas necessidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu pude contar com a iniciativa dos funcionários para atender minhas necessidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A qualidade da minha interação com os funcionários da clínica/consultório é alta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Discordo totalmente	Discordo em partes	Neutro / Indiferente	Concordo em partes	Concordo Totalmente
Os funcionários responderam rapidamente as minhas necessidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O comportamento dos funcionários indicava que eles entendiam minhas necessidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Você pôde contar com os conhecimentos técnicos e operacionais que os funcionários da clínica/consultório tinham do trabalho que eles realizavam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os funcionários foram capazes de responder rapidamente minhas dúvidas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os funcionários perceberam que eu confio no conhecimento deles para atender minhas necessidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Discordo totalmente	Discordo em partes	Neutro / Indiferente	Concordo em partes	Concordo Totalmente
As instalações físicas da clínica/consultório são uma das melhores do mercado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minha avaliação quanto ao ambiente físico é alta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sempre encontro uma atmosfera (ambiente físico) agradável na clínica/consultório	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O ambiente físico da clínica/consultório é o que eu procuro no segmento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto que a clínica/consultório entende que um ambiente físico agradável é importante pra mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Discordo totalmente	Discordo em partes	Neutro / Indiferente	Concordo em partes	Concordo Totalmente
A clínica/consultório sempre me impressiona com novidades na forma da prestação do serviço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto que a clínica/consultório entende que a forma como ele presta o serviço é importante pra mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os demais clientes da clínica/consultório me passam uma boa impressão do serviço prestado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A presença de outros clientes não interfere na capacidade da clínica/consultório me fornecer um bom serviço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A clínica/consultório percebe que outros clientes afetam minha percepção do serviço prestado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A forma da prestação dos serviços atende minhas necessidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Discordo totalmente	Discordo em partes	Neutro / Indiferente	Concordo em partes	Concordo Totalmente
Eu sempre tenho uma excelente experiência quando utilizo os serviços da clínica/consultório.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto-me bem com o que o clínica/consultório oferece aos seus clientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O tempo de espera no atendimento é previsível	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A clínica/consultório busca minimizar, ao máximo, o tempo de espera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto que a clínica/consultório sabe que o tempo de espera é importante para mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Discordo totalmente	Discordo em partes	Neutro / Indiferente	Concordo em partes	Concordo Totalmente
Estou constantemente satisfeito com os serviços ofertados pela clínica/consultório	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu gosto da clínica/consultório porque ele oferece os serviços que eu preciso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A clínica/consultório sabe o tipo de serviços que seus clientes estão procurando	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ao sair da clínica/consultório, normalmente sinto que eu tive uma boa experiência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu acredito que a clínica/consultório tenta me proporcionar uma boa experiência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu acredito que a clínica/consultório sabe o tipo de experiência que seus clientes querem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Em relação a clínica/consultório onde você fez a ÚLTIMA consulta, você diria que:

	Discordo totalmente	Discordo em partes	Neutro / Indiferente	Concordo em partes	Concordo Totalmente
Posso afirmar que sou extremamente satisfeito com os serviços de qualidade que a clínica/consultório oferece	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu acredito que a clínica/consultório oferece um serviço de excelência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meu nível de satisfação é muito maior nesta clínica/consultório do que em qualquer outra concorrente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Classificação da Satisfação

Caso responda o questionário utilizando celular ou tablet, sugerimos deixar a tela na horizontal (deitada) pois ajudará na visualização das perguntas.

Para cada afirmativa, marque apenas UMA opção da escala de avaliação (imagem abaixo) que melhor representa a sua opinião

Qual o seu NÍVEL DE SATISFAÇÃO com os itens abaixo?

	Totalmente insatisfeito	Insatisfeito em partes	Neutro / Indiferente	Satisfeito em partes	Totalmente satisfeito
Atitude dos funcionários da clínica/consultório	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comportamento dos funcionários da clínica/consultório	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conhecimento técnico que os funcionários da clínica/consultório têm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Qualidade do ambiente físico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições físicas da clínica/consultório	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disposição dos setores da clínica/consultório	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interações sociais (contato com outras pessoas, ouvir relatos sobre experiências passadas de outros clientes) na clínica/consultório	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Qualidade dos serviços prestados pela clínica/consultório	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relação ao tempo de espera na da clínica/consultório	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Resultado da experiência de consumo na clínica/consultório	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Estabeleça ordem de importância para os itens abaixo, atribuindo notas de 1 (Nenhuma importância) a 10 (Extremamente importante), visando sua satisfação. Tente não repetir as notas.

	1	2	3	4	5	6	7	8
Atitude dos funcionários	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comportamento dos funcionários	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conhecimento técnico dos funcionários	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Qualidade do ambiente físico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condições físicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Disposição dos setores da clínica/consultório	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interações sociais (contato com outras pessoas, ouvir relatos sobre experiências passadas de outros clientes) na clínica/consultório	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Qualidade dos serviços prestados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tempo de espera pelo atendimento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Resultado da experiência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



APÊNDICE C – QUESTÕES ESPECÍFICAS DO INSTRUMENTO DE PESQUISA PARA MENSURAR LEALDADE

Mensurar lealdade

Caso responda o questionário utilizando celular ou tablet, sugerimos deixar a tela na horizontal (deitada) pois ajudará na visualização das perguntas.

Mensuração da Lealdade

Para cada afirmativa, marque apenas UMA opção da escala de avaliação (imagem abaixo) que melhor representa a sua opinião.

Todas as afirmativas desta seção/página buscam mensurar sua LEALDADE à clínica/consultório na qual você fez a última consulta.

Valores e significados da Escala de Avaliação



Qual o seu nível de concordância para cada afirmativa abaixo?
Responda tendo em mente a ÚLTIMA consulta de saúde que você fez.

	Discordo totalmente	Discordo em partes	Neutro / Indiferente	Concordo em partes	Concordo Totalmente
Sou leal a clínica/consultório onde fiz o último exame, não busco outro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A clínica/consultório (onde fiz o último exame) é minha primeira opção de quando preciso do serviço	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A proposta (forma como oferece o serviço) da clínica/consultório reflete meu estilo de vida pessoal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto que a marca (proposta) do serviço da clínica/consultório e minha personalidade se encaixam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se a clínica/consultório (onde fiz o último exame) fosse uma pessoa, gostaria de levá-la para jantar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gostaria de usar roupas, pastas executivas ou outros produtos com o logotipo da marca da clínica/consultório onde fiz a última consulta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Discordo totalmente	Discordo em partes	Neutro / Indiferente	Concordo em partes	Concordo Totalmente
Eu quero continuar utilizando o serviço prestado pela clínica/consultório.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto que o prestador de serviço está interessado em como eu usufruo do serviço.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se a clínica/consultório fosse uma pessoa, eu gostaria de tê-lo como um amigo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu informo minha avaliação regularmente sobre o serviço prestado pela clínica/consultório	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ocasionalmente, a clínica/consultório informa sobre novos exames ou equipamentos disponíveis para fazer exame	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Da próxima vez, eu definitivamente farei exame na mesma clínica/consultório.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se eu não encontrar o mesmo padrão de serviço, eu definitivamente vou voltar para a clínica/consultório onde tive boa experiência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se eu tivesse qualquer serviço de graça, eu ainda escolheria a mesma clínica/consultório onde fiz o último exame	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu recomendo a clínica/consultório onde fiz o último exame para outras pessoas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu falo positivamente, para outras pessoas, sobre a clínica/consultório onde me consultei	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A clínica/consultório tem um bom nível de performance considerando o valor que eu pago	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A clínica/consultório é uma boa opção comparando com outros prestadores de serviços disponíveis no mercado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Discordo totalmente	Discordo em partes	Neutro / Indiferente	Concordo em partes	Concordo Totalmente
O preço que pago pelos exames na clínica/consultório é mais do que justo pela desempenho que recebo pelo serviço.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A clínica/consultório tem um grande valor (retorno) pra mim	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O valor que pago pela prestação do serviço é o que me mantém cliente da clínica/consultório	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho receio de que se eu fizer exames em outra clínica/consultório não terei minhas expectativas atendidas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tenho tempo para pesquisar e avaliar outras clínica/consultório que façam os exames que eu preciso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Continuo fazendo exames na clínica/consultório porque não quero perder tempo procurando outras clínicas/consultórios.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Classificação da Lealdade

Estabeleça ordem de importância para os itens abaixo, atribuindo notas de 1 (Nenhuma importância) a 10 (Extremamente importante), para que você mantenha lealdade à clínica/consultório. Tente não repetir as notas.

	1	2	3	4	5	6	7	8
Satisfação com os serviços prestados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Valor percebido com os serviços prestados	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Não perder tempo procurando outra clínica/consultório	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Identificação pessoal com a marca da clínica/consultório	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Possuir vínculo emocional ou afetivo com a clínica/consultório	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



APÊNDICE D – INSTRUMENTO DE PESQUISA INTEGRADO PARA MENSURAR A SATISFAÇÃO E LEALDADE

Avaliação da Satisfação e Lealdade em Laboratórios de Análises Clínicas

Estamos realizando uma pesquisa com objetivo de avaliar a satisfação e lealdade de clientes aos serviços prestados por Laboratórios de Análises Clínicas (exames de sangue, urina...), provendo uma classificação dos clientes.

Sua participação é VOLUNTÁRIA e CONFIDENCIAL, por isso, leia atentamente as instruções e responda com o máximo de sinceridade.

Esta pesquisa faz parte de um estudo desenvolvido na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), pelo aluno de Doutorado Lucas Ambrosio, orientado pela Profa. Denise Dumke de Medeiros, do Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da UFPE.

Para mais informações, comentários (...), por favor, enviar e-mail para lucasambro@gmail.com.

Agradecemos sua participação!

Consentimento de participação

Aceita participar da pesquisa?

Se concordar em participar da pesquisa, marque a opção "Concordo". Assinale o campo "Não concordo" se não concordar em participar da pesquisa. Sua participação é voluntária e sigilosa.

Concordo

Não concordo

Qual sua idade? Digite abaixo.

Sua resposta

PRÓXIMA

Página 1 de 5

Uso dos serviços de Laboratório de Análises Clínicas

O ÚLTIMO EXAME CLÍNICO você fez em um Laboratório:

- Pagando com o seu próprio dinheiro
- Utilizando Plano de Saúde
- No serviço público

Com qual frequência você utiliza os serviços de Laboratório de Análises Clínicas?

- 1 vez por mês
- 1 vez a cada três meses
- 2 vezes por ano
- 1 vez por ano
- Outro: _____

Você utiliza o mesmo Laboratório de Análises Clínicas quando precisa fazer algum novo exame?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nunca Sempre

Em qual cidade/UF você fez o último Exame Clínico?

Sua resposta _____

VOLTAR

PRÓXIMA



Página 2 de 5

Avalie as afirmativas abaixo considerando a ÚLTIMA VEZ em que você utilizou serviços de Laboratório de Análises Clínicas

Caso responda o questionário utilizando celular ou tablet, sugerimos colocar a tela na horizontal (deitada) pois ajudará na visualização das perguntas.

Valores e significados da Escala de Avaliação



Qual o seu nível de concordância para cada afirmativa abaixo?

	Discordo totalmente	Discordo em partes	Neutro / Indiferente	Concordo em partes	Concordo Totalmente
No geral, eu diria que a qualidade da minha interação com os funcionários (recepcionistas, técnicos, gestores...) do Laboratório é satisfatória.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Você contou com uma atitude amigável dos funcionários.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A atitude dos funcionários demonstrava a vontade deles em me ajudar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A atitude dos funcionários me mostrava que eles entendiam minhas necessidades.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A qualidade da minha interação com os funcionários do Laboratório foi alta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os funcionários foram capazes de responder rapidamente minhas dúvidas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Discordo totalmente	Discordo em partes	Neutro / Indiferente	Concordo em partes	Concordo Totalmente
As instalações físicas do Laboratório são uma das melhores do mercado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minha avaliação quanto ao ambiente físico é alta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sempre encontro uma atmosfera (ambiente físico) agradável no Laboratório.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto que o Laboratório entende que um ambiente físico agradável é importante pra mim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Os outros clientes do Laboratório me passam uma boa impressão do serviço prestado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Discordo totalmente	Discordo em partes	Neutro / Indiferente	Concordo em partes	Concordo Totalmente
Eu sempre tenho uma excelente experiência quando utilizo os serviços do Laboratório.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto-me bem com o que o Laboratório oferece aos seus clientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O tempo de espera no atendimento do Laboratório é previsível.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O Laboratório busca minimizar, ao máximo, o tempo de espera.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O comportamento dos funcionários indicava que eles entendiam minhas necessidades.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Discordo totalmente	Discordo em partes	Neutro / Indiferente	Concordo em partes	Concordo Totalmente
Estou constantemente satisfeito com os serviços ofertados pelo Laboratório.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu gosto do Laboratório porque ele oferece os serviços que eu preciso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Normalmente sinto que eu tive uma boa experiência, após sair do Laboratório.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu acredito que o Laboratório sabe o tipo de experiência que seus clientes querem.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Posso afirmar que sou extremamente satisfeito com os serviços de qualidade que o Laboratório oferece.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu acredito que o Laboratório oferece um serviço de excelência.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[VOLTAR](#)[PRÓXIMA](#)

Página 3 de 5

Avalie as afirmativas abaixo considerando a ÚLTIMA VEZ em que você utilizou serviços de Laboratório de Análises Clínicas.

Caso responda o questionário utilizando celular ou tablet, sugerimos colocar a tela na horizontal (deitada) pois ajudará na visualização das perguntas.

Valores e significados da Escala de Avaliação



Qual o seu nível de concordância para cada afirmativa abaixo?

	Discordo totalmente	Discordo em partes	Neutro / Indiferente	Concordo em partes	Concordo Totalmente
O Laboratório (onde fiz o último exame) é minha primeira opção quando fazer exames clínicos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A forma como o Laboratório oferece seus serviços reflete meu estilo de vida pessoal.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto que a marca (proposta) do serviço do Laboratório e minha personalidade se encaixam.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se o Laboratório (onde fiz o último exame) fosse uma pessoa, gostaria de levá-la para jantar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gostaria de usar roupas, pastas executivas ou outros produtos com o logotipo da marca do Laboratório onde fiz a última consulta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Discordo totalmente	Discordo em partes	Neutro / Indiferente	Concordo em partes	Concordo Totalmente
Eu quero continuar utilizando os serviços prestados pelo Laboratório.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sinto que o Laboratório está interessados em como eu usufruo do serviço.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se o Laboratório fosse uma pessoa, eu gostaria de tê-lo como um(a) amigo(a).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Da próxima vez, eu definitivamente farei exame no mesmo Laboratório.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se eu não encontrar o mesmo padrão de serviço, eu definitivamente vou voltar para o Laboratório onde tive boa experiência.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Se eu tivesse qualquer serviço de graça, eu ainda escolheria o mesmo Laboratório onde fiz o último exame.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Discordo totalmente	Discordo em partes	Neutro / Indiferente	Concordo em partes	Concordo Totalmente
Eu recomendo o Laboratório onde fiz o último exame para outras pessoas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eu falo positivamente, para outras pessoas, sobre o Laboratório onde fiz meus últimos exames.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O Laboratório tem um bom nível de performance (desempenho) considerando o valor que eu pago.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O Laboratório é uma boa opção comparando com outros prestadores de serviços disponíveis no mercado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O preço que pago pelos exames no Laboratório é mais do que justo pela desempenho que recebo pelo serviço.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O Laboratório tem um grande valor (retorno) pra mim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Auto-classificação. Qual das opções abaixo melhor representa seu sentimento em relação ao serviço prestado?

- Sou satisfeito e sempre volto ao mesmo Laboratório de Análises Clínicas.
- Sou insatisfeito, contudo não tenho outra opção de Laboratório de Análises Clínicas.
- Sou insatisfeito, não volto a utilizar o serviço e falarei para outras pessoas sobre a experiência negativa que tive no último exame.
- Sou satisfeito e escolho o Laboratório de Análises Clínicas aleatoriamente.

VOLTAR

PRÓXIMA

 Página 4 de 5

Para concluir, responda as questões sobre seu perfil**Gênero ***

- Feminino
- Masculino
- Outro

Estado civil *

- Solteiro(a)
- Casado(a) / União Estável
- Divorciado(a)
- Outros

Nível de Escolaridade *

Escolha a que melhor enquadra sua formação

- Tenho até o Ensino fundamental completo
- Tenho até o Ensino médio completo
- Ensino superior incompleto
- Ensino superior completo
- Pós-graduação

Renda individual *

- Não possui renda OU até R\$ 937,00
- R\$ 937,01 até R\$ 1.874,00
- R\$ 1.874,01 até R\$ 4.685,00
- R\$ 4.685,01 até R\$ 9.370,00
- Acima de R\$ 9.370,01

Ocupação (em qual segmento atua) *

- Empregado com carteira assinada
- Concursado estatutário
- Pensionista / Aposentado
- Autônomo
- Desempregado
- Proprietário/ Empregador
- Não trabalha
- Estagiário / Estudante
- Outro: _____

VOLTAR**ENVIAR**

Avaliação da Satisfação e Lealdade em Laboratórios de Análises Clínicas

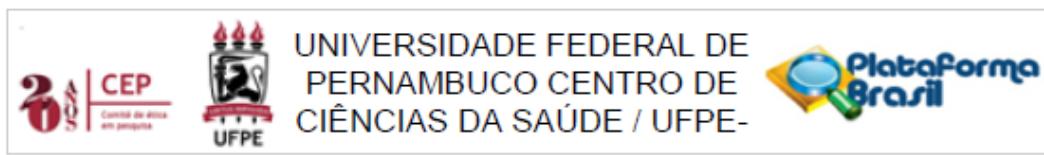
Sua participação foi registrada. Muito obrigado!

Esta pesquisa faz parte de um estudo desenvolvido na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), pelo aluno de Doutorado Lucas Ambrósio, orientado pela Profa. Denise Dumke de Medeiros, do Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da UFPE.

Para mais informações, comentários (...), por favor, enviar e-mail para
lucasambro@gmail.com.

[Enviar outra resposta](#)

ANEXO A - PARECER CONSUSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Explorando determinantes da satisfação e lealdade: uma abordagem para classificação dos clientes do setor de serviços

Pesquisador: Lucas Ambrosio Bezerra de Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 65859317.6.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE TECNOLOGIA E GEOCIENCIAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.062.850

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Projeto de pesquisa do doutorando Lucas Ambrósio Bezerra de Oliveira, do Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da UFPE, tendo como orientadora a professora Denise Dumke de Medeiros. Tem como finalidade propor um modelo para classificar os clientes conforme a satisfação e lealdade, de acordo com a tipologia proposta por Jones e Sasser (1996). Para tanto, faz-se necessária a análise do estado da arte sobre determinantes da satisfação e lealdade para estruturar modelo teórico da pesquisa. Nesse contexto, a metodologia do estudo tem natureza exploratória e confirmatória, utilizando técnicas de estatística multivariada (análise fatorial exploratória e modelagem de equações estruturais) para validar os instrumentos propostos e testar a robustez do modelo teórico proposto. Assim, serão realizadas três coletas de dados: a primeira para testar o instrumento para mensurar a satisfação, cuja amostra será de 180 pessoas; a segunda testará o instrumento para mensurar a lealdade, com amostra de 120 pessoas; a terceira, cujo objetivo é validar o modelo teórico, tem amostra estimada em 330 pessoas. Portanto, o total da amostra corresponde a 630 pessoas. Os dados serão colhidos em organizações que prestam serviços de saúde, tais como clínicas médicas especializadas (oftalmologia e otorrinolaringologia) e prestadoras de exames laboratoriais. O

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepcos@ufpe.br