

Disponível em:
<http://editora.unoesc.edu.br/index.php/race>

Race, Joaçaba, v. 13, n. 3, p. 1149-1178, set./dez. 2014

RESPOSTAS EMOCIONAIS E SEU EFEITO SOBRE A SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS COM A ASSISTÊNCIA MÉDICA

*Emotional responses and its effect on patients satisfaction with health
care assistance*

Danielle Mantovani

E-mail: dm_lucena@yahoo.com.br

Professora adjunta do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Paraná.

Endereço para contato: Av: Professor Meissner, 632, 2º andar, Jardim Botânico, 80210170, Curitiba, Paraná, Brasil.

Edna Aparecida Lopes Bezerra Katakura

E-mail: ednakatakura@ffalm.br

Professora assistente da Universidade Estadual Norte do Paraná de Luiz Meneghel.

Paulo Henrique Muller

E-mail: pprado@ufpr.br

Professor associado do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Paraná.

Mariana Monfort

E-mail: marianamonfort@gmail.com

Professora do Centro Universitário Internacional Uninter de Curitiba.

Artigo recebido em em 18 de dezembro de 2013. Aceito em 07 de julho de 2014.

Resumo

A satisfação do consumidor tem sido abordada como um processo que envolve uma avaliação cognitiva e emocional. Este estudo procurou detalhar o conceito de satisfação na área da saúde, identificando-se o nível de satisfação do usuário com a assistência médica, e inserindo-se nesse processo a resposta emocional como mediadora entre a qualidade percebida e a satisfação global. O desempenho do serviço foi avaliado com base na percepção do usuário sobre o desempenho profissional do médico, considerando-se este o ator responsável pelo atendimento. Foi realizada uma pesquisa descritiva, de caráter quantitativo com o método de *survey*, na qual se obtiveram 501 respondentes (251 usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) e 250 usuários de convênios médicos e particulares). Das oito hipóteses testadas, seis foram confirmadas. A satisfação com os atributos apresentou uma influência direta sobre a satisfação global, e uma influência positiva sobre a resposta emocional positiva e inversa sobre a resposta emocional negativa. Problemas relacionados a algum aspecto do serviço produzem emoções negativas, confirmando a relação entre a insatisfação com os atributos do serviço e a resposta emocional negativa. A relação direta da insatisfação com os atributos do serviço com Satisfação Global não foi confirmada para o grupo Convênio Médico e Particular.

Palavras-chave: Repostas emocionais. Satisfação. Assistência médica.

Emotional responses and its effect on patients satisfaction with health care assistance

Abstract

Consumer's satisfaction has been approached as a process which involves a cognitive and emotional evaluation. This study aimed to expand the concept of satisfaction in the health care system, identifying the satisfaction of the patients with the health care assistance. We also analysed the mediating impact of the emotional response between the perceived quality and the global satisfaction. The service's performance evaluation was based on the user's perception of the doctors, who is considered the responsible for attending people. A descriptive and quantitative survey was conducted with 501 respondents (251 users of the Unified Health System (SUS) and 250 users of health insurance and private). Six out of the eight hypotheses were confirmed. Satisfaction with the attributes showed a direct influence on global satisfaction, and a positive influence on the positive emotional response and negative influence on the negative emotional response. Problems related with any aspect of the service produces negative emotions, which

were confirmed by the relationship between the dissatisfaction with the attributes of the service and the negative emotional response. On the other hand, the positive emotional response was not influenced by dissatisfaction evaluation. The direct proposed relationship between the dissatisfaction with the attributes of the service and Global Satisfaction was not confirmed for the Health Insurance and Private group.

Keywords; Emotional responses. Satisfaction. Healthy care assistance.

1 INTRODUÇÃO

As diretrizes para a política de saúde no Brasil são determinadas pelo Ministério da Saúde e executadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pela Lei n. 8.080, na década de 1990, o qual se torna responsável pela gestão da saúde em todo o País (BRASIL, 2001). As ações de saúde são realizadas tanto pela esfera pública quanto pela iniciativa privada, denominada Assistência Suplementar à Saúde. A gestão de integração das ações de Saúde Suplementar ao Sistema Único de Saúde (SUS) é realizada pela Agência Nacional de Saúde, cuja finalidade é promover a defesa do interesse público, regulando as operadoras setoriais e suas relações com as prestadoras de serviço e consumidores.

Na esfera pública, o SUS propõe uma gestão participativa entre estados, municípios e usuários (BRASIL, 2002). Uma das questões centrais é o acesso ao sistema e serviços de saúde, bem como a qualidade desses serviços fornecidos aos usuários (NOVAES, 2004; GOUVEIA et al., 2005; LIMA et al., 2007). A preocupação em melhorar o relacionamento entre os profissionais de saúde e os usuários é constante; por isso, o SUS lançou o Programa Nacional de Humanização à Assistência Hospitalar (PNHAH). O programa visa difundir a humanização entre os profissionais de saúde, de forma a garantir que as expressões de sofrimento humano e as percepções de dor e prazer sejam humanizadas, reconhecendo a dimensão subjetiva do paciente (BRASIL, 2002; DESLANDES, 2004).

A avaliação da produção do cuidado em saúde é uma preocupação constante do setor. No entanto, as práticas avaliativas dos programas se concentram na dimensão objetiva passível de quantificação (BOSI; UCHIMURA, 2007). Grande parte das pesquisas, nesse campo, contempla a qualidade apenas sob a ótica da dimensão técnica (NOVAES, 2004). Entretanto, a satisfação do usuário pode ser também relacionada a aspectos afetivos inerentes ao consumo desse serviço, conforme apontado por Kurcgant (2005), os quais, portanto, afetam a avaliação de satisfação dos usuários.

A Satisfação do Consumidor tem sido amplamente conhecida pelo Paradigma da Desconformidade, que analisa a discrepância entre o desempenho do produto ou serviço e a expectativa do consumidor (OLIVER, 1980, 1981, 1989; EVRARD, 1993; SIU; ZHANG; YAU, 2013). Para Oliver (1993), no julgamento da satisfação, está implícita uma avaliação cognitiva dada pela desconfirmação e uma avaliação psicológica, que gera respostas afetivas ou emocionais, as quais influenciam a avaliação de satisfação.

As emoções evocadas no processo de consumo e sua relação com a satisfação têm sido o núcleo de vários estudos, por ser um elemento de grande relevância no processo de decisão do consumidor (WESTBROOK, 1987). Elas proporcionam um *feedback* para o consumidor sobre o alcance de seus objetivos, levando-o a formar julgamentos favoráveis ou desfavoráveis e a definir suas intenções de comportamento (MULLER, 2007). Em geral, o estudo da satisfação do consumidor é relevante para as organizações, já que as opiniões que os consumidores têm sobre o serviço podem fornecer aos gestores indicativos valiosos na decisão de oferecer serviços padronizados ou personalizados ao cliente (BABAKUS; BIENSTOK; VAN SCOTTER, 2004).

Na área de saúde, a satisfação do consumidor é um indicador de avaliação do desempenho da assistência médica, ocorrida principalmente pelo nível de interação entre o médico e o usuário (DONABEDIAN, 2005). Como o cliente está diretamente envolvido na produção do serviço, ele tende a avaliar a qualidade por meio da aparência e das habilidades sociais e técnicas dos profissionais (LOVELOCK; WRIGHT, 2002; LEDDEN; KALAFATIS; MATHIOUDAKIS, 2011).

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

Pretende-se, nesta pesquisa, detalhar o conceito de satisfação na área da saúde, identificando-se o nível de satisfação do usuário com a assistência médica, e inserindo-se, nesse processo, a resposta emocional como mediadora entre a qualidade percebida e a satisfação global. Para tanto, objetiva-se avaliar o impacto da satisfação e insatisfação com atributos específicos, e das respostas emocionais sobre a satisfação global dos usuários dos serviços médicos. A justificativa teórico-empírica deste trabalho vem no sentido de que as pesquisas de satisfação na área de saúde são

importantes não somente pela questão de orientação mercadológica, mas também como fator influenciador do estado de saúde dos usuários, na medida em que a boa relação entre médico e paciente pode auxiliar no tratamento médico (CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

2 BASE TEÓRICO-EMPÍRICA

2.1 SATISFAÇÃO DO USUÁRIO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

A literatura sobre satisfação do consumidor não apresenta uma definição consensual, mas na maior parte das definições existentes, está presente uma resposta emocional, cognitiva, e uma experiência de consumo, a qual ocorre em um tempo particular com base na experiência acumulada (GIESE; COTE, 2000). Grande parte dos autores que desenvolveram pesquisas sobre satisfação do consumidor destaca a presença do componente emocional no julgamento da satisfação (OLIVER, 1981; WESTBROOK; OLIVER, 1981; EVRARD, 1993; GIESE; COTE, 2000; RUST; OLIVER, 2000; WONG, 2004).

Para Westbrook e Oliver (1981), a satisfação é uma face da experiência de consumo que tem como construto central o afeto, variando de acordo com o grau de intensidade da sensação ou da emoção. Oliver (1981, p. 27) define-a como uma avaliação “[...] de surpresa inerente na aquisição do produto e/ou experiência de consumo.” Rust e Oliver (2000) consideram-na uma sensação agradável, resultante do fato de ter uma expectativa superada pelo grau de surpresa.

Para Evrard (1993), a satisfação está relacionada à experiência de consumo, e envolve uma natureza psicológica, composta pela cognição e pelo afeto; uma experiência de consumo e uma característica relativa, em que o consumidor compara o desempenho com o padrão de referência (expectativa). Se positiva, indica que o desempenho excede o padrão de referência; é neutra quando é igual ao padrão e negativa quando é menor que o padrão estabelecido pelo consumidor.

Segundo o modelo cognitivo, a satisfação na pós-compra é uma função da combinação do nível de adaptação (expectativa) e desconfirmação. O consumidor cria uma estrutura de referência sobre a qual faz um julgamento comparativo, integrando as características do serviço com o contexto e personalidade, fornecendo sustentação a avaliações posteriores (OLIVER, 1980).

Para Maddox (1981), a satisfação pode ocorrer como um processo independente, o mesmo evento pode gerar resposta de satisfação e de insatisfação, de

forma concomitante. Mano e Oliver (1993) relatam que a resposta de satisfação com os atributos corresponde à avaliação hedônica do serviço, e a insatisfação com os atributos, à avaliação utilitária. A satisfação está associada aos resultados expressivos orientados pela dimensão psicológica, e a insatisfação, ao resultado instrumental (MADDOX, 1981).

A satisfação, segundo Evrard (1993), é multidimensional, envolve as dimensões contentamento (*contentment*); prazer (*pleasure*); alívio (*relief*); novidade (*novelty*) e surpresa (*surprise*). A mensuração da satisfação, neste estudo, utiliza a proposta de Evrard (1993), pois a maior parte dos usuários busca na assistência médica uma solução para os seus problemas de saúde. A interação entre médico e usuário é entendida como um processo gerador de qualidade. Considera-se a avaliação da satisfação e da insatisfação com atributos específicos à qualidade do diagnóstico feito, à interação com os auxiliares e à facilidade de acesso ao serviço médico, baseados nos aspectos críticos dos serviços médicos e dimensões da qualidade nestes.

2.2 RESPOSTAS EMOCIONAIS E SATISFAÇÃO DO CONSUMIDOR

Bagozzi, Gopinath e Nyer (1999) definem o termo afeto como um “guarda-chuva” que abriga os processos mentais específicos, entre os quais, as emoções, os humores e as atitudes. O construto afeto é bidimensional, concebido em termos de dimensões separadas, positivo e negativo, indicando estados de prazer e desprazer (WESTBROOK, 1987). O afeto faz parte de um processo cognitivo latente, que expressa ideias ou sentimentos sobre determinada situação (HIRSCHMAN; HOOLBROK, 1982; PRICE; RILEY; BARRELL, 2001; GOHM; CLORE, 2002; MADRIGAL, 2003).

As emoções podem ser definidas como expressões do afeto e ocorrem em resposta a um acontecimento muito esperado ou inesperado, às vezes consciente ou não, e são geralmente acompanhadas de reações intensas e breves do organismo (BOCK; FURTADO; TEIXEIRA, 2001). Para Lazarus (1991), a emoção é o resultado da avaliação da importância do que tem acontecido para o bem-estar pessoal. O indivíduo busca a adaptação, visando sentir-se bem (FREITAS; SALOVEY, 2000).

Seguindo essa linha de pensamento, Bagozzi, Gopinath e Nyer (1999) definem as emoções como um estado mental resultante da avaliação e interpretação de eventos e circunstâncias relevantes para o bem-estar do indivíduo. Elas surgem depois da comparação do estado atual com o estado desejado e têm a função de

coordenar parte do sistema cognitivo no gerenciamento das respostas a eventos e também de fazer mudanças das atividades em curso ou manter o estado desejado.

A Teoria das Emoções (LAZARUS, 1991) descreve-a como uma atividade psicológica, desencadeada por diferentes motivações, atribuindo, dessa forma, às emoções, um caráter relacional, motivacional e cognitivo. A emoção tem sido proposta como o componente mais importante da experiência de consumo por Madrigal (2003) e Oliver (1980, 1989, 1997), uma vez que o comportamento é dirigido por ela (WILLIAMS; AAKER, 2002). Morrison e Crane (2007) definem-na como um estado físico e mental que envolve uma valência (força direcional), uma avaliação, uma meta e uma tendência comportamental.

As emoções no consumo referem-se às respostas emocionais evocadas especialmente durante o uso ou nas experiências de consumo (OLIVER; WESTBROOK, 1993). Mano e Oliver (1993) sugerem que as emoções podem ser descritas em termos de duas dimensões primárias, prazer/desprazer e excitado/calmo, formando uma configuração circular, a qual é referida como “*circumplex*”. Nesse modelo, as emoções primárias são independentes, mas estão correlacionadas, variando em torno dos dois eixos. A rotação nos eixos primários não muda a configuração do afeto, meramente redefine a dimensão na qual são descritos.

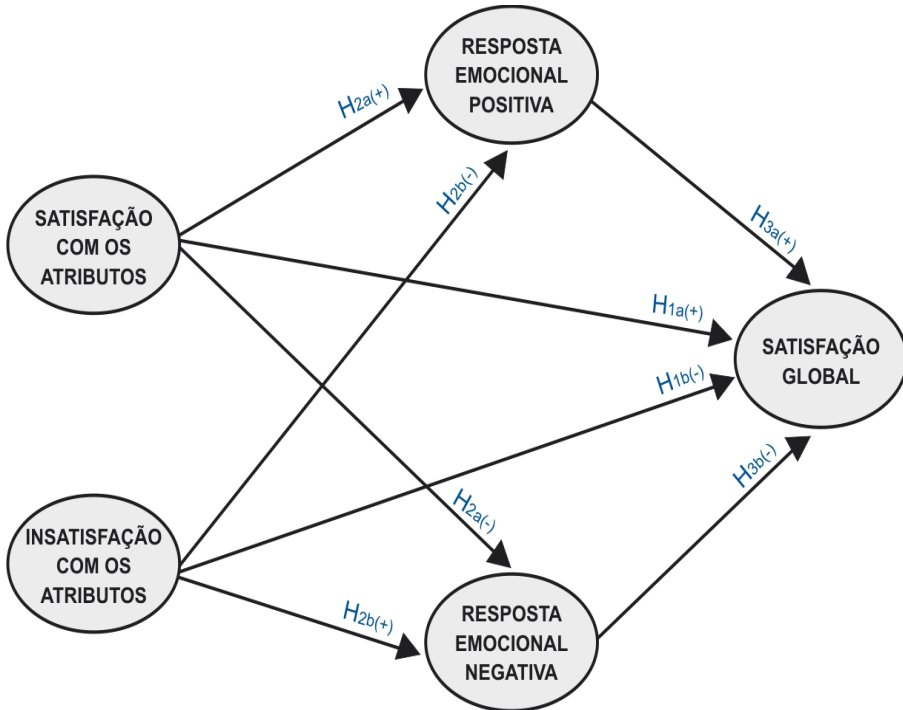
A resposta afetiva na experiência de consumo frequentemente está relacionada ao julgamento da satisfação, porque o afeto pode interferir na decisão de escolha do produto e serviço (WESTBROOK, 1987; WESTBROOK; OLIVER, 1991). Para Homburg, Koschate e Hoyer (2006), o afeto impacta mais a satisfação na fase inicial do desenvolvimento desta, quando os clientes têm pouco conhecimento sobre o produto ou serviço. À medida que a experiência aumenta, o impacto da cognição deve aumentar. Isso significa que a oportunidade de influenciar a satisfação ocorre quando os consumidores têm pouca experiência com o produto ou serviço, pois a resposta de satisfação ainda não foi cristalizada.

Para Williams e Aaker (2002) e Ramanathan e Williams (2007), na experiência de consumo existe um mix de emoções positivas e negativas, que influenciam as atitudes do consumidor. No Brasil, a influência das emoções na satisfação do consumidor tem sido o alvo dos trabalhos de Prado (2002, 2004), destacando-a como principal mediador entre o julgamento da qualidade e a satisfação.

2.3 MODELO PROPOSTO

Neste estudo, a qualidade percebida é um antecedente da satisfação global, mediada pela resposta afetiva (positiva e negativa), como mostra o Diagrama 1.

Diagrama 1 – Modelo conceitual proposto



Fonte: adaptado de Prado (2002).

A relação entre qualidade percebida e satisfação global, apesar de ser bastante difundida, ainda é analisada em estudos recentes (LEDDEN; KALAFATIS; ATHIOUDAKIS, 2011). A qualidade percebida, nesse modelo, é desmembrada em dois construtos: satisfação e insatisfação com os atributos da assistência. A resposta afetiva (positiva e negativa) é a variável que regula o processo de avaliação da satisfação global do usuário com a assistência médica recebida. O modelo de Prado (2002) foi utilizado no contexto da saúde porque é embasado na estrutura conceitual de Mano e Oliver (1993), que retrata a experiência de consumo como um processo formado pela avaliação, emoção e satisfação.

Para Kurcgart (2005), a satisfação do usuário pode ser também relacionada a aspectos afetivos inerentes ao consumo dos serviços de saúde. Assim, acredita-se que tal premissa permite analisar o cuidado à saúde, destacando a relação do envolvimento entre médico e usuário.

O modelo trabalha a satisfação e a insatisfação com os atributos do serviço como elementos distintos, com efeito direto sobre a satisfação global. Essa relação significa que quanto mais o usuário estiver satisfeito com os atributos da assistência médica, maior será o impacto no nível de satisfação global. Os efeitos dos construtos são avaliados em separado, com base no modelo conceitual. Portanto, são apresentadas as hipóteses a serem testadas.

A primeira hipótese origina-se no Paradigma da Desconformidade proposto por Oliver (1980, 1981): o processo de formação da satisfação ocorre pela desconformação da expectativa. O consumidor compara o desempenho atual com o desejado, compreendendo a satisfação ou a insatisfação com a compra. Portanto:

- a) H1a. A satisfação com os atributos da assistência médica tem uma influência direta sobre a satisfação global;
- b) H1b. A insatisfação com os atributos da assistência médica tem uma influência direta sobre a satisfação global.

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

- a) H2a. A satisfação com o atributo tem uma influência positiva (negativa) sobre a resposta emocional positiva;
- b) H2b. A insatisfação com o atributo tem uma influência positiva (negativa) sobre a resposta emocional positiva.

O julgamento da satisfação é um processo cognitivo regulado pela resposta afetiva (OLIVER, 1989, 1993; MANO; OLIVER, 1993; LEDDEN; KALAFATIS; MATHIOUDAKIS, 2011). A Teoria Cognitiva enfatiza que os estímulos são percebidos com base na interação entre as características do produto, contexto e

personalidade do indivíduo (OLIVER, 1980). A integração desses três elementos formam um padrão que servirá para sustentar as avaliações posteriores.

A terceira hipótese é elaborada a partir da premissa de Oliver (1997), que ressalta as bases afetivas da satisfação, e sob a ótica do relacionamento, na avaliação das respostas afetivas realizadas por Price, Riley e Barrell (2001). Dick e Basu (1994) e Siu, Zhang e Yau (2013) também propõem que os antecedentes afetivos devem estar presentes como formadores da satisfação, no intuito de captar não apenas questões comportamentais ou cognitivas. Portanto:

- a) H3a. A resposta emocional positiva afeta positivamente a avaliação da satisfação global;
- b) H3b. A resposta emocional negativa afeta negativamente a avaliação da satisfação global.

3 METODOLOGIA

De modo a atingir o objetivo proposto, adotou-se a pesquisa descritiva quantitativa, com a técnica de *survey* para a coleta de dados (MALHOTRA, 2006). O universo pesquisado foi constituído pelos usuários que receberam assistência médica por meio do setor público e privado, sendo o primeiro representado pelo Sistema Único de Saúde e o segundo por Convênios Médicos e pelos Particulares, que não estão vinculados a nenhum grupo de assistência. Essas três modalidades de atendimento foram analisadas com a intenção de constatar se havia diferenças significativas na avaliação de satisfação entre os respectivos usuários.

Para tanto, utilizou-se a técnica de amostragem não probabilística por cotas (MALHOTRA, 2006). O uso da amostragem não probabilística justifica-se pela dificuldade em realizar uma amostragem na qual todos os participantes tenham a mesma chance de ser escolhidos. Além disso, era preciso que o respondente (paciente) estivesse na situação de consumo do serviço médico para que as avaliações, principalmente as afetivas, fossem o mais próximas da realidade possível.

Conforme mencionado, foi feito um levantamento do tipo *survey*, aplicado em uma única etapa a uma amostra de 501 respondentes, sendo esta estabelecida de acordo com os parâmetros definidos por Hair Júnior et al. (2005), para possibilitar a avaliação da confiabilidade das escalas de medida e as relações propostas na utilização de equações estruturais. Com o objetivo de comparar a satisfação entre os usuários do serviço médico público e privado, definiu-se uma amostra de 251 entrevistados

para o setor público (SUS) e 250 para o setor privado, sendo este último subdividido entre Convênios Médicos e Particulares.

A amostra da pesquisa ficou distribuída de acordo com a Tabela 1:

Tabela 1 – Distribuição das Cotas na Coleta de Dados

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

Fonte: os autores.

A composição da amostra foi realizada de forma proporcional ao número de habitantes atendidos pelas modalidades mencionadas. Cada posto de saúde possuía uma cota de entrevistas a serem efetuadas. O SUS ficou com uma entrevista a mais porque o cálculo da distribuição proporcional apresentou resultado fracionado, necessitando aproximação dos valores. Os questionários foram coletados pelos próprios pesquisadores, em papel, e nos postos de saúde apresentados na Tabela 1.

Os dados sobre os usuários e suas respectivas modalidades de atendimento integram o cadastrado no programa Sistema de Informação de Atenção Básica do SUS, disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde. Para selecionar as unidades amostrais pertencentes ao grupo SUS, fez-se um arrolamento dos casos atendidos nos postos de saúde de cada bairro. Os usuários foram identificados pelo relatório de acompanhamento do agente comunitário de saúde. Já o levantamento das unidades amostrais do grupo Convênio e Particular ocorreu por meio do mapeamento da Secretaria Municipal de Saúde, o qual identifica as pessoas que recebem assistência via outras modalidades de atendimento. Após o inventário, os entrevistados foram selecionados conforme a conveniência do entrevistador e abordados na residência.

Os dados foram coletados na cidade de Bandeirantes, interior do Estado do Paraná. Os dados sobre os usuários e suas respectivas modalidades de atendimento foram disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Bandeirantes. Antes de iniciar a entrevista, foi entregue ao usuário o Termo de Consentimento Livre

e Esclarecido, o qual tem a finalidade de requerer a permissão do usuário para a realização desta, conforme estabelece a Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, a qual descreve os princípios éticos em pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996).

A mensuração dos construtos foi feita da seguinte forma:

- a) Satisfação global: mensurado a partir de três indicadores, adaptados de Fornell et al. (2006): (a) Satisfação Global, cuja variação vai de muito satisfeito a muito insatisfeito; (b) Desconformidade Global, avaliada mediante a comparação da expectativa e o desempenho do serviço; varia de muito pior que o esperado a muito melhor que o esperado e (c) Distância do serviço ideal (muito longe do ideal a muito próximo do ideal).
- b) Satisfação e Insatisfação com atributos específicos da assistência médica: o desempenho do serviço foi avaliado de forma independente como sugere Maddox (1981), mediante adaptação da escala Qualidade Percebida pelo Cliente (QPC) validada, para o Brasil por Urdan (2001). A variável Respostas emocionais em relação à assistência médica – as emoções dos usuários com a experiência de consumo foi avaliada por meio da Escala “*Consumption Emotion Set*” (CES), adaptada para o Brasil por Lobato, Borges e Nique (2003). Todas as escalas foram do tipo Likert, de 10 pontos.

4 RESULTADOS

Os dados obtidos foram submetidos a uma série de tratamentos estatísticos, obedecendo-se às seguintes etapas: caracterização da amostra, preparação dos dados para a mensuração do modelo e teste do modelo estrutural proposto.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

A população pesquisada é relativamente jovem, pois 48% do total da amostra (n=501) se concentraram entre 18 e 40 anos, na faixa 41 e 50 anos (16%) e entre os de 51 e os 60 anos (19%). Quanto ao gênero, houve predominância do sexo feminino (79%).

O nível de escolaridade dos respondentes foi diversificado. No entanto, observou-se maior frequência das quatro séries iniciais do ensino fundamental (31%) e ensino médio completo (30%). A última consulta médica havia sido realizada há pelo menos três meses antes da coleta dos dados para 73% da amostra. A maioria (88%) recebeu os cuidados de saúde em clínicas ou nos postos de saúde. A duração da consulta para mais da metade da amostra (58%) foi de no máximo 20 minutos.

4.2 PREPARAÇÃO DOS DADOS PARA A MENSURAÇÃO DO MODELO

Para mensurar os construtos do modelo de equações estruturais, Hair Júnior et al. (2005) sugerem que seja feita, primeiramente, uma análise sobre a validade dos dados. Para tanto, empregaram-se duas técnicas de análise. A primeira foi a Análise Fatorial Exploratória (AFE), a qual tem como objetivo agrupar as variáveis que apresentam forte inter-relação, formando dimensões latentes. E a segunda, a Análise Fatorial Confirmatória (CFA), examina a validade convergente e discriminante dos construtos (HAIR JÚNIOR et al., 2005).

Na análise fatorial exploratória, a consistência interna de cada dimensão foi medida por meio do coeficiente de Alfa de Cronbach, cujo valor ideal deve ser igual ou superior a 0,7 (MALHOTRA, 2006).

O resultado dessa análise confirmou a multidimensionalidade do construto Satisfação com os atributos da assistência médica, que obteve no teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) valor de 0,966, composto pelas seguintes dimensões: Diagnóstico (alfa = 0,972, variância explicada 31,53%); Interação de Auxiliares (alfa = 0,940, variância explicada 15,9%); Responsabilidade Profissional (alfa = 0,833, variância explicada 8,88%) e Comodidade (alfa = 0,731, variância explicada 6,2%). A dimensão Comodidade obteve uma variância explicada considerada baixa, porém, foi mantida no modelo, pois se considerou que, apesar de pouco contribuir para explicar o construto Satisfação com os atributos de assistência médica, a dimensão Comodidade poderia ser um diferencial importante ao comparar os grupos SUS e Convênio Médico. Os indicadores utilizados na mensuração da variável são apresentados na Tabela 2:

Tabela 2 – Indicadores do Construto Satisfação com os Atributos de Assistência Médica

| Dimensão | Indicadores | Carrega- mento | Teste KMO | Alpha de Cronbach | Vari- ância expli- cada (%) |
|--|---|-------------------|--------------|----------------------|---|
| Diagnós- tico | Atenção fornecida ao paciente pelo médico | 0,796 | | 0,972 | 31,53 |
| | Explicação completa sobre os motivos do exame | 0,789 | | | |
| | Pedidos de exames necessários | 0,748 | | | |
| | Atendimento minucioso ao paciente | 0,738 | | | |
| | Qualificação profissional do médico | 0,736 | | | |
| | Explicação sobre a patologia | 0,735 | | | |
| Alteração de auxi- liares | Profissionalismo da recepcionista | 0,833 | 0,966 | 0,94 | 15,9 |
| | Cortesia da recepcionista | 0,829 | | | |
| | Interesse da recepcionista direcionado às necessidades do paciente | 0,820 | | | |
| Responsa- bilidade do profissional | Riscos desnecessários no tratamento do paciente | 0,707 | | 0,833 | 8,88 |
| | Atendimento ao funcionário na presença do paciente durante a consulta | 0,643 | | | |
| | Conhecimento de erros médicos sobre a saúde do paciente | 0,629 | | | |
| Comodi- dade | Agendamento da consulta | 0,630 | | 0,731 | 6,2 |
| | Explicação sobre exames | 0,519 | | | |
| | Utilização de recursos avançados de medicina | 0,532 | | | |

Fonte: os autores.

Também foi confirmada a multidimensionalidade do construto Insatisfação com os atributos da assistência médica, que obteve KMO = 0,963 nas seguintes dimensões: Diagnóstico (alfa = 0,965, variância explicada 28,67%); Interações de Auxiliares (alfa = 0,905, variância explicada 15,4%); Interações do Médico (alfa = 0,873, variância explicada 14,27%) e Comodidade (alfa = 0,707, variância explicada 6,61%), conforme apresentado na Tabela 3:

Tabela 3 – Indicadores do Construto Insatisfação com os Atributos de Assistência Médica

| Dimensão | Indicadores | Carregamento | Teste KMO | Variância explicada | Alfa de Cronbach (%) |
|-------------------------|--|--------------|-----------|---------------------|----------------------|
| Diagnóstico | Explicação completa sobre os motivos do exame | 0,767 | | | |
| | Atualização do médico | 0,742 | | | |
| | Conhecimento de erros médicos sobre saúde do paciente | 0,736 | | 0,965 | 28,67 |
| | Prescrição de remédios necessários | 0,726 | | | |
| | Qualificação profissional do médico | 0,725 | | | |
| | Explicação sobre a patologia | 0,707 | | | |
| Interação de auxiliares | Cortesia da recepcionista | 0,806 | | | |
| | Interesse da recepcionista pelo paciente | 0,804 | 0,963 | 0,905 | 15,4 |
| | Interesse da recepcionista direcionado às necessidades do paciente | 0,782 | | | |
| Interação do médico | Disponibilidade para ouvir o que o paciente tem a dizer | 0,695 | | | |
| | Atendimento minucioso ao paciente | 0,694 | | 0,873 | 14,27 |
| | Informação do médico sobre a saúde do paciente | 0,659 | | | |

| Dimensão | Indicadores | Carregamento | Teste KMO | Variância explicada | Alfa de Cronbach (%) |
|------------|---|--------------|-----------|---------------------|----------------------|
| Comodidade | Pontualidade do médico no atendimento | 0,812 | | | |
| | Interesse do médico em vantagens financeiras | 0,526 | | 0,707 | 6,61 |
| | Horário de atendimento em consonância com as necessidades do paciente | 0,480 | | | |

Fonte: os autores.

O construto Resposta Emocional Positiva, após a realização da AFE, obteve KMO = 0,788, sendo formado por duas dimensões: Alegria (alfa = 0,873, variância explicada 21,37%) e Encantamento (alfa = 0,795, variância explicada 17,33%). Já o construto Resposta Emocional Negativa obteve um KMO = 0,917, formado também por três dimensões: Descontentamento (alfa = 0,901, variância explicada 22,74%); Preocupação (alfa = 0,795, variância explicada 15,82%) e Solidão (alfa = 0,729, variância explicada 10,19%). Os indicadores podem ser visualizados na Tabela 4:

Tabela 4 – Indicadores dos Construtos Resposta Emocional Positiva e Negativa (continua)

| Dimensão | Indicadores | Carregamento | Teste KMO | Alfa de Cronbach | Variância explicada (%) |
|--------------|-------------|--------------|-----------|------------------|-------------------------|
| Alegria | Alegre | 0,789 | 0,788 | 0,873 | 21,37 |
| | Feliz | 0,769 | | | |
| | Contente | 0,736 | | | |
| | Calmo | 0,694 | | | |
| | Otimista | 0,682 | | | |
| | Tranquilo | 0,62 | | | |
| | Aliviado | 0,606 | | | |
| Encantamento | Admirado | 0,745 | | 0,795 | 17,33 |
| | Orgulhoso | 0,635 | | | |
| | Encantado | 0,63 | | | |
| | Surpreso | 0,611 | | | |

| Dimensão | Indicadores | Carregamento | Teste KMO | Alfa de Cronbach | Variância explicada (%) |
|------------------|--------------|--------------|-----------|------------------|-------------------------|
| Descontentamento | Insatisfeito | 0,78 | | 0,901 | 22,74 |
| | Furioso | 0,755 | | | |
| | Irritado | 0,746 | | | |
| | Com raiva | 0,735 | | | |
| | Descontente | 0,71 | | | |
| Preocupação | Frustrado | 0,672 | | 0,795 | 15,82 |
| | Ansioso | 0,709 | 0,917 | | |
| | Preocupado | 0,634 | | | |
| | Medo | 0,612 | | | |
| | Esperançoso | 0,608 | | | |
| | Tenso | 0,577 | | | |
| Solidão | Envergonhado | 0,554 | | | 0,729 |
| | Enciumado | 0,712 | | | |
| | Solitário | 0,619 | | | |
| | Inveja | 0,599 | | | |
| | Apavorado | 0,444 | | | |

Fonte: os autores.

Por fim, a variável dependente Satisfação Global foi mensurada de forma unidimensional, apresentando um alfa = 0,835, variância explicada 75,39% e KMO = 0,709, conforme a Tabela 5:

Tabela 5 – Indicadores do Construto Satisfação Global com a Assistência Médica

| Dimensão | Indicadores | Carregamento | Teste KMO | Alfa de Cronbach | Variância explicada (%) |
|-------------------|---|--------------|-----------|------------------|-------------------------|
| | Satisfação Global com a Assistência Médica | 0,827 | | | |
| Satisfação Global | Avaliação da última assistência médica – desconformidade global | 0,886 | 0,709 | 0,835 | 75,39 |
| | Avaliação da última consulta – distância do serviço ideal | 0,89 | | | |

Fonte: os autores.

Na sequência, realizou-se a Análise Fatorial Confirmatória (CFA), a qual verifica a validade dos dados por meio de dois indicadores de confiabilidade: Variância Média Extraída (AVE) e confiabilidade composta. Hair Júnior et al. (2005) estabelecem como parâmetro valor 0,5 para o primeiro e 0,7 para o segundo.

Os construtos Satisfação e Insatisfação com os atributos mantiveram a característica de multidimensionalidade. A Satisfação foi mensurada com três dimensões: Diagnóstico, Comodidade e Responsabilidade e a Insatisfação também com três dimensões: Diagnóstico, Interações de auxiliares e Interações do médico. Os construtos resposta emocional positiva e negativa rejeitaram a proposta inicial e foram mensurados de forma unidimensional, respectivamente com três e seis indicadores.

No grupo SUS, a confiabilidade dos construtos obteve os seguintes resultados: Satisfação com os atributos (Conf = 0,828, AVE = 0,635); Insatisfação com os atributos (Conf = 0,834, AVE = 0,625); Resposta emocional positiva (Conf = 0,739, AVE = 0,487); Resposta emocional negativa (Conf = 0,859, AVE = 0,507) e Satisfação Global (Conf = 0,843, AVE = 0,644). O modelo estrutural proposto para o grupo SUS apresentou os seguintes índices de ajustamento: $X^2 = 255,036$; gl = 125; $p < 0,001$; $X^2/gl = 2,040$; NFI = 0,896; CFI = 0,943 e RMSEA = 0,065.

O grupo Convênio/Particular obteve o seguinte resultado para a confiabilidade: Satisfação com os atributos (Conf = 0,849, AVE = 0,664); Insatisfação os atributos (Conf = 0,851, AVE = 0,658); Resposta emocional positiva (Conf = 0,729, AVE = 0,482); Resposta emocional negativa (Conf = 0,860, AVE = 0,509) e Satisfação Global (Conf = 0,765, AVE = 0,521). Os valores de ajuste para o modelo foram: $X^2 = 334,018$; gl = 125; $p < 0,001$; $X^2/gl = 2,672$; NFI = 0,860; CFI = 0,905 e RMSEA = 0,082.

Em ambos os casos, a resposta emocional positiva apresentou valores bem próximos do ideal e, portanto, também podem ser considerados satisfatórios e aceitáveis, pois estão dentro dos parâmetros de Hair Júnior et al. (2005), sustentando dessa forma a etapa seguinte.

Para verificar ainda as diferenças de avaliação entre os grupos, foi contrastada a média ponderada de cada variável latente entre os grupos, conforme segue apresentada na Tabela 6:

Tabela 6 – Diferença entre grupos

| Grupos | Variáveis | Valor t | Signifi- cância | Média | Desvio padrão | Total de casos |
|-------------------|----------------------------------|---------------|--------------------|--------------|------------------|----------------------|
| SUS Conv/ Part | Satisfação com os atributos | T = 13,554 | p<0,001 | 6,44 8,36 | 1,81 1,23 | 250 251 |
| SUS Conv/ Part | Insatisfação com os atributos | T = 7,830 | p<0,001 | 2,74 1,80 | 1,55 1,01 | 250 251 |
| SUS Conv/ Part | Resp. emocional positiva | T = 0,108 | p=0,399 | 1,72 1,73 | 1,39 1,53 | 250 251 |
| SUS Conv/ Part | Resp. emocional negativa | T = 5,540 | p<0,001 | 2,20 1,48 | 1,69 1,04 | 250 251 |
| SUS Con/ Part | Satisfação Global | T = 8,509 | p<0,001 | 6,83 8,12 | 1,91 1,36 | 250 251 |

Fonte: os autores.

Nas diferenças apresentadas, observa-se que o grupo Convênio Médico e Particular apresenta avaliações significativamente maiores para os construtos Satisfação com os Atributos e Satisfação Global, além de demonstrar menor Insatisfação e Resposta Emocional Negativa em relação aos serviços de assistência médica. Por outro lado, a variável Resposta Emocional Positiva não apresentou diferença entre os grupos. Uma possível explicação para isso pode estar na natureza do serviço prestado, na qual a perspectiva do paciente é a de evitar possíveis resultados negativos e de resolver os problemas de saúde que o levaram a procurar pelo atendimento médico.

Ainda assim, entende-se que, caso o serviço prestado supere as expectativas do paciente, isso pode resultar em repostas emocionais positivas, conforme pressupõem Oliver (1993) e Price, Riley e Barrel (2001), por exemplo. Portanto, é possível que tanto os respondentes do grupo Convênio Médico e Particular quanto do “SUS” não tenham tido as suas expectativas superadas, sendo um indício disso as médias de satisfação, que se encontram abaixo de nove, nota que indicaria excelência no serviço prestado.

4.3 TESTE DO MODELO ESTRUTURAL PROPOSTO

As relações entre as variáveis latentes propostas pelo modelo estão contempladas na Tabela 7, com os respectivos relacionamentos estimados, os

coeficientes padronizados de regressão e a significância associada a estes (valores t). Também pode ser verificado o status das hipóteses testadas.

Tabela 7 – Coeficientes padronizados estimados para as relações teóricas propostas para os dois grupos

| Relação estrutural | Modalidade de atendimento | Coefficiente padronizado | t-value* | Hipótese | Status da verificação das hipóteses |
|-------------------------------|---------------------------|--------------------------|----------|---------------|-------------------------------------|
| Satisfação com os atributos | SUS | 0,618* | 7,972 | H1a(+) | Confirmada |
| → Satisfação Global | Conv/Part | 0,691* | 7,957 | | Confirmada |
| Insatisfação com os atributos | SUS | 0,042 | 0,634 | H1b(-) | Não confirmada |
| → Satisfação Global | Conv/Part | -0,094 | -1,455 | | Não confirmada |
| Satisfação com os atributos | SUS | 0,389* | 5,018 | H2a(+) | Confirmada |
| → Resp. Emocional Positiva | Conv/Part | 0,234** | 3,026 | | Confirmada |
| Satisfação com os atributos | SUS | -0,193** | -3,114 | H2a(-) | Confirmada |
| → Resp. Emocional Negativa | Conv/Part | -0,402* | -5,687 | | Confirmada |
| Insatisfação com os atributos | SUS | -0,217** | 2,958 | H2b(-) | Confirmada |
| → Resp. Emocional Positiva | Conv/Part | -0,176** | 2,313 | | Confirmada |
| Insatisfação com os atributos | SUS | 0,556* | 7,034 | H2b(+) | Confirmada |
| → Resp. Emocional Negativa | Conv/Part | 0,388* | 5,481 | | Confirmada |
| Resposta Emocional Positiva | SUS | 0,117*** | 1,789 | H3a(+) | Confirmada |
| → Satisfação Global | Conv/Part | 0,045 | 0,699 | | Não confirmada |
| Resposta Emocional Negativa | SUS | -0,358* | -4,574 | H3b(-) | Confirmada |
| → Satisfação Global | Conv/Part | -0,214** | -2,792 | | Confirmada |

Fonte: os autores.

Notas:*Coeficiente de significância a 0,001

**Coeficiente de significância a 0,05

***Coeficiente de significância a 0,1

Os índices de ajustamento obtidos para o modelo do grupo SUS indicam proximidade com o parâmetro estabelecido por Hair Júnior et al. (2005). Assim, podem ser considerados aceitáveis e satisfatórios os seguintes valores: $X^2 = 470,302$, $gl = 127$, $p < 0,001$; $X^2/gl = 3,703$; CFI = 0,898; 0,850 e RMSEA = 0,099.

Isso também pode ser afirmado em relação ao modelo do grupo Convênio/Particular, que obteve os seguintes valores: $X^2 = 431,194$; $gl = 127$; $p < 0,001$; $X^2/gl = 3,395$; CFI = 0,882 e RMSEA = 0,098. Na análise do modelo são tecidas

considerações a respeito das modalidades de atendimento, composta pelos grupos SUS e Convênio Médico e Particular. O objetivo é explorar as relações obtidas em ambos os casos.

Na primeira hipótese H1a(+) quanto maior a satisfação com os atributos, maior o impacto na Satisfação Global, tanto o grupo SUS ($B = 0,618$; $p < 0,001$) quanto o grupo Convênio Médico e Particular ($B = 0,691$; $p < 0,001$) confirmam essa relação, obtendo este último maior peso. Ambos ressaltam que a Satisfação com os atributos da assistência médica influencia a Satisfação Global. No entanto, nota-se que no grupo Convênio Médico e Particular o impacto é ainda maior, principalmente no que diz respeito à qualificação e à atualização do profissional, ao tempo dedicado ao atendimento, ao profissionalismo da recepcionista e ao respeito do médico. Já o grupo SUS valoriza, além da qualificação e do respeito do profissional, os aspectos relacionados à confiança transmitida pelo profissional e à flexibilidade da recepcionista para lidar com as necessidades do usuário.

A hipótese H1b(-), que propõe que, quanto maior a insatisfação com os atributos maior o impacto na satisfação global, não foi confirmada em ambos os casos: SUS ($\beta = 0,042$; $p > 0,10$) e Convênio Médico e Particular ($\beta = -0,094$; $p > 0,10$). O construto apresentou um comportamento diferente entre os grupos. Para os usuários do SUS, a relação foi positiva e para os usuários de Convênio Médico e Particular, a relação foi negativa. Maior valor foi atribuído ao segundo grupo.

No entanto, ambos demonstraram-se insatisfeitos com a qualidade do serviço, a utilização de recursos avançados da medicina, o interesse do médico em vantagens financeiras e o agendamento da consulta. Além desses itens, o grupo SUS mostrou-se insatisfeito com a falta de interesse da recepcionista diante das necessidades do paciente e do atendimento minucioso ao paciente. E o grupo Convênio Médico e Particular, com o interesse e a flexibilidade da recepcionista direcionados às necessidades do paciente, e com a informação sobre as diferentes formas de tratamento.

Nas hipóteses 2a(+) e 2a(-) (a Satisfação com os atributos tem uma influência positiva na Resposta Emocional Positiva e uma relação inversa sobre a Resposta Emocional Negativa), em ambos os casos as relações foram confirmadas. Na primeira relação, obtiveram-se os seguintes resultados: SUS $\beta = 0,389$; $p < 0,001$ e Convênio Médico e Particular ($\beta = 0,234$; $p < 0,05$); maior peso foi atribuído ao grupo SUS. Já na relação inversa, o maior peso foi atribuído ao grupo Convênio Médico e Particular ($\beta = -0,402$; $p < 0,001$) e SUS ($\beta = -0,193$; $p < 0,05$).

Nas hipóteses H2b(+) e H2b(-) (a Insatisfação com os atributos afeta positivamente a Resposta Emocional Negativa e inversamente a Resposta Emocional Positiva) os resultados confirmam a primeira relação em ambos os casos: SUS ($\beta = 0,556$; $p < 0,001$) e Convênio Médico e Particular ($\beta = 0,388$; $p < 0,001$); maior peso se aplica ao grupo SUS. Na segunda afirmativa, era esperada uma relação inversa, como propõe o modelo, e se confirmou para ambos os grupos, com os seguintes valores: SUS ($\beta = -0,217$; $p < 0,05$) e Convênio e Particular ($\beta = -0,176$; $p < 0,05$), sendo conferido o maior peso ao grupo SUS.

A insatisfação com a qualidade do serviço afeta mais os usuários do SUS do que os do Convênio Médico e Particular. Isso pode ter ocorrido em razão do poder de escolha, pois segundo Vaitsman e Andrade (2005), os usuários do SUS estão mais dependentes do serviço oferecido, em razão da limitação econômica, enquanto os usuários das demais modalidades têm uma variedade de opções.

Na hipótese H3a(+) (a Resposta Emocional positiva afeta positivamente a avaliação de Satisfação Global), essa relação somente foi confirmada para o grupo SUS ($\beta = 0,117$; $p < 0,10$) e o grupo Convênio Médico e Particular ($\beta = 0,045$; $p > 0,10$); maior peso é atribuído ao primeiro. Mas, em ambos os casos, a meta principal é a resolução do problema. Na hipótese H3b(-) (a resposta emocional negativa afeta negativamente a avaliação da Satisfação Global), em ambos os casos a relação foi confirmada: SUS ($\beta = -0,358$; $p < 0,001$) e Convênios Médico e Particular ($\beta = -0,214$; $p < 0,05$). Entretanto, maior peso foi conferido ao SUS. Assim, independentemente da situação de assistência médica observada, o que o usuário busca é a satisfação de suas necessidades, sendo estas influenciadas pelos componentes emocionais (KURCGANT, 2005).

5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Como proposto por Oliver (1980, 1981), as hipóteses H1a e H1b, derivadas do paradigma da desconformidade, afirmam ser a satisfação e a insatisfação com os atributos da assistência médica um antecedente da Satisfação Global.

A satisfação com os atributos da assistência teve um impacto direto sobre a Satisfação Global, mantendo o mesmo sentido proposto por Oliver (1993) e Prado (2002) e corroborando a afirmação de Prado (2004) e Siu, Zhang e Yau (2013) de que a qualidade percebida do serviço é um antecedente da Satisfação para ambos os grupos. O grupo Convênio Médico e Particular está satisfeito com a assistência médica recebida e considera que o serviço está próximo do ideal. Já o grupo SUS apresentou

as menores médias de satisfação. Esse grupo está satisfeito com a assistência, mas julga que ela ocorre dentro do esperado, nem longe e nem perto do ideal, informando uma neutralidade na avaliação do serviço. Contudo, a relação entre Insatisfação com os atributos e Satisfação Global não foi confirmada pelo estudo. O grau de insatisfação com o serviço foi muito baixo, próximo de um, levando a um impacto menor na Satisfação Global.

A segunda hipótese (H2a e H2b) afirma que a satisfação com os atributos da assistência exerce influência positiva e negativa sobre a resposta emocional, e foi confirmada para ambos os grupos. O Construto Satisfação com os Atributos do Serviço apresentou uma influência positiva e inversa sobre a resposta emocional, como afirmam Oliver (1993) e Prado (2002). Os resultados mostram que problemas surgidos com algum aspecto da assistência médica produzem emoções negativas em relação ao serviço, confirmando o impacto indireto da Insatisfação sobre a Satisfação Global. Assim, o serviço precisa gerir esses aspectos, a fim de minimizar os efeitos destes sobre o julgamento de satisfação do usuário.

A terceira hipótese (H3a e H3b) destaca o papel mediador da resposta emocional, sugerindo que esta afeta positivamente e inversamente a Satisfação Global. Essa relação foi confirmada integralmente para o grupo SUS. No grupo Convênio Médico e Particular, essa relação foi parcialmente aceita, uma vez que a Satisfação Global sofreu influência apenas da Resposta Emocional Negativa. Segundo Williams e Aaker (2002), Ramanathan e Williams (2007), a resposta emocional interage de forma diferente entre as pessoas, pois na experiência de consumo, o usuário se depara com um mix de emoções positivas e negativas que influenciam a sua escolha, esta é gerenciada de acordo com o grau de desconforto sentido no momento do consumo do serviço.

Nota-se, no modelo, uma forte influência da Resposta Emocional Negativa sobre a Satisfação Global do usuário. Supõe-se que, na área da Saúde, a lógica para esse Construto seja diferente, uma vez que o usuário busca o alívio de sintomas, pleiteando a retirada de um sentimento negativo.

6 CONCLUSÃO

A assistência médica refere-se aos cuidados de saúde que o médico oferece ao usuário. Possui um caráter diferenciado em relação às demais prestadoras de serviço, pois, além da intangibilidade inerente ao atendimento, nela existe a possibilidade de perda do cliente em razão de sequelas decorrentes das doenças e da falta de habilidade do profissional na condução do diagnóstico e tratamento.

Na avaliação do desempenho, além de se considerarem esses aspectos intrínsecos ao serviço, soma-se a qualidade do relacionamento entre aquele que assiste e aquele que é assistido. Alcançar a satisfação do usuário implica gerenciar a demanda tanto dos aspectos específicos do serviço, como diagnóstico, equipe de apoio, comodidade, responsabilidade e interações médicas quanto das emoções que o processo desencadeia, pois boa parte da variação de satisfação pode ser explicada pela resposta emocional presente no momento de o usuário consumir o serviço.

As emoções podem influenciar a atitude e a intenção do consumidor. Quando positiva, o usuário fica predisposto a fazer uma avaliação mais favorável da assistência e pode apresentar um comportamento de aproximação para consumir o serviço. Quando negativa, o usuário fica propenso a uma avaliação desfavorável e tende ao distanciamento.

Entretanto, poucas foram as diferenças encontradas no comportamento dos grupos SUS e Convênio Médico e Particular. O usuário busca, na assistência médica, não somente um atendimento humanizado, que respeite os seus sentimentos, mas também um serviço que o acolha por meio de uma ausculta sincera com orientações adequadas, que tragam resolutividade para os seus problemas de saúde. Contudo, os usuários não querem apenas ser educadamente atendidos, procuram um relacionamento comprometido do médico e da equipe de auxiliares no atendimento de suas necessidades de saúde.

Assim, as estratégias de *marketing* para o setor devem implementar ações voltadas não somente para o conhecimento das necessidades de saúde do usuário, mas também para o que ele deseja e espera da assistência, suscitando-lhe emoções hedônicas de valorização e bem-estar, como forma de favorecer o vínculo entre ambos. O vínculo confere segurança aos usuários, por ele há um estreitamento das relações em virtude das quais o sofrimento do paciente leva à sensibilização e à responsabilização do profissional de saúde para o bem-estar do paciente. Isso otimiza o processo de assistência e proporciona ao médico o conhecimento sobre seus clientes e as prioridades de cada um, e também aumenta a possibilidade de satisfação das necessidades desses pacientes.

De certa forma, o modelo também contribui para a mudança de paradigma na área da Saúde, pois se percebe a necessidade de resgatar a essência do serviço, considerando-se o usuário como um ser completo e não apenas como um portador de órgão doente. Por fim, entende-se que a mensuração das emoções é fator bastante complexo, por se tratar de uma avaliação de ordem subjetiva. Sugere-se ampliar o escopo do estudo aplicando o modelo a outros contextos da área da Saúde, pois além

de proporcionar maior conhecimento sobre a satisfação do usuário, traria maior coerência às relações estabelecidas pelo modelo.

Apesar das contribuições estabelecidas, a assistência médica foi analisada com destaque para a qualidade funcional do serviço. Considerou-se a percepção do usuário como parâmetro de avaliação da satisfação do consumidor. Contudo, existem algumas limitações inerentes à pesquisa. A primeira delas se refere à abordagem adotada, ou seja, pesquisa descritiva, que apenas descreve as dimensões que influenciam a satisfação do usuário, não tendo a pretensão de explicar a causa das relações que se estabeleceram, nem mesmo de validar a consistência da avaliação de satisfação ao longo do tempo, por ser um estudo transversal.

O procedimento amostral adotado também tem suas limitações. A amostragem foi não probabilista por cotas, o que limitou a extensão dos resultados obtidos. Porém, como a pesquisa está em consonância com os objetivos propostos, ela não descaracteriza o valor metodológico. Por se tratar de uma pesquisa de opinião, a disposição do entrevistado em responder às perguntas é um fator que pode ter influenciado suas respostas. Como não foi fornecido aos participantes nenhum tipo de recompensa pela participação na pesquisa, o comprometimento do entrevistado pode ter sido afetado.

Outro fator de limitação é que as informações obtidas se basearam na experiência do usuário com a assistência médica, sendo, portanto, de ordem muito pessoal. Além disso, a avaliação dos respondentes pode ter sido influenciada também pela gravidade da patologia a ser tratada. Pode ser que em casos mais graves as avaliações e respostas afetivas sejam diferentes em relação aos casos mais simples de serem resolvidos. Nesse sentido, estudos futuros poderiam considerar também essa variável.

REFERÊNCIAS

BABAKUS, E.; BIENSTOCK, C. C.; VAN SCOTTER, J. R. Living perceived quality and customer satisfaction to store traffic and revenue growth. **Decision Sciences**, v. 4, n. 35, p. 713-737, 2004.

BAGOZZI, R. P.; GOPINATH, M.; NYER, P. U. The role of emotions in marketing. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v. 27, n. 2, p. 184-206, 1999.

BOCK, A. M. B.; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M. de L. **Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia**. São Paulo: Saraiva, 2001.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 1, p. 150-153, 2007.

BRASIL. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Comissão intergestores tripartite do SUS: pactos pela vida, em defesa do SUS e da gestão**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa nacional de assistência hospitalar**. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa nacional de humanização da assistência hospitalar**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 139-146, 2004.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

DICK, A. S.; BASU, K. Customer loyalty: toward and integrated conceptual framework. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v. 22, n. 2, p. 99-113, 1994.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 4, p. 691-729, 2005.

EVRRARD, Y. La satisfaction des consommateurs: état des recherches. In : ENCONTRO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE POS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 1., 1993, Salvador. **Anais...** Salvador, 1993.

FORNELL, C. et al. Customer satisfaction and stock prices: high returns, low Risk. **Journal of Marketing**, v. 70, n. 1, p. 3-14, 2006.

FREITAS, A.; SALOVEY, P. Regulating emotion in the short and long term. **Journal of Psychological Inquiry**, v. 11, n. 1, p. 178-179, 2000.

GIESE, J. L.; COTE, J. A. Defining consumer satisfaction. **Academy of Marketing Science Review**, v. 1, n. 1, p. 1-24, 2000.

- GOHM, C. L.; CLORE, G. L. Four latent traits of emotional experience and their involvement in well-being, coping, and attributional style. **Cognition & Emotion**, v. 16, n. 4, p. 495-518, 2002.
- GOUVEIA, G. C. et al. Health care users' satisfaction in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública - Reports in Public Health**, v. 2, n. 1, p. 109-118, 2005.
- HAIR JÚNIOR, J. F. et al. **Análise multivariada de dados**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.
- HIRSCHMAN, E. C.; HOLBROOK, M. B. Hedonic consumption: emerging concepts, methods and propositions. **Journal of Marketing**, v. 46, n. 3, p. 92-101, 1982.
- HOMBURG, C.; KOSCHATE, N., HOYER, W. The role of cognition and affect in the formation of customer satisfaction: a dynamic perspectiva. **Journal of Marketing**, v. 70, n. 3, p. 21-31, 2006.
- KURCGANT, P. **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
- LAZARUS, R. S. **Emotion and adaptation**. New York: Oxford University Press, 1991.
- LEDDEN, L.; KALAFATIS, S. P.; MATHIOUDAKIS, A. The idiosyncratic behaviour of service quality, value, satisfaction, and intention to recommend in higher education: An empirical examination. **Journal of Marketing Management**, v. 27, n. 11-12, p. 1232-1260, 2011.
- LIMA, M. A. S. et al. Acesso e acolhimento em atividades de saúde na visão dos usuários. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 12-17, 2007.
- LOBATO, A.; BORGES, A.; NIQUE, W. M. Avaliação da aplicabilidade da escala Consumption Emotions Set para mensuração das emoções em experiências de consumo na cidade de Porto Alegre. In: ENCONTRO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 27., 2003, Atibaia. **Anais...** Atibaia, 2003.
- LOVELOCK, C.; WRIGHT, L. **Serviços: marketing e gestão**. São Paulo: Saraiva, 2002.
- MADDOX, R. N. Two-factor theory and consumer satisfaction: replication and extension. **Journal of Consumer Research**, v. 8, n. 1, p. 97-102, 1981.

Danielle Mantovani et al.

MADRIGAL, R. Exploring subjective emotion intensity: antecedents and postconsumption consequences. **Advances in Consumer Research**, v. 30, p. 148, 2003.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de Marketing**: uma orientação aplicada. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

MANO, H.; OLIVER, R. L. Assessing the dimensionality and structure of the consumption experience: evaluation, feeling, and satisfaction. **Journal of Consumer Research**, v. 20, n. 3, p. 451-466, 1993.

MORRISON, S.; CRANE, F. G. Building the service brand by creating and managing an emotional brand experience. **Journal of Brand Management**, v. 14, n. 5, p. 410-421, 2007.

MULLER; F. de O. **As emoções positivas e negativas, a atitude e a intenção de comportamento**: um estudo exploratório no varejo. Dissertação (Mestrado em Administração, Contabilidade e Economia)–Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

NOVAES, H. M. D. Pesquisa em, sobre e para os serviços de saúde: panorama internacional e questões para a pesquisa em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública - Reports in Public Health**, v. 20, n. 2, p. 147-173, 2004.

OLIVER, R. L. A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. **Journal of Marketing Research**, v. 17, n. 4, p. 460-469, 1980.

OLIVER, R. L. Cognitive, affective, and attribute bases of the satisfaction response. **Journal of Consumer Research**, v. 20, n. 3, p. 418-430, 1993.

OLIVER, R. L. Measurement and evaluation of satisfaction process in retail settings. **Journal of Retailing**, v. 57, n. 3, p. 25-48, 1981.

OLIVER, R. L. Processing of the satisfaction response in consumption a suggested framework and research proposition. **Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction & Complaining Behavior**, n. 2, p. 1-16, 1989.

OLIVER, R. L. **Satisfaction**: a behavioral perspective on the consumer. Nova York: McGraw-Hill, 1997.

OLIVER, R. L.; WESTBROOK, R. A. Profiles of consumer emotions and satisfaction ownership and usage. **Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction & Complaining Behavior**, v. 6, p. 12-27, 1993.

PRADO, P. H. M. A **Avaliação do relacionamento sob a ótica do cliente**: um estudo em bancos de varejo. 2004. Tese (Doutorado em Administração de Empresas)–Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2004.

PRADO, P. H. M. Integração da qualidade percebida, resposta afetiva e satisfação no processo de compra-consumo de serviços. In: ENCONTRO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 26., 2002, Salvador. **Anais...** Salvador, 2002.

PRICE, D. D.; RILEY, J.; BARRELL, J. J. Are lived choices based on emotional process? **Cognition & Emotion**, v. 15, n. 3, p. 365-379, 2001.

RAMANATHAN, S.; WILLIAMS, P. Immediate and delayed emotional consequences of indulgence: the moderating influence of personality type on mixed emotions. **Journal of Consumer Research**, v. 34, n. 2, p. 212-223, 2007.

RUST, R; OLIVER, R. L. Should we delight the customer? **Journal of the Academy of Marketing Science**, v. 28, n. 1, p. 86-94, 2000.

SIU, N. Y.; ZHANG, T. J.; YAU, C. J. The role of justice and customer satisfaction in customer retention: a lesson from service recovery. **Journal of Business Ethics**, v. 114, n. 4, p. 675-686, 2013.

URDAN, A. T. A qualidade de serviços médicos na perspectiva do cliente. **Revista de Administração de Empresas**, v. 41, n. 4, p. 44-55, 2001.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. de. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005.

WESTBROOK, R. A. Product/consumption-based affective responses and post purchase processes. **Journal of Marketing Research**, v. 24, n. 3, p. 258-270, 1987.

WESTBROOK, R. A.; OLIVER, R. L. Developing better measures of satisfaction: some preliminary results. **Advances in Consumer Research**, v. 8, n. 1, p. 94-99, 1981.

WESTBROOK, R. A.; OLIVER, R. L. The dimensionality of consumption emotion patterns and consumer satisfaction. **Journal of Consumer Research**, v. 18, n. 1, p. 84-91, 1991.

WILLIAMS, P.; AAKER, J. L. Can mixed emotions peacefully co-exist? **Journal of Consumer Research**, v. 28, n. 4, p. 636-49, 2002.

WONG, A. The role of emotional satisfaction in service encounters. **Managing Service Quality**, v. 14, n. 5, p. 365-376, 2004.

Como citar este artigo:

ABNT

MANTOVANI, Danielle et al. Respostas emocionais e seu efeito sobre a satisfação dos usuários com a assistência médica. *RACE, Revista de Administração, Contabilidade e Economia*, Joaçaba: Ed. Unoesc, v. 13, n. 3, p. 1149-1178, set./dez. 2014. Disponível em: <<http://editora.unoesc.edu.br/index.php/race>>. Acesso em: dia/mês/ano.

APA

Mantovani, D., Katakura, E.A.L.B., Prado, P.H.M., & Monfort, M. (2004). Respostas emocionais e seu efeito sobre a satisfação dos usuários com a assistência médica. *RACE, Revista de Administração, Contabilidade e Economia*, 13 (3), 1149-1178. Recuperado em dia/mês/ano, de <http://editora.unoesc.edu.br/index.php/race>