



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
ADMINISTRAÇÃO**



SERVIÇOS MÉDICOS EM EXAME

ATRIBUTOS PRESENTES NA CONTRATAÇÃO

DE PROFISSIONAIS MÉDICOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para obtenção do título de **Mestre em Administração**, ênfase em Marketing.

Denise Macedo Ziliotto

Orientador: Prof. Dr. Walter Meucci Nique

Porto Alegre, 2000.

*“O remédio mais usado em medicina
é o próprio médico, o qual, como os demais medicamentos,
precisa ser conhecido em sua posologia,
relações colaterais e toxicidade”*

*“A insuficiência na formação psicológica dos médicos
foi sempre sofrida pelos pacientes.
Em verdade, os grandes médicos de todos os tempos
foram observadores agudos
das emoções humanas”*

(Balint ,1988)

*A Itamar, meu pai,
pelo exemplo recorrente do amor aos livros,
à produção intelectual e à realização profissional.*

*À Maria Florinda,
pela afeição materna sempre
tão cândida.*

AGRADECIMENTOS

- Ao Prof. Dr. Walter Nique, doutor e mestre na acepção mais verdadeira que esta palavra pode conter. Meu muito obrigado pelo convívio, pelos ensinamentos e pela referência profissional que pude desfrutar com a sua presença. Esta última ,novamente, uma condição pessoal e técnica muito verdadeira pela diferenciação com que é exercida.
- Ao CEPA, especialmente seus estagiários, pesquisadores e à socióloga Lourdes Odete dos Santos, pelo exímio suporte prestado aos mestrandos.
- À FEEVALE pela oportunidade da realização desta modalidade diferenciada de pós-graduação e pelo estímulo constante à formação de seus profissionais.
- A todos os entrevistados desta pesquisa que, dispondo-se a colaborar com suas informações e com seu tempo, me possibilitaram construir conhecimento e prosseguir em meus estudos.
- Aos colegas de mestrado e a todos que tive a oportunidade de conhecer pela participação neste curso, a gratidão pelas experiências de vida que pude conhecer e reconhecer.

RESUMO

A captação de pacientes para a clínica médica privada tem sofrido retração importante, fruto da presença majoritária de instituições e convênios que atuam como referência para o cliente neste setor. Esta pesquisa objetiva descrever e conferir grau de importância aos atributos utilizados pelos pacientes frente à contratação de serviços médicos. Neste sentido, busca-se acesso a este mercado através da compreensão de suas características e expectativas, instrumentalizando os profissionais atuantes neste segmento em sua relação com os consumidores-pacientes.

ABSTRACT

Patients' captivation to the private medical clinic has suffered an important retraction as a consequence of the major presence of institutions and contracts which work as a reference to the client, in this sector. This research has the objective of transcribing and rating a degree of importance to the attributes analyzed by the patients, face to the hiring of medical services. In this sense, we search the access to this market through the understanding of its characteristics and expectations, instrumenting the professionals who work in this segment, in their relationship with the customer-patients.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	8
LISTA DE QUADROS	9
LISTA DE FIGURAS	9
1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1 DELIMITAÇÃO DO TEMA	11
1.2 PROBLEMA DE PESQUISA	13
1.3 OBJETIVOS DO ESTUDO.....	14
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	15
2.1 O SETOR DE SERVIÇOS NO CONTEXTO ECONÔMICO GLOBAL	15
2.2 O SETOR DE SERVIÇOS NO BRASIL.....	17
2.3 CONCEITUAÇÃO SERVIÇO	19
2.4 CARACTERÍSTICA DOS SERVIÇOS E SUAS IMPLICAÇÕES DE MARKETING.....	20
2.5 ESTRATÉGIA DE SERVIÇOS.....	22
2.6 ATRIBUTOS DOS SERVIÇOS E DIFERENCIAÇÃO.....	26
2.7 COMPORTAMENTO DO CONSUMIDOR.....	29
2.8 SERVIÇOS MÉDICOS.....	31
2.9 PERFIL MÉDICO	32
2.10 INTERAÇÃO MÉDICO-CLIENTE.....	36
3 MÉTODO.....	38
3.1 ETAPA QUALITATIVA	38
3.1.1 <i>Pesquisa em fontes secundárias</i>	39
3.1.2 <i>Pesquisa exploratória</i>	40
3.2 ETAPA QUANTITATIVA.....	41
3.3 PROCEDIMENTOS DO PROCESSAMENTO DE DADOS.....	45
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	46
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	47
4.2 GRAU DE IMPORTÂNCIA DOS ATRIBUTOS.....	51
4.3 APRESENTAÇÃO DE ATRIBUTOS IMPORTANTES	57
4.4 COMPARAÇÃO DOS FATORES POR SEXO.....	62
4.5 COMPARAÇÃO DOS FATORES POR ESPECIALIDADE	63
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
6 CONCLUSÕES	80
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
ANEXO I - ROTEIRO PARA ENTREVISTA DE PROFUNDIDADE.....	87
ANEXO II - INSTRUMENTO DE COLETA.....	90
ANEXO III - DEMONSTRATIVOS DO SPSS.....	94

LISTA DE TABELAS

1- Distribuição freqüência variável sexo	47
2- Distribuição freqüência variável idade	47
3- Distribuição freqüência variável grau de instrução	48
4- Distribuição freqüência variável estado civil.....	48
5- Distribuição freqüência variável renda familiar.....	49
6- Distribuição freqüência variável indicação médico.....	49
7- Distribuição freqüência variável parentes área médica.....	50
8- Distribuição freqüência variável motivo consulta.....	50
9- Distribuição importância atributos – condições consultório.....	51
10- Distribuição importância atributos – atendimento/informações.....	51
11- Distribuição importância atributos – médico	52
12- Distribuição importância atributos (novo escore) – condições consultório	53
13- Distribuição importância atributos (novo escore) – atendimento/informação	54
14- Distribuição importância atributos (novo escore) – médico.....	55
15 – Distribuição importância atributos nos blocos.....	56
16 – Ordem de influência bloco condições do consultório.....	56
17 – Ordem de influência bloco atendimento/informações.....	57
18 – Ordem de influência bloco médico.....	57
19 – Composição FATOR 1.....	60
20 – Composição FATOR 2.....	60
21 – Composição FATOR 3.....	60
22 – Composição FATOR 4.....	61
23 – Composição FATOR 5.....	61
24 – Composição FATOR 6.....	61
25 – Composição FATOR 7.....	61
26 – Composição FATOR 8.....	62
27 – Composição FATOR 9.....	62
28 – Composição dos fatores por sexo.....	63

29 – Comparação dos fatores por especialidade.....	64
30 - Média do fator aspectos comportamentais do médico nas especialidades	65
31 - Média do fator prestígio/titulação do médico nas especialidades	65
32 - Média do fator equipamentos/modernização nas especialidades	66
33 - Média do fator interesse do médico para com paciente nas especialidades	66

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Fatores extraídos e suas denominações	59
--	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Fatores de tomada de decisão do consumidor	29
--	----

1 INTRODUÇÃO

Contextualizar o estudo, buscar referências para o tema, pesquisar, analisar os dados e associar resultados e postulados, são as ações que, sucessivamente, conduzem ao desenvolvimento das questões norteadoras desta investigação, pautada na área de serviços médicos, especialmente os realizados em clínica privada.

Inicialmente, faz-se necessário explicitar as indagações que motivam este estudo, justificando sua pertinência e relevância no âmbito acadêmico e social. Mas, a busca de paradigmas conceituais é fundamental para dar seguimento e consistência às questões levantadas; para tanto, realiza-se pesquisa bibliográfica em diversas fontes, atualizando as abordagens que somam para a discussão ulterior.

Os dados empíricos, coletados a partir de metodologia apropriada, ampliam e dão relevo ao entendimento teórico, sendo explicitados de forma descritiva num primeiro momento. Após mapeá-los, torna-se importante e decisivo analisá-los, conferindo-lhes interpretações que dão significado qualitativo aos resultados obtidos. Nesta etapa, pode-se vislumbrar as cadeias associativas que se tornam mais consolidadas nas considerações finais.

Reconhecer as limitações do estudo realizado e poder sugerir futuras pesquisas é, sobretudo, respeitar as leis da ciência e confirmar a importância do conhecimento. Esta última fase do estudo implementa um novo ciclo, o qual deve garantir a continuidade dos esforços para oferecer respostas nunca definitivas, mas, certamente, qualificadoras da realidade momentânea.

1.1 Delimitação do Tema

Este estudo investiga o processo de tomada de decisão do consumidor ao contratar serviços na área da saúde, tendo como referência seus prestadores, os profissionais liberais. A investigação centra-se em reconhecer os fatores presentes no momento da escolha de um médico pelo paciente.

A presente pesquisa remete às questões atinentes ao Marketing, especialmente à área do Comportamento do Consumidor pelos pressupostos científicos que esta possui, podendo dar aporte à análise do processo de contratação de serviços na área de saúde, objetivo deste estudo.

Atento à integração emergente de áreas intervenientes às ações e resultados em Marketing, o campo do Comportamento do Consumidor incorpora, numa lógica associativa, aspectos sociais, psicológicos e culturais do processo de consumo. A construção teórica obtida no desenvolvimento desta disciplina tem destacado-se: o caráter atual e utilitário de seus postulados conquista espaços em pesquisa, publicação e no currículo acadêmico.

Para Engel & Blackwell (1990), o entendimento e a adaptação da motivação de consumo e do comportamento do consumidor não é uma opção, mas isto é absolutamente necessário para a sobrevivência competitiva. Em análise conclusiva, postula que o consumidor está sob controle e o sucesso de Marketing acontece quando o produto ou serviço é percebido como oferta de um benefício real.

Portanto, a motivação e o comportamento do consumidor podem ser apreendidos através de pesquisa e, embora a perfeita predição não seja possível, resultados estratégicos são

notavelmente melhorados através de impulso empreendedor e da aplicação de resultados de diversas investigações.

- **Importância do Setor Serviços**

Os serviços são um tipo especial de produto. Serviço é sinônimo de desempenho e, por isso, intangível (Berry, 1996). Os consumidores até conseguem perceber aspectos tangíveis associados ao serviço, como as pessoas que o fornecem e os equipamentos utilizados, mas, em geral, não enxergam o serviço em si.

Quem compra um serviço faz uma despesa, mas não acrescenta nada aos bens que possui. Quando se compra uma mercadoria, adquire-se a propriedade e o uso; os compradores de serviços levam apenas o uso. Essa invisibilidade deve ser considerada pelas empresas e pelos prestadores como uma característica a ser minimizada em face dos resultados comerciais pretendidos;

Por que o setor de serviços tende a se tornar o cerne da atividade econômica nas sociedades que se encontram na fronteira tecnológica na atualidade? Braga (1989) explicita que, à medida em que o processo de evolução tecnológica avança, as atividades de produção ganham complexidade não apenas ao longo da linha de produção (*vertical complexification*), mas também nas atividades de apoio (*horizontal complexification*), entre as quais a administração de estoques, treinamento de pessoal, financiamento, vendas, marketing, entre outros.

1.2 Problema de pesquisa

Considerando-se a relevância do setor terciário/serviços, a contribuição e crescimento de estudos do comportamento do consumidor em segmentos áridos à investigação, e a carência de informações sobre a área de saúde, especialmente a desenvolvida por profissionais liberais, chega-se à seguinte questão:

Quais são os atributos que concorrem para a tomada de decisão do consumidor em processos de aquisição/contratação de serviços (de profissionais liberais/autônomos) na área da saúde?

Esta questão tem como intuito dar subsídios aos profissionais desta atividade, muitas vezes avessos à investigação e críticas ao seu ofício, mas que, por contingências de mercado, têm atentado para a necessidade de modificar seu posicionamento.

Para resultados mais profícuos - na relação com seu público consumidor e na sustentação de seu espaço, visto o crescimento dos planos de saúde conveniada - propõe-se o entendimento das expectativas destes clientes ao buscarem médicos. Como efeito, poder-se-á gerar a reflexão no “consumidor-paciente”, ao interrogá-lo sobre seu processo decisório e, a medida em que reconstituem suas motivações, expectativas e atitudes ao serem questionados, possam tornar presentes os motivos que têm regido suas ações no momento da escolha do profissional.

1.3 Objetivos do estudo

Os objetivos que norteiam a realização desta pesquisa são os seguintes:

Objetivo geral

- Identificar os atributos presentes no processo decisório do cliente/paciente ao contratar serviços médicos.

Objetivos específicos

- identificar os atributos salientes * nomeados pelo consumidor no processo decisório;
- nomear os atributos considerados importantes pelo consumidor no processo decisório de escolha do médico;
- identificar a ordem de importância dos fatores na decisão de escolha do médico

* Conceito de Alpert, 1971.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este segmento do estudo objetiva instrumentalizar, através de referencial teórico, a posterior análise dos dados oriundos da pesquisa. Possibilita, também, identificar a construção científica existente sobre o assunto e atualizar o tema nas dimensões especificadas nos objetivos.

A peculiaridade do segmento de serviços, seja na dimensão abstrata enquanto produto, seja em não compartilhar (em sua maioria) do conhecimento sobre a produção da aquisição - promovem um posicionamento diferenciado do consumidor em seu processo decisório. As características de intangibilidade, produção e consumo simultâneos, percibibilidade e variabilidade na produção (Kotler, 1994), dimensionam a complexidade do assunto e o seu caráter multifacetado.

2.1 O setor de serviços no contexto econômico global

Uma das megatendências atuais é o crescimento fenomenal dos serviços, segundo Kotler (1994). Nos Estados Unidos, os serviços representam 77% do total de empregos e 70% do produto nacional bruto, e estima-se que venha a ser responsável por 90% dos novos empregos nos próximos dez anos. Assim, diante da admissão pública e irrefutável da importância crescente do setor de serviços (em termos de empregos e de geração de riquezas) Braga (1989), sugere que o fenômeno seja concebido como uma revolução, batizada de

Revolução dos Serviços, e que os primeiros sinais deste processo começam a ficar evidentes por volta da década de 1950, quando, nos EUA, o setor terciário ultrapassa o setor industrial como principal fonte de emprego na economia norte-americana.

Em síntese, a sociedade pós-industrial será uma sociedade de crescente complexidade onde a operação de redes (e de suas interações) aumentará a demanda por mão-de-obra qualificada e deslocará o cerne das atividades empresariais da produção de bens para a produção de 'compacts'. Cabe por fim enfatizar que esta sociedade de serviços não surge como algo independente dos demais setores produtivos (agricultura e indústria). Uma de suas características centrais é exatamente a diluição das fronteiras inter-setoriais, na medida em que todas as atividades produtivas serão marcadas por uma crescente simbiose com serviços (Braga, 1989, p. 98).

Por sua vez, Cobra (1991) afirma que o grande diferencial entre a empresa de ontem e a de amanhã será, por certo, o destaque que esta última dedicará às parcerias com clientes e aos serviços aos clientes. Segundo o autor, os serviços tenderão a ser cada vez mais personalizados, visando atender às diferentes necessidades dos clientes, e tão personalizados quanto interessados. O envolvimento com o consumidor será total, pois quanto mais distante uma empresa estiver do consumidor, menos efetivas serão suas estratégias. O objetivo da empresa deverá ser a satisfação das necessidades de seus consumidores, clientes e fornecedores, nessa ordem. Portanto, o caminho do sucesso passa pela integração de objetivos.

Ainda, segundo o autor, o setor vem crescendo acentuadamente em todas as nações desenvolvidas, começando a ser visto pelos governos como componente importante da economia. Ao mesmo tempo, a competição internacional por serviços também cresce; tornando-os ainda mais sofisticados. As nações diferem, significativamente, em seus padrões de vantagem competitiva nacional em indústrias de serviços tanto quanto diferem na

manufatura. A vantagem competitiva nacional, na área (ou a sua falta), assume importância para as empresas e nações.

2.2 O setor de serviços no Brasil

Conforme Kon (1992), ao avaliar-se o desempenho do produto gerado pelo setor de serviços da economia brasileira, observa-se o papel de complementaridade destas atividades em relação à evolução das atividades industriais. Em períodos de desenvolvimento econômico, particularmente nos centros polarizadores e nos períodos de recessão ou estagnação, a capacidade de ampliação dos serviços representa uma válvula de escape para parte da população liberada de outros setores, que, embora muitas vezes permaneça subempregada, continua contribuindo para a geração de produto.

Desde o início do processo de industrialização brasileira —1950 a 1980 —, o crescimento real médio anual da produção de serviços acompanha a média de crescimento global da economia. No período de 1980 a 1983, com a situação econômica conjuntural adversa e em consequência das políticas governamentais de ajuste, a produção do país apresenta taxas negativas de evolução. Porém o produto do setor de serviços continua crescendo - embora a taxas consideravelmente inferiores às dos períodos anteriores - em decorrência da mão-de-obra subempregada, oriunda dos demais setores, que passa a trabalhar seja como autônoma ou sem carteira de trabalho assinada, no setor formal da economia, com salários inferiores aos demais assalariados, seja no mercado informal.

No entanto, a partir de 1984, a atividade econômica se recupera, culminando, em 1986, com uma aceleração em decorrência do Plano Cruzado que, temporariamente, aquece a demanda, mas, nos anos seguintes, gera taxas menores de crescimento anual do produto e, em alguns setores industriais, taxas negativas. Em consequência, o produto global acusa um

crescimento médio anual de 3,3% para o país, enquanto os serviços crescem , aproximadamente, 4% ao ano. Contudo, nos anos posteriores, particularmente a partir de 1980, o continuado aumento da participação da produção de serviços no volume global de produção do país se efetua pela maior incorporação de pessoas no setor, porém com taxas decrescentes de produto por trabalhador (Kon, 1992).

O fato de as taxas médias anuais de crescimento do setor de serviços se posicionarem, sempre, abaixo da média global do país confirma as constatações de que, apesar das taxas consideráveis de aumento de trabalhadores (que em períodos recessivos ou de menor nível de atividade, ultrapassam consideravelmente as do setor secundário), o produto gerado não cresceu proporcionalmente, em virtude de que o setor terciário absorve parcela representativa de ocupados com baixa qualificação, em ocupações de menor remuneração.

Kon (1992) analisa as diferenças na distribuição ocupacional brasileira entre os gêneros de serviço e verifica que os trabalhadores autônomos se concentram mais no comércio e em serviços. A distribuição setorial dos autônomos, no final da década de 80, revela que há maior concentração destes trabalhadores no setor terciário da economia (44,6%), particularmente no chamado setor de Demais Serviços (20,7%) - que engloba atividades de serviços pessoais e domiciliares, de confecção e conservação do vestuário, de limpeza e conservação de edifícios, de vigias e guardas, e de diversões artísticas - e no Comércio (15,3%).

O comportamento regional da produção de serviços é consideravelmente diferenciado. Nas regiões mais avançadas do país, a evolução dos serviços é mais rápida e heterogênea, com maior especialização em relação às demais regiões, constituindo as economias de aglomeração, que têm papel fundamental no processo de desenvolvimento dos espaços polarizados de desenvolvimento.

2.3 Conceituação serviço

Os serviços se diferenciam das mercadorias pela graduação dos atributos de busca, experiência e credibilidade, três categorias do marketing que ajudam a distinguir qualquer produto, segundo Berry (1996). Aquilo que pode ser avaliado antes da compra e do uso tem atributos de busca; o que só pode ser avaliado depois de usado tem atributos de experiência; e o que não pode ser avaliado nem depois de usado tem atributos de credibilidade.

A definição de uma indústria de serviços é, por vezes, imprecisa, e as ambigüidades aumentam à medida que a natureza da competição em serviços evolui (Porter, 1993). As atividades de serviços estão presentes na cadeia de valores de toda empresa de manufatura (e de serviços), como também nas atividades de uma família. Ambas enfrentam a opção de realizar elas mesmas as funções de serviço ou contratar terceiros. Há um franco incremento nas ofertas e, segundo Porter (1993), há três motores básicos deste crescimento: a necessidade subjacente, cada vez maior, de funções de serviços, muitas das quais sofisticadas; transferência de atividades de serviços — antes realizadas pelos próprios interessados —, para vendedores externos especializados em serviços; e a privatização dos serviços públicos que é, por vezes, resultado dos outros dois motores.

Para Kotler (1994), a definição de serviço é *qualquer ato ou desempenho que uma parte pode oferecer a outra e que seja essencialmente intangível e não resulte na propriedade de nada. Sua produção pode ou não estar vinculada a um produto físico.*

Para o autor, cinco categorias de ofertas, na relação com o cliente, podem ser distinguidas:

1. *Bem tangível.* Nenhum serviço acompanha o produto
2. *Bem tangível acompanhado de serviços.* Acompanhado de um ou mais serviços para enriquecer seu apelo de consumo.

3. Híbrido. A oferta consiste em partes iguais de bens e serviços.
3. Serviço principal acompanhado de bens e serviços secundários. A oferta consiste em um serviço principal junto com alguns serviços adicionais e/ou bens de apoio.
5. Serviço. A oferta consiste basicamente em um serviço.

Kotler (1994) também constrói outras distinções a respeito de serviços :

- **os serviços:**
 - variam à medida que são baseados em equipamentos ou em pessoas (experiência, especialização);
 - alguns exigem a presença do cliente. Se o cliente deve estar presente, o fornecedor do serviço tem que levar em conta suas necessidades;
 - diferem de acordo com as necessidades pessoais (serviços pessoais) ou de necessidades administrativas (necessidades empresariais).
- **os prestadores de serviço**, que diferem em seus objetivos (visam ou não o lucro) e propriedade (privada ou pública).

2.4 Característica dos Serviços e suas Implicações de Marketing

Kotler (1994) identifica quatro características importantes que afetam a estratégia dos programas de Marketing:

1. Intangibilidade

Os serviços são intangíveis. Ao contrário dos produtos físicos, não podem ser vistos, provados, sentidos, ouvidos ou cheirados antes de serem comprados.

Para reduzir a incerteza, os compradores procurarão sinais ou evidência de qualidade do serviço, farão inferências sobre a qualidade a partir da localização da prestadora, da atuação

dos funcionários, dos equipamentos, do material de comunicação, dos símbolos e dos preços percebidos.

Certamente, a tarefa do prestador de serviço é “administrar a evidência” para tornar “tangível o intangível“. Enquanto as empresas de produtos são desafiadas a acrescentar idéias abstratas, as empresas de serviços são desafiadas a colocar evidências físicas e imaginárias nas suas ofertas abstratas.

2. Inseparabilidade

Normalmente, os serviços são produzidos e consumidos simultaneamente. Como o cliente está também presente enquanto o serviço é produzido, a interação fornecedor-cliente é uma característica especial do marketing de serviços. Ambos afetam a qualidade do serviço.

3. Variabilidade

Os serviços são altamente variáveis, pois dependem de quem os executa e de onde são prestados. Os consumidores de serviços estão conscientes dessa variabilidade e, freqüentemente, conversarão com outras pessoas antes de selecionar um fornecedor.

4. Perecibilidade

Serviços não podem ser estocados. A perecibilidade de um serviço não é problema quando a sua demanda é estável, porque é fácil antecipar sua prestação. Quando a demanda é flutuante, as empresas de serviços podem enfrentar problemas.

Cada uma das características acima descritas enfrenta efeitos específicos no mercado e requer estratégias. As empresas devem encontrar meios para tornar tangível o intangível, aumentar a produtividade dos fornecedores que sejam inseparáveis do produto, padronizar a

qualidade em face da variabilidade e influenciar os movimentos da demanda, melhorando a oferta em razão da perecibilidade do serviço.

2.5 Estratégia de Serviços

As empresas possuidoras de estratégias de serviços claras e bem definidas, segundo estudos de Davidow (1991), conseguiram otimizar melhor a produção e o fornecimento do serviço. Deram um passo à frente ao escolher o melhor *mix* de serviços e ao oferecer um serviço eficiente e eficaz. E, ainda conforme o autor, para se desenvolver uma estratégia de serviço, deve-se seguir três etapas:

1. Segmentar. Ao contrário da clássica segmentação do mercado, a segmentação do serviço ao cliente concentra-se mais em suas expectativas do que em suas necessidades. Podem existir vários segmentos do serviço ao cliente, mas, também pode-se, num único segmento, abranger vários segmentos do mercado. Após segmentados, os clientes podem ser agrupados de acordo com seu valor e o custo de servi-los bem.

Tentar servir mais de um segmento, com excelência, é perigoso, mas, fazendo-o, é importante certificar-se de que os serviços esperados não sejam radicalmente diferentes. Se houver grandes diferenças, pode-se abandonar os segmentos menos valiosos ou criar diferentes organizações para fornecer o serviço.

2. *Descobrir quais são as expectativas dos clientes.* É necessário concentrar-se nos clientes mais importantes e destacar as diferenças entre a concepção de serviço da empresa e a deles. E, ao fazer pesquisas, deve-se começar com perguntas e grupos de

foco, partindo-se após para métodos mais formais, procurando sempre preservar a verdade qualitativa, em vez de gerar milhares de números altamente precisos, porém altamente equivocados.

Como parte da pesquisa, deve-se examinar as estratégias dos concorrentes: saber compreender onde estão, no ciclo de vida do serviço, e como superá-los ou aprimorar as vantagens que oferecem. Evitar ser pego numa espiral de declínio do serviço, ou no ciclo vicioso custo / preço; tentar empurrar os concorrentes para a espiral.

3. *Definir as expectativas dos clientes.* Desenvolver um plano de comunicação que influencie o cliente, e o faça ter expectativas menores em relação aos serviços do que as que realmente o serviço lhe oferecerá (Davidow, 1991, p. 103 e 104).

O autor também afirma que é comum para as pessoas que administram empresas de serviços formar suas visões sobre o cliente através de longos anos de experiência, sem embasar-se em dados reais. Cada gerente tem uma teoria sobre a importância do cliente, mas em poucos casos essa teoria realmente baseia-se em pesquisas razoavelmente científicas. Portanto, as empresas que usam a intuição, orientadas apenas pelas normas do setor por suas práticas tradicionais, acabam adotando estratégias inadequadas, tendo uma participação menor no mercado e lucros anêmicos. A maioria dos estudos sempre mostra diferenças enormes entre a forma como o cliente e o fornecedor definem o serviço e classificam a importância de diferentes atividades de serviço (Davidow, 1991, p 93).

Ao desenvolver um serviço individual para oferecer ao mercado, o estrategista de marketing tem de distinguir três níveis do conceito de um serviço: *núcleo, perceptível e aumentado* (Kotler e Bloom, 1988, p. 197).

Em relação ao *núcleo*, surgem as seguintes questões: o que o cliente está realmente procurando? A que necessidade o serviço está realmente satisfazendo? Segundo Kotler e Bloom (1988), a tarefa do especialista em marketing é descobrir as necessidades essenciais “escondidas” em cada serviço profissional, para que seus benefícios — e não apenas suas características — sejam potencializadas e expressas na comunicação com o consumidor.

O serviço núcleo está sempre à disposição do cliente, de alguma forma *perceptível*. Pode-se configurar seis atributos básicos de um serviço que os clientes percebam - ou o vejam posicionado - satisfazendo os benefícios-núcleo que estão procurando Kotler e Bloom (1988, p. 198), quais sejam:

1. Pessoal. As pessoas que executam o serviço.

As pessoas que fornecem um serviço profissional são o atributo-chave daquele serviço. Os clientes compram “pessoas” em lugar de serviços, o que é instigante para os efeitos e ações de marketing. O desenvolvimento de forte atributo “pessoal” exige treinamento, aprendizagem e mobilidade dos profissionais que dele se utilizam, já que são a referência maior para os clientes

2. Nível de qualidade - o nível de competência profissional com que o serviço é executado.

Implica monitoramento constante dos níveis de qualidade e a rigorosa disciplina para mantê-los. Pesquisas com clientes podem esclarecer como são “percebidos” os níveis de qualidade, sugerindo áreas onde precisam ser implantados refinamentos no serviço ou melhor comunicação nos atuais níveis de qualidade.

3. Duração do serviço – o tempo necessário aos profissionais para a execução do serviço (tempo vendável) pode ter grande influência na avaliação feita pelos clientes. No sistema de remuneração por hora, os profissionais devem ser desencorajados a realizarem atividades desperdiçadoras de tempo. Por outro lado, devem ser orientados para dedicar tempo para discussões menos formais com os clientes quando cobram honorários fixos. O discurso de Norman Cousins, pronunciado na Tulane School of Medicine, é relevante para os profissionais que adotam o sistema de honorários fixos: *“Os médicos que despendem mais tempo com seus pacientes talvez gastem menos com apólices de seguro contra erros de prática de medicina”* (Kotler e Bloom, 1988, p. 201).

4. Tempo de espera - o tempo que o cliente tem de esperar antes que o serviço seja satisfatoriamente completado.

Quanto menos os clientes têm de esperar para começar a receber um serviço profissional desempenhado satisfatoriamente, tanto mais o apreciam. *“Embora muitos deles prefiram utilizar profissionais muito 'ocupados' - vendo isto como uma indicação de que o profissional é de muita competência -, a maioria aprecia quando o profissional pode 'arranjar tempo para eles'”* (Kotler & Bloom, 1988, p. 201).

5. Equipamento de suporte - a maquinaria, os instrumentos e outros equipamentos que o profissional utiliza para realizar o serviço. Os clientes formam impressões dos profissionais baseando-se em parte nos tipos de computadores, instrumentos e equipamentos existentes no escritório, podendo-se mensurar, por

meio de pesquisa, o quanto os clientes do mercado-alvo atentam para este fator, investindo-se neste aspecto.

6. Pacote e rotulagem - o nome e a respectiva descrição do serviço ou do conjunto de serviços. A oferta de “pacotes”, com marcas apropriadas, diferencia os serviços ante os olhos dos clientes e também os ajuda a lembrar destes serviços.

Além destas dimensões - núcleo perceptível - pode-se oferecer ao mercado serviços e benefícios extras, configurando um serviço *umentado*. O aumento do nível do serviço, ultrapassando as condições perceptíveis visa a atender aos desejos adicionais dos clientes e/ou diferenciar seus serviços da concorrência. "*Competir em termos de plus está se tornando cada vez mais necessário em muitas profissões*" (Kotler e Bloom, 1988, p. 202).

2.6 Atributos dos Serviços e Diferenciação

Em geral, as mercadorias costumam possuir mais atributos de busca, enquanto os serviços contam com mais atributos de credibilidade. Os serviços com atributos de credibilidade, em geral, são de natureza técnica ou não são executados na presença do cliente (Berry, 1996).

Ao avaliar um produto, a atitude dos consumidores é a de agregar suas crenças sobre cada um dos atributos, e a importância de cada atributo na satisfação de suas necessidades (Wells e Prensky, 1996). Portanto, os atributos são os instrumentos utilizados pelos consumidores para avaliar os produtos e/ou serviços que adquirem.

Portanto, as estratégias de marketing devem ser projetadas a fim de fornecer aos consumidores o *mix* de produtos desejados. Empresas que não investem em atributos que são

valorizados, perdem consumidores, e as que investem em atributos que os clientes não valorizam, perdem dinheiro (MacMillan e MacGrath, 1996).

Cada atributo assume um significado diferente para cada consumidor. Assim, é necessário esclarecer a avaliação do grau de importância dos atributos para cada segmento de consumidores. Além disso, pesquisas de mercado auxiliam os gestores a encontrar o ajuste entre as necessidades dos segmentos de consumidores e os atributos necessários para satisfazê-los.

Alpert (1971) classifica os atributos em **salientes, importantes e determinantes**.

- **Salientes** são os atributos que os consumidores conseguem perceber em determinado produto-marca, empresa ou instituição. Funcionam como um conjunto total de atributos percebidos por um determinado público consumidor, sem, no entanto, possuir qualquer grau de importância ou determinação no processo de compra. Apenas estão reconhecidamente presentes em determinado produto ou marca para um grupo específico.
- **Importantes** são os atributos que um determinado grupo de consumidores considera importantes no momento da escolha do produto. Pode-se considerá-los um subgrupo dos atributos salientes; também não determina a compra, pois muitos consumidores não os levam em conta por considerá-los presentes em todos os produtos de determinada classe de produtos da qual examinam a possibilidade de comprar (Alpert, 1971).
- **Determinantes** são atributos cuja existência e percepção, para o consumidor, são a melhor resposta à satisfação de suas expectativas em relação a determinado

produto ou marca. Situam-se entre os atributos importantes que o consumidor considera capazes de influenciar positivamente na compra.

Observar a forma como os clientes compram os produtos é o primeiro passo para a descoberta de atributos relevantes. Um olhar atento auxilia na descoberta de atributos importantes; no entanto, é através de pesquisas conduzidas de forma sistemática que obtém-se os retornos mais consistentes (MacMillan & MacGrath, 1996).

Harvard Business School Press, Heskett (1988), citado por Berry (1996, p. 74), refere que um serviço não pode ser tudo para todas as pessoas. Ao contrário dos fabricantes de produtos, as empresas que fornecem serviços podem ter dificuldades consideráveis ao fornecer mais de um “produto”, mais de um tipo ou nível de serviço, ao mesmo tempo. Os grupos ou “segmentos” de clientes têm que ser escolhidos para um determinado serviço, suas necessidades têm que ser determinadas e deve-se desenvolver um conceito de serviço que proporcione vantagem competitiva ao fornecedor e aos olhos dos que estão sendo servidos. Portanto, segmentação é o processo de identificação de grupos de clientes, com um número suficiente de características em comum, que possibilite a elaboração e a apresentação de um produto ou serviço que cada grupo necessite.

Berry (1996) afirma que a essência de qualquer estratégia de serviço ao cliente é segmentar os clientes. Para tanto, cita duas maneiras para estreitar o relacionamento com o mercado:

Contratos de longo prazo – os quais oferecem incentivos de preços e de outra natureza para estimular relacionamentos por vários anos, reforçar os existentes ou desenvolver novos.

Pacote de serviços – que envolve de dois ou mais serviços numa única venda, e garante ao comprador que os serviços em lote são menos dispendiosos do que os isolados.

2.7 Comportamento do Consumidor

“O comportamento do consumidor pode ser definido como aquelas atividades diretamente envolvidas na obtenção, consumo e disposição de produtos e serviços, incluindo o processo de decisão que procede e sucede estas ações” (Engel, Blackwell & Miniard, 1990, p.4).

Apresenta-se, a seguir, os fatores intervenientes no processo de tomada de decisão do consumidor, formulado por Engel, Kollat e Blackwell (In: Engel, Blackwell e Miniard, 1990), visualizado na Figura 1.

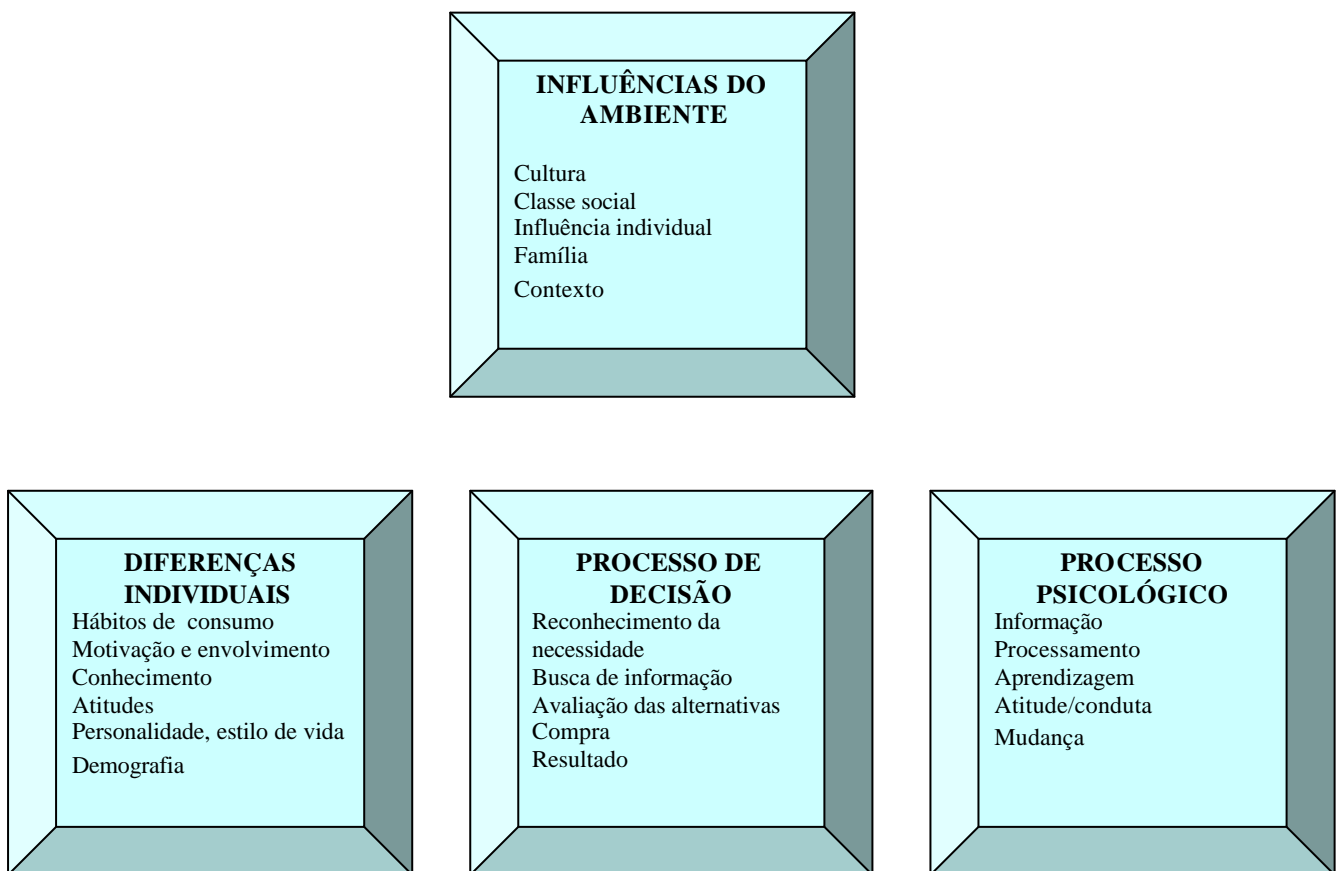


Figura 1: Fatores de tomada de decisão do consumidor.

Fonte: ENGEL, James F.; BLACKWELL, Roger D.; MINIARD, Paul W. *Consumer Behavior*. 7th ed. Orlando: The Dryden Press, 1993. p.53.

O processo de tomada de decisão do consumidor é desencadeado quando reconhece a necessidade e ao ser motivado. A motivação é um conceito fundamental para o entendimento do comportamento gerador da ação que se concretiza na opção e quando alguém precisa satisfazer algum desejo/necessidade ou atingir um objetivo. "(...) *O desafio do marketing é descobrir influências primárias e desenhar estratégias para ativar e satisfazer as necessidades sentidas (...)*" (Engel et al, 1993, p. 267).

Portanto, o presente estudo tenciona desvendar quais são os atributos que traduzem as motivações e necessidades dos clientes na escolha de serviços médicos.

E o autor esclarece:

(...) Motivo ou necessidade finalmente tornam-se expressos em comportamento de compra e consumo sob a forma de dois tipos de benefícios esperados - utilitários e hedônicos/experienciais. (...) Benefícios utilitários são aqueles ligados diretamente aos atributos objetivos do produto/serviço, enquanto que os benefícios hedônicos/experienciais referem-se a aspectos subjetivos e emocionais (...) (Engel et al, 1993, p.270).

O processo de motivação está inserido no modelo de tomada de decisão do consumidor, especificamente nas diferenças individuais, variáveis influenciadoras deste processo. A maneira pela qual uma pessoa compra um serviço profissional varia com o tipo de decisão que está sendo tomada. Algumas decisões são mais importantes, complexas e arriscadas e, conseqüentemente, tendem a envolver mais participantes e deliberações (Kotler & Bloom p. 111).

Howard e Sheth (In: Kotler & Bloom, 1988, p. 111) sugere um modo de classificar as decisões individuais de compra:

1. Comportamento de resposta rotinizada. É o tipo mais simples de comportamento de compra, evidenciando-se na aquisição freqüente de bens e serviços de preço relativamente baixo. Os indivíduos não precisam pensar muito, pesquisar ou marcar época para estas compras; simplesmente procuram os

profissionais que sempre utilizam para estes serviços (por exemplo, o médico da família). Tipicamente, o comprador conhece bem as ofertas disponíveis e tem suas preferências.

2. Solução limitada do problema. A compra torna-se mais complexa quando os compradores que adquirem ofertas conhecidas têm pouca familiarização com as entidades que as vendem. Isso ocorre quando uma pessoa muda-se para outra localidade e tem de procurar dentistas, médicos, contadores, advogados, entre outros. Também pode ocorrer quando uma pessoa decide cessar de comprar serviços de um profissional, até então utilizado. Quem estiver nesta situação geralmente tem de submeter-se a muita busca e precaução.

3.Solução extensa do problema. A compra atinge maior complexidade quando os compradores adquirem ofertas desconhecidas de entidades vendedoras igualmente desconhecidas. Por exemplo, a pessoa com um casamento fracassado, que procura um advogado especializado em divórcios, provavelmente se encontrará nesta situação (salvo se já tiver realizado divórcio anteriormente). O mesmo ocorre com quem procura orientação profissional para lidar com problemas financeiros sérios ou de saúde. A falta de entendimento ou até de critérios para avaliar alternativas também levará estes compradores a se empenharem em muita busca e precaução.

2.8 Serviços Médicos

A opção pelo estudo deste segmento deve-se ao grau de intangibilidade diferenciado que o caracteriza, onde o consumidor torna ainda mais abstrato e complexo seu processo de decisão frente à situação de contratação de serviços.

A restrita abordagem existente acerca do marketing de serviços voltado para os profissionais liberais, especialmente os atuantes na área da saúde, dificulta sua inserção numa função comercial. A ética e o status social são fatores igualmente impeditivos desta inclusão.

2.9 Perfil Médico

➤ no Brasil

O Conselho Federal de Medicina (In: Perfil dos Médicos no Brasil, 1995) informa que 80% dos médicos têm até três atividades e 20% têm quatro ou mais atividades profissionais médicas. O consultório destaca-se como a modalidade de trabalho que mais se vincula à tradicional condição de “profissional liberal”. No entanto, se as cifras são elevadas (83,5%), não significa que haja o exercício pleno da atividade liberal, visto que 87,4% declara depender diretamente dos convênios com empresas de saúde, medicina de grupo, cooperativas médicas, entre outros, para a manutenção de seus consultórios.

Uma visão da saúde para o Brasil nos próximos anos reveste-se de grandes dificuldades face as transformações econômicas da medicina atual (...). Do mesmo modo, o dinamismo da sociedade brasileira permite vislumbrar certas iniciativas que, através da cultura e da prática, favoreçam a defesa dos direitos da cidadania e a incorporação de valores comunitários, radicados na solidariedade e na equidade (Paim, 1999).

Há crise no mercado de trabalho, afirma Machado (apud Goulart, 1998), e há sinais de esgotamento. O aumento da jornada de trabalho do médico, com a adoção do multiemprego; a redução relativa e absoluta do valor do trabalho médico, especialmente os assalariados; a deterioração geral das condições de trabalho, impedindo, em muitos casos, a realização plena do trabalho profissional, são algumas das evidências empíricas da crise.

A pesquisa nacional realizada ,em 1995, pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) revela que 70% dos médicos têm vínculo de trabalho com o setor público federal, estadual ou municipal, e são poucos os que não dependem do emprego em instituições privadas.

A investigação do CFM apontou três mudanças significativas na profissão médica: o rejuvenescimento, a urbanização e a feminilização. O primeiro fenômeno refere-se ao percentual elevado de profissionais com menos de 15 anos de formação, ou seja aqueles que têm menos de 45 anos representam um terço de todo o contingente médico. O segundo achado da pesquisa revelou que os profissionais da área médica concentram-se, cada vez mais, nos grandes centros urbanos provocando, assim, a concentração de recursos humanos, de recursos materiais e o desequilíbrio entre oferta e demanda, entre outros. A terceira evidência é a rápida feminilização do contingente médico, que tem deixado marcas importantes na conformação da profissão.

Machado (apud Goulart, 1998) observa algumas mudanças paradigmáticas que, , segundo o autor, revolucionarão o arquétipo da profissão médica: a fragmentação do conhecimento (especialização), com a perda rápida do interesse do jovem médico por áreas básica; o declínio do prestígio social; a perda da credibilidade social; o uso abusivo da tecnologia médica, provocando perigosa dependência do profissional com relação a estes recursos.

E, ainda, conforme o autor,

A prática médica deixou de ser uma prática tradicionalmente liberal e cada vez mais tem adotado feições de uma típica atividade assalariada. Não só o assalariamento é um fato incontestável, como são inegáveis os efeitos deletérios que essas formas de trabalho incidem sobre a autonomia econômica. Nessa mesma dimensão, os médicos têm perdido não só a capacidade de gerar e gerir seu 'próprio negócio' como e especialmente, perderam definitivamente a condição de profissional liberal (p182).

➤ no Rio Grande do Sul

O estado do Rio Grande do Sul possui 52,6% do total de médicos da região sul e 8% do país. Totalizando 14.800 profissionais, segundo dados da pesquisa do Conselho Federal de Medicina de 1995, o contingente médico não acompanha, na mesma proporção, a distribuição populacional. Ou seja, enquanto apenas 1,6% da população vive em Porto Alegre, 51,4% dos médicos exercem suas atividades profissionais nesta capital, o que equivale à relação de 5,89 médicos/1.000 habitantes na capital, e 0,88 médicos/1.000 habitantes no interior.

Do total de médicos do Estado, 94,9 % são ativos e 0,4% aposentados. O Rio Grande do Sul apresenta uma taxa de apenas 1,9% de médicos que abandonaram e/ou se afastaram do exercício de sua profissão.

Se os mercados de trabalho de Santa Catarina e do Paraná apresentam uma atipia em relação a sua constituição — quase a metade dos médicos em atividade são oriundos de outros estados do país — o Rio Grande do Sul mostra o oposto: o percentual de 92% é de médicos gaúchos e apenas 1.8% de médicos estrangeiros ou naturalizados.

Em números, o mercado de trabalho médico do Rio Grande do Sul tem a seguinte estrutura: 59,6% dos médicos têm atividade no setor público, 60,4% trabalham no setor privado e 83,5% exercem atividade “liberal” em seus consultórios privados, o que demonstra um mercado de serviços equilibrado, mas também evidencia o multiemprego para a maioria, conforme pesquisa do Conselho Federal de Medicina (1995).

Essa pesquisa também revela a característica “jovem” da profissão, pois, 68,3% têm menos de 45 anos de idade e o contingente com mais de 60 anos soma apenas 3,9%. A tradição da profissão de ser um ofício “artesanal”, que passa de pai para filho, é reforçada

com os índices elevados de parentesco entre os médicos: 44,2% têm parentes (diretos) que também são médicos.

Quanto ao rendimento mensal, proveniente do trabalho médico, o Rio Grande do Sul segue moda nacional (US 1.280 dólares), apresentando uma moda de US 1.350 dólares (na capital US 916 dólares e, no interior US 1.715 dólares). Da mesma forma, a renda mensal desejada pelos médicos do estado assemelha-se ao valor nacional (US 4.608 dólares), ou seja, US 4.814 dólares.

Outro fator interessante, advinda da pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Medicina, refere-se ao Código de Ética. Sendo a medicina uma profissão com forte apelo aos valores e ideais da “ética profissional”, reveste-se de significado especial o fato de 19,3% dos médicos não conhecerem o Código de Ética que rege sua profissão.

A pesquisa também revela o abalo do arquétipo de uma profissão liberal: 38,4% não se consideram profissionais liberais. Além disso, demonstram acentuado desgaste (físico e mental) no exercício da medicina (78%). A visível perda de status e prestígio social concorre para: a perda relativa da atividade liberal em seus consultórios (dependência de convênios); a necessidade de valer-se, cada vez mais, do trabalho assalariado e do multiemprego para se manterem. Portanto, salários baixos, cansaço, e stress, entre outros, têm levado a maioria a assumir posições político-trabalhistas até então inimagináveis para a profissão e a adesão à greve é um exemplo incontestável desta nova postura.

Segundo a pesquisa do Conselho Federal de Medicina, neste cenário pouco favorável aos médicos brasileiros, o futuro da profissão é visto, pela maioria, com um forte sentimento negativo, refletindo o descontentamento e a falta de perspectivas profissionais que ora se apresentam.

2.10 Interação Médico-cliente

Soar (1998) introduz o conceito de “interação médico-cliente”, conjunto de fenômenos tradicionalmente conhecido como relação médico-paciente. Este novo conceito passa a ser entendido como uma construção, mediada pelos contextos nos quais ocorre e pelas reações emocionais dos agentes envolvidos, e o autor também o denomina relação profissional de saúde-cliente. Esta segunda denominação traz embutida, em primeiro lugar, a noção de equipe multidisciplinar de atendimento e, em segundo, que o paciente é, sobretudo, um cliente, um usuário, um comprador de serviços, em qualquer contexto em que é atendido.

De fato, a palavra ‘paciente’ traz implícita a idéia de uma passividade e de uma posição hierarquicamente inferior, que muitas vezes está na origem do fracasso terapêutico (Soar, 1998, p. 35).

As qualidades - ou atributos desejáveis no profissional de saúde - propiciadoras das necessárias atitudes terapêuticas, identificadas por Soar (1998) são:

- a) empatia: capacidade de colocar-se no lugar do outro, compreender o seu sofrimento, suas angústias e dúvidas, sem, no entanto, confundir-se com ele;
- b) continência: capacidade de tolerar, dentro de si, toda a carga de pensamentos e sentimentos que o cliente possa expressar durante o atendimento, sem revides e retaliações;
- c) humildade: capacidade de reconhecimento de suas limitações humanas e profissionais e o respeito às verdades e crenças dos clientes;
- d) respeito às diferenças: não se fazer portador de verdades morais supostamente universais e válidas para seus pacientes.
- e) curiosidade: estar aberto para o questionamento das hipóteses (suas e as do cliente);

- f) capacidade para conotar positivamente: disponibilidade interna para buscar novos sentidos para os comportamentos;
- g) capacidade de comunicação: competência para o estabelecimento de uma comunicação eficiente. Inclui não apenas aspectos verbais, mas também a habilidade de perceber e decodificar a comunicação corporal do paciente e de interagir com ele.

A medicina possui algumas prerrogativas monopolistas que a diferenciam da maioria das profissões que disputam o mercado dos serviços especializados. Machado (apud Goulart, 1998) afirma que, ao longo de sua história, a medicina adquiriu um vasto, sólido e complexo conhecimento empírico e científico, transformando sua prática em sofisticado e complexo ato técnico-científico. A idéia do *expert* tornou-se, no caso da medicina, uma realidade incontestável (p.184).

Os médicos são profissionais especiais que lidam com clientes em condições especiais, afirma Machado (apud Goulart, 1998). Mudanças estão sendo percebidas em vários segmentos da área, desde o reordenamento de metas e objetivos, redistribuição da clientela, racionalização de custos, até a redução da participação do Estado na prestação de serviços. Por outro lado, o empresariamento na área é fato incontestável em quase todo o mundo, produzindo efeitos significativos na estrutura e na dinâmica dos serviços prestados à população. Com a racionalidade empresarial, essas organizações atribuem à saúde um especial campo de investimento econômico-financeiro.

Desta forma, intervém nesta relação um terceiro agente que a transforma, o investidor privado no setor da saúde, elemento que ocupa, cada vez mais, espaços neste cenário.

3 MÉTODO

A descrição do método de pesquisa prevê o detalhamento das atividades e dos procedimentos realizados, visando responder às questões que o estudo propõe.

A pesquisa abarca duas fases distintas: a primeira, de caráter exploratório, denomina-se *etapa qualitativa* e a segunda, de caráter descritivo, *etapa quantitativa*. Na fase inicial, identifica-se os atributos atinentes à tomada de decisão da contratação de serviços médicos para a elaboração do instrumento de coleta. Posteriormente, processa-se a aplicação do instrumento de coleta junto aos pacientes para avaliar estes atributos em sua importância, dada a condição de primeira consulta com o médico.

3.1 Etapa qualitativa

Esta etapa visa, através de pesquisa exploratória, reunir elementos para a elaboração e aplicação da segunda fase da pesquisa.

A pesquisa exploratória possibilita a descoberta de novas idéias e “insights”, de forma flexível e versátil, permitindo ao pesquisador melhor entendimento sobre os aspectos envolvidos nos objetivos da pesquisa (Malhotra, 1996).

Mattar (1994) identifica alguns objetivos que justificam a relevância da pesquisa exploratória: clarificação de conceitos, acréscimo de informações relacionadas ao problema de pesquisa, delineamento mais definitivo do projeto final de pesquisa. A verificação da

existência de pesquisas anteriores sobre o tema, a metodologia empregada e os resultados obtidos também são questões previstas neste procedimento, concedendo consistência à pesquisa.

Assinala-se, a seguir, alguns propósitos apontados por Malhorta (1996) para a realização de uma pesquisa exploratória:

- formular ou definir melhor um problema de pesquisa;
- identificar direcionamentos alternativos de ação;
- formular hipóteses;
- identificar variáveis e relações para investigação futura;
- obter “insights” para desenvolver a abordagem para o problema;
- estabelecer prioridades para futuras pesquisas.

Tendo em vista esta pesquisa e seu objeto, a questão mais importante desta etapa é, acima de tudo, gerar, a partir de pesquisa em fontes secundárias e entrevistas de profundidade, uma relação de atributos associados à contratação de serviços médicos, para a elaboração do instrumento de coleta de dados, identificados, portanto, como atributos salientes.

3.1.1 Pesquisa em fontes secundárias

Esta etapa prevê, ainda sob o caráter exploratório, o rastreamento de recursos que possam referenciar atributos considerados pelo contexto médico. A pesquisa envolve a busca de eventuais trabalhos científicos já realizados na área, pesquisas ou relatórios realizados pelas instituições de profissionais atuantes no segmento, tendo como universo o Rio Grande do Sul.

A inexistência de publicações de âmbito estadual, voltados para os campos do comportamento do consumidor e serviços médicos, este último explorado basicamente sob a

ótica institucional ou da agremiação, de alguma forma fortalece a importância da pesquisa, mesmo que, para o objetivo deste trabalho, seja profícuo encontrar menções anteriores.

3.1.2. Pesquisa exploratória

Mattar (1997) sustenta que a pesquisa exploratória visa prover o pesquisador de maior conhecimento sobre o tema ou problema de pesquisa em perspectiva. Por isso, é apropriada para os primeiros estágios da investigação, quando a familiaridade, o conhecimento e a compreensão do fenômeno, por parte do pesquisador, geralmente são insuficientes ou inexistentes.

Nos primeiros estágios da pesquisa, o pesquisador não tem conhecimento suficiente para formular questões e (ou) hipóteses específicas, considerando esta última a relação entre duas variáveis. Mesmo quando o pesquisador já tem conhecimentos sobre o assunto, a pesquisa exploratória é empregada, pois pode haver várias explicações alternativas para um mesmo fato. Desta forma, sua utilização permite ao pesquisador tomar conhecimento, senão da totalidade, da maioria significativa delas.

A pesquisa exploratória poderá também ajudar a estabelecer as prioridades a pesquisar. As prioridades poderão ser estabelecidas porque uma particular hipótese explicativa surgida durante a pesquisa exploratória parecerá mais promissora do que outras. Além disso, a pesquisa exploratória poderá gerar informações sobre as possibilidades práticas da condução de pesquisas específicas (Mattar, 1997, p. 81).

O método empregado, dado o caráter exploratório da pesquisa, é o de levantamento de experiências. As formas de levantamento de experiências compreendem entrevistas individuais ou em grupo com especialistas ou conhecedores do assunto.

O objetivo do levantamento de experiências é o de obter e sintetizar todas as experiências relevantes sobre o tema em estudo e, dessa forma, tornar o pesquisador cada vez mais consciente da problemática do assunto (Mattar, 1997, p. 83).

As entrevistas, tanto individuais quanto em grupos, caracterizam-se pela informalidade e pouca estruturação. Tendo em vista que o objetivo é ganhar conhecimento sobre o tema, o próprio pesquisador é indicado para realizar as entrevistas. A inserção prévia no contexto do estudo é importante para conduzir os questionamentos. A pesquisa documental e bibliográfica propicia suporte e conhecimentos importantes.

O número de entrevistas a realizar não é definido, e deverão ser realizadas tantas quantas sejam necessário (Mattar, 1997). A partir do momento em que se perceber que novas entrevistas não estão mais trazendo contribuições significativas para ampliar a compreensão do tema pode-se finalizar os procedimentos.

Foram realizadas dez entrevistas com médicos de diferentes especialidades – psiquiatria, ginecologia/obstetrícia, pediatria, oncologia, endocrinologia, cardiologia, fisioterapia, cirurgia geral – e com oito pacientes em primeira consulta em consultório privado. As informações obtidas nas entrevistas consolidaram uma lista significativa e, muitas vezes, coincidente de atributos, possibilitando avançar em direção às posteriores etapas da pesquisa.

3.2 Etapa Quantitativa

Nesta etapa, as informações e dados obtidos concorrem para a elucidação das proposições previstas nos objetivos da pesquisa. Prevê, portanto, uma *pesquisa conclusiva descritiva*.

As pesquisas que têm como escopo a área de marketing conservam, em sua maioria, este procedimento. Malhorta (1996) define a pesquisa descritiva como um tipo de pesquisa

conclusiva que tem como principal objetivo a descrição de um objeto, habitualmente características ou funções do mercado. Para mensurar os dados pretendidos, estabelece-se inicialmente dois parâmetros que contextualizam a pesquisa:

- **Universo**

Para este estudo considera-se universo o contingente de pacientes em primeira consulta, em clínica médica privada.

- **Amostra**

A amostra da pesquisa é formada por 300 pacientes, em primeira consulta, de médicos com consultório privado em Porto Alegre. Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Medicina Interna, Cardiologia e Cirurgia Geral são as especialidades escolhidas devido ao número majoritário de profissionais que atuam nestas áreas, em contrapartida à maior dispersão em outras (dado referido na pesquisa do Conselho Federal de Medicina /1995).

Nesta fase, a amostragem adotada foi não-probabilística e por conveniência, em função da adequação do instrumento e acesso à população pretendida. A amostra, por sua vez, foi estabelecida através de quotas, tendo como finalidade da distribuição equitativa dos grupos e a posterior análise entre/intragrupos. *“A estratificação consiste em dividir a população ou o universo em pequenos grupos denominados estratos, sendo que a proporcionalidade do tamanho de cada um dos estratos da população deve ser mantida na amostra”* (Barbetta, 1994).

- ***Pré-teste do instrumento de coleta***

Estando de posse da validação do instrumento de coleta, cumpre-se o procedimento de testá-lo, com o objetivo de verificar sua viabilidade na situação real de pesquisa. O pré-teste (ou teste piloto) caracteriza-se pela aplicação do instrumento de coleta a uma amostra de 10 a 15 respondentes (Sudman & Blair, 1988), a fim de verificar se existe dificuldade de compreensão das questões, se todas as questões são realmente necessárias e quanto tempo é necessário para a realização da entrevista, entre outros propósitos.

A aplicação do pré-teste, no presente estudo, não revelou problemas importantes no instrumento de coleta, mas possibilitou ajustes, fato que o qualificou para a aplicação na coleta de dados. Ressalva deve ser feita a importância percebida nesta etapa no questionamento exato ao paciente, onde ressaltar a contextualização exatamente no momento da escolha e no profissional com que vai consultar, faz com que a referência do entrevistado torne-se mais fidedigna.

Os dados foram coletados por uma equipe de entrevistadores do CEPA (Centro de Estudos e Pesquisas em Administração), órgão vinculado à Escola de Administração da UFRGS, que detém experiência, metodologia e supervisão para a realização da tarefa.

O questionário e sua formatação foi apresentado, inicialmente, ao grupo que iria aplicá-los com o intuito de sanar dúvidas ou antever questões relativas à coleta de dados. Nesta oportunidade também estabeleceu-se os meios de comunicação entre as partes, de modo a ajustar procedimentos, se assim se julgasse importante, no decorrer da aplicação dos questionários.

- ***Procedimentos da coleta de dados***

Validação do instrumento de coleta

A tarefa de mensuração de uma variável é mais fácil e confiável quando se trata de uma dimensão passível de observação direta. Contudo, quando a necessidade de mensuração

avança em direção às variáveis que envolvam aspectos subjetivos do comportamento humano, a validação do instrumento de coleta faz-se indispensável. Assim, tem-se a certeza de que o objeto de mensuração é equivalente ao objeto de pesquisa. Para ser válido, o instrumento deve abarcar todos os aspectos que definem um constructo (Dillon, Maden & Furtle, 1993).

Para a validação do instrumento de coleta desta pesquisa foi utilizado o método da validação de conteúdo. Essa técnica, também nomeada validação facial, envolve o julgamento de especialistas sobre o conteúdo de uma escala de medida (Kinnear & Taylor, 1996) e a avaliação de sua representatividade na mensuração (Malhorta, 1996).

As variáveis selecionadas para a composição do instrumento, advindas da fase exploratória, foram submetidas à apreciação de quatro profissionais envolvidos com o segmento da clínica médica privada (três médicos e uma enfermeira). Após sua avaliação, fez-se alterações e adaptações na formulação das perguntas e ampliou-se outros aspectos não devidamente explorados pelo instrumento, para facilitar a compreensão do entrevistado. Um segundo grupo também contribuiu – turma de alunos da graduação em Pedagogia – com a pesquisa, respondendo 23 questionários, avaliando a clareza das questões. De maneira geral, a formatação obteve a aprovação de todos que a analisaram.

Coleta de dados

Definido o instrumento de coleta e selecionados, e treinados os entrevistadores, passou-se à fase de coleta de dados propriamente dita.

Nesta etapa, utilizou-se a técnica de entrevista com objetivo manifesto, havendo contato direto entre entrevistador e entrevistado, muitas vezes mediado pela secretária do consultório. O tipo de entrevista empregado foi pessoal estruturada, com o entrevistador recebendo o instrumento de coleta estruturado e responsabilizando-se pelo cumprimento das

etapas previstas pelo questionário. A pesquisa foi realizada nos meses de outubro e novembro de 1999.

3.3 Procedimentos do processamento de dados

A etapa de digitação e processamento dos dados foi iniciada logo após a aplicação dos 300 questionários, sendo executada também pela equipe do CEPA. A supervisão de alguns questionários foi feita, de forma aleatória, com o objetivo de confirmar a correção na realização das entrevistas pelos pesquisadores, fortalecendo a fidedignidade dos resultados obtidos. Todos os questionários também foram analisados em relação à coerência interna, depois digitados em planilha eletrônica do Word/Excel, para posterior utilização em *softwares* estatísticos específicos.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A análise e interpretação dos dados, como última etapa de pesquisa, tem sua relevância por agregar e tratar efetivamente os dados quantitativos, vislumbrando as definições levantadas pelo problema de pesquisa. Obtém-se, portanto, respostas aos objetivos que norteiam a presente pesquisa.

Para análise dos dados foram utilizados os softwares estatísticos SPHINX e SPSS.

Num primeiro momento, fez-se a análise considerando-se todas as 57 variáveis incluídas nos três blocos de avaliação: consultório, atendimento e médico.

Objetivando melhor compreensão dos resultados, este capítulo tem a seguinte formatação:

- análise descritiva, compreendendo a caracterização da amostra, a distribuição da frequência e as médias de importância;
- análise fatorial, que implica fatores determinados e suas médias;
- comparação das médias entre as variáveis.

4.1 Caracterização da amostra

Neste capítulo, apresenta-se a análise descritiva das variáveis de caracterização demográfica da amostra, para apreender as condições de sua composição. Através de gráficos e tabelas pode-se tornar os dados ainda mais explicativos, encaminhando as correlações posteriores. Inicialmente, analisa-se os fatores *sexo*, *idade*, *estado civil*, *escolaridade* e *renda familiar* dos pacientes em primeira consulta em clínica médica privada.

Tabela 1 - Distribuição de frequência da variável “sexo”

Sexo	Frequência	%
<i>masculino</i>	<i>177</i>	<i>59,4</i>
<i>feminino</i>	<i>121</i>	<i>40,6</i>
TOTAL	298	100,00%

Entre os 298 entrevistados com respostas válidas percebe-se a predominância da população masculina (59,4%).

Tabela 2- Distribuição de frequência da variável “idade”

Idade	Frequência	%
<i>13 a 20 anos</i>	<i>8</i>	<i>2,7</i>
<i>21 a 30 anos</i>	<i>66</i>	<i>22,5</i>
<i>31 a 40 anos</i>	<i>95</i>	<i>32,4</i>
<i>41 a 50 anos</i>	<i>62</i>	<i>21,2</i>
<i>51 a 60 anos</i>	<i>41</i>	<i>14,0</i>
<i>acima 60 anos</i>	<i>21</i>	<i>7,2</i>
TOTAL	293	100,00%

Os pacientes entrevistados concentram-se especialmente entre 21 e 50 anos (76,1%), faixa etária importante, levando-se em consideração as especialidades médicas pesquisadas e o número de ocorrências médicas esperadas para estes pacientes.

Tabela 3 - Distribuição de frequência da variável “grau de instrução”

Grau de instrução	Frequência	%
<i>1º grau incompleto</i>	13	4.3
<i>1º grau completo</i>	13	4.4
<i>2º grau incompleto</i>	34	11.4
<i>2º grau completo</i>	158	52.8
<i>Superior incompleto</i>	40	14.4
<i>superior completo</i>	38	12.7
TOTAL	296	100,00%

A amostra revela que 79,9% dos pacientes possuem formação secundária completa ou formação superior, o que indica nível de acesso à informação diferenciado, tendo-se em vista o contexto social brasileiro.

Tabela 4 - Distribuição de frequência da variável “estado civil”

Estado civil	Frequência	%
<i>Solteiro</i>	64	21.3
<i>Casado</i>	150	50.0
<i>Viúvo</i>	14	4.7
<i>Outros</i>	72	24.0
TOTAL	300	100,00%

O estado civil “casado” é preponderante nesta amostra – 50% dos respondentes – o que pode sugerir um traço cultural e um estilo de vida. O primeiro em vista das inúmeras uniões não reconhecidas(o que para este grupo não parece ser a tônica, em que pese a faixa

etária considerada). Já a segunda associação se refere à características de como este grupo estabelece os seus hábitos e regras de vida social.

Tabela 5 - Distribuição de frequência da variável “renda familiar”

Renda familiar	Frequência	%
<i>até RS 500</i>	27	9.2
<i>De RS 501 a 1500</i>	03	34.8
<i>de RS 1501 a 2500</i>	117	39.7
<i>De RS 2501 a 3500</i>	41	13.9
<i>Acima RS 3501</i>	7	2.4
TOTAL	295	100,00%

Observa-se que 56% dos entrevistados têm renda familiar acima de 10 salários mínimos, o que pode justificar o nível de escolaridade encontrado. A renda, segundo os dados nesta amostra, é um fator de acesso ao consultório privado, pois somente 9,7% dos entrevistados recebem vencimentos até R\$500,00 (quinhentos reais), tendo-se como contraponto o salário mínimo vigente, que é de R\$136,00 (cento e trinta e seis reais).

Tabela 6 - Distribuição de frequência da variável “indicação do médico”

Fonte da indicação	Frequência	%
<i>Parentes</i>	20	6.7
<i>Pessoas relacionamento</i>	39	13.0
<i>Médico</i>	29	9.7
<i>Listagem convênio</i>	141	47.2
<i>Lista telefônica/propaganda</i>	59	19.7
<i>Círculo de amigos</i>	11	3.7
TOTAL	299	100,00%

A Tabela 6 assinala, como fonte de indicação majoritária, a listagem do convênio, o que aponta para a associação entre esta condição – ser profissional conveniado – e a escolha do

profissional. A segunda fonte citada é a lista telefônica, o que pode sugerir a impessoalidade da escolha por um lado, e o caráter aleatório por outro, nestas duas formas predominantes de escolha do médico (66.9%).

Tabela 7 - Distribuição de freqüência da variável “possui parentes na área médica”

Parentes	Freqüência	%
<i>sim</i>	12	4.3
<i>não</i>	269	95.7
TOTAL	281	100,00%

O objetivo da informação contida na Tabela 7 é o de testar se os sujeitos da pesquisa têm familiares com formação médica atuando nessa área, e se os influenciaram no processo de escolha. Como a parcela de pacientes que teria acesso a esta informação é bastante restrita, não se conseguiu avaliar sua interferência nesta população.

Tabela 8 - Distribuição de freqüência da variável “motivo da consulta”

Motivo	Freqüência	%
<i>está em tratamento</i>	59	20.1
<i>Controle periódico</i>	114	38.9
<i>Apresentando sintomas</i>	56	19.2
<i>Indicado pelo médico</i>	20	6.8
<i>Outros</i>	44	15
TOTAL	293	100,00%

Tendo em vista que a pesquisa considera o sujeito em primeira consulta, percebe-se, aqui, que 59% dos pacientes recorre a um novo profissional na condição de tratamento ou controle periódico, comportamento supostamente esperado para situações como indicação de outro médico ou apresentando sintomas.

4.2 Grau de importância dos atributos

Apresenta-se as tabelas contendo as médias de importância, variando de 1 a 5, para cada uma das variáveis da coleta. Posteriormente, procede-se à segmentação em três grandes blocos: condições do consultório, atendimento/informações e médico.

Tabela 9 - Distribuição de importância dos atributos – condições do consultório

<i>Condições do consultório</i>	<i>Média</i>
Localização – área nobre da cidade	4,21
Localização – centro da cidade	3,88
Localização – próximo do trabalho ou da residência	4,3
Estacionamento	4,01
Facilidade de acesso	4,49
Ar condicionado	4,14
Condições de uso dos banheiros	4,28
Música ambiental	3,56
Isolamento acústico	3,95
Sala espera com móveis confortáveis	4,04
Privacidade	4,36
Televisão / vídeo na sala de espera	3,89
Iluminação nas instalações	4,23
Computadores para acesso informações sobre o paciente	4,3
Tecnologia dos equipamentos utilizados para exames	4,52
Quantidade/variedade dos equipamentos utilizados para exames	4,44
Entretenimento na sala de espera (revistas, jornais, brinquedos p/crianças)	3,92
Decoração da sala (modernidade dos móveis e das instalações)	3,6
Organização do consultório	4,43
Acesso a outros serviços médicos (exames complementares)	4,56
<i>Alpha</i>	,8528

Tabela 10 - Distribuição de importância dos atributos – atendimento/informações

<i>Atendimento/informações</i>	<i>Média</i>
Facilidade de acesso a informações , via telefone, através da secretária	4,46
Facilidade para marcar consulta /disponibilidade de horários	4,67
Retorno imediato dos recados pedindo agendamento através da secretária eletrônica	4,45
Clareza das informações dadas pela secretária	4,7
Rapidez do atendimento na recepção	4,76
Gentileza do atendimento na recepção	4,65
Horário amplo de atendimento da secretária	4,44
Convênios disponíveis	4,46
Formas de pagamento (parcelamento tratamento)	4,46
Valor honorários médicos	4,44
Consultório com expressivo fluxo de pessoas	3,76
Divulgação ou promoção de eventos sobre saúde (palestras, cursos) através do consultório	3,86
Tempo de espera no consultório	4,54
Tempo de espera da marcação da consulta até o atendimento	4,4
Confirmação / lembrança da consulta através de telefonema da secretária	4,59
<i>Alpha</i>	,7826

Tabela 11 - Distribuição de importância dos atributos - médico

<i>Médico</i>	<i>Média</i>
Tempo de profissão	4,27
Presença no consultório - tempo dedicado à clínica	4,36
Especialização	4,59
Tempo de consulta	4,44
Prestígio / reconhecimento na área	4,33
Paciência	4,59
Flexibilidade para atender às necessidades do paciente	4,69
Cordialidade	4,59
Atenção ao paciente (capacidade de escutá-lo)	4,69
Conhecimento sobre outras especialidades médicas	4,59
Empenho para resolver problemas do paciente	4,66
Capacidade de disciplinar hábitos no paciente	4,52
Motivação e/ou cobrança durante o tratamento do paciente	4,61
Disponibilidade	4,63
Clareza das informações	4,73
Informações dos procedimentos durante a consulta	4,72
Orientação quanto aos procedimentos depois da consulta (exames/tratamento/retorno)	4,74
Ética	4,49
Confiabilidade	4,73
Pontualidade	4,64
Eficácia nas indicações de tratamento	4,72
Presença na mídia -através de reportagens e entrevistas em rádio, tv, jornal,etc	3,5
Títulos acadêmicos - mestrado, doutorado, dar aula universidade	4,03
Encaminhamento e acompanhamento das indicações a médicos	4,57
Alpha	,8950

Deve-se ressaltar, aumentando o grau de confiabilidade nos resultados aferidos, os elevados valores encontrados para o coeficiente alpha de Crombach que, acima de 0,50, atribuem alta confiabilidade aos dados – bloco 1 (0,85), bloco 2 (0,78) e bloco 3 (0,89).

Com o objetivo de facilitar a interpretação dos valores médios encontrados, altera-se a escala de resposta de 1 (pouco importante) até 5 (muito importante) para 0 (pouco importante) até 100 (muito importante). Faz-se a transformação através da seguinte equação, que não altera o conteúdo de informação contido nas mesmas, mas tem o objetivo de tornar a variável mais explicativa:

$$Novo = \frac{100 \times anterior - 100}{4}$$

onde

Novo: Escore na nova escala de 0 a 100
Anterior: Escore na escala original de 1 a 5.

Tabela 12 – Distribuição da importância dos atributos para bloco ‘Condições do consultório’
(em ordem decrescente)

	<i>Item</i>	<i>n</i>	<i>Média</i>
I20	Acesso a outros serviços médicos (exames complementares)	296	89,0
I15	Tecnologia dos equipamentos utilizados para exames	298	87,9
I5	Facilidade de acesso	299	87,4
I16	Quantidade/variedade dos equipamentos utilizados para exames	296	86,0
I19	Organização do consultório	300	85,7
I11	Privacidade	297	84,0
I3	Localização – proximidade ao trabalho ou residência	299	82,6
I14	Computadores para acesso informações sobre o paciente	299	82,4
I7	Condições de uso dos banheiros	299	82,0
I13	Iluminação nas instalações	299	80,8
I1	Localização - área nobre da cidade	233	80,3
I6	Ar condicionado	299	78,4
I10	Sala espera com móveis confortáveis	299	75,9
I4	Estacionamento	299	75,3
I9	Isolamento acústico	298	73,7
I17	Entretenimento na sala de espera (revistas,jornais,brinquedos p/crianças)	298	73,1
I12	Televisão / vídeo na sala de espera	298	72,2
I2	Localização – centro da cidade	140	72,0
I18	Decoração da sala (modernidade dos móveis e das instalações)	298	65,0
I8	Música ambiental	298	63,9
I21	Total Consultório	299	86,4

Os atributos que mais se destacam por apresentar as maiores médias no bloco *condições do consultório* são: acesso a outros serviços médicos/exames complementares (89,0), tecnologia dos equipamentos utilizados para exames (87,9), e facilidade de acesso (87,0).

Os atributos que obtêm as menores médias são: localização/centro da cidade (72,0), decoração da sala (65,0) e música ambiental (63,9).

Tabela 13– Distribuição da importância dos atributos para bloco ‘Atendimento/Informações’
(em ordem decrescente)

	<i>Item</i>	<i>n</i>	<i>Média</i>
I26	Rapidez do atendimento na recepção	300	94,0
I25	Clareza das informações dadas pela secretária	300	92,5
I23	Facilidade para marcar consulta /disponibilidade de horários	299	91,6
I27	Gentileza do atendimento na recepção	297	91,2
I36	Confirmação / lembrança da consulta através de telefonema da secretária	298	89,8
I34	Tempo de espera no consultório	300	88,4
I30	Formas de pagamento (parcelamento tratamento)	300	86,6
I29	Convênios disponíveis	299	86,5
I22	Facilidade de acesso a informações, via telefone, através da secretária	300	86,4
I24	Retorno imediato dos recados, pedindo agendamento através da secretária eletrônica	299	86,2
I28	Horário amplo de atendimento da secretária	300	86,0
I31	Valor honorários médicos	300	86,0
I35	Tempo de espera da marcação da consulta até o atendimento	298	84,9
I33	Divulgação ou promoção de eventos sobre saúde (palestras, cursos) através do consultório	298	71,5
I32	Consultório com expressivo fluxo de pessoas	299	69,0
I37	Total de atendimento	299	92,1

Na Tabela 13, os atributos que mais se destacam por apresentar as maiores médias no bloco *atendimento/informações* são: rapidez do atendimento na recepção (94,0), clareza das informações dadas pela secretária (92,5) e facilidade para marcar consulta/ disponibilidade de horários (91,6).

Os atributos que obtêm as menores médias são: tempo de espera da marcação da consulta até o atendimento (84,9), divulgação ou promoção de eventos através do consultório (71,5) e consultório com expressivo fluxo de pessoas (69,0).

Tabela 14– Distribuição da importância dos atributos para bloco ‘Médico’
(em ordem decrescente)

	<i>Item</i>	<i>n</i>	<i>Média</i>
I54	Orientação quanto aos procedimentos depois da consulta (exames/tratamento/retorno)	299	93,4
I52	Clareza das informações	299	93,2
I56	Confiabilidade	299	93,2
I58	Eficácia nas indicações de tratamento	296	93,1
I53	Informações dos procedimentos durante a consulta	300	92,9
I46	Atenção ao paciente (capacidade de escutá-lo)	300	92,3
I44	Flexibilidade para atender às necessidades do paciente	295	92,2
I48	Empenho para resolver problemas do paciente	300	91,6
I57	Pontualidade	299	90,9
I51	Disponibilidade	299	90,6
I50	Motivação e/ou cobrança durante o tratamento do paciente	299	90,3
I45	Cordialidade	296	89,9
I47	Conhecimento sobre outras especialidades médicas	298	89,8
I43	Paciência	300	89,8
I40	Especialização	299	89,7
I61	Encaminhamento e acompanhamento das indicações a médicos	298	89,3
I49	Capacidade de disciplinar hábitos no paciente	299	88,0
I55	Ética	299	87,2
I41	Tempo de consulta	299	86,0
I39	Presença no consultório - tempo dedicado à clínica	300	83,9
I42	Prestígio / reconhecimento na área	300	83,3
I38	Tempo de profissão	300	81,7
I60	Títulos acadêmicos – mestrado, doutorado, dar aula universidade	297	75,8
I59	Presença na mídia – através de reportagens e entrevistas em rádio, tv, jornal,etc	299	62,5
I62	Total médico	300	96,2

Os atributos que mais se destacam por apresentar as maiores médias no bloco *médico* são os seguintes: orientação quanto aos procedimentos depois da consulta (93,4), clareza das informações (93,2) e confiabilidade (93,2).

Os atributos que obtêm as menores médias são: tempo de profissão (81,7), títulos acadêmicos (75,8) e presença na mídia (62,5).

Tabela 15 - Distribuição de importância dos atributos nos blocos

<i>Bloco</i>	<i>Importância média</i>
Condições do consultório	86,4
Atendimento/informações	92,1
Médico	96,2

A referência de maior importância é a dos os atributos relativos ao médico (96,2), seguido pelo bloco atinente às questões de atendimento/informações (92,1), ficando as condições do consultório com a menor média atribuída (86,4).

Para verificar a ordem de influência de cada atributo na percepção importância, dentro de cada bloco, realiza-se a análise de regressão, e se obtêm os seguintes resultados:

Tabela 16 – Ordem de influência bloco condições do consultório

<i>Variável</i>	<i>Beta</i>
1º Acesso a outros serviços médicos	,468117
2º Isolamento acústico	,424649
3º Iluminação instalações	,290967
4º Localização - centro da cidade	,191380
5º Equipamentos utilizados para exames	,135015

Quanto mais alto é o valor de um fator, maior será a importância a ele conferida.

Portanto, tem-se no primeiro bloco - *consultório* – a importância dada aos serviços do consultório e ao isolamento acústico como as características mais valorizadas. Salienta-se a influência que exerce a condição de acesso a outros serviços médicos quando o paciente avalia as condições do consultório.

Tabela 17 – Ordem de influência bloco *atendimento/informações*

<i>Variável</i>	<i>Beta</i>
1º Confirmação/lembrança consulta	,227862
2º Tempo de espera no consultório	,204987
3º Divulgação /promoção de eventos	,191267
4º Rapidez atendimentos	,149189
5º Facilidade para marca consulta	,111375

No segundo bloco – atendimento/informações – três itens têm relevância: confirmação/lembrança da consulta, tempo de espera no consultório e divulgação de informações de cunho técnico e social.

Tabela 18 – Ordem de influência bloco *médico*

<i>Variável</i>	<i>Beta</i>
1º Pontualidade	,230100
2º Flexibilidade para atender necessidades paciente	,204393
3º Informações procedimentos depois consulta	,192243
4º Ética	,175035
5º Encaminhamento e acompanhamento indicações	137296

No que diz respeito ao médico, são evocados, como prioritários, os fatores de pontualidade, flexibilidade e informações/procedimentos após consulta.

4.3 Apresentação de atributos importantes

Os atributos, anteriormente agrupados de forma empírica, em três blocos (Tabelas 16, 17 e 18), com o objetivo de verificar se são empregados usualmente no processo decisório do consumidor e no intuito de poder identificar novos fatores, realizou-se uma análise fatorial, excluindo-se apenas os três itens referentes ao total dos blocos (Tabela 15) e os dois primeiros

itens do questionário, os quais apresentam um grande número de não-respostas, pois os respondentes assinalam apenas um dos itens.

No procedimento estatístico de análise fatorial há possibilidade de obtenção destes dados, pois trata-se de uma técnica estatística multivariada que busca explicar a estrutura de correlação de um conjunto de variáveis através de um conjunto relativamente pequeno de dimensões subjacentes, conhecidas como fatores, as quais preservam a maioria da informação do conjunto original de dados (Hair et al, 1998).

Através da análise fatorial pode-se resumir um conjunto de variáveis e identificar fatores que não podem ser diretamente observados, o que no presente estudo pode dar especificidade aos atributos pesquisados .

O tratamento dos dados neste momento terá enfoque exploratório da análise fatorial, pois não será empregado para a confirmação de hipóteses, mas, sim, para a geração de novos indicadores.

Houve necessidade de realizar uma rotação ortogonal no sistema de eixos para os fatores significado e viabilidade, pois nem sempre os fatores extraídos pela análise foram relevantes. A etapa de rotação tem por objetivo facilitar a interpretação dos fatores, portanto, utiliza-se, aqui, uma das rotações mais usuais: a Varimax.

Para determinar a adequação da técnica utiliza-se a medida de adequabilidade de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que é um índice para comparação da magnitude dos coeficientes de correlação observados com a magnitude dos coeficientes de correlação parcial. De acordo com SPSS (1994), valores superiores a 0,8 são considerados bons e abaixo de 0,5, inaceitáveis. No presente caso, a medida de adequabilidade foi superior ao sugerido pela literatura (KMO=0,877).

O teste de esfericidade de Bartlett é outra medida que visa verificar a adequabilidade da técnica de análise fatorial. Testa-se a hipótese de que a matriz de correlação das variáveis é

uma matriz identidade, ou seja, que não existe correlação entre as variáveis. Esse teste é baseado na distribuição de Qui-Quadrado e para a técnica ser adequada deseja-se rejeitar a hipótese nula ($p\text{-value} < 0,05$). No presente caso, o teste leva à rejeição da hipótese de que a matriz de correlação entre as variáveis é igual à matriz identidade, portanto, o que se deseja.

Utilizando o critério de extração para fatores cujo autovalor (*eigenvalue*) foi maior do que 01, extrai-se 14 fatores. Como os fatores estão hierarquicamente ordenados, sabemos que os primeiros fatores contém mais informação do que os últimos. Os fatores também só têm razão de existir caso sejam interpretáveis. Por esses motivos opta-se por utilizar apenas os nove primeiros fatores que preservam aproximadamente 50% da informação original contida nos dados. Portanto, consegue-se reduzir o espaço de trabalho de 57 para 9 atributos.

A matriz de cargas fatoriais, após a realização da rotação *Varimax*, revela nove fatores cuja interpretação é possível de ser realizada. As cargas fatoriais abaixo de 0,40 são omitidas para facilitar a visualização dos resultados. Assim, nomeia-se os fatores:

Quadro 1 – Fatores extraídos e suas denominações

Fatores	Variância explicada		Significado
	%	% Acum.	
Fator 1	11,3	11,3	Aspectos comportamentais do médico
Fator 2	6,3	17,6	Prestígio / titulação do médico
Fator 3	5,8	23,4	Conforto do consultório
Fator 4	5,5	28,8	Experiência e especialização do médico
Fator 5	4,6	33,4	Agilidade na marcação de consulta e informações
Fator 6	4,5	38,0	Valores (honorários praticados)
Fator 7	4,4	42,3	Equipamentos/modernização
Fator 8	3,9	46,2	Localização/acesso ao consultório
Fator 9	3,2	49,4	Interesse do médico para com o paciente

Tabela 19 – Composição do FATOR 1 – aspectos comportamentais do médico

Atributos	Carga fatorial
I43- Paciência	,747
I44 – Flexibilidade para atender às necessidades do paciente	,621
I45- Cordialidade	,671
I46 – Atenção ao paciente (capacidade de escutá-lo)	,592
I51 – Disponibilidade	,584
I52 – Clareza das informações	,508
I53 – Informações procedimento durante a consulta	,466
I54 – Orientação procedimentos depois consulta	,547
I55 – Ética	,642
I56- Confiabilidade	,779
I57- Pontualidade	,638
I58- Eficácia nas indicações do tratamento	,462

Tabela 20 – Composição do FATOR 2 – Prestígio/titulação do médico

<i>Atributo</i>	<i>Carga fatorial</i>
I32 – Consultório com expressivo fluxo de pessoas	,668
I33 – Divulgação ou promoção de eventos através consul	,708
I59 – Presença na mídia	,727
I60 – Títulos acadêmicos	,760

Tabela 21 – Composição do FATOR 3 – Conforto no consultório

<i>Atributo</i>	<i>Carga fatorial</i>
I 6 – Ar condicionado	,617
I 8 – Música ambiental	,681
I 9 – Organização do consultório	,740
I10 – Sala de espera com móveis confortáveis	,426
I12 – Televisão / vídeo na sala de espera	,592
I18 – Decoração da sala	,403

Tabela 22 – Composição do FATOR 4 – Experiência e especialização do médico

Atributo	Carga fatorial
I38 – Tempo de profissão	,705
I39 – Presença no consultório	,598
I40 – Especialização	,610
I41 - Tempo de consulta	,549
I42 - Prestígio / reconhecimento na área	,659

Tabela 23 – Composição do FATOR 5 – Agilidade na marcação de consultas e informações

Atributo	Carga fatorial
I22– Facilidade acesso à informações, via telefone, através da Secretária	,573
I23 – Facilidade para marcar consultas /disponibilidade de Horários	,741
I24 – Retorno imediato dos recados	,653
I25 – Clareza das informações dadas pela secretária	,406

Tabela 24 – Composição do FATOR 6 – Valores/honorários praticados

<i>Atributo</i>	<i>Carga fatorial</i>
I30 – Formas de pagamento (parcelamento tratamento)	,780
I31 – Valor honorários médicos	,738

Tabela 25 – Composição do FATOR 7 – Equipamentos/modernização

<i>Atributo</i>	<i>Carga fatorial</i>
I13 – Iluminação nas instalações	,596
I14 – Computadores para acesso informações sobre o paciente	,741
I15 – Tecnologia dos equipamentos utilizados p/exame	,653
I16 – Qualidade/variedade dos equipamentos utilizados para exames	,715

Tabela 26 – Composição do FATOR 8 – Localização / acesso ao consultório

Atributo	Carga fatorial
I3 – Localização – proximidade do trabalho ou residência	,690
I4 – Estacionamento	,503
I5 – Facilidade de acesso	,685

Tabela 27 – Composição do FATOR 9– Interesse do médico para com o paciente

<i>Atributo</i>	<i>Carga fatorial</i>
I49 – Capacidade para disciplinar hábitos do paciente	,452
I50 – Motivação e/ou cobrança durante o tratamento	,632

Os fatores obtidos revelam que os aspectos comportamentais do médico (Fator 1), que são: paciência, flexibilidade para atender às necessidades do paciente, cordialidade, atenção (capacidade de escutá-lo), disponibilidade, clareza das informações, informações sobre os procedimentos durante a consulta, orientação sobre os procedimentos depois da consulta, ética, confiabilidade, pontualidade e eficácia nas indicações do tratamento, compõem o grupo de atributos com maior variância (11,3), contribuindo significativamente para a resposta valorativa de importância aos atributos questionados.

4.4 Comparação dos fatores por sexo

A comparação dos fatores por sexo foi realizada através do teste *t de Student*, cuja hipótese nula será a igualdade nas médias dos fatores nos dois sexos. Se a significância associada à estatística *t* for inferior a 0,05 rejeita-se a hipótese de nulidade.

Tabela 28– Comparação dos fatores por sexo: teste *t de Student*

	Sexo	n	Média	D. Padrão	t	Df	Sig.
Fator 1	Feminino	177	0,07	0,90	1,30	221	0,194
	Masculino	121	-0,09	1,12			
Fator 2	Feminino	177	-0,03	0,99	-0,60	296	0,546
	Masculino	121	0,04	1,03			
Fator 3	Feminino	177	0,00	1,09	0,03	289	0,976
	Masculino	121	0,00	0,87			
Fator 4	Feminino	177	-0,12	1,04	-2,41	296	0,016*
	Masculino	121	0,16	0,91			
Fator 5	Feminino	177	0,04	0,95	0,93	296	0,353
	Masculino	121	-0,07	1,07			
Fator 6	Feminino	177	-0,14	1,08	-3,00	296	0,003*
	Masculino	121	0,21	0,84			
Fator 7	Feminino	177	0,09	0,97	1,99	296	0,047*
	Masculino	121	-0,14	1,04			
Fator 8	Feminino	177	-0,01	0,98	-0,24	296	0,812
	Masculino	121	0,02	1,02			
Fator 9	Feminino	177	-0,04	1,06	-0,88	296	0,382
	Masculino	121	0,07	0,91			

* Diferença significativa ao nível de 5%

Três fatores apresentam diferenças significativas por sexo. Os homens apresentam média significativamente mais alta nos fatores 4 e 6, indicando que dão mais importância à experiência, à especialização do médico e também ao valor dos honorários. As mulheres, por sua vez, apresentaram média significativamente mais alta no fator 7, indicando que dão maior importância à modernidade dos equipamentos do que os homens. Contudo, a diferença mais evidente fica no Fator 6 – honorários praticados, onde a significância é menor.

4.5 Comparação dos fatores por especialidade

A comparação dos fatores por sexo será realizada através da análise de variância, cuja hipótese nula será a igualdade nas médias dos fatores em todas especialidades. Se a signifi-

cância associada à estatística F for inferior a 0,05 rejeitamos a hipótese de nulidade.

Tabela 29 – Comparação dos fatores por especialidade: ANOVA

Fatores	Especialidade	n	Média	Desvio P.	F	Sig.
Fator 1	Med interna	60	-0,08	1,12	7,27	0,000*
	Ginecologia	60	-0,28	0,88		
	C Geral	60	0,25	0,93		
	Cardiologia	60	-0,33	1,17		
	Pediatria	60	0,43	0,59		
Fator 2	Med interna	60	0,17	1,00	4,90	0,001*
	Ginecologia	60	-0,02	0,93		
	C Geral	60	-0,45	1,03		
	Cardiologia	60	0,28	0,83		
	Pediatria	60	0,01	1,07		
Fator 3	Med interna	60	-0,25	1,11	1,98	0,097
	Ginecologia	60	0,07	0,89		
	C Geral	60	-0,12	1,16		
	Cardiologia	60	0,10	0,83		
	Pediatria	60	0,20	0,93		
Fator 4	Med interna	60	-0,13	0,96	0,98	0,420
	Ginecologia	60	0,01	1,11		
	C Geral	60	0,11	1,09		
	Cardiologia	60	0,13	0,84		
	Pediatria	60	-0,13	0,97		
Fator 5	Med interna	60	-0,02	0,97	0,73	0,575
	Ginecologia	60	-0,06	0,79		
	C Geral	60	-0,12	1,13		
	Cardiologia	60	0,01	1,26		
	Pediatria	60	0,18	0,77		
Fator 6	Med interna	60	0,18	0,73	1,52	0,196
	Ginecologia	60	-0,20	1,19		
	C Geral	60	-0,05	1,32		
	Cardiologia	60	0,14	0,87		
	Pediatria	60	-0,08	0,72		
Fator 7	Med interna	60	-0,11	1,06	2,72	0,030*
	Ginecologia	60	0,04	0,83		
	C Geral	60	-0,12	1,11		
	Cardiologia	60	-0,16	1,07		
	Pediatria	60	0,35	0,83		
Fator 8	Med interna	60	-0,28	0,97	2,21	0,068
	Ginecologia	60	-0,04	0,84		
	C Geral	60	0,19	1,05		
	Cardiologia	60	-0,04	1,27		
	Pediatria	60	0,17	0,77		
Fator 9	Med interna	60	-0,02	1,15	2,81	0,026*
	Ginecologia	60	-0,15	1,09		
	C Geral	60	0,02	1,00		
	Cardiologia	60	-0,20	0,94		
	Pediatria	60	0,35	0,70		

A ANOVA informa que há, pelo menos, um par de especialidades que se diferencia significativamente. Para descobrir a quais se refere, são realizados testes de complementação de Tukey. As especialidades agrupadas em um mesmo subgrupo não diferem significativamente. O teste de Tukey só é realizado nos casos em que há rejeição da hipótese nula através da estatística F. Escolhemos o teste de Tukey por ser bastante rigoroso e controlar a ocorrência de erro de primeira espécie: rejeitar a hipótese nula quando ela é verdadeira.

Fator 1

Tabela 30 - Média do fator aspectos comportamentais do médico nas especialidades

Especialidade	n	Subgrupo1	Subgrupo2	Subgrupo3
Cardiologia	60	-,3312339		
Cirurgia geral	60	-,2810661		
Medicina interna	60	-7,6E-02	-7,6E-02	
Ginecologia/obstetrícia	60		,2544419	,2544419
Pediatria	60			,4335888
Significância		,591	,327	,846

Na pediatria dá-se maior importância às características gerais do médico. Contudo essa média não difere significativamente da média geral.

Fator 2

Tabela 31 - Média do fator prestígio/titulação do médico nas especialidades

Especialidade	N	Subgrupo 1	Subgrupo2
Cardiologia	60	-,447192	
Cirurgia geral	60	-2,0E-02	-2,0E-02
Medicina Interna	60	998E-03	9,98E03
Ginecologia/obstetrícia	60		,1746762
Pediatria	60		,2823768
Significância		,076	435

Na Cirurgia geral, o prestígio e a titulação do médico é menos importante. Todas as demais especialidades podem ser agrupadas num mesmo subgrupo. Contudo ressaltamos que a média mais alta ocorre na Cardiologia.

Fator 7

Tabela 32 - Média do fator equipamentos/modernização nas especialidades

Especialidade	n	Subgrupo 1	Subgrupo2
Cardiologia	60	-,1594337	
Cirurgia geral	60	-,1189322	-,1189322
Medicina Interna	60	-,1107967	-,1107967
Ginecologia/obstetrícia	60	3,66E-02	3,66E-02
Pediatria	60		,3525465
Significância		,814	,068

Os equipamentos são considerados mais importantes na especialidade de Pediatria do que na Cardiologia. Esse resultado faz sentido, considerando-se que o paciente da pediatria, habitualmente, é atendido no consultório, onde consegue solucionar o motivo da consulta, diferente do que ocorre em pacientes cardíacos. O hospital é a referência de maior exigência, provavelmente pela necessidade de utilizar equipamentos.

Fator 9

Tabela 33 - Média do fator interesse do médico para com paciente nas especialidades

Especialidade	n	Subgrupo 1	Subgrupo2
Cardiologia	60	-,2010727	
Cirurgia geral	60	-,1466526	
Medicina Interna	60	-1,5E-02	-1,5E-02
Ginecologia/obstetrícia	60	1,52E-02	1,5E-02
Pediatria	60		,35-475433
Significância		,752	,261

O interesse do médico para com o paciente é maior na especialidade Pediatria, se comparada à Cardiologia e Ginecologia. Observando-se detidamente a média, vê-se que na Pediatria a média é bem mais alta que nas demais especialidades. O aspecto “paternalista” do médico é mais valorizado na Pediatria, apesar de não se poder considerar essa média significativamente diferente da Cirurgia Geral e da Medicina Interna.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa realizada amplia e possibilita a discussão das questões que deram origem ao estudo. Desta forma, pode-se associar construções teóricas com as evidências oriundas das entrevistas, o que conduz a algumas confirmações, mas pode, igualmente, lançar dúvidas sobre o entendimento atual do problema investigado.

O objetivo geral da pesquisa — a identificação dos atributos presentes no processo de contratação de profissionais da área médica — concretizou-se através das entrevistas realizadas na etapa exploratória, possibilitando reconhecer características avaliadas pelo cliente no momento da escolha do profissional.

Descobrir quais são as expectativas dos clientes – e tratando-se de primeira consulta em clínica médica privada, tornam-se mais evidentes – é uma das etapas para desenvolver uma estratégia de serviço, segundo Davidow (1991). Situar qual a concepção de serviço existente para o cliente e qual serviço está sendo oferecido é poder minimizar a distância entre as expectativas de ambas as partes. Tendo em vista a necessidade da aproximação entre cliente e prestador, assinala-se a importância do processo sistemático de pesquisa no segmento médico, procedimento ainda incipiente neste segmento. A mensuração e avaliação do comportamento desta clientela, que vem sofrendo mudanças importantes, poderia ter contribuído para diminuir as distâncias que hoje se colocam entre a demanda e a oferta de serviços na clínica privada.

A caracterização da amostra, composta por pacientes de consultório privado em primeira consulta, contempla significativas informações que devem ser destacadas: 79,9% dos entrevistados possuem formação secundária completa ou formação superior, o que indica nível de acesso à informação diferenciado, tendo em vista o contexto social. O estado civil predominante dos entrevistados é casado (50%), e a renda familiar, para 56% dos respondentes, é maior que dez salários mínimos. Considerando-se a importância do conhecimento do perfil do público para o correto destino dos esforços em marketing, a especificidade de suas características é fundamental para buscar o meio mais indicado para atingi-lo.

O motivo da consulta mais referido é o controle periódico, mencionado por 38,9% dos entrevistados. Em contrapartida, somente 19,2% dos pacientes procuram um médico para primeira consulta quando apresentam sintomas. Este dado enseja a possível infidelidade dos pacientes na busca de profissionais médicos durante o processo terapêutico, pois neste estudo a primeira consulta aparece de forma majoritária. As motivações desta atitude merecem investigação posterior, por este estudo ater-se ao exame dos aspectos relativos à captação e não à manutenção de pacientes.

A fonte de busca predominante na escolha de um profissional é a listagem do convênio (66.9%), sendo a segunda fonte citada a lista telefônica (19.7%). O paciente cita a instituição – convênio – acima de outros fatores, como um primeiro filtro em sua escolha, mesmo que a posteriori atente para diversos outros aspectos que transcendem a condição dada pela entidade conveniada. Este dado refere possivelmente uma nova realidade econômico-social, onde o valor dos honorários é avaliado segundo paradigmas da condição financeira de acesso.

*(...) a medicina tornou-se muito dispendiosa, com custos acima das condições financeiras da maioria da sociedade. A crise da clientela reflete-se nuclearmente na manutenção do **status quo** do médico e sobre a sua condição como profissional liberal. A racionalização do*

uso de serviços médicos é uma realidade dessas organizações que buscam maior eficiência gerencial. Ocorre, então, um duplo movimento: ... com reduzida autonomia, essa nova clientela oriunda de convênios ou seguros-saúde vê-se compelida a racionalizar suas necessidades de saúde. Desse modo, a escolha racional também é feita pelo cliente, que passa a escolher e comparar preços e formas de pagamento. Em outros termos, o cliente passa a escolher e comparar serviços médicos a preço de atacado – convênios – que ofereçam atendimento e qualidade de varejo – consultório particular (Machado apud Goulart, 1998, p.195).

Os contratos oferecidos pelos prestadores de serviço que contemplam incentivos de preços e/ou de outra natureza, para estimular, reforçar ou desenvolver novos relacionamentos (contratos de longo prazo) são considerados uma tratativa eficaz para estreitar laços com o mercado (Berry, 1996). O vínculo dos profissionais médicos com os convênios de saúde tem sido uma estratégia para responder à necessidade manifesta pelos consumidores.

A escolha, através da lista telefônica, segunda fonte mais indicada, sugere uma escolha essencialmente aleatória – advinda da empatia com o nome do médico, com o acaso, uma forma de “sorteio” particular realizado pelo paciente – ou, em alguns momentos, guiada pela busca de locais próximos ao deslocamento habitual do paciente, contemplando o fator localização. É importante frisar que a localização do consultório no centro da cidade não foi considerada favorável para a maioria dos respondentes, o que pode ser entendido através da migração desta população (com status sócio-econômico diferenciado) para outras áreas da cidade, o que vem mudando também a característica comercial da zona central da cidade.

Os atributos identificados, na fase exploratória, foram agrupados, num primeiro momento, em três blocos - condições do consultório, atendimento/informações e médico. Nesta etapa 59 atributos foram eleitos para a construção do questionário, presentes no processo decisório do cliente, constando nas diversas acepções encontradas.

Para reduzir a incerteza sobre o serviço que buscam, afirma Kotler (1994), os consumidores procuram sinais ou evidências de qualidade.

Para tanto, fazem inferências sobre a qualidade a partir da localização, dos funcionários, dos equipamentos, do material de comunicação, dos símbolos e dos preços percebidos. Estas características podem ser consideradas os aspectos tangíveis associados ao serviço – equipamentos, pessoas que fornecem o serviço, infra-estrutura – que permitem ao cliente formular uma percepção relativa ao serviço em si (Berry,1996). Os diversos atributos mencionados pelos entrevistados podem ser entendidos como os sinais ou evidências de qualidade que objetivam diminuir a intangibilidade do serviço que o cliente busca, tornando-o mais apreensível para o efetivação do processo decisório.

Há diferentes valores concedidos aos atributos. Conceitua-se estes atributos inicialmente identificados como salientes, pois são perceptíveis ao consumidor diante de determinado produto/serviço (Alpert, 1971), sendo, portanto, o primeiro indicativo dos aspectos observados pelo cliente diante do serviço em estudo.

Os dados obtidos na pesquisa possibilitam a identificação do grau de importância dos atributos, segundo a percepção dos entrevistados, hierarquizando sua contribuição para o processo de atribuição valorativa.

Ao avaliarem as condições do consultório, os clientes dedicam especial atenção ao acesso a outros serviços médicos/exames complementares (89,0), à tecnologia dos equipamentos utilizados para exames (87,9) e à facilidade de acesso ao consultório (87,4). Estes aspectos, considerados importantes para os pacientes, tendo em vista as condições do consultório, são denominados por Kotler e Bloom (1988) de equipamento de suporte do serviço. Os cliente formam impressões dos profissionais baseando-se, em parte, nos tipos de computador, instrumentos e equipamentos que os consultórios possuem. Deve-se ressaltar, também, a otimização de tempo provavelmente pretendida, levando-se em conta os aspectos do acesso a outros serviços médicos e a facilidade de acesso ao consultório mencionados, o que favorece, certamente, a mobilidade do cliente diante do atendimento de sua necessidade.

Na identificação de questões relevantes acerca do atendimento/informações, os pacientes consideram prioritários, nesta ordem, a rapidez no atendimento na recepção (94,0), a clareza das informações fornecidas pela secretária (92,5), e a facilidade para marcar consultas/disponibilidade de horários (91,6). Estes atributos são habitualmente executados pelo pessoal de apoio – secretária(s) – profissional que deve ser, portanto, considerado na composição da qualidade do serviço, pela interface com o cliente nesta etapa de conhecimento do serviço e de confirmação de seus atributos de escolha.

O tempo de esperada marcação da consulta até o atendimento e o fluxo expressivo de pessoas no consultório foram os atributos menos importantes para os clientes no exame neste bloco. Estes indicativos não evidenciam, portanto, relevância segundo a avaliação dos respondentes.

Referindo-se às características do profissional médico, os entrevistados têm maior preocupação em relação à capacidade do profissional para orientá-los após a consulta - exames/tratamento/retorno (93,4), à clareza das informações transmitidas pelo médico (93,2), e à confiabilidade (93,2).

Estes resultados apontam para uma realidade importante, pois, segundo Caprara (1999), ainda hoje, em muitos países, os médicos informam muito pouco aos pacientes sobre o estado de saúde deles e sobre as possibilidades de tratamento. Desta forma, estabelecem um relacionamento do tipo paternalista, no qual o paciente é dependente do julgamento e das convicções do médico.

Nos Estados Unidos e no Canadá, e em alguns países europeus, a partir das reivindicações dos movimentos a favor dos direitos dos pacientes, e também pela política de mercado (ao considerar que um médico é um prestador de serviços e o paciente um consumidor), tenta-se substituir esse tipo de postura paternalista por outro modelo chamado

informativo, no qual o paciente é informado sobre o diagnóstico da doença, as dificuldades de cura e, cabe a ele, a partir desta informação, a decisão final sobre o tratamento.

Entretanto, neste modelo o médico funciona como um simples técnico, fornecedor de informações corretas sobre o paciente. A superação dos modelos paternalista e informativo, segundo Caprara (1999), significa a necessidade de assumir um processo de comunicação que implique passagem de um modelo de comunicação unidirecional a um bidirecional, que vai além do direito à informação. Este terceiro modelo, intitulado comunicacional, exige mudança de atitude do médico, no intuito de estabelecer uma relação empática e participativa com o paciente, que lhe ofereça a possibilidade de decidir na escolha do tratamento.

Quanto à confiabilidade, Kleinman (apud Caprara, 1999) afirma ser compreensível que, mesmo implicando maior tempo de deslocamento e espera, os pacientes considerem prioritária a confiança depositada no médico que procuram. O autor sugere que o médico procure, em primeiro lugar, compreender o modo de vida do paciente e de seus familiares e, em segundo, observe como interpretam a doença. Estes indícios favorecerão a transmissão da confiabilidade desejada pelos pacientes, pois sentem-se compreendidos e alvo do interesse do profissional a quem requisitam ajuda. Berry (1989) também refere a credibilidade como o fator discriminador na escolha de serviços, diferente do que se encontra na escolha de bens, dada a sua tangibilidade e outras características atinentes.

Estes atributos, identificados como de maior importância na percepção dos clientes/pacientes, podem ser denominados importantes, pois adquirem esta qualificação no processo decisório de contratação de serviços (Alpert, 1971).

Tendo como referência os três segmentos analisados - *condições do consultório, atendimento/informações e médico* - o bloco onde estavam sendo avaliados os atributos referentes ao médico recebe valor superior aos demais (96,2), revelando que os pacientes atentam primeiramente para este aspecto - o profissional médico e suas qualificações. Em

segundo lugar, observam os atributos atinentes ao atendimento/informações dados pela secretária (92,1) e, num terceiro momento, pensam sobre as condições do consultório (86,4).

Corroborando este resultado, Kotler e Bloom (1988) afirmam que as pessoas que fornecem um serviço profissional são o atributo-chave daquele serviço. Os clientes compram “pessoas” em lugar de serviços. O desenvolvimento de forte atributo pessoal exige treinamento, aprendizagem e mobilidade dos profissionais que dele se utilizam, pois são a referência maior para os clientes.

Alvarez (1997, p. 493) justifica o lugar de importância conferido ao médico. Afirma que a medicina é também uma arte, e não uma arte qualquer. É a única que se desenvolve através de uma relação humana que não é simétrica. O médico e o paciente são desiguais em mais de um sentido: um está doente, vulnerável e com medo; o outro está são (ou assim se apresenta) e tem algo que lhe dá poder e superioridade: seu saber sobre a doença.

Não se trata da mesma superioridade que possa haver em quem domina uma disciplina frente a outros, que a ignoram. Em especial, porque o saber que os médicos possuem lhes confere certo domínio sobre o que é mais misterioso ao ser humano: viver e morrer (p. 495).

Para alcançar a dimensão da importância atribuída pelos paciente aos aspectos avaliados, tomou-se a especificidade de cada bloco. Tendo como referência o consultório, o acesso a outros serviços médicos, o isolamento acústico e a iluminação nas instalações são aqui identificados como os atributos que mais influenciam, na percepção da importância, quando os pacientes contratam serviços médicos.

Quanto ao atendimento/informações, a confirmação/lembração da consulta, o tempo de espera no consultório e a divulgação/promoção de eventos são os atributos que mais interferem na avaliação da importância pelo consumidor.

Quando analisam os aspectos referentes ao médico, os entrevistados conferiram maior influência aos atributos de pontualidade, flexibilidade para atender o paciente e aos

procedimentos após a consulta. Em relação à pontualidade evidencia-se que quanto menos os clientes têm de esperar para começar a receber um serviço profissional tanto mais o apreciam (Kotler e Bloom, 1988), e embora muitos deles prefiram utilizar profissionais muito “ocupados”, pois seria um indicador de competência, a maioria aprecia quando o profissional pode “arranjar um tempo para eles” (p. 201).

Quanto à flexibilidade para atender ao paciente, há algumas peculiaridades neste segmento. Diante do desconhecido, de situações estressantes, de tensão emocional e, sobretudo, diante da dor e das limitações físicas, é uma tendência normal do ser humano reagir com algum grau de regressão, ou seja, retornar aos modos de sentir, de pensar e de agir próprios das fases infantis do desenvolvimento (Soar F^o, 1997).

Neste estado de regressão, a pessoa doente - assim como seus familiares – necessita que o tranquilizem e lhe dêem apoio equivalente ao que é dado às crianças pela mãe. Infelizmente, por falta de preparo ou amadurecimento pessoal, nem sempre o médico está capacitado para fornecê-los. Em outras palavras, nem sempre ele é continente para a ansiedade do cliente (Soar, 1997, p.37)

Tendo a preocupação de objetivar os dados para futuros estudos, procedeu-se uma nova composição de atributos, mais concisa e com denominações mais precisas. Desta forma, em posteriores estudos, pode-se recorrer a estes atributos para avaliar o processo decisório do consumidor no que se refere à escolha de serviços médicos.

Aspectos comportamentais do médico, prestígio/titulação do médico, conforto do consultório, experiência e especialização do profissional, agilidade na marcação de consultas/obtenção de informações, valores (honorários praticados), equipamentos/modernização, localização/acesso ao consultório e interesse do médico para com o paciente são os nove atributos gerados, podendo ser utilizados para investigar como o consumidor procede diante da contratação de profissionais médicos.

O fator “aspectos comportamentais do médico” recebe o maior indicador de variância (11,3%), o que pode-se interpretar como a maior carga fatorial para esta amostra estatística. O processo de estabelecimento de relações humanas com os pacientes concorre para desenvolver o sentimento de responsabilidade do médico, além de melhorar os resultados e a adesão ao tratamento, aumentando o grau de satisfação do paciente (Caprara, 1999).

Ao comparar os resultados no grupo pesquisado, encontra-se algumas diferenças importantes. Portanto, os nove fatores, fruto do tratamento estatístico, passam a ser nomeados categorias representantes dos atributos e não mais se fará referência ao conjunto de 57 características inicialmente identificadas. Desta forma, pretende-se tornar mais objetiva a interpretação dos dados.

Ao analisar as diferenças em relação ao sexo dos entrevistados, dois comportamentos foram revelados. O primeiro informa que os homens dão mais importância à experiência, à especialização do médico e ao valor dos honorários. As mulheres, por sua vez, conferem maior importância à modernidade dos equipamentos utilizados para exames.

As especialidades também adquirem especificidades na avaliação dos consumidores. Na Pediatria atribui-se um valor ainda maior aos aspectos comportamentais do médico (considerando-se que este fator foi valorizado de forma homogênea em todas as especialidades). Pode-se compreender este resultado pela relevância que a relação médico-paciente adquire nos dois sujeitos que envolvem-se com o profissional: mãe/pai e criança intensificam a presença da afetividade.

Na Clínica Geral, o prestígio e a titulação do médico é menos relevante, em relação à Cardiologia. Já, na Cardiologia, os equipamentos disponíveis para exames são considerados mais importantes do que na Pediatria, o que leva a deduzir que os equipamentos têm maior importância para o acompanhamento no tratamento do paciente, neste setor.

A pesquisa também sugere que o interesse do médico para com o paciente é consideravelmente mais importante na Pediatria em comparação à Cardiologia e à Ginecologia e nas demais especialidades, de forma genérica. Pode-se associar o resultado à faixa etária do paciente e a importância do aspecto afetivo na relação.

As questões apontadas têm o intuito de municiar o segmento de serviços médicos, em clínica privada, de informações que contribuam no entendimento das mudanças evidenciadas no comportamento no consumidor, especialmente as que se referem ao processo pelo qual escolhem médicos. De outro lado, as mudanças no arquétipo médico, apontadas por Machado (apud Goulart, 1998), provocadas pelo fenômeno da institucionalização dos serviços médicos, pela tecnificação da medicina e pela burocratização do processo de trabalho médico, têm contribuído para mudanças paradigmáticas na conformação e manutenção do *status quo* da profissão médica. A associação destes fatores evoca a necessidade de novas posturas e estratégias, mudanças para as quais a pesquisa científica pode contribuir pela consistência de seus métodos e resultados.

Certamente, a tarefa do prestador de serviços é administrar a evidência, afirma Kotler (1994), de forma a tornar tangível o intangível. Enquanto as empresas de produtos são desafiadas a acrescentar idéias abstratas, as empresas de serviços são desafiadas a colocar evidências físicas e imaginárias às suas ofertas abstratas. Oferecer subsídios para a consecução de tal propósito foi o intuito norteador do estudo apresentado.

Pesquisas Futuras

Delimitou-se esta pesquisa em cinco especialidades médicas, segmentando, assim, o público consumidor. A investigação de outras áreas e outros profissionais da saúde (psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e outros) pode ampliar e confrontar informações, trazendo dados ainda não explorados.

A validação dos novos atributos gerados não foi testada na amostra, podendo não ser representativa das características nomeadas pelo paciente. Este procedimento, sem dúvida, pode ser implementado futuramente, pois confere maior credibilidade ao uso posterior destes atributos em novos estudos.

Em relação ao instrumento de pesquisa, e implicitamente ao método, que busca quantificar uma variável subjetiva, tornando-a consonante com os pressupostos científicos adotados, encontra-se, talvez, uma restrição. O discernimento do entrevistado perante a categoria “importante” é significativamente subjetiva, nem sempre preservando os propósitos da pesquisa quantitativa. A mensuração, através de outro instrumento, poderia ser implementada, de forma a tornar ainda mais precisos e objetivos os dados.

Seria oportuno, em futuras pesquisas, acompanhar o desempenho dos atributos mencionados neste estudo, no decorrer do atendimento, para avaliar a sua mobilidade quando o consumidor avalia a satisfação do serviço que recebe. A coerência entre expectativas (tratando-se de primeira consulta/contratação) e as atitudes do cliente (na relação propriamente dita com o serviço/usufruto) são instigantes na apreensão dos fenômenos do marketing.

Tendo-se como referência os entrevistados da cidade de Porto Alegre, uma pesquisa comparativa em outras populações para verificar se há diferenças regionais no estabelecimento de atributos, complementar, sem dúvida, os dados aqui obtidos.

Como uma terceira via de encaminhamentos para as informações decorrentes deste estudo, sugere-se estender a metodologia empregada para buscar o reconhecimento dos atributos de “cura ou ajuda” identificados pelos pacientes/consumidores nos prestadores de serviços de saúde que recorrem, cuja informação agrega benefícios à questão terapêutica propriamente, foco não previsto ou passível de ser aprendido por esta pesquisa, mas que

possui relevância incontestável no progresso da ciência médica e dos estudos do comportamento do consumidor .

6. CONCLUSÕES

O motivo da consulta mais referido é o controle periódico, mencionado por 38,9% dos entrevistados. Em contrapartida, somente 19,2% dos pacientes procuram um médico para primeira consulta quando apresentam sintomas. Este dado enseja a possível infidelidade dos pacientes na busca de profissionais médicos durante o processo terapêutico, pois neste estudo a primeira consulta aparece de forma majoritária. As motivações desta atitude merecem investigação posterior, por este estudo ater-se ao exame dos aspectos relativos à captação e não à manutenção de pacientes.

A fonte de busca predominante na escolha de um profissional é a listagem do convênio (66.9%), sendo a segunda fonte citada a lista telefônica (19.7%). O paciente cita a instituição – convênio – acima de outros fatores, como um primeiro filtro em sua escolha, mesmo que a posteriori atente para diversos outros aspectos que transcendem a condição dada pela entidade conveniada.

Ao avaliarem as condições do consultório, os clientes dedicam especial atenção ao acesso a outros serviços médicos/exames complementares (89,0), à tecnologia dos equipamentos utilizados para exames (87,9) e à facilidade de acesso ao consultório (87,4).

Na identificação de questões relevantes acerca do atendimento/informações, os pacientes consideram prioritários, nesta ordem, a rapidez no atendimento na recepção (94,0),

a clareza das informações fornecidas pela secretária (92,5), e a facilidade para marcar consultas/disponibilidade de horários (91,6).

O tempo de esperada marcação da consulta até o atendimento e o fluxo expressivo de pessoas no consultório foram os atributos menos importantes para os clientes no exame neste bloco. Estes indicativos não evidenciam, portanto, relevância segundo a avaliação dos respondentes.

Referindo-se às características do profissional médico, os entrevistados têm maior preocupação em relação à capacidade do profissional para orientá-los após a consulta - exames/tratamento/retorno (93,4), à clareza das informações transmitidas pelo médico (93,2), e à confiabilidade (93,2).

Estes atributos, identificados como de maior importância na percepção dos clientes/pacientes, podem ser denominados importantes, pois adquirem esta qualificação no processo decisório de contratação de serviços (Alpert, 1971).

Tendo como referência os três segmentos analisados - *condições do consultório, atendimento/informações e médico* - o bloco onde estavam sendo avaliados os atributos referentes ao médico recebe valor superior aos demais (96,2), revelando que os pacientes atentam primeiramente para este aspecto - o profissional médico e suas qualificações. Em segundo lugar, observam os atributos atinentes ao atendimento/informações dados pela secretária (92,1) e, num terceiro momento, pensam sobre as condições do consultório (86,4).

Aspectos comportamentais do médico, prestígio/titulação do médico, conforto do consultório, experiência e especialização do profissional, agilidade na marcação de consultas/obtenção de informações, valores (honorários praticados), equipamentos/modernização, localização/acesso ao consultório e interesse do médico para com o paciente são nove atributos gerados, através da análise fatorial, de modo a sintetizar os 57 atributos anteriormente pesquisados.

O fator “aspectos comportamentais do médico” recebe o maior indicador de variância (11,3%), o que pode-se interpretar como a maior carga fatorial para esta amostra estatística. Ao analisar as diferenças em relação ao sexo dos entrevistados, dois comportamentos foram revelados. O primeiro informa que os homens dão mais importância à experiência, à especialização do médico e ao valor dos honorários. As mulheres, por sua vez, conferem maior importância à modernidade dos equipamentos utilizados para exames.

As especialidades também adquirem especificidades na avaliação dos consumidores. Na Pediatria atribui-se um valor ainda maior aos aspectos comportamentais do médico (considerando-se que este fator foi valorizado de forma homogênea em todas as especialidades). Na Cirurgia Geral, o prestígio e a titulação do médico é menos relevante, em relação à Cardiologia. Já, na Cardiologia, os equipamentos disponíveis para exames são considerados mais importantes do que na Pediatria, o que leva a deduzir que os equipamentos têm maior importância para o acompanhamento no tratamento do paciente, neste setor.

A pesquisa também sugere que o interesse do médico para com o paciente é consideravelmente mais importante na Pediatria em comparação à Cardiologia e à Ginecologia e nas demais especialidades, de forma genérica. Pode-se associar o resultado à faixa etária do paciente e a importância do aspecto afetivo na relação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALPERT, M. Identification of Determinant Atributes: A comparaisom of methods. Journal of Marketing Research, vol. 8, Jun., 1971.
- ALVAREZ, Asunción. Una aproximación psocanalítica a la ética de la relación médico-paciente. Revista de Investigación Clínica, n. 49, Noviembre - Diciembre 1997, p 491- 6.
- BALINT M. O médico, seu paciente e a doença. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.
- BARBETTA, P. A. Estatística aplicada às ciências sociais. Florianópolis: Editora da UFSC, 1994.
- BERRY, Leonard L. & YADAV, Manjit S. Capture and Comunicate value in The Pricing of Services. Sloan Management Review. 37: 41-51, summer 1996.
- BRAGA, Carlos Alberto P. A economia mundial em 2010 e a revolução dos serviços. Revista de Economia Política. 9 (2): 94 - 107, abril/jun 89.
- CAPRARA, Andrea e FRANCO, Anamélia Lins e Silva. A Relação paciente-médico : para uma humanização da prática médica. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 15 (3): 647-54; jul-set, 1999
- COBRA, Marcos. Administração estratégica do mercado. São Paulo: Atlas, 1991.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA . Perfil dos Médicos no Brasil. Pesquisa em colaboração com Federação Nacional dos Médicos, Associação Médica Brasileira, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, 1995.
- DAVIDOW, William H & UTTAL, Bro. Serviço total ao cliente: a arma decisiva. Rio de Janeiro: Campus, 1991.
- DILLON, W. R., MADDEN, T. J. & FIRTLE, N. H. Essentials of marketing research. New York: McGraw-Hill, 1993.

- ENGEL, James ; BLACKWELL, Roger & MINIARD, Paul. Consumer Behavior. 6. ed. Orlando (EUA): Dryden Press, 1990.
- ENGEL, James; BLACKWELL, Roger & MINIARD, Paul. Consumer Behavior. 7. ed. Orlando (EUA): Dryden Press, 1995.
- GOULART, Flávio A de Andrade (org) Os médicos e a saúde no Brasil. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 1998.
- KINNEAR, T. C. & TAYLOR, J. R. Marketing research: an applied approach 5. ed. New York: McGraw-Hill, 1996.
- KOTLER, Philip. Administração de Marketing.: análise, planejamento, implementação e controle. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994.
- KOTLER & BLOOM, Paul N. Marketing para Serviços Profissionais. São Paulo: Atlas, 1988.
- KON, Anita. A Produção brasileira de serviços. Anais da XVIII ENANPAD. 1992
- MALHOTRA, N. K. Marketing research: an applied orientation. Upper Saddle River: Prentice-Hall, 1966.
- MATTAR, Fauze Najib. Pesquisa em Marketing. São Paulo: Atlas, 1997.
- MacMILLAN, I. C. & MacGRATH, R. G. Discover your Product Hidden Potential. Harvard Business Review, May-Jun, 1996.
- PAIM, Jairnilson Silva. Desafios e Perspectivas na Formação dos Profissionais de Saúde. Documentos CEDEM, 13, USP, São Paulo, 1999.
- PORTER, Michael E. A vantagem competitiva das nações. Rio de Janeiro: Campus, 1993.
- PRAS, Bernard & TAPONDEAN, Jean-Claude. Comportement de l'acheteur. Sirey: Paris, 1981.
- ROBSHAW, John. Professional fees; how much should you charge? CA- Magazine, Sept., 1978.
- SOAR Fº, E. J. A interação médico-cliente. Revista Associação Médica Brasileira, n 44, São Paulo, 1988, p 35-42.
- SUDAMAN, S. & BLAIR, E. Marketing research: a problem-solving approach. New York: McGraw-Hill, 1988.
- VEIKKO, Tähkä. O relacionamento médico-paciente. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
- WEELS, D. W. & PRENSKY, D. Consumer Behavior. New York, John Wiley & Sons, 1996.

ZEITHAML, Valerie A. The acquisition, meaning and use of price information by consumers of professional services; paper, Departamento de Marketing, Texas A&M Univeristy, 1982.

ANEXOS

ANEXO I - Roteiro para entrevista de profundidade

ROTEIRO PARA ENTREVISTA DE PROFUNDIDADE COM

MÉDICOS

- Na sua opinião, como as pessoas escolhem o médico para as atender?
- Quais são as características que possui ou que são mencionadas pelos pacientes como decisivas para lhe procurar?
- Quem são os médicos que habitualmente indica aos seus pacientes? Mencione, individualmente, que características apresentam, justificando sua indicação.

ANEXO II - Instrumento de Coleta

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

Considerando sua atual “consulta”, gostaríamos que o(a) Sr.(a) avaliasse o grau de importância dos itens relacionados na sua decisão em procurar este médico. Para tal, utilize a escala de importância de cinco posições onde 1 representa “pouco importante e 5 “muito importante”, levando em conta o quanto cada item colocado contribuiu para a resolução para vir à consulta com este profissional em particular.

CONDIÇÕES DO CONSULTÓRIO	1. Pouco Importante			5. Muito Importante	
Localização - área nobre da cidade	1	2	3	4	5
Localização - centro da cidade	1	2	3	4	5
Localização - proximidade ao trabalho ou residência	1	2	3	4	5
Estacionamento	1	2	3	4	5
Facilidade de acesso	1	2	3	4	5
Ar condicionado	1	2	3	4	5
Limpeza e higiene das instalações	1	2	3	4	5
Qualidade dos banheiros	1	2	3	4	5
Isolamento acústico	1	2	3	4	5
Sala espera com móveis confortáveis	1	2	3	4	5
Privacidade	1	2	3	4	5
Televisão / vídeo na sala de espera	1	2	3	4	5
Iluminação nas instalações	1	2	3	4	5
Computadores para acesso informações sobre o paciente	1	2	3	4	5
Equipamentos utilizados para exames	1	2	3	4	5
Entretenimento na sala de espera (revistas,jornais,brinquedos p/crianças)	1	2	3	4	5
Música	1	2	3	4	5
Decoração da sala (modernidade dos móveis e das instalações)	1	2	3	4	5
Organização do consultório	1	2	3	4	5
Acesso a outros serviços médicos (exames complementares)	1	2	3	4	5
TOTAL CONSULTÓRIO	1	2	3	4	5

ATENDIMENTO/INFORMAÇÕES

Facilidade de acesso a informações via telefone, através da secretária	1	2	3	4	5
Retorno imediato dos recados, pedindo agendamento, através da secretária eletrônica	1	2	3	4	5
Clareza das informações dadas pela secretária	1	2	3	4	5
Rapidez do atendimento na recepção	1	2	3	4	5
Gentileza do atendimento na recepção	1	2	3	4	5
Horário amplo de atendimento da secretária	1	2	3	4	5
Convênios disponíveis	1	2	3	4	5
Formas de pagamento (parcelamento tratamento)	1	2	3	4	5
Valor honorários médicos	1	2	3	4	5
Tempo de espera no consultório	1	2	3	4	5
Tempo de espera da marcação da consulta até o atendimento	1	2	3	4	5
Confirmação/lembração da consulta através telefonema da secretária	1	2	3	4	5
Divulgação ou promoção de eventos sobre saúde (palestras, cursos) através do consultório	1	2	3	4	5
TOTAL ATENDIMENTO	1	2	3	4	5

MÉDICO

Tempo de profissão	1	2	3	4	5
Presença no consultório - tempo dedicado à clínica	1	2	3	4	5
Especialização	1	2	3	4	5
Tempo de consulta	1	2	3	4	5
Prestígio / reconhecimento na área	1	2	3	4	5
Paciência	1	2	3	4	5
Flexibilidade para atender às necessidades do paciente	1	2	3	4	5
Cordialidade	1	2	3	4	5
Atenção ao paciente (capacidade de escutá-lo)	1	2	3	4	5
Conhecimento sobre outras especialidades médicas	1	2	3	4	5
Empenho para resolver problemas do paciente	1	2	3	4	5
Capacidade de disciplinar hábitos no paciente	1	2	3	4	5
Motivação e/ou cobrança durante o tratamento do paciente	1	2	3	4	5
Disponibilidade	1	2	3	4	5
Clareza das informações	1	2	3	4	5
Informações dos procedimentos durante a consulta	1	2	3	4	5
Orientação quanto aos procedimentos depois da consulta (exames/tratamento/retorno)	1	2	3	4	5
Ética	1	2	3	4	5
Confiabilidade	1	2	3	4	5
Pontualidade	1	2	3	4	5
Eficácia nas indicações de tratamento	1	2	3	4	5
Encaminhamento e acompanhamento das indicações a médicos	1	2	3	4	5
TOTAL MÉDICO	1	2	3	4	5

CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO:

a) Sexo:		1. () Feminino 2. () Masculino
b) Idade: _____	g) Quem lhe indicou esse Médico?	
c) Nível de escolaridade:	1. () Parentes	
1. () 1º Grau Incompleto	2. () Pessoas de seu relacionamento	
2. () 1º Grau Completo	3. () Médico	
3. () 2º Grau Incompleto	4. () Escolha própria (listagem convênio)	
4. () 2º do Grau Completo	5. () Escolha própria (propaganda ou lista telefônica)	
5. () Curso Superior Incompleto	6. () Faz parte de seu círculo de amizades	
6. () Curso Superior Completo	8) Possui parentes na área médica? ()sim ()não	
7. () Pós-Graduação	9) Grau de parentesco?	
d) Estado civil:	h) O(a) Sr.(a) procurou médico por que :	
1. () solteiro	1. () Está em tratamento	
2. () casado	2. () Revisão/controlado periódico	
3. () viúvo	3. () Está apresentando sintomas	
4. () outros	4. () Foi indicado por seu médico	
	5. () Outro motivo:	
e) Profissão: _____		
f) Renda:	COLOQUE EM ORDEM DE IMPORTÂNCIA A INFLUÊNCIA DESTES 3 ITENS EM SUA DECISÃO	
1. () de 1 - 3 SM	() condições do consultório	
2. () de 4 - 6 SM	() atendimento/informações	
3. () de 7 - 9 SM	() médico	
4. () de 10 - 15 SM		
5. () mais de 16 SM		

ANEXO III - Demonstrativos do SPSS

Saída da Análise Fatorial

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	13,547	23,766	23,766	13,547	23,766	23,766	6,462	11,337	11,337
2	4,642	8,144	31,910	4,642	8,144	31,910	3,569	6,261	17,598
3	2,609	4,576	36,487	2,609	4,576	36,487	3,288	5,768	23,366
4	1,982	3,477	39,963	1,982	3,477	39,963	3,121	5,475	28,841
5	1,807	3,171	43,134	1,807	3,171	43,134	2,623	4,601	33,442
6	1,654	2,901	46,035	1,654	2,901	46,035	2,583	4,532	37,974
7	1,558	2,733	48,769	1,558	2,733	48,769	2,485	4,360	42,335
8	1,472	2,583	51,352	1,472	2,583	51,352	2,195	3,851	46,185
9	1,299	2,279	53,631	1,299	2,279	53,631	1,826	3,203	49,388
10	1,260	2,210	55,841	1,260	2,210	55,841	1,822	3,197	52,585
11	1,240	2,176	58,017	1,240	2,176	58,017	1,766	3,098	55,683
12	1,178	2,066	60,083	1,178	2,066	60,083	1,688	2,962	58,645
13	1,088	1,909	61,992	1,088	1,909	61,992	1,610	2,825	61,470
14	1,055	1,852	63,843	1,055	1,852	63,843	1,353	2,374	63,843
15	,985	1,727	65,571						
16	,973	1,707	67,277						
17	,897	1,573	68,851						
18	,868	1,522	70,373						
19	,837	1,469	71,841						
20	,798	1,400	73,242						
21	,784	1,375	74,617						
22	,749	1,314	75,931						
23	,745	1,307	77,238						
24	,693	1,216	78,454						
25	,663	1,163	79,617						
26	,639	1,122	80,739						
27	,616	1,081	81,820						
28	,590	1,036	82,855						
29	,562	,986	83,841						
30	,534	,937	84,778						
31	,532	,934	85,712						
32	,528	,926	86,637						
33	,517	,907	87,544						
34	,490	,860	88,404						
35	,444	,779	89,183						
36	,431	,757	89,940						
37	,411	,721	90,661						
38	,401	,704	91,364						
39	,372	,652	92,016						
40	,365	,623	92,639						
41	,354	,620	93,259						
42	,331	,580	93,839						
43	,311	,546	94,385						
44	,298	,524	94,909						
45	,291	,511	95,420						
46	,280	,492	95,912						
47	,278	,488	96,400						
48	,251	,440	96,840						
49	,250	,439	97,278						
50	,240	,421	97,699						
51	,227	,397	98,097						
52	,222	,390	98,487						
53	,209	,366	98,853						
54	,195	,342	99,196						
55	,159	,279	99,474						
56	,153	,268	99,742						
57	,147	,258	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotated Component Matrix ^a

	Component													
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
I3								.690						
I4								.503						.414
I5								.685						
I6			.617											
I7														
I8			.681											
I9			.740											
I10			.426							.441				
I11														
I12			.592											
I13								.596						
I14								.741						
I15								.653						
I16								.715						
I17														
I18		.439	.403											
I19											.637			
I20											.618			
I22					.573									
I23					.615									
I24					.632									
I25					.406									
I26													.677	
I27													.456	
I28										.634				
I29														
I30						.780								
I31						.738								
I32		.668												
I33		.708												
I34												.628		
I35														.545
I36												.610		
I38				.705										
I39				.598										
I40				.610										
I41				.549										
I42				.659										
I43	.747													
I44	.621													
I45	.671													
I46	.592													
I47														
I48	.425							.432						
I49									.452					
I50									.632					
I51	.584													
I52	.508													
I53	.466													
I54	.547													
I55	.642													
I56	.779													
I57	.638													
I58	.462													
I59		.727												
I60		.760												
I61														

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.
 a. Rotation converged in 20 iterations.

Saídas do teste de Tukey

Fator 1

Fator 1

Tukey HSD^a

especialidade	N	Subset for alpha = .05		
		1	2	3
Cardiologia	60	-,3312339		
Gineco	60	-,2810661		
Med interna	60	-7,6E-02	-7,6E-02	
C Geral	60		,2544419	,2544419
Pediatria	60			,4335888
Sig.		,591	,327	,846

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 60,000.

Fator 2

Fator 2

Tukey HSD^a

especialidade	N	Subset for alpha = .05	
		1	2
C Geral	60	-,4471292	
Gineco	60	-2,0E-02	-2,0E-02
Pediatria	60	9,98E-03	9,98E-03
Med interna	60		,1746762
Cardiologia	60		,2823768
Sig.		,076	,435

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 60,000.

Fator 7

Fator 7

Tukey HSD ^a

especialidade	N	Subset for alpha = .05	
		1	2
Cardiologia	60	-,1594337	
C Geral	60	-,1189322	-,1189322
Med interna	60	-,1107967	-,1107967
Gineco	60	3,66E-02	3,66E-02
Pediatria	60		,3525465
Sig.		,814	,068

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 60,000.

Fator 9

Fator 9

Tukey HSD ^a

especialidade	N	Subset for alpha = .05	
		1	2
Cardiologia	60	-,2010727	
Gineco	60	-,1466526	
Med interna	60	-1,5E-02	-1,5E-02
C Geral	60	1,52E-02	1,52E-02
Pediatria	60		,3475433
Sig.		,752	,261

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 60,000.