

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE COOPERATIVAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE COOPERATIVAS
ESCOLA DE NEGÓCIOS**

SONIA TAKAHASHI SILVA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS POR COOPERATIVAS
DE SAÚDE DO PARANÁ NA EXPECTATIVA E PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS
COOPERADOS**

CURITIBA

2021

SONIA TAKAHASHI SILVA

**AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS POR COOPERATIVAS
DE SAÚDE DO PARANÁ NA EXPECTATIVA E PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS
COOPERADOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Cooperativas: Escola de Negócios da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Gestão de Cooperativas.

Orientador: Prof. Dr. Vilmar Rodrigues Moreira
Coorientador: Prof. Dr. Alex Antônio Ferraresi

CURITIBA

2021

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central
Luci Eduarda Wielganczuk – CRB – 9/1118

S586a
2021

Silva, Sonia Takahashi
Avaliação da qualidade dos serviços prestados por cooperativas de saúde do Paraná na expectativa e percepção dos médicos cooperados / Sonia Takahashi Silva ; orientador: Vilmar Rodrigues Moreira ; coorientador: Alex Antônio Ferraresi. – 2021.
88 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2021
Bibliografia: f. 82-85

1. Cooperativas - Administração. 2. Cooperativismo médico. 3. Saúde suplementar. I. Moreira, Vilmar Rodrigues. II. Ferraresi, Alex Antônio. III. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Gestão de Cooperativas. IV. Título.

CDD 20. ed. – 658.047

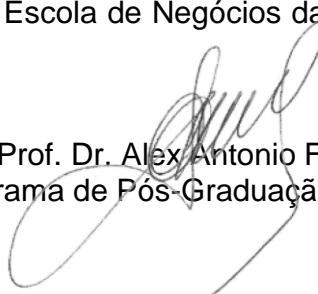
TERMO DE APROVAÇÃO

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS POR COOPERATIVAS DE SAÚDE DO PARANÁ NA EXPECTATIVA E PERCEPÇÃO DOS MÉDICOS COOPERADOS

Por

Sonia Takahashi Silva

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Gestão de Cooperativas, área de concentração em Gestão de Cooperativas, da Escola de Negócios da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.



Prof. Dr. Alex Antonio Ferraresi
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Cooperativas



Prof. Dr. Vilmar Rodrigues Moreira
Orientador



Prof. Dr. Alex Antonio Ferraresi
Coorientador



Prof. Dr. Alex Sandro Quadros Weymer
Examinador



Prof. Dr. Tomas Sparano Martins
Examinador

Curitiba, 21 de setembro de 2021.

Dedico esta pesquisa a minha família, especialmente a minha mãe que sempre me incentivou a continuar nesta trajetória, ao meu esposo Marcos e aos meus filhos Guilherme e Gabriel por entenderem os meus muitos momentos de ausência.

AGRADECIMENTOS

Este trabalho de mestrado foi importante para meu crescimento pessoal e profissional, foi uma jornada de grandes desafios;

Agradeço primeiramente a Deus, pois sem Ele nada seria possível;

Minha mãe, por ser a maior incentivadora em permanecer nesta caminhada de pesquisa, sempre me apoiando emocionalmente e financeiramente para conclusão desta trajetória;

Meu esposo Marcos, pelo amor e compreensão pelos momentos de ausência para que eu pudesse concluir este mestrado;

Meus filhos, Guilherme e Gabriel que souberam entender as minhas ausências e me incentivaram, com alegria;

Ao Dr. Marlus Volney, gerente e conselheiro de tantos momentos difíceis em que eu achava que não conseguiria concluir esta pesquisa;

Aos colegas mestrados que estiveram juntos nesta jornada, dando energia e força para seguir em frente;

Aos colegas de trabalho pela paciência e palavras de incentivo me encorajando em momentos que eu pensava em desistir;

Ao diretor da cooperativa Dr. Willian Procópio por acreditar no projeto e incentivar na sua finalização;

Ao Prof. Dr. Vilmar Rodrigues Moreira por sua orientação, dedicação, respeito, tempo e conhecimento, mostrando sempre o melhor caminho para a dissertação;

Ao Prof. Dr. Alex Ferraresi por sua coorientação e disponibilidade de tempo para esclarecimento de dúvidas;

Ao Prof. Tomas S. Martins, que orientou sobre os caminhos que poderiam ser percorridos nesta dissertação;

Aos demais professores do Mestrado em Gestão de Cooperativas da PUC-PR pelo conhecimento compartilhado;

Ao SESCOOP pelo apoio financeiro.

Nossa maior fraqueza é desistir. O caminho
mais certo para o sucesso é sempre tentar
mais uma vez.

Thomas A. Edison

RESUMO

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: Avaliação da qualidade dos serviços prestados por cooperativas de saúde do Paraná na expectativa e percepção dos médicos cooperados.

Objetivo: O objetivo da presente pesquisa é avaliar a qualidade dos serviços prestados por cooperativas de saúde a partir das percepções e expectativas dos médicos cooperados. **Breve contexto:** As organizações cooperativas têm um posicionamento estratégico difícil de ser imitado por organizações não cooperativas, podendo ser fortalecido com a avaliação da qualidade dos serviços prestados para os cooperados. **Método:** O delineamento desta pesquisa caracteriza-se como quantitativa descritiva, utilizando técnicas quantitativas que permitiram o estabelecimento de relações causais entre as variáveis. Além de aprofundar as explicações sobre as relações identificadas, as coletas de dados foram realizadas por questionário estruturado encaminhado aos cooperados por meio eletrônico. A escala EXQ foi testada, validada e utilizada, cujo desígnio foi mensurar a qualidade entre a expectativa e percepção do serviço prestado ao médico cooperado. O tratamento dos dados foi realizado por meio da análise fatorial exploratória e uma análise fatorial confirmatória, por uma série de técnicas estatísticas multivariadas, utilizando os *softwares* SPSS 28.0 e SmartPLS 3.0. **Fundamentação Teórica:** As cooperativas buscam ampliar as suas redes de atendimento, oferecendo melhores condições de trabalho aos seus profissionais associados, por isso, o valor em saúde tem sido bastante discutido no ambiente de competitividade. Porter (1998) afirma que a materialização do valor ocorre em um ambiente competitivo durante a transação entre compradores e vendedores. Neste contexto, a organização que oferta o serviço ou produto precisa identificar a percepção de valor do cliente para, então, criá-la. E quando a transação se concretiza, a organização vence a disputa competitiva e, ao mesmo tempo, equilibra a disputa com o próprio cliente. A escolha teórica sobre qualidade em serviços seguiu o modelo da Escala EXQ composta por 19 questões referentes ao construto experiência de consumo em suas 4 dimensões (experiência com o produto, foco no resultado, momento da verdade e paz de espírito) proposta nos estudos de Klaus e Maklan (2013). O instrumento de mensuração de ambas as variáveis tem, portanto, respaldo científico a partir de escalas validadas e que foram testadas no estudo supracitado. A organização cooperativa deve ter como estratégia o destaque para valor em saúde que cada vez tem se mostrado mais importante no mercado competitivo da saúde, podendo ser uma estratégia para manutenção dos cooperados ativos no sistema cooperativista. **Resultados:** Os resultados contribuíram para o conhecimento nos pontos de maior insatisfação do cooperado, podendo a cooperativa realizar ações para melhorar a satisfação e, com isso, manter o cooperado ativo. **Implicações Gerenciais:**

Espera-se que a conclusão contribua para melhorias no aprimoramento da cooperativa com o relacionamento com os cooperados, a fim de proporcionar uma entrega de serviço objetivando a qualidade como fator primordial para a satisfação.

Palavras-chave: Cooperativismo médico. Saúde suplementar. Valor em saúde. Qualidade em serviços. Escala EXQ.

ABSTRACT

TITLE: Evaluation of the quality of service provided by health cooperatives in Paraná from expectation and perception of cooperated doctors.

Objective: The objective of this research is to analyze the quality of service provided by health cooperatives from perceptions and expectations of the cooperated doctors. **Brief context:** Cooperative organizations have a strategic placement hard to be imitated by non-cooperatives, and it can be strengthened with the evaluation of quality of service provided to the cooperated individuals.

Method: This research is quantitative and descriptive, it uses quantitative techniques that allow for establishing causal relations between variables. Beyond deepening the explanation on identified relations, data collection was made with structured quizzes sent to the cooperated in electronic form. The EXQ scale was tested, validated and used, designed to measure the quality between expectation and perception of the service provided by the cooperated doctor. Data treatment was done through exploratory factor analysis and a confirmatory factor analysis, through a series of varied statistical techniques using SPSS 28.0 software and SmartPLS 3.0. **Theoretical Founda-**

tion: Cooperatives seek to amplify their service network, offering the best work conditions to their associated professionals, for this reason, the value in health has been amply discussed in the competitive environment. Porter (1998) states that materialization of value happens in a competitive environment during the transaction of buyers and sellers. In this context, the organization that offers the service or product needs to identify the perception of value of the client, for then, creating it. When the transaction happens, the organization beats the competitive dispute and, at the same time, balances the dispute with the client. The theoretical choice on quality in service follows a model of EXQ Scale, composed of 19 questions referring to the consumption experience construct in its 4 dimensions (product experience, focus on result, moment of truth and peace of mind) proposed in the studies of Klaus and Maklan (2013). The measuring instrument of both variables have, therefore, scientific background from validated scales that were tested in the above mentioned study. The cooperative organization must have as a strategy the emphasis on the value in health, which has been increasingly shown importance in the competitive health market, with the possibility of becoming a strategy for the maintenance of active members in the cooperative system. **Results:** The results have contributed to the knowledge of the points of greatest dissatisfaction of the cooperated individuals, allowing for the cooperative to carry out actions to improve satisfaction and, therefore, keep the cooperated member active. **Management implications:** It is

expected that the conclusion will contribute to improve the cooperative relationship with the cooperated members, in order to provide a service aiming at quality as a primary factor for satisfaction.

Keywords: Medical cooperativism. Supplementary health. Health value. Quality in services. EXQ scale

FIGURAS

Figura 1. A tríade do encontro de serviços.	31
Figura 2. Modelo de qualidade dos serviços	35
Figura 3. Modelo conceitual da qualidade em serviços	37
Figura 4 Aspectos da Escala EXQ	45
Figura 5. O modelo conceitual da pesquisa.....	50
Figura 6. Variáveis do construto: experiência do produto.....	60
Figura 7. Variáveis do construto: foco no resultado	62
Figura 8. Variáveis do construto: momentos da verdade.....	64
Figura 9. Variáveis do construto: paz de espírito	66
Figura 10. Resultados Gerais do modelo de estudo.....	69

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality	42
Tabela 2: Detalhamento das dimensões, atributos e variáveis.....	44
Tabela 3: Dimensões da escala EXQ	46
Tabela 4 Experiências de serviços – escala EXQ.....	46
Tabela 5 Experiência do produto.....	51
Tabela 6 Foco no resultado.....	51
Tabela 7 Momentos da verdade	52
Tabela 8 Paz de espírito	52
Tabela 9 Distribuição por sexo.....	56
Tabela 10 Distribuição por idade.....	56
Tabela 11 Tempo de cooperado	57
Tabela 12 Distribuição por singular	57
Tabela 13 Distribuição por Especialidade	57
Tabela 14 Tabulação cruzada entre Sexo x Idade.....	58
Tabela 15 Tabulação cruzada entre Idade x Tempo de cooperado	59
Tabela 16 Caracterização das variáveis experiência do produto	60
Tabela 17 Coeficiente Alfa de Cronbach do Construto Experiência do produto.....	61
Tabela 19 Caracterização das variáveis do foco no resultado	62
Tabela 20 Coeficiente Alfa de Cronbach do construto foco no resultado.....	63
Tabela 21 Caracterização das Variáveis do Momentos da verdade.....	64
Tabela 22 Coeficiente Alfa de Cronbach do Construto Momentos da verdade	65
Tabela 23 Caracterização das Variáveis paz de espírito	66
Tabela 24 Coeficiente Alfa de Cronbach do Construto Paz de espírito	67
Tabela 25 Valores da qualidade de ajuste do MEE	71
Tabela 26 Estimativa de correlações entre os construtos e variância extraída	72
Tabela 27 Matriz de correlação entre os construtos	72
Tabela 28 Confiabilidade composta.....	73
Tabela 29 Valores do tamanho do efeito (f²)	73
Tabela 30 Cargas fatoriais dos itens referentes a EXQ de acordo com cada dimensão analisada.....	74

SUMÁRIO

1	<i>Introdução</i>	17
1.1	Problema de pesquisa.....	18
1.2	Definição dos objetivos	19
1.2.1	<i>Objetivo geral</i>	19
1.2.2	<i>Objetivos específicos</i>	19
1.3	Justificativa.....	19
1.4	Organização do trabalho.....	20
2	<i>Fundamentação teórica</i>	22
2.1	Saúde Suplementar no Brasil	22
2.2	Cooperativismo de saúde	23
2.3	Valor	24
2.3.1	<i>Valor em saúde</i>	26
2.4	Serviços	28
2.4.1	<i>Serviços de saúde</i>	31
2.4.2	<i>Marketing de serviços</i>	32
2.4.3	<i>Qualidade em serviços</i>	34
2.5	Expectativa e Percepção.....	38
2.6	Escala SERVQUAL	39
2.7	Escala EXQ	44
2.8	Escala SERVQUAL x Escala EXQ.....	47
3	<i>Procedimentos metodológicos</i>	48
3.1	Tipo de pesquisa	48
3.2	População e amostra	48
3.3	Serviços oferecidos pelas cooperativas ao cooperado.....	49
3.4	Modelo conceitual da pesquisa.....	50
3.5	Instrumento de coleta de dados.....	51
3.6	Coleta de dados.....	53
3.7	Técnica de análise.....	53

3.7.1 <i>Análise fatorial</i>	54
3.7.2 <i>Análise fatorial confirmatória (CFA)</i>	54
3.7.3 <i>Modelagem de equações estruturais (MEE)</i>	55
4 <i>Análise de dados</i>	56
4.1 <i>Análise dos dados primários</i>	56
4.1.1 <i>Perfil dos respondentes</i>	56
4.1.2 <i>Cruzamento das características dos respondentes</i>	58
4.2 <i>Avaliação dos Construtos</i>	59
4.2.1 <i>Análise das estatísticas descritivas do construto: Experiência do produto</i>	60
4.2.2 <i>Análise das estatísticas descritivas do construto: foco no resultado</i>	61
4.2.3 <i>Variáveis do construto Foco no resultado</i>	62
4.2.4 <i>Análise das estatísticas descritivas do construto: Momentos da verdade</i>	63
4.2.5 <i>Análise das estatísticas descritivas do construto: Paz de espírito</i>	65
5 <i>Avaliação do Modelo Estrutural</i>	68
6 <i>Implicações Gerenciais</i>	77
7 <i>Conclusão</i>	79
7.1 <i>Limitações da pesquisa</i>	80
7.2 <i>Sugestões da pesquisa</i>	81
REFERÊNCIAS	82
APÊNDICE 1	86

1 Introdução

Segundo a Organização das Cooperativas do Brasil (OCB, 2020), as cooperativas de saúde foram criadas com a nobre missão de promover e cuidar da saúde humana. As cooperativas deste ramo atuam em diversas áreas, tais como médica, odontológica, psicológica e de usuários dos serviços de saúde.

Nesse setor importante para a vida das pessoas, as cooperativas buscam ampliar as suas redes de atendimento, oferecendo melhores condições de trabalho aos seus profissionais associados. Com isso, elas têm conseguido ampliar a qualidade dos serviços prestados aos consumidores, fazendo-se presentes em 83% dos municípios brasileiros (OCB, 2020).

Um diferencial de tais cooperativas é a qualidade dos serviços prestados aos seus cooperados, os médicos. Pensando em manter os médicos ativos no sistema, as cooperativas de saúde tem se preocupado cada vez mais com esta questão.

Posto isso, esta pesquisa visa demonstrar o grau de satisfação e expectativa referente à qualidade dos serviços prestados aos seus cooperados por cooperativas médicas do Paraná, visando conhecer os pontos de insatisfação para contribuir na gestão estratégica e no processo de sua melhoria contínua.

As expectativas, exigências e satisfação dos clientes passam por mudanças, por essa razão, os serviços devem ser constantemente avaliados. Como forma de manter a qualidade das empresas, faz-se necessário o gerenciamento da qualidade de serviços prestados, passando a ser um requisito primordial para sobrevivência no mercado, pela exigência ao atendimento e a satisfação do cliente. Para medir a qualidade nos serviços, utilizamos nesta pesquisa a escala EXQ (*Customer Experience Quality*), que teve como criadores Maklan e Klaus (2011), que apontam os aspectos a se considerar: a experiência dos serviços deve ser acessada por uma percepção do consumidor, o construto é baseado no valor geral, a experiência começa antes do encontro de serviço e continua após esse encontro. Para mensurar o construto experiência, a escala é composta por 4 dimensões com 19 itens correspondentes: experiência com o produto, foco no resultado, momento da verdade e paz de espírito, sendo utilizada esta sequência como base para a aplicação do questionário.

Para a avaliação da qualidade por meio da análise das expectativas e percepções, é importante considerar o valor gerado pelos serviços. O valor em saúde tem sido bastante discutido no ambiente de competitividade. Para Porter (1985, p. 3), o conceito de valor é “aquilo que os compradores estão dispostos a pagar pelo que a empresa lhe oferece, ou seja, cada indivíduo estabelece o valor do produto ou serviço adquirido em função do benefício agregado por este produto ou serviço”. Visando manter a sustentabilidade do sistema de saúde, tem se buscado um modelo de

saúde baseada em valor, que busca recompensar prestadores capazes de entregar resultados que agreguem valor. Sendo assim, a cooperativa de saúde enfrenta um desafio constante, tendo o objetivo de melhorar a qualidade de serviços oferecidos e obter a satisfação dos cooperados.

1.1 Problema de pesquisa

A competição em nível de serviços está crescendo a cada dia. As empresas prestadoras de serviços de saúde têm buscado melhorar a entrega de qualidade como um diferencial para se manter competitiva. Diante do cenário apresentado no tema, destaca-se a importância em identificar as expectativas e percepções do cooperado perante os serviços prestados por cooperativas médicas do Estado do Paraná.

As cooperativas, tanto de produção quanto as de serviço, tem se mostrado atraentes para o mercado da saúde mantendo muitas atividades nos moldes cooperativistas. A cooperativa estudada neste trabalho, tem se preocupado com as diferentes funções do médico. Ser cooperado não é somente prestar serviços aos clientes, como consultas e procedimentos cirúrgicos, ele não é um mero prestador de serviços, mas também desempenha um papel de sócio da cooperativa, podendo participar de ações para manter a sustentabilidade do sistema. Gerar renda e trabalho aos médicos cooperados é uma missão da Cooperativa médica do Paraná e suas singulares.

Com o surgimento da Agência Nacional de Saúde (ANS) no ano 2000, nascendo pela Lei nº 9.961, como instância reguladora de um setor de uma economia sem padrão de funcionamento, a cooperativa médica modificou o modelo inicial de vender plano de saúde para gerar trabalho ao cooperado, passando assim para operadora de saúde que precisa analisar também as necessidades do mercado.

Os cooperados precisam entender o que está acontecendo na sua cooperativa e a cooperativa entender o que é esperado pelo médico cooperado para melhorar a entrega de serviços.

A avaliação da qualidade dos serviços com base em instrumentos confiáveis e validados pode contribuir para a gestão estratégica na tomada de decisões. Os serviços prestados devem se adequar as necessidades dos cooperados, que são fundamentais para a manutenção da cooperativa e da competitividade no mercado.

Com isso, esta pesquisa busca avaliar a qualidade dos serviços prestados por cooperativas médicas do Paraná, levando em conta a opinião dos cooperados.

Para direcionamento da pesquisa e melhor desenvolvimento da coleta dos dados foi definida a seguinte pergunta orientadora da problemática: *Qual o nível de qualidade dos serviços*

prestados por cooperativas de saúde com base nas percepções e expectativas dos médicos cooperados?

1.2 Definição dos objetivos

A pesquisa tem como objetivo avaliar a qualidade dos serviços prestados em cooperativas de saúde de trabalho médico do Estado do Paraná, sobre a percepção e expectativa dos cooperados. Para atingir este objetivo serão identificados os pontos com maior grau de insatisfação do serviço na visão do cooperado.

1.2.1 Objetivo geral

Avaliar a qualidade dos serviços prestados pelas cooperativas de saúde a partir das percepções e expectativas dos médicos cooperados.

1.2.2 Objetivos específicos

1. Relacionar quais os principais atributos que interferem na expectativa sobre a qualidade dos serviços prestados;
2. Verificar o nível de serviço prestado da cooperativa com base na expectativa dos cooperados;
3. Identificar o grau de importância que os cooperados atribuem a cada um dos atributos pesquisados;
4. Propor ações estratégicas como forma de direcionar melhorias.

1.3 Justificativa

De maneira continuada, as cooperativas buscam desenvolver a qualidade no setor por meio de gestão, mantendo a competitividade para sua manutenção no mercado e fidelização dos cooperados. Existe um número reduzido de pesquisas na área da saúde envolvendo o foco sobre a expectativa e percepção perante os serviços prestados, e há redução ainda maior se falarmos em cooperativismo médico. A presente pesquisa justifica-se como instrumento para a avaliação destes serviços.

Diante disto, a qualidade dos serviços significa uma abordagem necessária para o cooperativismo, considerando o cooperado como cliente.

Parasuraman *et al.* (1988) e Cronin e Taylor (1992), afirmam a importância da qualidade dos produtos e serviços e como a mesma vem se tornando essencial e estratégica nos modelos

decisórios de marketing, podendo auxiliar os gestores a desenvolver abordagens e a conduzir suas atividades, baseados em informações lógicas e confiáveis de mercado.

A análise da qualidade dos serviços prestados pode proporcionar auxílio para a gestão estratégica da cooperativa em manter os cooperados ativos no sistema; por ser uma questão pouco estudada nesta área, foi o motivo principal desta pesquisa, justificando-se sobre vários pontos, do pesquisador, da educação, da sociedade e principalmente da cooperativa.

Portanto, conhecer as expectativas dos clientes pode auxiliar na entrega da qualidade dos serviços da cooperativa. A escala EXQ, por meio das dimensões, atributos e suas variáveis, contribuiu para avaliar as expectativas e percepções do cooperado. Além disso, para que as cooperativas possam se desenvolver no mercado, se faz necessária uma estratégia para se diferenciar da concorrência, conhecer os atributos que os cooperados mais valorizam e como percebem os serviços prestados são primordiais para a melhoria da gestão.

O resultado da pesquisa estabelece uma gestão estratégica para a cooperativa na fidelização dos cooperados, visando a qualidade e satisfação por meio da entrega, possibilitando que promova uma integração entre os serviços prestados e as expectativas, propondo assim, ações como forma de melhorias.

1.4 Organização do trabalho

A presente dissertação está organizada em seis capítulos, conforme descritos abaixo:

O Capítulo 1: Introdução - apresenta a definição do problema de pesquisa, as justificativas teórica e prática, os objetivos gerais e objetivos específicos.

O Capítulo 2: Fundamentação Teórica - descreve os temas abordados, saúde suplementar no Brasil, cooperativismo de saúde, valor, valor em saúde, serviços, serviços de saúde, marketing de serviços, qualidade de serviços, expectativa e percepção, escala SERVQUAL e escala EXQ.

O Capítulo 3: Procedimentos Metodológicos - apresenta a metodologia utilizada nesta pesquisa, os dados que serão analisados, o instrumento e a forma de coleta de dados.

O Capítulo 4: Análise dos Dados - apresenta a análise dos dados da pesquisa, sendo baseada nas 4 dimensões da escala EXQ conforme modelo utilizado.

O Capítulo 5: Avaliação do Modelo Estrutural - apresenta avaliação da modelagem de equações estruturais, pela utilização do *software* SmartPLS 3.0 com interface gráfica de usuário baseada em variância usando o método de caminhos de mínimos quadrados parciais.

O Capítulo 6: Implicações Gerenciais - demonstram os pontos relevantes que demandam maior atenção da gestão.

O Capítulo 7: Conclusão - são apresentadas as conclusões, as sugestões para trabalhos futuros, as limitações do presente estudo e, por fim, as implicações gerenciais referentes à pesquisa.

2 Fundamentação teórica

A pesquisa avalia o nível de qualidade por meio da satisfação dos médicos cooperados sobre os serviços prestados pela cooperativa. Neste capítulo, os temas a serem abordados são saúde suplementar no Brasil, cooperativismo de saúde, valor em saúde, serviços, serviços de saúde, marketing de serviços, qualidade em serviços, expectativa e percepção, escala SERVQUAL e escala EXQ.

Este capítulo apresenta uma base nos conceitos e definições da teoria que facilitarão o entendimento e fundamentarão a pesquisa realizada.

2.1 Saúde Suplementar no Brasil

O atual sistema de saúde no Brasil está sedimentado na premissa da Constituição Federal de 1988, que expressa a saúde como um direito de todos os brasileiros, cabendo ao Estado cuidar da assistência pública, da edição de normas de proteção à saúde e da prestação de assistência médica e hospitalar mediante políticas sociais e econômicas. Esse sistema de saúde pode ser dividido em dois subsistemas: o público e o privado (Brasil, 2007).

O subsistema público é representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que é um sistema universal de saúde com financiamento público e participação das esferas da federação, gestão pública, única, com integração e articulação entre as diferentes esferas e a prestação de assistência, por meio de serviços de rede própria de municípios, estados e União, de serviços públicos de outras áreas de governo e de serviços privados contratados ou conveniados (Brasil, 2007).

O subsistema privado é dividido em dois subsetores: o subsetor saúde suplementar e o subsetor liberal clássico. O liberal clássico é composto por serviços particulares autônomos, caracterizados por clientela própria, captada por processos informais, em que os profissionais da saúde estabelecem diretamente as condições de tratamento e de sua remuneração. A saúde suplementar, por sua vez, é composta pelos serviços financiados pelos planos e seguros de saúde, sendo predominante neste subsistema. Este possui um financiamento privado, gestão privada regulada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Os prestadores de assistência são privados, credenciados pelos planos e seguros de saúde ou pelas cooperativas médicas, serviços próprios dos planos e seguros de saúde, serviços conveniados ou contratados pelo subsistema público, que são contratados pelas empresas de planos e seguros de saúde que fazem parte de sua rede credenciada (Brasil, 2007).

A ANS define como Operadoras de Planos de Assistência à Saúde empresas e entidades que operam no mercado de saúde suplementar, conforme consta na Lei nº 9656/98, artigo 1º, inciso

II: “Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato de assistência à saúde (Brasil, 1998)”.

Segundo a ANS (2019), o Cadastro de Beneficiários fechou o primeiro trimestre de 2019 com 47,1 milhões de vínculos de beneficiários em planos privados de assistência médica, com ou sem odontologia, e 24,5 milhões em planos exclusivamente odontológicos. O número de beneficiários em planos de assistência médica apresentou uma queda da ordem de aproximadamente 196,4 mil em relação a dezembro de 2018. Entre os planos exclusivamente odontológicos, observou-se aumento, de aproximadamente, 291,9 mil beneficiários no mesmo período.

Analisando a evolução dos beneficiários, de acordo com a modalidade da operadora dos planos de assistência médica observa-se que, embora o número de beneficiários se mantenha com pouca variação para todas as modalidades de operadora, a partir de março de 2017, nota-se inversão quanto à predominância da modalidade cooperativa médica em relação à medicina de grupo.

A ANS, por sua vez, foi criada a partir de setor específico do Ministério da Saúde, e coube à ela cumprir a Lei nº 9.656, editada em junho de 1998. A Agência nasceu pela Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, como instância reguladora de um setor da economia sem padrão de funcionamento. A exceção ficava por conta do seguro de assistência à saúde e das seguradoras, sob o controle econômico-financeiro da Superintendência de Seguros Privados (ANS, 2019).

Ainda, dados de janeiro/2021, apontam que 24,5% da população do Brasil recorrem a saúde privada por meio de operadoras de saúde (ANS, 2021).

2.2 Cooperativismo de saúde

Cumprindo sua missão de promover e cuidar da saúde humana, as cooperativas de trabalho médico são formadas por profissionais médicos vinculados às cooperativas, denominados cooperados. As cooperativas médicas são classificadas em singulares, central ou federação e confederação. As cooperativas singulares têm área de atuação em municípios, sendo que algumas possuem hospitais próprios. Seus clientes são compostos por pessoas físicas e jurídicas. Em uma definição mais detalhada, segundo Duarte (2001), as cooperativas que comercializam planos de saúde são compostas por médicos responsáveis pelo atendimento aos usuários em consultórios particulares próprios ou em hospitais, laboratórios ou clínicas credenciadas. Em geral, operam em regime de pré-pagamento ou, eventualmente, de pagamentos por custos operacionais.

O cooperativismo médico surgiu no Brasil no final dos anos 60, na cidade de Santos, litoral do estado de São Paulo, com a mobilização de um grupo de 23 médicos liderados por Edmundo Castilho, que estavam insatisfeitos com as transformações estruturais na Previdência Social ocorridas na época e que, segundo os integrantes do grupo, também filiados ao Sindicato dos Médicos de Santos, ocasionou uma queda na qualidade do atendimento e permitiu o surgimento de seguradoras de saúde que iniciaram um processo de mercantilização da medicina e a proletarização do profissional médico. Com objetivo de resgatar a ética da profissão e o papel social da medicina, esse grupo fundou, em 18 de dezembro de 1967, a União dos Médicos em Santos – Unimed – baseada nos princípios do cooperativismo.

Segundo dados da ANS (2019), que trata exclusivamente de cooperativas médicas regulamentadas para atuarem como operadoras de planos de saúde, existem 289 cooperativas ativas que atendem mais de 17 milhões de clientes. Isso significa que 38,69% das operadoras de planos de saúde do país são cooperativas de trabalho médico responsáveis por atender 36,64% do mercado da saúde suplementar. No Paraná, as cooperativas são responsáveis por atender 1.546.190 clientes, o que representa 54,26% do mercado de saúde suplementar do estado.

Atualmente existem 805 cooperativas brasileiras ligadas ao setor saúde que congregam 238.820 cooperados e geram mais de 103 mil empregos diretos. Esse número abrange cooperativas de várias áreas profissionais do âmbito de atuação das atividades em saúde.

2.3 Valor

Podemos afirmar que o valor tanto está relacionado com dimensões ao mesmo tempo internas e externas à organização, pois satisfaz as necessidades dos consumidores em termos de produtos e serviços, quanto está relacionado ao modo como a firma concebe e operacionaliza suas estratégias.

Porter (1990) introduziu ao mundo a teoria da cadeia de valor, no qual a coloca como uma metodologia para se alcançar vantagem competitiva em relação ao concorrente. Para isso, a cadeia generalista é dividida em dois grupos: atividades primárias e atividades de apoio. As atividades primárias são as maneiras com que as pessoas conseguem ver e relacionam-se com a criação ou transformação dos produtos e serviços (logística interna, operações, logística externa, marketing e vendas e serviço). Já as atividades de apoio, se definem por apoiar, de forma direta ou indireta, a execução das atividades primárias (infraestrutura da empresa, gestão de recursos humanos, desenvolvimento e pesquisa e aquisições).

Segundo a definição de Zeithaml (1988), o valor para o consumidor resulta da comparação pessoal dos benefícios obtidos e dos sacrifícios feitos. É, portanto, concebido como um conceito

altamente subjetivo e pessoal (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985). Compreender a perspectiva do cooperado, do que significa o valor na sua percepção sobre a cooperativa, pode auxiliar no aprimoramento de estratégias organizacionais.

A existência de confiança num parceiro de negócios e o compromisso com aquele parceiro, portanto, é mais importante para os clientes que veem mais valor no próprio relacionamento. Esses clientes, mais voltados para o relacionamento, apreciam mais a existência de confiança e compromisso do que estarem satisfeitos com cada uma das trocas de um relacionamento contínuo; os clientes mais transacionais demandam que toda transação deva ser satisfatória (Gronrøos, 2000).

Kotler (1998) indica que uma oferta de marketing para o mercado tem um valor agregado entregue ao consumidor, resultado da diferença entre o valor total esperado (conjunto de benefícios) e o custo total para o consumidor, e que pode ser interpretado como o lucro do consumidor na transação de troca. Assim, o valor percebido é o valor atribuído pelos clientes ao produto ou serviço, baseado na relação entre os benefícios que este trará, segundo a ótica do consumidor, e os custos percebidos para sua aquisição, comparativamente à concorrência. Valor entregue ao cliente é a diferença entre o valor total para o cliente e o custo total para o cliente. O valor total para o cliente é o conjunto de benefícios que os clientes esperam de um determinado produto ou serviço. O custo total é o conjunto de custos em que os consumidores esperam incorrer para avaliar, obter, utilizar e descartar um produto ou serviço (Kotler, 2000, p. 56).

Na perspectiva da literatura de marketing, Slater e Narver (1990) discutem a relação entre vantagem competitiva sustentável e a orientação para o mercado, sendo a orientação para o mercado a cultura de negócios que cria a forma mais efetiva e eficiente de valor superior para os clientes.

Além disso, o valor percebido é definido como um julgamento ou uma avaliação por parte do cliente comparando os benefícios obtidos a partir de um produto, serviço ou relacionamento, e os sacrifícios ou custos percebidos (Roig, 2006).

De acordo com Cobra (2004, p. 34) “para serem competitivos, os serviços devem agregar valores. É preciso que o cliente perceba o serviço como tendo valor. Essa é uma das principais maneiras de reter o cliente”. Um possível cliente de serviços pode ser influenciado de diversas formas, mas o atendimento é uma das principais formas de fidelizar este cliente em potencial, ou seja, a qualidade no atendimento ao cliente pode ser a chave para a conquista do mesmo, bem como a oferta de benefícios claros, o posicionamento que a empresa ocupa na mente do cliente, a

credibilidade da empresa e a eficácia da comunicação que se refere à capacidade desta empresa de vender seus serviços.

O valor, na área de marketing, também recebe influência da Psicologia e da Sociologia, quando se reporta aos aspectos comportamentais dos públicos envolvidos. O conceito de valor, nesse contexto, pode ter a conotação de valores pessoais ou individuais. Dentro dessa abordagem, Rokeach (1973) afirma que os valores são estados-fim da vida e consistem nos objetivos e nas metas para as quais se vive:

Dizer que uma pessoa tem um valor é dizer que ela tem uma crença prescritiva ou provável que um específico modo de comportamento ou estado-final da existência é preferido a um modo oposto de comportamento ou estado-final. Essa crença transcende a atitude em relação a objetos ou em direção a situações; ela é um padrão que guia e determina ação, atitudes em relação a objetos ou situações, ideologia, apresentação de si mesmo aos outros, avaliações, julgamentos, justificações, comparações de si mesmo com os outros e tentativa de influenciar os outros (Rokeach, 1973, p. 25).

Os cooperados podem definir valor diferentemente, em diversos pontos, podendo variar de acordo com o momento da avaliação, posto isso, compreender o conceito de valor percebido é um importante passo para que a cooperativa impulse a lealdade, resultando na permanência do cooperado na cooperativa e fidelização dos cooperados.

2.3.1 Valor em saúde

Segundo Porter e Teisberg (2006), valor em saúde se resume a uma equação em que valor é igual a qualidade dividida pelo custo ($V=Q/C$), ou seja, é possível calcular valor quando consideramos o custo de um tratamento e o quanto dele trará de qualidade à pessoa que está sendo tratada.

Os custos em saúde são crescentes e o tema valor em saúde tem sido levado para discussão em todo o mundo. Pensando nisso, a ANS (2019) criou um Guia para implementação de modelos de remuneração baseados em valor, assumindo o desafio de capitanear o debate em torno dos modelos de remuneração adotados na relação entre operadoras de planos de saúde e os prestadores de serviços de saúde com vistas à implementação de novas formas de remuneração baseadas em valor, que privilegiem a qualidade dos serviços prestados e que não se baseiem exclusivamente na redução dos custos.

Como grande objetivo, a ANS pretende incentivar o início dos projetos que premiam aqueles que entregarem mais em qualidade dos serviços, trabalhando com um controle financeiro

importante para a sustentabilidade do sistema. O guia traz ainda a sugestão de alguns modelos de pagamentos vinculados aos desfechos em saúde. Os mais importantes na visão da autora deste trabalho são: *Payment for performance* (P4P); *Capitation* (Capitação); Orçamento Global/Parcial; *Diagnosis Related Groupings* (DRG) e Assalariamento. O ponto mais importante na visão da ANS é que determinados programas fomentam o desenvolvimento de projetos no âmbito preventivo em relação às doenças.

Passado algum tempo depois da publicação do conceito de cadeia de valor, Porter e Teisberg (2006) propõem uma nova dinâmica teórica, a qual se traduz como saúde baseada em valor (em inglês, *Value-Based Health Care*). Tal teoria traz consigo duas grandes preocupações: custos mais acessíveis e melhores desfechos, ou em outras palavras, resultados de qualidade aos pacientes. Assim se propôs, pela primeira vez, uma equação numérica para se atingir o resultado de valor, em que custo é dividido por qualidade da entrega, e o resultado de tal equação se traduz em valor.

Porter (1998) afirma que a materialização do valor ocorre em um ambiente competitivo durante a transação entre compradores e vendedores. Neste contexto, a organização que oferta o serviço ou produto precisa identificar a percepção de valor do cliente para, então, criá-la. E quando a transação se concretiza, a organização vence a disputa competitiva e, ao mesmo tempo, equilibra a disputa com o próprio cliente.

Segundo Porter *et al.*, (2006), o objetivo da corporação deve ser redefinido como a criação de valor compartilhado, não apenas o lucro em si. Isso conduzirá a próxima onda de inovação e crescimento da produtividade na economia global. Também vai remodelar o capitalismo e sua relação com a sociedade. Possivelmente, o mais importante de tudo, aprender como criar valor compartilhado é a melhor chance de legitimar o negócio.

Para Porter e Teisberg (2007), a competição da assistência à saúde se transforma numa competição baseada em valor focada em resultados. Essa é a melhor, e a única, forma de promover melhorias sustentáveis em qualidade e eficiência. A experiência, em inúmeros outros setores, nos diz que essa transformação é possível, e que pode haver surpreendente progresso quando ocorrer o tipo certo de competição.

A competição baseada em valor é focada em resultados, sendo uma competição de soma positiva com a qual todos os participantes podem se beneficiar. Quando os prestadores vencem, por entregar valor superior com maior eficiência, pacientes, empregadores e planos de saúde também vencem. Quando os planos de saúde ajudam os pacientes e os médicos que os encami-

nam a fazerem melhores escolhas, prestam assistência na coordenação e recompensam o atendimento excelente, os prestadores se beneficiam. Ou seja, competir em valor vai muito além de vencer num sentido restrito. Quando prestadores e planos de saúde competem para alcançar os melhores resultados médicos para os pacientes, eles estão, antes de tudo, perseguindo os objetivos que os levaram à sua própria profissão.

2.4 Serviços

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020) o setor de serviços é caracterizado por atividades bastante heterogêneas quanto ao porte das empresas, à remuneração média e à intensidade no uso de tecnologias. Nas últimas décadas, o desempenho das atividades que compõem o setor vem se destacando pelo dinamismo e pela crescente participação na produção econômica brasileira.

Na literatura são encontrados vários conceitos de serviços. Gronrões (2003) define serviços como um processo, consistindo em uma série de atividades mais ou menos intangíveis que, normalmente, mas não necessariamente sempre, ocorrem nas interações entre o cliente e os funcionários de serviço e/ou recursos ou bens físicos e/ou sistemas de fornecedor do serviço e que são fornecidos como soluções para problemas do cliente. Cita como características de serviços a sua produção advir de um processo, a inseparabilidade da produção e consumo, ser coproduzido pelo cliente, sua intangibilidade e em decorrência, a impossibilidade de ser estocável.

Segundo Lovelock, Wirtz e Hemzo (2011), os serviços podem gerar benefícios para os consumidores. Os clientes valorizam experiências e soluções desejadas e estão dispostos a pagar por elas. Originalmente, a palavra serviço era associada ao trabalho que os servos faziam para seus mestres: conduzir para o bem-estar ou a vantagem de outro. Serviços são atividades econômicas que uma parte oferece a outra. Geralmente baseadas no tempo, seu desempenho traz a seus destinatários os resultados desejados, objetos ou outros ativos pelos quais os compradores tem responsabilidade.

Serviço inclui todas as atividades econômicas cujo resultado não é um simples produto físico ou construção, mas que é consumido no momento em que é gerado e oferece valor agregado em formas que constituem, em essência, os interesses daquele que o adquire (Zeithaml, Bitner & Gremler, 2014).

Ainda, Zeithaml, Bitner e Gremler (2014) descrevem quatro categorias de serviços, sendo elas:

1. Os setores e as companhias de serviços: inclui os setores e categorias classificadas como pertencentes ao setor de serviços e cuja principal oferta é um serviço. Exemplo do transporte de passageiros, hospedagem e serviços de saúde;
2. Serviços como produtos: representam uma ampla gama de ofertas intangíveis que os clientes valorizam e pelas quais pagam no mercado. Os produtos desse setor são vendidos por empresas de serviços e por empresas que não atuam no setor no sentido literal, como por exemplo: serviços de contabilidade, serviços bancários e assessoria jurídica;
3. O serviço ao cliente: esse é oferecido como suporte aos principais produtos de uma empresa, que normalmente não cobra por ele. Essa modalidade pode ser executada no local, como no caso de um funcionário de uma loja que ajuda o cliente a encontrar um item que deseja, no telefone ou em sessões de bate papo em tempo real. É essencial a construção de relacionamentos com os clientes, mas não deve ser confundido com os serviços colocados à venda pela companhia;
4. O serviço derivado: este constitui outra maneira de interpretar o significado do termo serviço. Vargo e Lusch (2004) defendem que o valor derivado de bens físicos é na verdade o serviço que o produto fornece e não o produto propriamente dito. Podem-se utilizar alguns exemplos nesse tipo de serviço: o medicamento fornece saúde, a lâmina de barbear fornece serviços de barbearia e ainda, computadores fornecem serviços de informação e manipulação de dados. Embora essa seja uma visão mais abstrata, ela fornece uma visão mais ampla e inclusiva do sentido do termo serviço.

Além disso, os serviços diferenciam-se dos bens em quatro características exclusivas: intangibilidade, inconstância, indissociabilidade e impossibilidade de estocar (Nickels & Wood, 1999). Cada uma dessas características afeta de forma direta o modo pelo qual as empresas prestadoras de serviços constroem e sustentam seus relacionamentos com os clientes. Nickels e Wood (1999) definem:

a) Intangibilidade: ao contrário dos bens, os serviços não podem ser fisicamente examinados com antecedência. Um exemplo disto, é que um cliente pode ver e dirigir um carro (bem), mas não pode se utilizar de uma viagem aérea (serviço) antes de comprá-la, ou até optar por ser correntista de um determinado banco antes de avaliar as condições e atendimentos prestados pela instituição, pois os serviços são prestados e posteriormente avaliados;

- b) Inconstância: é variável, pois os serviços dependem muito das pessoas para sua execução. No entanto, as empresas devem procurar diminuir essa inconstância dos serviços prestados;
- c) Indissociabilidade: significa que a produção não pode ser dissociada do consumo, isto é, as empresas prestadoras de serviços não produzem nada até que seus clientes se utilizem de seus serviços ou comprem alguma coisa dela. Os clientes começam a usufruir de benefícios oferecidos apenas quando os serviços já foram consumados; e
- d) Impossibilidade de estocar: serviços não são estocáveis para futuro consumo, pois são consumados no momento em que acontece a prestação. Assim, o marketing de serviços deve ser orientado para o tempo, pois é preciso incentivar a compra e o uso dos serviços quando as pessoas que os fornecem estiverem disponíveis e as condições forem favoráveis.

Lovelock e Wirtz (2006) afirmam que as organizações de serviços são diferentes das organizações manufatureiras em muitos aspectos importantes e requerem abordagem distinta do marketing e de outras funções de gerenciamento. Autores como Zeithaml e Bitner (2003) e Lovelock e Wirtz (2006), diferem marketing de serviços do marketing de bens, e isso se deve às características distintas dos serviços como intangibilidade, variabilidade, heterogeneidade e perecibilidade.

A cooperativa de saúde nesta classificação se torna um serviço intangível. Lovelock e Wright (2006) consideram que o grau de envolvimento do cliente é, muitas vezes, determinado mais pela tradição e por um desejo de conhecer pessoalmente o fornecedor de serviço do que pelas necessidades do processo operacional.

Os autores Zeithaml e Bitner (2003) definem os serviços de modo simples e amplo posicionando-os como ações, processos e atuações executados por empresas em benefício ao relacionamento com os seus clientes. Os autores alertam que existe uma diferença entre serviços e serviços para o cliente, estabelecendo que o segundo não é uma prática exclusiva das empresas que atuam no setor de serviços, também sendo prestado por todos os tipos de empresa como forma de dar apoio ao grupo de produtos principais da organização.

Kotler e Keller (2006) conceituam serviço como um ato intangível que uma parte pode oferecer a outra e que não resulta na propriedade de nada. Pode ou não estar ligado a um produto físico. A intangibilidade remete a ideia dos serviços não poderem ser vistos, sentidos ou tocados.

Ainda, Fitzsimmons e Fitzsimmons (2014) asseguram que os encontros de serviços estão presentes em três componentes: o prestador, o pessoal da linha de frente e o cliente, formando a

tríade do encontro. Dizem também que, um encontro, para ser ideal e benéfico, faz-se necessário a compreensão entre as partes para evitar conflitos. Por fim, afirmam que a organização deve dar autonomia ao seu pessoal com a finalidade de atender as demandas do cliente e satisfazê-lo e ao mesmo tempo, deve-se ter um equilíbrio entre o controle a ser exercido pelo cliente e pelo pessoal executor do serviço. A tríade do encontro em serviços, apresentada na Figura 1, situa as relações entre as três partes no encontro e sugere possíveis fontes de conflito.



Figura 1. A tríade do encontro de serviços

Nota. Fonte: Adaptado de “*Administração de serviços*” de Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2014, p. 210

2.4.1 Serviços de saúde

Essa visão ampliada de serviços em saúde só foi possível após a evolução do conceito de serviço hospitalar. Anteriormente, o prestador de serviço (hospital) ofertava seus serviços e a comunidade demandava de acordo com a sua necessidade, sempre influenciada pelo profissional médico. Desta forma, o relacionamento e a criação de valor eram diretos, o que não permitia a criação do vínculo entre hospital e paciente. O novo conceito é centrado no usuário do serviço. Os serviços têm o objetivo de satisfazer as necessidades e desejos desse público, e não mais do profissional médico, logo o vínculo entre o estabelecimento e o usuário é mais estreito, pois agora este busca a sua satisfação (Borba, 2009).

No Brasil, o segmento de saúde foca seus esforços no cuidado das doenças e na aquisição de novos equipamentos, mas ainda é incipiente a importância de identificar os desejos, expectativas e necessidades dos usuários como consumidores de um serviço (Sganzerlla, 2006).

Os hospitais e o serviço de saúde possuem uma característica peculiar dentre os provedores de serviços, porque são serviços que, em geral, as pessoas procuram por necessidade e não por desejo (Sganzerlla, 2006). Para amenizar esse “conflito”, o serviço hospitalar tem reconhecido a importância de considerar a opinião de seu usuário (expressão comumente usada no setor) em relação à satisfação, uma vez que o setor está sofrendo mudanças significativas em termos de operação diária e estrutura competitiva. Os hospitais passaram a se preocupar com questões de tecnologia de ponta no tratamento dos usuários e de infraestrutura, inclusive com serviços de hotelaria e gastronomia, o que se tornou o diferencial competitivo no atendimento e na busca pela satisfação.

2.4.2 Marketing de serviços

Marketing de serviços pode ser definido como o conjunto de atividades que objetivam a análise, o planejamento, a implementação e o controle de programas destinados a obter e servir a demanda por produtos e serviços, atendendo desejos e necessidades dos consumidores (Zeithaml, 2003).

O marketing em serviços de saúde foi reconhecido em 1977, na primeira convenção sobre marketing promovida pela Associação Americana de Hospitais, sendo que no mesmo ano foi publicado o primeiro livro sobre o tema nos EUA (Silva, 2005). Já em 1986, a literatura destacava que o marketing estava adentrando os serviços de saúde e quebrando verdadeiros conceitos da sociedade de que as técnicas do marketing são somente para a promoção e a venda.

Segundo Cobra e Zwarg (1986), o papel do marketing em serviços de saúde é trabalhar os problemas da organização de modo a satisfazer as necessidades de um grupo determinado, com serviços adequados. Borba (2009) amplia o papel do marketing na saúde, frisando que este não é somente administrar a demanda, mas é antes de tudo um ser disciplinador na qualidade de vida, na qualidade controlando a assistência, aprimorando o serviço ao melhor uso e mais segurança à população.

Um dos conceitos básicos do marketing é o *mix* de marketing (4 P's), definido como os elementos controlados por uma organização e utilizados para atender ou comunicar-se com os clientes. A noção de *mix* significa que todas as variáveis estão relacionadas e dependem umas das outras, até certo ponto. Porém, as estratégias para os 4 P's requerem modificações sempre que

aplicadas a serviços. O reconhecimento da importância de variáveis adicionais fez com que os profissionais de marketing adotassem o conceito de *mix*, expandido do marketing de serviços, agregando 3 novos P's (Zeithaml, Bitner & Gremler, 2014).

Lovelock, Wirtz e Hemzo (2011) também reforçam que além dos 4 P's do composto de marketing tradicional, que são: Produto, Preço, Praça e Promoção, inclui-se mais três do ambiente de marketing de serviços: Processos, Ambiente Físico (*Physical Environment*) e Pessoas, formando assim os 7 P's do marketing. Segundo esses autores, pode-se pensar nesses elementos como as sete alavancas do marketing de serviços.

Os 7 P's do composto de marketing de serviços, englobam o conjunto de variáveis que representam as decisões gerenciais de marketing necessárias para criar estratégias viáveis, voltadas ao atendimento das necessidades dos clientes de modo lucrativo em um mercado competitivo (Lovelock, Wirtz & Hemzo 2011, p. 28).

Em sua definição, os 7 P's são:

- Produto: criar um conceito de serviços que ofereça valor significativo aos clientes e que satisfaça melhor suas necessidades do que a concorrência;
- Praça: atualmente o tempo se tornou muito importante, por isso a agilidade e conveniência do local e hora de atendimento são fatores que determinam uma eficaz distribuição e entrega de serviços;
- Preço: é um mecanismo pelo qual gera receita para cobrir custos e ter lucro. A estratégia de preço é ajustada constantemente de acordo com vários fatores sociais e econômicos;
- Promoção: desempenha três papéis fundamentais: prover informações sobre produtos e serviços; persuadir o público alvo quanto ao produto; e incentivá-lo a agir em momentos específicos;
- Processo: para satisfazer os clientes é necessário elaborar, planejar e implementar processos eficazes, caso contrário, pode gerar perda de tempo e experiências frustrantes;
- Ambiente Físico (*Physical Environment*): um ambiente bem aparentado, funcionários uniformizados e boa localização, sugerem um serviço mais eficiente;
- Pessoas: Funcionários talentosos e motivados, que se comunicam bem com os clientes, que passam informações necessárias e corretas, representam vantagem competitiva.

Para Lovelock, Wirtz e Hemzo (2011, p. 379) “a fidelidade de marca significa mais do que o comportamento e abrange a preferência, amizade e intenções futuras”.

A base da verdadeira fidelidade está na satisfação do cliente, para a qual a qualidade de serviço é um componente fundamental. Clientes muito satisfeitos ou mesmo encantados tem mais probabilidade de serem defensores leais da empresa, consolidarem compras com um só fornecedor e disseminar o boca a boca positivo (Lovelock, Wirtz & Hemzo, 2011, p. 394).

Segundo estudos realizados por Reichheld & Sasser (ano) citado em Lovelock, Wirtz & Hemzo (2011), quanto maior o tempo de fidelidade de um cliente, mais lucrativo será atendê-lo. Eles apontam quatro fatores que geram esse crescimento do lucro. São eles:

- Aumento no número de compras: clientes empresariais em crescimento; aumento no número de membros das famílias; aumento da renda.
- Redução no custo operacional: clientes experientes tem menor necessidade de assistência e cometem menos erros nos processos operacionais.
- Indicações: clientes que indicam o serviço para outras pessoas tornam-se propaganda gratuita, aumentando o número de clientes sem aumento no custo de propagandas.
- Preços mais elevados: clientes fiéis costumam pagar preços normais por estarem satisfeitos com os serviços, e por confiarem no fornecedor, não se importam em pagar mais em épocas de pico ou em urgências.

Em contrapartida, as principais falhas, que levam a perda de um cliente, são: erros na prestação de serviço, erro de faturamento; falta de conhecimento; preços elevados ou injustos; inconveniências de local e/ou horário de funcionamento; espera pelo serviço, e concorrência com melhores condições de atendimento (Lovelock, Wirtz & Hemzo, 2011).

Dessa forma, em muitos serviços as pessoas se tornam parte do produto. Dentro deste contexto, está inserido o marketing de serviços, que tem em sua essência, conforme afirma Lovelock e Wright (2006), a intangibilidade e a criação de valor e benefícios para os clientes, representando um ato ou desempenho oferecido por uma parte a outra.

2.4.3 *Qualidade em serviços*

Na concepção de Gronrões (2003), a qualidade de um serviço, como percebida pelos clientes, tem duas dimensões: uma dimensão técnica ou de resultado e uma dimensão funcional ou relacionada a processo. O que clientes percebem em suas interações com uma empresa é importante para eles e para sua avaliação da qualidade. Internamente isso é considerado como a qualidade do serviço prestado, porém não é totalmente verdadeiro. É uma mera dimensão da qualidade denominada qualidade técnica do resultado do processo de produção do serviço. Na

literatura de gerenciamento de serviço, prossegue o autor, o termo “qualidade do resultado” também tem sido usado para essa dimensão. É o que fica com o cliente ao final do processo de produção de serviço e de suas interações comprador - vendedor. Frequentemente, mas nem sempre, afirma Gronrões (2000), essa dimensão pode ser medida com relativa objetividade por clientes, devido às suas características como uma solução técnica para um problema.

A figura 2 realiza uma comparação entre a qualidade esperada e a qualidade experimentada pelo cliente. No modelo, são 2 as dimensões de qualidade estudada.

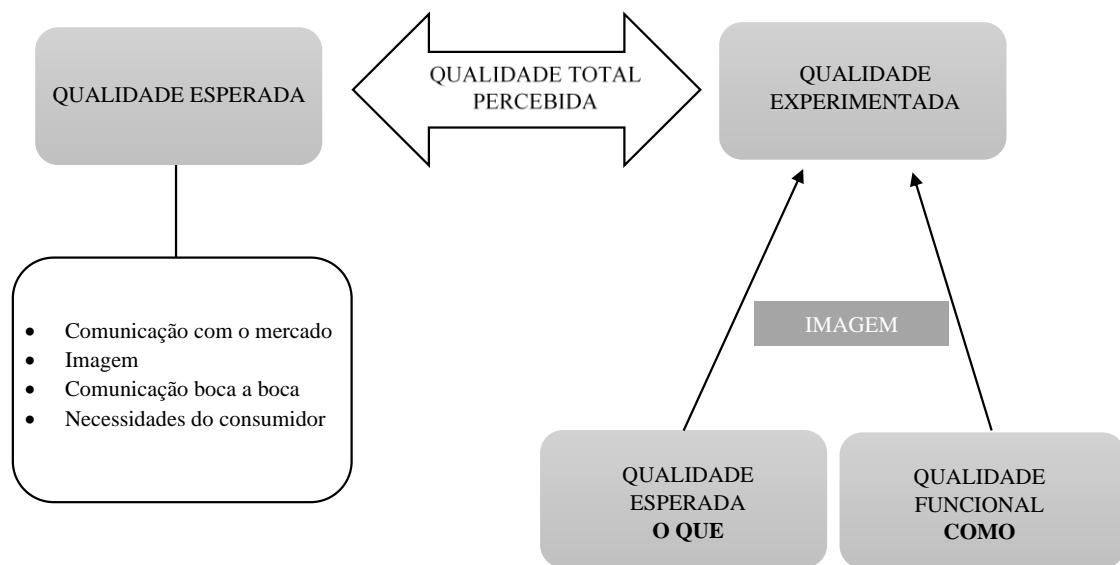


Figura 2. Modelo de qualidade dos serviços

Nota. Fonte: Adaptado de “*Modelo de Qualidade dos serviços*” de Gronrões, 2000, p. 41

A avaliação da qualidade dos serviços está relacionada com a satisfação do cliente e é realizada ao longo do processo em que a prestação de serviços ocorre, especificando cada contato com o consumidor como um momento da verdade, onde naturalmente acontece a comparação entre a percepção do serviço prestado e a expectativa do serviço desejado e que define, dessa confrontação, a satisfação do cliente, que pode ser alta quando a percepção se iguala ou supera a expectativa ou classificada como inaceitável quando está abaixo da expectativa (Fitzsimmon & Fitzsimmon, 2014).

Zeithaml e Bitner (2003) atribuem à qualidade de serviços, a discrepância que existe entre as expectativas e as percepções (qualidade percebida) do cliente com relação a um serviço experimentado. Considerando que o elemento principal da qualidade percebida é a satisfação do

cliente, a qualidade do serviço é a minimização das diferenças entre as expectativas em relação ao serviço e a sua percepção, depois de ser utilizado (Zeithaml & Bitner, 2003).

Conforme Salomi *et al.* (2005) o *gap 1* compreende a discrepância entre a expectativa do cliente e a percepção gerencial sobre esta expectativa. O *gap 2* compreende a discrepância entre a percepção gerencial das expectativas dos clientes e a transformação destas em especificações de qualidade dos serviços. Por sua vez, as empresas de serviço são altamente dependentes do contato interpessoal para o fornecimento de serviços. O *gap 3* corresponde à discrepância entre os padrões e especificações da empresa e o que realmente é fornecido ao cliente. O *gap 4* é a discrepância entre a promessa realizada pelos meios de comunicação externa e o que realmente é fornecido e o *gap 5* consiste na discrepância entre a expectativa do cliente e a sua percepção do serviço. Para os autores, fica claro que o julgamento sobre a qualidade dos serviços depende de como os clientes percebem o real desempenho do serviço, a partir de suas próprias expectativas.

Zeithaml et al. (1990) desenvolveram a escala SERVQUAL com base em um modelo de qualidade de serviços elaborado por eles conforme Figura 4, no qual a percepção do cliente é a referência para a avaliação da qualidade do serviço prestado. (PARASURAMAN et al, 1985, p. 44-46).

A figura 3 demonstra o modelo conceitual da qualidade de serviços e os Gaps (lacunas) existentes entre a expectativa e percepção do serviço prestado da Escala SERVQUAL.

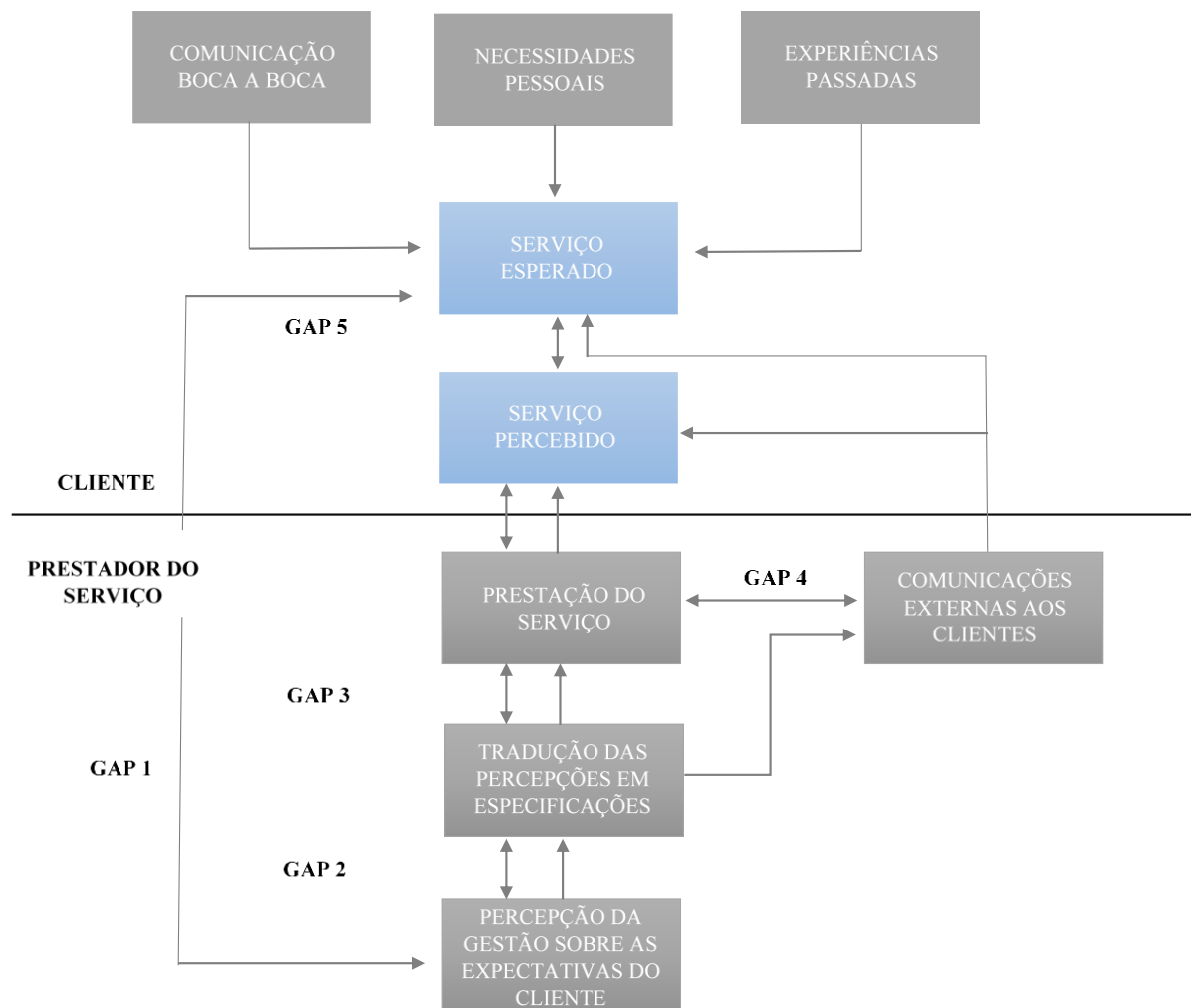


Figura 3. Modelo conceitual da qualidade em serviços

Nota. Fonte: Adaptado de “Modelo conceitual da qualidade em serviços” de Parasuraman et al., 1985, p. 44

Gap 1: refere-se às expectativas dos consumidores e à percepção da gerência com relação a elas. Os prestadores de serviço nem sempre entendem que requisitos conotam excelência da qualidade para os consumidores;

Gap 2: está nas especificações da qualidade dos serviços definidas pela tradução das percepções que a gerência tem das expectativas dos usuários. Essa discrepância deve-se à falta de especificação da oferta ajustada aos desejos dos consumidores;

Gap 3: diz respeito ao desempenho real da prestação do serviço frente às especificações previamente estabelecidas;

Gap 4: relaciona o serviço realmente fornecido e as comunicações externas (especificações do serviço anunciadas na mídia ou outros canais de comunicação);

Gap 5: foi estabelecida como uma função das quatro lacunas anteriores, isto é, $gap\ 5 = f [gap\ 1, gap\ 2, gap\ 3, gap\ 4]$.

Em síntese, pode-se considerar as seguintes definições para os *gaps*:

Gap 1 - Não conhecer o que os usuários esperam receber;

Gap 2 - Não selecionar o projeto certo do serviço e os padrões estabelecidos;

Gap 3 - Não entregar o serviço padrão;

Gap 4 - Não casar desempenho com promessas;

Gap 5 - Estabelecido em função dos quatro *gaps* anteriores;

$Gap\ 5 = f [gap\ 1, gap\ 2, gap\ 3, gap\ 4]$.

A qualidade no setor de serviços é um fator essencial, porém a percepção dos clientes quanto a esta qualidade é difícil de ser mensurada e uma ferramenta que possibilita essa análise é o modelo SERVQUAL proposto por Parasuraman *et al.* (1988), cujo desígnio é mensurar a qualidade do serviço por meio da identificação dos *gaps* (lacunas) existentes entre a expectativa e percepção do serviço prestado.

O médico cooperado desempenha vários papéis na cooperativa, esta pesquisa considera o seu papel como cliente, onde utiliza os serviços oferecidos pela cooperativa, demonstrando o seu grau de satisfação perante sua expectativa e percepção.

2.5 Expectativa e Percepção

Zeithaml e Bitner (2003) salientam que a qualidade percebida é o julgamento global, ou atitude, relacionado à superioridade de um serviço, sendo que a satisfação do consumidor está relacionada à uma transação específica. Por isso, a qualidade em serviços é uma das componentes da satisfação. A satisfação é influenciada pelas percepções acerca da qualidade dos serviços, da qualidade do produto, preço e percepções situacionais e pessoais.

A satisfação com o serviço ocorre quando o cliente compara o serviço previsto com o serviço percebido, enquanto a qualidade de serviço é medida pela diferença entre a expectativa do serviço e a percepção do serviço recebido (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1993).

A satisfação é o sentimento de prazer (Kotler, 1998) ou de decepção resultante da comparação do desempenho esperado pelo produto ou serviço (ou resultado) em relação às expectativas da pessoa. Essa definição ainda esclarece, que a satisfação se dará em função do

desempenho recebido e das expectativas. Se o desempenho atender às expectativas, o consumidor estará satisfeito, e se excedê-las estará altamente satisfeito ou encantado.

Os autores Parasuraman, Zeithaml e Berry (1993), citam três tipos de expectativas para os serviços: desejado, adequado e previsto:

1. serviço desejado é o nível considerado ideal, o melhor possível, o que deveria ser oferecido. É o padrão de expectativa mais elevado, sendo também considerado o mais estável a mudanças. É uma combinação do que o cliente acredita que pode ser com o que deve ser;
2. serviço adequado é um nível mais baixo que o desejado e surge da percepção de que nem sempre é possível ter as suas expectativas completamente atendidas. É o nível mínimo considerado como aceitável para o serviço e o mais susceptível a mudanças;
3. serviço previsto é tido como o nível de serviço que o cliente efetivamente acredita que irá receber do prestador, sendo uma previsão da performance almejada para o serviço. Essa estimativa irá afetar o nível de serviço adequado e conseqüentemente intervir na zona de tolerância.

Parasuraman, Zeithaml e Berry (1993) consideram que o serviço previsto quando comparado com o serviço percebido, determinará o nível de satisfação do cliente com o serviço contratado.

Pensando nisso, as cooperativas precisam conhecer as expectativas dos médicos cooperados que utilizam os serviços ofertados, buscando melhorias de desempenho que favoreçam uma boa percepção, aumentando dessa forma a qualidade percebida.

2.6 Escala SERVQUAL

A Escala SERVQUAL é um instrumento validado pela literatura para medir e gerenciar a qualidade do serviço, é utilizada para transformar expectativas e percepções em dados quantitativos. Utiliza-se da escala *Likert*, ordinal, para pedir aos respondentes que informem até que ponto eles concordam ou discordam das afirmações sobre determinado objeto (Malhotra, 2006; Hair, *et al.*, 2005).

Cada item é apresentado numa escala *Likert* de 7 pontos, variando desde a percepção de “discordo fortemente” (ponto 1) até “concordo fortemente” (ponto 7):

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)
 Discordo Fortemente Concordo Fortemente

Um dos precursores nessa direção foi Gronrões (1984), que desenvolveu um dos primeiros modelos para mensuração da qualidade em serviços. Além deste, desde 1985, quando o instrumento de coleta de dados foi publicado pela primeira vez, seus inovadores Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988) a desenvolveram, a promulgaram e a promoveram por meio de uma série de publicações.

Parasuraman *et al.*, (1988), estruturaram a primeira escala do tipo, a SERVQUAL que, após duas rodadas de testes e refinamentos, passou a ser estruturada sob as cinco dimensões da qualidade: experiência com o produto, foco no resultado, momentos da verdade e paz de espírito, que auxiliam os clientes na organização mental dos elementos que compõem a prestação de serviços e, por meio delas, faz a avaliação da qualidade percebida, com 22 itens de avaliação distribuídas entre essas dimensões. A escala surgiu após o desenvolvimento de uma metodologia de análise sobre a eficiência dos serviços conceituada como o modelo das lacunas (ou *gaps*) de qualidade, desenvolvido por Parasuraman *et al.* (1985), que busca identificar exatamente qual a diferença entre a expectativa do cliente e a percepção sobre o produto recebido. Sendo assim, o objetivo do modelo SERVQUAL é comparar a performance da empresa prestadora do serviço frente a um ideal (expectativas) por meio de um questionário como instrumento de aplicação para os respondentes (Parasuraman *et al.*, 1988). A SERVQUAL selecionou uma tecnologia para medir e gerenciar a qualidade do serviço (SQ).

Conforme proposto por Parasuraman *et al.* (1988) a primeira parte do questionário contém 22 questões e foi desenvolvido com a finalidade de mensurar o nível desejado pelo cliente, enquanto a segunda parte busca medir a percepção do cliente sobre o serviço prestado por uma determinada empresa.

O modelo inicial da escala SERVQUAL baseou-se na visão de que a avaliação do cliente da qualidade em serviços é fundamental. Essa avaliação é concebida como uma lacuna entre o cliente que espera pela qualidade de serviço de uma classe de prestadores e suas avaliações de desempenho de um provedor de serviços determinado. Qualidade em serviço é apresentada como uma construção multidimensional. Na sua definição original, Parasuraman *et al.* (1985) identificaram dez componentes de qualidade em serviços:

- 1) condições;
- 2) capacidade de resposta;

- 3) competência;
- 4) acesso;
- 5) cortesia;
- 6) comunicação;
- 7) credibilidade;
- 8) segurança;
- 9) entender / conhecer o cliente;
- 10) tangíveis.

O estudo de Parasuraman *et al.* (1988) apresenta-se como um avanço na qualificação de serviço, quando cria uma abordagem a partir de cinco dimensões: confiabilidade, responsividade, segurança, empatia e aspectos tangíveis, que são basilares para a construção da Escala SERVQUAL.

Na Tabela 1 os autores descrevem 22 itens que representam características específicas para as 5 dimensões, possibilitando além da mensuração da satisfação do cliente, a qualidade do serviço para uma característica específica permitindo que sejam visualizados os pontos fortes e fracos em uma organização. Com isso é possível identificar os Gaps, a diferença entre a expectativa e o desempenho, Gap é uma medida da qualidade do serviço em relação a uma característica específica.

Tabela 1: **SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality**

Item	Dimensão	Expectativa	Desempenho			
1	Aspectos tangíveis	A empresa deve ter equipamentos modernos.	A empresa tem equipamentos modernos.			
2		As instalações físicas da empresa devem ser visualmente atrativas.	As instalações são visualmente atrativas.			
3		Os seus empregados devem estar bem vestidos e asseados.	Os empregados estão bem vestidos e asseados.			
4		As aparências das instalações devem estar conservadas de acordo com o serviço oferecido.	A aparência da empresa é conservada de acordo com o serviço oferecido.			
5	Confiabilidade	A empresa deve cumprir os prazos e tempos prometidos.	A empresa realmente faz algo dentro do tempo prometido.			
6		A empresa deve ser solidária e passar segurança ao cliente quando ocorrer problemas.	Quando o cliente tem algum problema com a empresa, ela é solidária e passa segurança.			
7		A empresa deve ser de confiança.	A empresa é de confiança			
8		A empresa deve oferecer o serviço no tempo prometido.	A empresa oferece o serviço no tempo prometido.			
9		A empresa deve manter seus registros de forma correta.	A empresa mantém seus registros de forma correta.			
10	Presteza	Não seria de se esperar que a empresa informe aos clientes exatamente quando os serviços foram executados.	A empresa não informa exatamente quando os serviços são executados.			
11		Não é razoável esperar por disponibilidade imediata dos funcionários.	O cliente não recebe serviço imediato dos funcionários.			
12		Os funcionários não precisam estar sempre disponíveis para ajudar.	Os funcionários não estão sempre disponíveis para ajudar.			
13		É normal que os funcionários estejam muito ocupados em responder prontamente aos pedidos.	Os funcionários estão sempre ocupados em responder aos pedidos dos clientes.			
14	Segurança	Clientes devem ser capazes de acreditar nos funcionários da empresa.	O cliente pode acreditar nos funcionários.			
15		Os clientes devem ser capazes de sentirem-se seguros nas negociações com a empresa.	O cliente se sente seguro em negociar.			
16		Os empregados devem ser educados.	Os empregados são educados.			
17		Os empregados devem obter suporte necessário da empresa para cumprir suas tarefas.	Os empregados não obtêm suporte adequado da empresa para cumprir suas tarefas corretamente.			
18	Empatia	Não seria de se esperar que as empresas dessem atenção individual aos clientes.	A empresa não dá atenção individual ao cliente.			
19		Não se pode esperar que os funcionários deem atenção personalizada aos clientes.	Os empregados não dão atenção pessoal.			
20		É absurdo esperar que os funcionários saibam quais são as necessidades dos clientes.	Os empregados não sabem as necessidades dos clientes.			
21		É absurdo esperar que a empresa tenha os melhores interesses de seus clientes como objetivo.	A empresa não tem os melhores interesses do cliente como objetivo.			
22		Não deveria se esperar que o horário de funcionamento fosse conveniente para todos os clientes.	A empresa não tem o horário de funcionamento conveniente para todos os clientes.			
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Discordo						Concordo
Fortemente						Fortemente

Nota. Fonte: Adaptado de “SERVQUAL: A multiitem scale for measuring consumer perceptions of service quality” de Parasuraman et al., 1988, p. 39.

De acordo com Parasuraman *et al.* (2005) a percepção do cliente não é somente aplicável, mas bastante pertinente para vários estudos:

1. Dimensão tangibilidade: refere à infraestrutura, apresentação externa, aparência, equipamento, pessoal, e materiais de comunicação;
2. Dimensão credibilidade: determina a capacidade em obter o desempenho do serviço no tempo estabelecido de maneira confiável e precisa;
3. Dimensão responsividade: determina a capacidade em atender bem o cliente, de modo imediato aos usuários;
4. Dimensão segurança (ou garantia): determina o conhecimento e a cortesia dos recursos humanos envolvidos para desenvolver o serviço (mão de obra) e sua habilidade em transmitir credibilidade e confiança ao cliente;
5. Dimensão empatia: está relacionado ao fornecimento de cuidados e atenção individualizados oferecidos pela empresa e aos seus clientes.

A aplicação do instrumento SERVQUAL ocorre em duas etapas, com objetivo de mensurar a percepção e a expectativa da qualidade referente ao serviço avaliado, sendo a aplicação das 22 questões para cada construto. Sua utilização permite que a empresa possa realizar um diagnóstico sobre áreas amplas da organização que possam estar com problemas na oferta de qualidade aos seus clientes, identificando focos de trabalho em melhoria contínua e aprimoramento da qualidade, seguindo os conceitos metodológicos que influenciaram a criação da SERVQUAL (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1991).

A tabela 2 demonstra o detalhamento entre as 5 dimensões, 17 atributos e as 17 variáveis relacionada a escala SERVQUAL.

Tabela 2: Detalhamento das dimensões, atributos e variáveis

Dimensões	Atributos	Variáveis
Tangibilidade	Equipamentos	Conforto do ambiente
	Instalações físicas	Iluminação
	Conservação dos equipamentos	Limpeza
	Aparência dos funcionários	Vestimentas
Confiabilidade	Comprometimento	Cumprimento do prometido
	Pontualidade	Prazos
	Solidariedade	Acessibilidade
	Regularização	Ouvidoria
Presteza	Disponibilidade	Cumprimento de horário
	Atenção	Relacionamento
	Informação	Disponibilidade
Segurança	Segurança negocial	Conhecimento
	Adequação	Necessidade
	Educação	Atendimento
Empatia	Atenção	Praticidade
	Interesse	Funcionamento
	Horário	Adequação

Nota. Fonte: Adaptado de “Qualidade dos serviços prestados por uma cooperativa de crédito no nordeste brasileiro” de Almeida M.E., 2015.

2.7 Escala EXQ

A Escala EXQ (*Customer Experience Quality*) é composta por 19 questões referentes ao construto experiência de consumo em suas quatro dimensões (experiência com o produto, foco no resultado, momento da verdade e paz de espírito) proposta nos estudos de Klaus e Maklan (2013).

Klaus e Maklan (2012) desenvolveram a EXQ em quatro fases: geração da escala, purificação inicial, refinamento e validação.

A experiência dos serviços deve ser acessada por uma percepção geral do consumidor, não por meio de intervalos entre desempenho e expectativas.

O construto é baseado em um valor geral em uso e não apenas uma sumarização do desempenho durante episódios de serviços individuais. Sobre a EXQ é possível dizer que:

- A medida de experiência tem um escopo mais amplo do que o proposto pelo SERVQUAL, pois inclui emoções e efeito de pares;

- A experiência começa antes do serviço e continua após;
- A experiência deve ser mensurada levando em conta todos os encontros de serviços ao longo do canal;
- Uma medida ideal deveria ligar mais diretamente o comportamento do consumidor e o desempenho do negócio do que o SERVQUAL ou satisfação do consumidor.

Foi baseado nesses pontos que Maklan e Klaus (2011) e Klaus e Maklan (2012, 2013) desenvolveram a denominada escala de EXQ, incorporando atributos considerados essenciais na experiência de consumo que não foram devidamente investigados em estudos envolvendo qualidade de serviços e satisfação.

Para mensuração da experiência de consumo, Maklan e Klaus (2011) apontam os seguintes aspectos a se considerar apresentados na Figura 4:



Figura 4 Aspectos da Escala EXQ

Nota. Fonte: Adaptado de “EXQ: a multiple-item scale for assessing service experience. *Journal of Service Management*” de Klaus P. e Maklan S., 2012.

Na Tabela 3, contém descrição detalhada das dimensões da escala EXQ, e em seguida, na Tabela 4, constam a experiência de serviços.

Tabela 3 **Dimensões da escala EXQ**

Dimensão	Descrição
Experiência com o produto	Esta dimensão leva em consideração a percepção do consumidor em ter acesso a outras ofertas e a habilidade de compará-las.
Foco no resultado	Esta dimensão está associada com a redução dos custos de transação, tais como buscar e qualificar novos fornecedores.
Momentos da verdade	Esta dimensão é caracterizada por aquilo que é conhecido na literatura como “momentos da verdade”, enfatizando a importância da recuperação dos serviços e flexibilidade quando o cliente se depara com alguma complicação.
Paz de espírito	Esta dimensão inclui questões fortemente associadas com aspectos emocionais dos serviços e é baseada nas competências percebidas do provedor do serviço.

Nota. Fonte: Adaptado de “EXQ: a multiple-item scale for assessing service experience. Journal of Service Management” de Klaus P. e Maklan S., 2012.

Tabela 4 **Experiências de serviços – escala EXQ**

Experiência do produto (PRO)	Foco no resultado (OUT)	Momentos de verdade (MOM)	Paz de espírito (PEA)
PRO1: liberdade de escolha	OUT1: inércia	MOM1: flexibilidade	PEA1: expertise - paz de espírito
PRO2: necessidade de comparação	OUT2: foco no resultado	MOM2: proatividade	PEA2: facilidade de processo
PRO3: comparação entre produtos	OUT3: influência da experiência passada	MOM3: p - percepção de risco	PEA3: relacionamento <i>versus</i> transação
PRO4: gerenciamento de contas	OUT4: base comum	MOM4: habilidades interpessoais	PEA4: retenção de conveniência
		MOM5: recuperação de serviço	PEA5: Familiaridade
			PEA6: Conselho independente

Nota. Fonte: Adaptado de “EXQ: a multiple-item scale for assessing service experience. Journal of Service Management” de Klaus P. e Maklan S., 2012.

2.8 Escala SERVQUAL x Escala EXQ

Na revisão teórica realizada nas escalas SERVQUAL e EXQ identificamos pontos divergentes, a escala SERVQUAL avalia o GAP entre da qualidade dos serviços sendo realizada uma comparação entre a expectativa e a percepção, ocorrendo assim em 2 etapas com 22 questões para cada construto. Sua utilização permite que a cooperativa possa realizar um diagnóstico sobre áreas amplas da organização que possam estar com problemas na oferta de qualidade aos seus clientes, identificando focos de trabalho em melhoria contínua e aprimoramento da qualidade, seguindo os conceitos metodológicos que influenciaram a criação da SERVQUAL (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1991). Enquanto a escala EXQ (*Customer Experience Quality*) composta por 19 questões referentes ao construto experiência de consumo em suas quatro dimensões (experiência com o produto, foco no resultado, momento da verdade e paz de espírito) proposta nos estudos de Klaus e Maklan (2013). Considerou-se que a experiência dos serviços deve ser acessada por uma percepção geral do consumidor, não por meio de intervalos entre desempenho e expectativas.

Para esta pesquisa foi utilizada a escala EXQ para a coleta de dados, como principal critério o interesse em mensurar o nível de qualidade de serviços prestados por uma cooperativa, a SERVQUAL estuda os GAPs, não sendo o foco principal. Em um comparativo entre as duas escalas, a EXQ teve a vantagem de um tempo menor de coleta de dados com redução de números de questões, gerando uma redução de tempo aos respondentes.

3 Procedimentos metodológicos

Neste capítulo apresentaremos a metodologia utilizada nesta pesquisa, os dados que serão analisados, o instrumento e a forma de coleta. Para a definição de cenário foi analisado a perspectiva e satisfação do médico cooperado sobre os serviços prestados.

Nesta fase descreveremos também cada passo de como a pesquisa foi realizada e sobre a solução do problema apresentado: *Qual o nível de qualidade dos serviços prestados por cooperativas de saúde com base nas percepções e expectativas dos médicos cooperados?*

3.1 Tipo de pesquisa

A presente pesquisa é do tipo quantitativa descritiva. O método quantitativo, conforme o próprio nome sugere, tem como principal característica a utilização da quantificação, seja nas modalidades de coleta de informações ou no tratamento das mesmas. Isso é realizado por meio de técnicas estatísticas, desde as mais simples – como, por exemplo, percentual, média, desvio-padrão – até as mais complexas, como coeficiente de correlação, análise de regressão, análises multivariadas, entre outras (Matias-Pereira, 2016).

3.2 População e amostra

População, ou universo, é um conjunto de elementos com pelos menos uma característica em comum, ou seja, um traço que possibilita identificá-los como pertencentes ao mesmo grupo de observações ou fenômeno em estudo (Virgillito, 2017). A população da pesquisa foi definida pelos médicos cooperados.

A população em setembro de 2020, consta com 10.851 médicos cooperados no estado do Paraná, estando 9.964 ativos no sistema, sendo distribuídos por 22 cooperativas denominadas singulares e 1 Federação que não possui cooperados.

A amostra é uma parte dos elementos, é um subgrupo de uma população, selecionado para participação em determinado estudo (Malhotra, 2001). Nesta pesquisa a amostra para a aplicação do questionário foi retirada de médicos ativos das cooperativas de saúde do Estado do Paraná que se dispuserem a responder o questionário, com 39 cooperados respondentes de 9 singulares/cooperativas.

3.3 Serviços oferecidos pelas cooperativas ao cooperado

Os serviços oferecidos pelas cooperativas para os seus cooperados desenvolve ações na prestação de serviços e representações institucionais ligadas à própria Missão e à Política de Qualidade. O objetivo é promover o crescimento sustentável do sistema cooperativo paranaense, fortalecendo o desempenho dos serviços e soluções de excelência.

Segue alguns serviços oferecidos aos médicos cooperados, podendo ter alteração entre as cooperativas do estado do Paraná.

- Serviço de Atendimento ao Cliente
- Transporte Aeromédico
- Consultorias em Especialidade Médica:
 - ✓ Buco Maxilo
 - ✓ Cirurgia de Coluna
 - ✓ Genética Médica
 - ✓ Hemodinâmica
 - ✓ Otorrinolaringologista
 - ✓ Vascular
- Repasse da produção dos médicos
- Auditoria em saúde
- Rede de atendimento
- Serviço Centralizado de Auditoria em Saúde para liberação de procedimentos
- Programa de Gerenciamento de Doenças Crônicas
- Programa de Gerenciamento Serviço de Atenção Domiciliar, desospitalização dos pacientes
- Programa de Gerenciamento de Casos
- Serviço de Auditoria Centralizada de OPME
- Comunicação e Marketing:
 - Assessoria e consultoria nas áreas Saúde, Mercado, Jurídico e Assessoria Regulamentar
 - Agente de Relacionamento com o Cooperado – Estadual
- Comunicação e Marketing:
 - Serviço de Assessoria em Auditoria de Oncologia
- Programa de Atenção Integral à Saúde (Unidades Assistenciais/Atenção Personalizada à Saúde – APS)

- Consultoria de Gestão Preventiva

3.4 Modelo conceitual da pesquisa

O tema que motiva a pesquisa foi relacionado sobre a necessidade de identificar e relacionar quais atributos na visão do médico cooperado determina sobre a expectativa e percepção da qualidade dos serviços prestados pelas cooperativas, o nível de expectativa e satisfação e propor ações de melhorias.

A escala EXQ é composta pelos construtos relacionados a experiência de serviço em 4 dimensões: experiência do produto, foco no resultado, momentos da verdade e paz de espírito, como não podemos medir diretamente estes conceitos, estabelecemos indicadores de cada construto por meio de instrumento de coleta de dados por um questionário estruturado.

Devido a dificuldade nas organizações do setor de serviços desenvolverem um instrumento para analisar a qualidade dos serviços, por ser algo intangível, a escala EXQ foi utilizada para mensurar o nível de qualidade dos serviços oferecidos ao médico cooperado por meio das 4 dimensões representada na Figura 5.

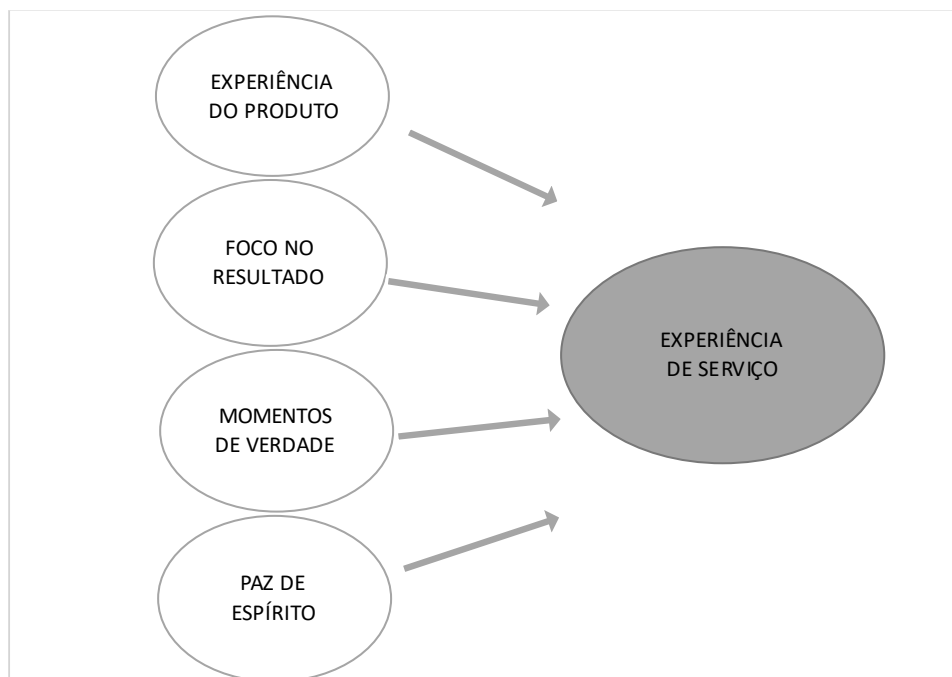


Figura 5. O modelo conceitual da pesquisa

3.5 Instrumento de coleta de dados

Os dados primários foram coletados por meio de um questionário estruturado com 24 questões, utilizando uma escala numérica, variando de 1 a 7. As primeiras 5 questões se referem ao perfil do respondente e as 19 seguintes referenciadas pela escala EXQ construída por Klaus e Maklan (2012).

A escala utilizada para medir e avaliar a qualidade foi a Escala EXQ, composta por 19 questões referentes ao construto experiência de consumo em suas quatro dimensões (experiência com o produto, foco no resultado, momento da verdade e paz de espírito) proposta nos estudos de Klaus e Maklan (2013).

As dimensões avaliadas foram experiência do produto, foco no resultado, momentos da verdade e paz de espírito, que estão descritas detalhadamente abaixo.

Primeira dimensão: experiência com o produto - esta dimensão leva em consideração a percepção do consumidor em ter acesso a outras ofertas e a habilidade de compará-las, conforme Tabela 5.

Tabela 5 **Experiência do produto**

Número	Variáveis
1	Confio no conhecimento técnico da cooperativa. Eles sabem o que estão fazendo.
2	Todo o processo de trabalho com a cooperativa é fácil, ela cuida de tudo.
3	Meu relacionamento com a cooperativa não se refere ao momento, temos uma relação duradoura.
4	Sou cooperado. A cooperativa atende as minhas expectativas, então, não tenho porque sair dela ou trocá-la por outra empresa.

Segunda dimensão: foco no resultado - está associada com a redução dos custos de transação, tais como buscar e qualificar novos fornecedores conforme Tabela 6.

Tabela 6 **Foco no resultado**

Número	Variáveis
5	Eu já conheço os trâmites do trabalho com a cooperativa. Obter o que preciso é realmente fácil.
6	Eu escolhi a cooperativa para trabalhar pois ela respeita os meus interesses.
7	A cooperativa sempre foi flexível em seu relacionamento comigo e procura atender as minhas necessidades.
8	Acho importante que a cooperativa me atualiza constantemente das vantagens que me oferece, comparando a outras empresas para as quais eu poderia prestar os meus serviços.

Terceira dimensão: momentos da verdade - é caracterizada por aquilo que é conhecido na literatura como “momentos da verdade”, enfatizando a importância da recuperação dos serviços e flexibilidade quando o cliente se depara com alguma complicação, conforme Tabela 7.

Tabela 7 **Momentos da verdade**

Número	Variáveis
9	Eu quero lidar com uma organização segura, pois daí vêm os meus rendimentos.
10	Acho importante que, na cooperativa, as pessoas com as quais me relaciono, sejam agradáveis, educadas e saibam escutar, deixando-me confortável.
11	A maneira como a cooperativa lida comigo quando as coisas dão errado é o que decidirá se continuo nela ou não.
12	Existem outras empresas, mas prefiro ficar na cooperativa; isso torna o processo muito mais fácil.
13	É mais importante que a cooperativa me traga pacientes do que me ofereça melhor pagamento pelos meus serviços.

Quarta dimensão: inclui questões associadas com aspectos emocionais dos serviços e é baseada nas competências percebidas do provedor do serviço, conforme Tabela 8.

Tabela 8 **Paz de espírito**

Número	Variáveis
14	Eu fico na cooperativa porque não conheci melhores opções.
15	Seria bom se as pessoas que me atendem na cooperativa passassem por situações similares as mais minhas para entender minhas necessidades.
16	Eu quero poder avaliar todas as possibilidades também fora da cooperativa, para entender que esta é a melhor opção.
17	É importante para mim conhecer várias outras empresas do ramo da cooperativa da qual faço parte.
18	A menos que eu possa comparar diferentes opções, eu não saberei qual é a melhor para mim.
19	Seria bom se eu pudesse ser atendido sempre pela mesma pessoa na cooperativa, pois ela já conheceria meu histórico e minhas necessidades.

As dimensões para serem utilizadas, foram traduzidas da língua inglesa para o português por professor profissional, sendo validado por profissional do marketing, algumas palavras foram alteradas, todavia sem alteração do conteúdo.

Após a definição, o questionário foi aplicado como pré teste com 3 médicos cooperados e validado para aplicação.

3.6 Coleta de dados

O instrumento da coleta de dados foi hospedado no *Qualtrics*, plataforma para criação de pesquisas, armazenamento e compartilhamento disponibilizada pela PUCPR, por meio de questionário eletrônico, os respondentes preencheram o formulário, aplicado no período entre abril e junho de 2021, de forma on-line acessando um link disponibilizado diretamente ao cooperado ou com auxílio dos agentes de relacionamento da cooperativa, condição pela qual foi possível aplicar a pesquisa com autorização de algumas singulares, no horário de funcionamento da mesma e em dias consecutivos com o total de amostras. O questionário foi estruturado utilizando uma escala numérica com os médicos cooperados de ambos os sexos e qualquer idade, no qual foi garantido o anonimato dos respondentes, a fim de avaliar a percepção e expectativa dos serviços prestados pelas cooperativas de saúde do estado do Paraná.

Foram coletados ao todo 40 questionários. Porém, 1 teve que ser descartado, pois continha erros no preenchimento e questões faltantes.

3.7 Técnica de análise

Os dados foram analisados por meio de técnica estatística multivariada e o tratamento dos dados por meio da análise fatorial confirmatória (CFA) e da modelagem de equações estruturais (SEM).

Para a primeira avaliação dos construtos foi utilizada a análise fatorial confirmatória e feito o cálculo de Alfa de Cronbach, que avalia a adequação (confiabilidade) de cada uma das dimensões.

O Coeficiente Alfa de Cronbach é uma medida comumente utilizada de confiabilidade, ou seja, a avaliação da consistência interna dos questionários, para um conjunto de dois ou mais indicadores de construto (Bland & Altman, 1997). Os valores variam de 0 a 1,0; quanto mais próximo de 1, maior confiabilidade entre os indicadores. O uso de medidas de confiabilidade, como o de Cronbach, não garante unidimensionalidade ao questionário, mas assume que ela existe. A unidimensionalidade é uma característica de um conjunto de indicadores que tem apenas um conceito em comum (Hair *et al.*, 2005).

Segundo Hair et al (2009), em uma análise fatorial o pesquisador pode avaliar a contribuição de cada item da escala, bem como incorporar a maneira como a escala mede o conceito (confiabilidade), sendo esta, uma maneira de testar o quão bem variáveis medidas representam um número menor de construtos. As escalas estão integradas na estimulação das relações entre variáveis dependentes e independentes ao modelo estrutural.

Na amostra final foi realizada a análise das distribuições de frequência das questões relacionadas à idade, sexo, tempo de cooperado, especialidade e singular a qual pertence. A partir desses dados, foram realizadas as análises descritivas de média, desvio padrão, variância, assimetria e curtose dos indicadores utilizados para a mensuração dos construtos.

3.7.1 *Análise fatorial*

A análise fatorial pode ser do tipo exploratória ou confirmatória, descrevemos abaixo as características das duas técnicas utilizadas nesta pesquisa.

A análise fatorial é uma técnica de interdependência, cujo propósito principal é definir a estrutura inerente entre as variáveis na análise. As técnicas podem ser univariadas que se limitam a uma única variável, ou multivariadas, tendo dezenas, centenas e até milhares de variáveis. E como descrever e representar todas essas variáveis? Tornando as variáveis correlacionadas, o pesquisador precisa de passagem para seu gerenciamento—agrupando variáveis altamente correlacionadas, rotulando ou nomeando os grupos, e quiçá até mesmo indicando uma nova medida composta que possa representar cada grupo de variáveis (Hair *et al.*, 2009).

A análise fatorial é utilizada para a confirmação de teorias ou para a exploração dos dados, quando estas não existem, e seu objetivo é caracterizar um conjunto de variáveis diretamente mensuráveis, como a manifestação visível de um conjunto menor de variáveis latentes (não mensuráveis diretamente), denominadas fatores comuns (Aranha & Zambaldi, 2008). Além disso, também é utilizada para verificar a integridade dos construtos, ou seja, se estes mantêm sua estrutura original.

3.7.2 *Análise fatorial confirmatória (CFA)*

A análise fatorial confirmatória utilizada nesta pesquisa tem por objetivo verificar os dados observados e avaliar se eles se comportam de acordo com o referencial teórico, utilizada ainda, para verificação da validade na construção de um instrumento de mensuração, contendo diferentes fatores que agrupam diferentes grupos.

A análise fatorial confirmatória (CFA) foi utilizada com o objetivo de garantir a validade e a confiabilidade dos constructos (Hair *et al.*, 2009).

Na condução da CFA, as seguintes etapas são primordiais (Hair *et al.*, 2009):

- a) **Etapa 1 → Definição de construtos individuais** – etapa na qual se devem listar os construtos do instrumento de mensuração; definir as escalas dos indicadores e verificar a validade de expressão (conteúdo).

- b) **Etapa 2 → Desenvolvimento do instrumento de mensuração** – na qual se verifica a unidimensionalidade das variáveis observáveis; verifica-se o número mínimo de itens por construto (três); verifica-se a identificação do modelo geral (graus de liberdade dos caminhos a serem estimados); e, por fim, analisa-se a causalidade, em que se verificam as variáveis medidas e se elas são refletidas pelos referidos construtos.
- c) **Etapa 3 → Planejamento para resultados empíricos** – coleta de dados para testar o instrumento de mensuração.
- d) **Etapa 4 → Avaliação da validade do instrumento de mensuração** – etapa que envolve as análises, como: a Validade de Construto (convergente, discriminante, nomológica e de expressão); Identificação do modelo (graus de liberdade); Qualidade de ajuste do modelo – GOF (Resultado χ^2 / índice de ajuste absoluto – RMSEA / índice de ajuste comparativo – CFI) e Medidas diagnósticas (estimativas de caminho, resíduos padronizados, índices de modificação).

3.7.3 Modelagem de equações estruturais (MEE)

Foi utilizada a técnica de Modelagem de Equações Estruturais (*Structural Equation Modelling*), também conhecida como SEM. É uma metodologia estatística que utiliza uma abordagem confirmatória (análise fatorial confirmatória) para análise de teorias estruturais confirmatórias em determinado fenômeno (Byrne, 2001).

A modelagem de equações estruturais (MEE), é uma técnica multivariada que combina aspectos de análise fatorial e de regressão múltipla que permite ao pesquisador examinar simultaneamente uma série de relações de dependência inter-relacionadas entre as variáveis medidas e construtos latentes (variáveis latentes), bem como entre diversos construtos latentes” (Hair *et al.*, 2005, p. 542).

A pesquisa utilizou a modelagem de equações estruturais para confirmar o modelo teórico da escala EXQ adaptada por meio das 4 dimensões: Expêriencia do produto, Foco no resultado, Momentos da verdade e Paz de espírito, buscando estabelecer as relações entre os construtos e a intensidade em que os mesmos ocorrem, utilizando os softwares SPSS e SmartPLS 3.0.

4 Análise de dados

Este capítulo apresenta a análise dos dados da pesquisa, sendo baseada nas 4 dimensões da escala EXQ, conforme modelo utilizado. Apresentamos primeiramente as características da amostra, na sequência a análise dos dados primários, perfil dos respondentes, cruzamento das características, avaliação dos construtos, análise da escala EXQ e os resultados da análise fatorial confirmatória.

4.1 Análise dos dados primários

4.1.1 Perfil dos respondentes

Os pesquisados foram primeiramente analisados pelo sexo, a Tabela 9 demonstra que a grande maioria dos entrevistados são (65%) do sexo masculino, e (35%) do sexo feminino.

Tabela 9 Distribuição por sexo

Sexo	Frequência	%
Masculino	26	65
Feminino	13	35
Total	39	100

Na sequência, analisamos a idade demonstrada na Tabela 10, cuja maior prevalência na faixa etária foi de 40 a 50 anos, com 43,59 %, na sequência de 50 a 60 anos, com 25,64 %, dado este considerado normal, devido idade mais ativa economicamente dos cooperados, os demais apresentaram 12,82% entre 30 e 40 anos e 17,95 % de 60 anos ou mais.

Tabela 10 Distribuição por idade

Idade	Frequência	%
Entre 30 e 40 anos	5	12,82
Mais de 40 e menos de 50 anos	17	43,59
Entre 50 e menos de 60 anos	10	25,64
60 anos ou mais	7	17,95
Total	39	100

Quanto ao tempo de cooperado, a Tabela 11 demonstra maior parcela entre 10 e menos de 20 anos (43,59 %), outros 17,95 % são associados entre 20 e menos de 30 anos, 12,82 % menos de 5 anos e 30 anos ou mais, o que demonstra pequena adesão no começo e no final da carreira.

Tabela 11 **Tempo de cooperado**

Tempo de cooperado	Frequência	%
Menos de 5 anos	5	12,82
Entre 5 e menos de 10 anos	5	12,82
Entre 10 e menos de 20 anos	17	43,59
Entre 10 e menos de 30 anos	7	17,95
30 anos ou mais	5	12,82
Total	39	100

Quando analisamos a Tabela 12, que se refere a distribuição de respondentes por singular, observamos uma parcela maior da singular 1 com 21 respondentes (53,86 %), seguidos com a quantidade 5 respondentes em 4 singulares (12,82 %) e 4 Singulares com 1 cooperado respondente (5,13 %).

Tabela 12 **Distribuição por singular**

Singular	Frequência	%
Singular 1	5	12,82
Singular 2	21	53,86
Singular 3	1	2,56
Singular 4	5	12,82
Singular 5	5	5,13
Singular 6	1	2,56
Singular 7	5	5,13
Singular 8	1	2,56
Singular 9	1	2,56
Total	39	100

A Tabela 13 demonstra a especialidade médica, que se mostrou bastante diversificada, variando de 1 a 3 respondentes para cada singular, com total de 28 especialistas.

Tabela 13 **Distribuição por Especialidade**

Especialidade	Frequência	%
Acupuntura e pediatria	1	2,56
Anestesiologia	2	5,14
Cardiologia	1	2,56
Cardiologia clínica	1	2,56
Cirurgia	1	2,56
Cirurgia Cardiovascular	1	2,56
Cirurgia da mão e ortopedia	1	2,56
Cirurgia geral	1	2,56

Cirurgia geral e do aparelho digestivo	1	2,56
Cirurgia Geral e Terapia Intensiva	1	2,56
Cirurgia plástica	1	2,56
Cirurgia torácica	1	2,56
Clínico geral	2	5,14
Endocrinologista	1	2,56
Gastroenterologia	1	2,56
Generalista	1	2,56
Genética Médica	1	2,56
Ginecologia	2	5,14
Ginecologia e obstetrícia	1	2,56
Nefrologia	1	2,56
Oftalmologia	1	2,56
Oncologia	3	7,69
Ortopedia	2	5,14
Ortopedia e Traumatologia	2	5,14
Otorrinolaringologia	3	7,69
Pediatria	2	5,14
Urologia	2	5,14
Vascular	1	2,56
Total	39	100%

4.1.2 Cruzamento das características dos respondentes

Quando realizada tabulação cruzada entre a idade dos pesquisados e o sexo dos cooperados (Tabela 14), é possível observar que o sexo masculino é a maioria dos associados variando entre a idade 40 a 50 anos, no qual já consolidamos como sendo a faixa etária predominante devido à idade ativa economicamente.

Tabela 14 **Tabulação cruzada entre Sexo x Idade**

Sexo x Idade					
IDADE					
SEXO	Entre 30 e 40 anos	Mais de 40 e menos de 50 anos	Entre 50 e menos de 60 anos	60 anos ou mais	Total
Masculino	7,69%	46,15%	23,08%	23,08%	100,00%
Feminino	23,08%	46,15%	23,08%	7,69%	100,00%

Cruzando os dados entre idade e tempo de cooperado na Tabela 15, observamos que 56,67 % dos respondentes estão entre a faixa etária de 30 a 50 anos, com maior prevalência entre 10 e 20

anos de tempo de cooperado com 43,59%, nesta fase se encontram com maior estabilidade profissional e carreira consolidada devido a experiência e tempo de formação.

Tabela 15 **Tabulação cruzada entre Idade x Tempo de cooperado**

Sexo x Tempo de cooperado						
TEMPO DE COOPERADO						
IDADE	Menos de 5 anos	Entre 5 e menos de 10 anos	Entre 10 e menos de 20 anos	Entre 20 e menos de 30 anos	30 anos ou mais	Total
Entre 30 e 40 anos	40,00%	0,00%	60,00%	0,00%	0,00%	100%
Mais de 40 e menos de 50 anos	16,67%	27,78%	55,56%	0,00%	0,00%	100%
Entre 50 e menos de 60 anos	0,00%	0,00%	44,44%	55,56%	0,00%	100%
60 anos ou mais	0,00%	0,00%	0,00%	28,57%	71,43%	100%
Total	12,82%	12,82%	43,59%	17,95%	12,82%	100%

4.2 Avaliação dos Construtos

Os construtos foram avaliados individualmente, por meio da média, desvio padrão, variância, assimetria e curtose associadas a cada uma das variáveis observáveis do questionário.

A escala EXQ de Maklan e Klaus (2012, 2013) foi utilizada para analisar os dados desta pesquisa, contemplando 4 dimensões: experiência do produto, foco no resultado, momentos da verdade e paz de espírito, em 19 questões.

Para análise da consistência das dimensões, utilizou-se o coeficiente Alfa de Cronbach, na sequência foi utilizada a técnica de Modelagem de Equações Estruturais.

A análise dos dados foram realizadas por meio de uma série de técnicas estatísticas univariadas e multivariadas, utilizando os softwares SPSS[®] 21.0 e SmartPLS 3.0.

4.2.1 Análise das estatísticas descritivas do construto: *Experiência do produto*

O construto experiência com o produto possui as variáveis observáveis, liberdade de escolha, necessidade de comparação, comparação entre os produtos e gerenciamento de contas, conforme Figura 6.

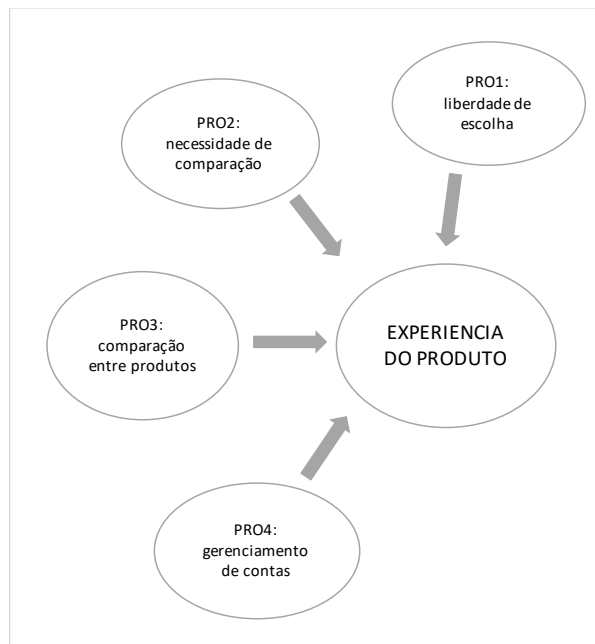


Figura 6. Variáveis do construto: experiência do produto

A Tabela 16 demonstra o resultado estatístico descritivo de cada uma das variáveis do construto experiência do produto (1 a 4). Observamos que as médias apresentadas apontam pequenas diferenças entre si que devem ser comentadas. Chamaram atenção as variáveis com médias relativamente mais altas e baixas, bem como seus desvios padrão.

Tabela 16 Caracterização das variáveis experiência do produto

N	Média	Desvio padrão	Variância	Assimetria	Curtose
1. Confio no conhecimento técnico da cooperativa. Eles sabem o que estão fazendo.	5,87	1,26	1,58	-1,21	,69
2. Todo o processo de trabalho com a cooperativa é fácil, ela cuida de tudo.	5,13	1,54	2,38	-,91	,87
3. Meu relacionamento com a cooperativa não se refere ao momento, temos uma relação duradoura.	6,32	,99	,98	-1,22	0,27

4. Sou cooperado. A cooperativa atende as minhas expectativas, então, não tenho porque sair dela ou trocá-la por outra empresa.	6,24	1,13	1,27	-1,7	2,32
---	------	------	------	------	------

Nota-se que a média relacionada a experiência do produto apresentou 5,89 para uma escala de 1 a 7, os cooperados percebem que experiência do produto favorece a satisfação. Os dados da variável 3 demonstram média bastante alta de 6,32, em que descreve o relacionamento duradouro com a cooperativa.

A variável 4 com média de 6,24, descreve que a cooperativa atende as expectativas do cooperado, por este motivo não tem motivo para deixar ou trocar por outra empresa.

De forma geral, a satisfação dos cooperados para as quatro variáveis do construto experiência do produto apresentou médias altas e com pouca dispersão entre os itens, com exceção da variável 2 que se mostrou com a menor média, de 5,13, relacionada ao processo de trabalho com a cooperativa ser fácil, cuidando de tudo, item que merece atenção da cooperativa para ações gerenciais.

A medida de confiabilidade das escalas resultantes, Alfa de Cronbach, que considera valores $< 0,60$ como inaceitáveis, demonstrou-se satisfatória, com um coeficiente de 0,640 para estas variáveis, conforme Tabela 17.

Tabela 17 Coeficiente Alfa de Cronbach do Construto Experiência do produto

Alfa de Cronbach	Nº de itens
,64	4

4.2.2 *Análise das estatísticas descritivas do construto: foco no resultado*

O construto foco no resultado possui as variáveis: inércia, foco no resultado, influência da experiência passada e base comum, conforme Figura 7.

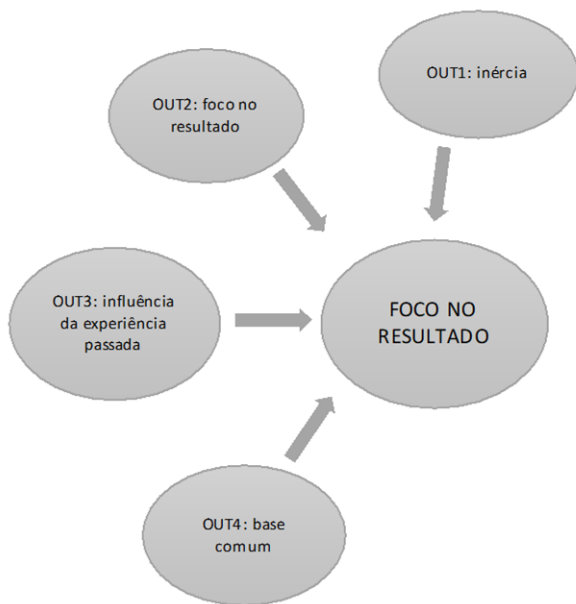


Figura 7. Variáveis do construto: foco no resultado

4.2.3 Variáveis do construto *Foco no resultado*

A Tabela 18 demonstra o resultado estatístico descritivo de cada uma das variáveis do construto foco no resultado (5 a 8). Observamos que as médias apresentadas apontam pequenas diferenças entre si que devem ser comentadas. Chamaram atenção as variáveis com médias relativamente mais altas e baixas, bem como seus desvios padrão.

Tabela 18 Caracterização das variáveis do foco no resultado

N	Média	Desvio padrão	Variância	Assimetria	Curtose
5. Eu já conheço os trâmites do trabalho com a cooperativa. Obter o que preciso é realmente fácil.	5,37	1,17	1,37	-0,25	-,86
6. Eu escolhi a cooperativa para trabalhar pois ela respeita os meus interesses.	5,63	1,34	1,81	,54	-,95
7. A cooperativa sempre foi flexível em seu relacionamento comigo e procura atender as minhas necessidades.	5,21	1,61	2,6	-,93	,55

8. Acho importante que a cooperativa me atualiza constantemente das vantagens que me oferece, comparando a outras empresas para as quais eu poderia prestar os meus serviços.	5,50	1,61	2,58	-1,01	,41
---	------	------	------	-------	-----

Nota-se que a média relacionada ao foco no resultado apresentou 5,42 para uma escala de 1 a 7, os cooperados percebem que expectativa favorece a satisfação destas variáveis. Os dados da variável 6 demonstram média alta de 5,63, em que se escolhe a cooperativa para trabalhar pois ela respeita seus interesses.

A variável 8, com média de 5,50, descreve que a cooperativa atualiza constantemente das vantagens que oferece, comparando a outras empresas para as quais poderia prestar os seus serviços.

Na variável 7, com média de 5,21 a menor apresentada, relacionada à cooperativa sempre ser flexível em seu relacionamento com o cooperado e procurar atender as suas necessidades, merece atenção para melhora de satisfação neste quesito.

De forma geral, a satisfação dos cooperados para as quatro variáveis do construto foco no resultado apresentou médias razoáveis e com pouca dispersão entre os itens.

A medida de confiabilidade das escalas resultantes, Alfa de Cronbach, que considera valores < 0,60 como inaceitáveis, demonstrou-se satisfatória, com um coeficiente de 0,760 para estas variáveis, conforme tabela 19.

Tabela 19 Coeficiente Alfa de Cronbach do construto foco no resultado

Alfa de Cronbach	Nº de itens
,76	4

4.2.4 *Análise das estatísticas descritivas do construto: Momentos da verdade*

O construto momentos da verdade possui as variáveis: flexibilidade, proatividade, percepção de risco, habilidades interpessoais e recuperação de serviço, conforme Figura 8.

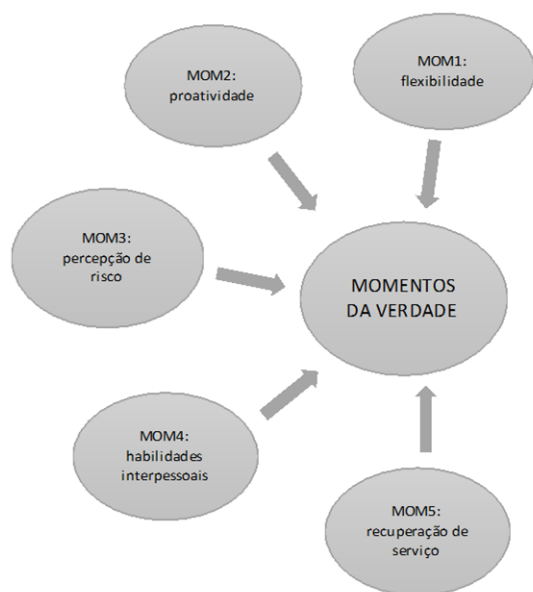


Figura 8. Variáveis do construto: momentos da verdade

A Tabela 20 demonstra o resultado estatístico descritiva de cada umas das variáveis do construto momentos da verdade (9 a 13). Observamos que as médias apresentadas apontam pequenas diferenças entre si que devem ser comentadas. Chamaram atenção as variáveis com médias relativamente mais altas e baixas, bem como seus desvios padrão.

Tabela 20 Caracterização das Variáveis do Momentos da verdade

N	Média	Desvio padrão	Variância	Assimetria	Curtose
9. Eu quero lidar com uma organização segura, pois daí vêm os meus rendimentos.	6,11	1,41	1,99	-1,91	3,72
10. Acho importante que, na cooperativa, as pessoas com as quais me relaciono, sejam agradáveis, educadas e saibam escutar, deixando-me confortável.	6,24	1,3	1,7	-2,32	6,24
11. A maneira como a cooperativa lida comigo quando as coisas dão errado é o que decidirá se continuo nela ou não.	5,37	1,81	3,27	-1,11	1,12
12. Existem outras empresas, mas prefiro ficar na cooperativa; isso torna o processo muito mais fácil.	5,87	1,63	2,66	-1,4	1,01
13. É mais importante que a cooperativa me traga pacientes do que me ofereça melhor pagamento pelos meus serviços.	4,34	1,68	2,83	-,32	-,49

Nota-se que a média relacionada ao momentos da verdade apresentou 5,56 para uma escala de 1 a 7, os cooperados percebem que expectativa favorece a satisfação destas variáveis. Os dados da variável 10 demonstram média alta de 6,24 em que os respondentes acham importante que na cooperativa, as pessoas com as quais se relacionam, sejam agradáveis, educadas e saibam escutar, deixando-os confortáveis.

Na variável 9 a média de 6,11 demonstra a satisfação dos cooperados em querer lidar com uma organização segura, de onde vem seus rendimentos.

A variável 13 com média razoável de 4,34, descreve que é mais importante que a cooperativa traga pacientes do que ofereça melhor pagamento pelos seus serviços, sendo esta uma variável que também merece atenção para a gestão.

De forma geral, a satisfação dos cooperados para as cinco variáveis do construto momento da verdade apontou médias altas e com pouca dispersão entre os itens.

A pesquisa demonstra a necessidade da cooperativa de saúde em avaliar a expectativa e satisfação dos médicos cooperados relacionado ao modelo de remuneração do cooperado, merecendo assim, atenção da gestão.

A medida de confiabilidade das escalas resultantes, Alfa de Cronbach, que considera valores $< 0,60$ como inaceitáveis, demonstrou-se satisfatória, com um coeficiente de 0,690 para estas variáveis, conforme tabela 21.

Tabela 21 Coeficiente Alfa de Cronbach do Construto Momentos da verdade

Alfa de Cronbach	Nº de itens
,69	5

4.2.5 *Análise das estatísticas descritivas do construto: Paz de espírito*

O construto paz de espírito possui as variáveis: expertise – paz de espírito, facilidade de processo, relacionamento *versus* transação, retenção de conveniência, familiaridade e conselho independente, conforme Figura 9.

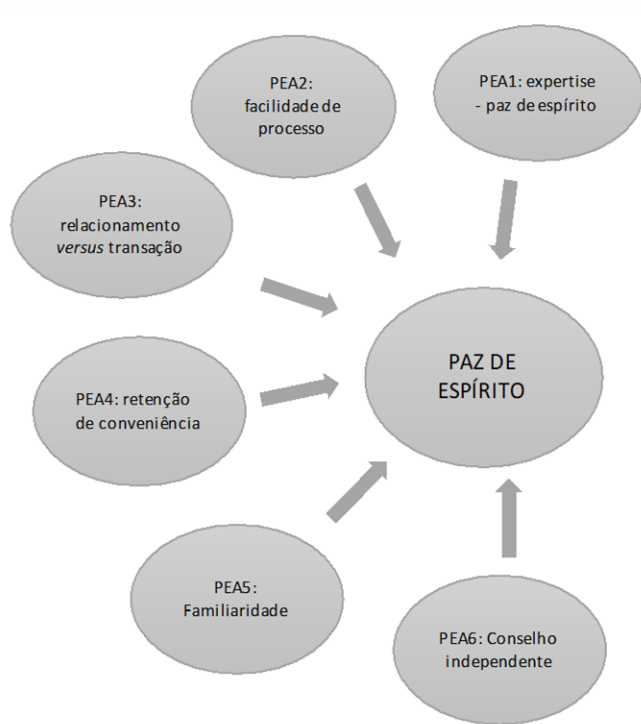


Figura 9. Variáveis do construto: paz de espírito

A Tabela 22 demonstra o resultado estatístico descritiva de cada uma das variáveis do construto paz de espírito (14 a 19). Observamos que as médias apresentadas apontam pequenas diferenças entre si que devem ser comentadas. Chamaram atenção as variáveis com médias relativamente mais altas e baixas, bem como seus desvios padrão.

Tabela 22 Caracterização das Variáveis paz de espírito

N	Média	Desvio padrão	Variância	Assimetria	Curtose
14. Eu fico na cooperativa porque não conheci melhores opções.	3,39	2,41	5,81	,20	-1,5
15. Seria bom se as pessoas que me atendem na cooperativa passassem por situações similares as mais minhas para entender minhas necessidades.	4,76	2,11	4,46	-,43	-1,15
16. Eu quero poder avaliar todas as possibilidades também fora da cooperativa, para entender que esta é a melhor opção.	4,05	2,39	5,73	-,28	-1,27
17. É importante para mim conhecer várias outras empresas do ramo da cooperativa da qual faço parte.	4,61	2,37	5,6	-,71	-,85
18. A menos que eu possa comparar diferentes opções, eu não saberei qual é a melhor para mim.	4,29	2,5	6,27	-,38	-1,36

19. Seria bom se eu pudesse ser atendido sempre pela mesma pessoa na cooperativa, pois ela já conheceria meu histórico e minhas necessidades.	5,45	1,94	3,77	-1,26	,38
---	------	------	------	-------	-----

Nota-se que a média relacionada ao construto paz de espírito apresentou 4,42 para uma escala de 1 a 7, os cooperados percebem que expectativa não favorece a satisfação destas variáveis. Os dados da variável 14 demonstram média relativamente baixa de 3,39 em que os respondentes relataram que se mantém na cooperativa porque não conheceram melhores opções, merecendo assim, atenção da cooperativa para ação gerencial para melhorar a satisfação neste quesito.

Na variável 16 a média de 4,05 também demonstra a insatisfação dos cooperados relacionada a pretender avaliar todas as possibilidades também fora da cooperativa e entender que esta é a melhor opção, isto pode interferir na sua permanência a longo prazo neste modelo gerencial.

A variável 18 com média razoável de 4,29, descreve que, a menos que ele possa comparar diferentes opções, não saberá qual é a melhor.

Observamos na variável 19 com média de 5,45 que seria bom se o cooperado pudesse ser atendido sempre pela mesma pessoa na cooperativa, pois ela já conheceria seu histórico e necessidades, média esta considerada razoável em uma escala de 1 a 7.

De forma geral, neste construto houve insatisfação dos cooperados para as seis variáveis do construto paz de espírito com médias baixas e com pouca dispersão entre os itens.

A pesquisa demonstra a necessidade da cooperativa de saúde em avaliar o construto paz de espírito sobre expectativa e satisfação dos médicos cooperados relacionada a permanência na cooperativa a longo prazo.

A medida de confiabilidade das escalas resultantes, Alfa de Cronbach, que considera valores $< 0,60$ como inaceitáveis, demonstrou-se satisfatória, com um coeficiente de 0,83 para estas variáveis, conforme tabela 23.

Tabela 23 Coeficiente Alfa de Cronbach do Construto Paz de espírito

Alfa de Cronbach	Nº de itens
,83	6

5 Avaliação do Modelo Estrutural

Neste capítulo foi avaliado a modelagem de equações estruturais, por meio da utilização do *software* SmartPLS 3.0 com interface gráfica de usuário baseada em variância usando o método de caminhos de mínimos quadrados parciais, buscando atender ao pequeno número de amostra em virtude dos itens trabalhados na formação do modelo, devido a dificuldade na coleta de dados e tamanho da amostra.

Segundo Hair (2016, p. 31), a modelagem de equações estruturais (SEM – PLS) é usado principalmente para confirmar ou rejeitar teorias, ou seja, um conjunto de relações sistemáticas entre múltiplas variáveis que podem ser testadas empiricamente. Isso é realizado determinando o quão bem um modelo teórico proposto pode estimular a matriz de covariância para um conjunto de dados de amostra.

O modelo adotado considera a especificação dos itens como sendo um modelo reflexivo. (Hair *et al.*, 2005). Além disso, é, também, um modelo de segunda ordem, pois envolve duas camadas de construtos latentes, em que os itens pesquisados são definidos a partir dos construtos e a experiência do consumidor é definida por eles. Ou seja, para Hair *et al.* (2005), o fator de segunda ordem é a “causa” dos fatores de primeira ordem.

Para Hair *et al.* (2009), a validade de um construto é composta de quatro componentes: validade convergente, validade discriminante, validade de face (conteúdo) e validade normológica.

A Figura 10 mostra o modelo original do estudo, gerado utilizando o SmartPLS 3.0.

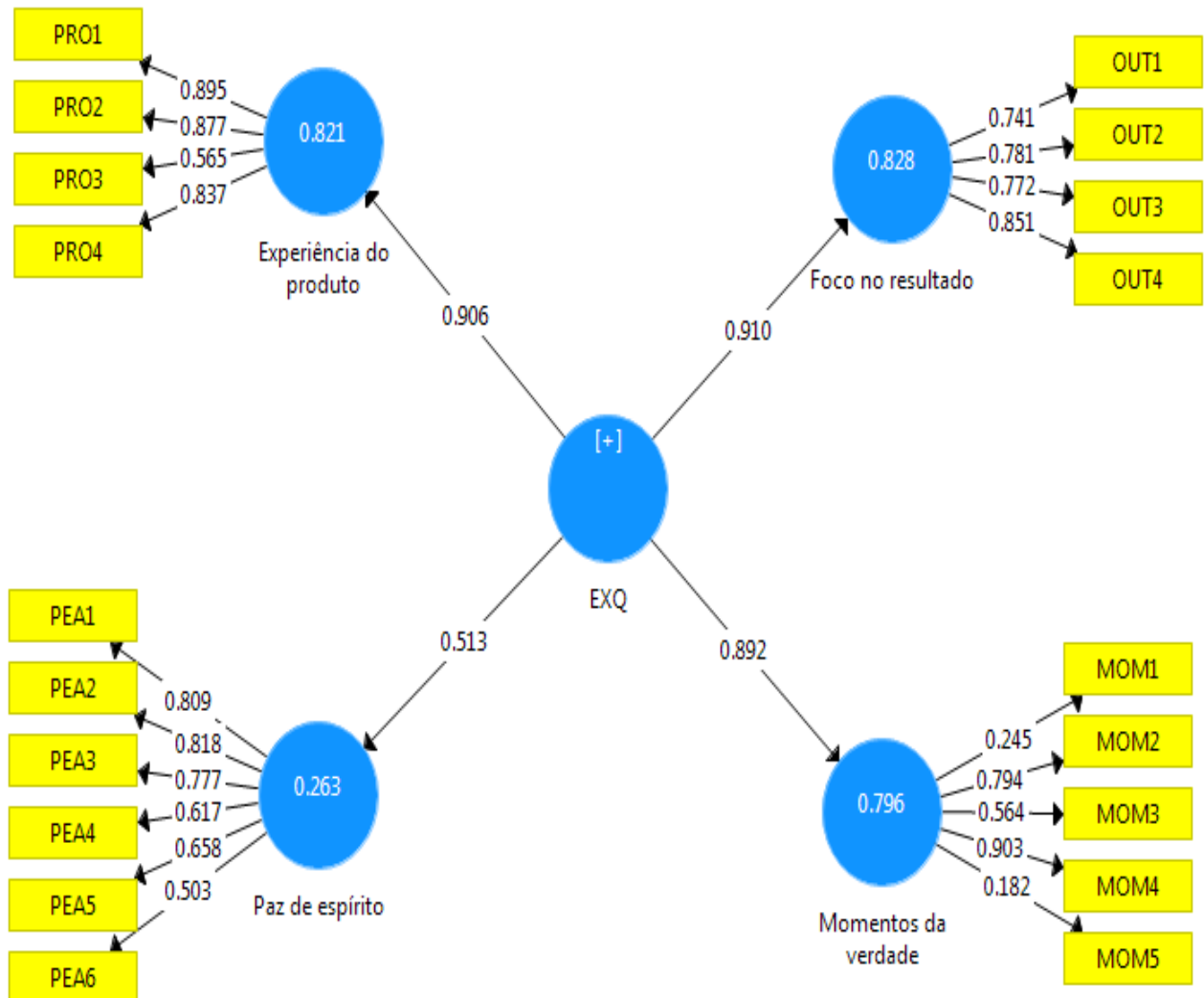


Figura 10. Resultados Gerais do modelo de estudo

A avaliação do modelo estrutural ocorre por meio da variância extraída (AVE), confiabilidade do construto, coeficiente de determinação (R^2), e Alfa de Cronbach.

Segundo Hair *et al.* (2009), a validade convergente é composta por cargas fatoriais, variância extraída e confiabilidade. Para validade convergente do modelo, espera-se que as cargas fatoriais sejam estatisticamente significantes. Uma regra comumente utilizada é adotar que cargas sejam padronizadas estejam no mínimo em 0,5 (Hair *et al.*, 2009). A carga fatorial é um atributo do construto e, após análise, o resultado das cargas fatoriais demonstrou serem satisfatórias como um dos requisitos para a validade convergente dos construtos, a menor carga apresentada foi de 0,182 relacionada ao fator Momentos da verdade com a variável observável MOM5, onde o cooperado acredita ser mais importante que a cooperativa traga pacientes do que me oferecem

melhor pagamento pelos meus serviços, na sequencia a variável MOM1 apresenta carga fatorial de 0,245 onde o cooperado relata querer lidar com uma organização segura, pois daí vem os seus rendimentos. Destacamos que 50% do total das variáveis observáveis apresentam cargas fatoriais superiores de 0,5, considerado requisito mínimo para serem reconhecidas estatisticamente.

A variável observável que apresentou maior carga fatorial de 0,903 foi referente a dimensão Momentos da verdade, os cooperados apresentam satisfação ao fato que existem outras empresas, mas preferem ficar na cooperativa; isso torna o processo muito mais fácil, outra variável que se apresentou com carga fatorial alta, com variável observável Experiencia do produto PRO1 onde o cooperado confia no conhecimento técnico da cooperativa. Eles sabem o que estão fazendo.

De acordo com Hair *et al.* (2009), a variância extraída deve ser de pelo menos 0,5 (50%). Portanto, em termos de variância extraída, 3 dos 5 construtos analisados não atendem aos critérios, sendo assim, os resultados demonstram que o instrumento de mensuração mostrou-se fraco podendo estar relacionado ao tamanho da amostra e não possui validade convergente. Uma variância extraída abaixo de 0,5 é indício de que mais erro permanece nos itens do que variância explicada pela estrutura fatorial latente (Hair *et al.*, 2009). Observa-se na Tabela 25 baixa variância extraída nas dimensões Momentos da verdade, Paz de espírito e Experiência do serviço (EXQ), considerados fracos. Os construtos Experiência do produto e Foco no resultado apresentaram índices acima de 0,6, ou seja, estatisticamente fortes.

A confiabilidade do construto deve ser de pelo menos 0,7. Assim, em termos de confiabilidade, os construtos também possuem validade convergente. Uma confiabilidade de construto entre 0,6 e 0,7 pode ser aceitável, desde que haja outros indicadores de validade de construto do referido instrumento de mensuração com bons índices (Hair *et al.*, 2009). Nessa análise, conforme Tabela 36 todos os construtos se apresentaram dentro dos indicadores aceitáveis, entre 0,697 com o construto Momentos da verdade e 0,885 com a experiência do serviço.

É possível observar na Tabela 24 que o Alfa de Cronbach, medida para se avaliar a confiabilidade de um fator, acima de 0,6 é aceitável e, acima de 0,8, é considerado forte, observa-se que apenas a dimensão Momentos da verdade não apresentou um coeficiente Alfa superior a 0,60. Os demais valores superaram o limite, variando de 0,797 a 0,904, com destaque para o construto Experiencia do serviço, que apresentou indicadores considerados fortes. Esses resultados sustentam o argumento de que a escala é fidedigna.

A variância explicada faz referência ao coeficiente de determinação (R^2), que é uma medida de ajuste de um modelo estatístico que mostra o quanto ele consegue explicar os valores observados na amostra.

O constructo com o determinante de maior poder explicativo foi Experiência do serviço está relacionada a qualidade ($R^2=0,915$), seguido do construto Paz de espírito ($R^2=0,904$), Experiência do produto ($R^2=0,855$), Foco no resultado ($R^2=0,808$) e Momentos da verdade ($R^2=0,655$) com menor valor apresentado. Quanto maior o R^2 , mais explicativo é o modelo e melhor se ajusta a amostra. A tabela 24 mostra os valores apresentados.

Tabela 24 Valores da qualidade de ajuste do MEE

	Média de Variância Extraída (AVE)	Confiabilidade do Construto	R^2	Alfa de Cronbach
Experiência do produto	0,647	0,877	0,855	0,810
Foco no resultado	0,620	0,867	0,808	0,797
Momentos da verdade	0,371	0,697	0,655	0,453
Paz de espírito	0,499	0,853	0,904	0,904
Experiência do serviço (EXQ)	0,330	0,885	0,915	0,866

A validade discriminante é avaliada pela comparação entre a estimativa de variância extraída para cada construto com as correlações quadráticas entre os demais construtos associados com ele (correlações entre os escores fatoriais). É um importante indicador para observar na análise de validade do instrumento de mensuração, pois ela determina em que grau determinado construto é estatisticamente diferente de outros, ou seja, avalia sua unidimensionalidade. Nesse tipo de análise, todas as estimativas de variância extraídas calculadas anteriormente devem ser maiores dos que as estimativas correspondentes de correlação quadrática entre construtos. Logo, conforme pode-se observar na Tabela 25, a amostra apresenta problemas de validade discriminante, visto que a todas as correlações quadráticas entre os construtos são superiores aos resultados de variância extraída. Desta forma os dados não sustentam a validade discriminante.

Tabela 25 Estimativa de correlações entre os construtos e variância extraída

	Correlações entre os construtos	Variância extraída
Experiência do produto	0,647	0,804
Foco no resultado	0,620	0,787
Momentos da verdade	0,371	0,609
Paz de espírito	0,499	0,706
Experiência do serviço (EXQ)	0,330	0,574

Para essa pesquisa, a análise de expressão (ou análise de conteúdo) das questões do instrumento de medição foi conduzida, realizado o pré teste do questionário com 3 cooperados, visto ser uma análise que deve ser conduzida anteriormente a qualquer teste teórico em caso de procedimentos de CFA (Hair *et al.*, 2009), ou seja, deve ser conduzida anteriormente à elaboração do instrumento de medição.

A tabela 26 mostra a validade normológica onde apresenta os resultados das correlações se os construtos fazem sentido. Uma maneira de analisar a matriz de correlação entre os construtos, com o intuito de verifica se os construtos se relacionam entre si de acordo com o previsto na teoria. Os resultados obtidos nessa pesquisa sustentam que os construtos são positivamente relacionados entre si. Com isso, construtos possuem validade normológica.

Tabela 26 Matriz de correlação entre os construtos

	EXQ	Experiência do produto	Foco no resultado	Momentos da verdade	Paz de espírito
EXQ	0,574				
Experiência do produto	0,906	0,804			
Foco no resultado	0,910	0,819	0,787		
Momentos da verdade	0,892	0,719	0,759	0,609	
Paz de espírito	0,513	0,272	0,251	0,443	0,706

As dimensões do modelo EXQ foram avaliadas de acordo com as cargas fatoriais de cada variável observada que as compõem, conforme pode ser observado na Tabela 27. As cargas fatoriais mostram o quanto a variável se relaciona ao fator a qual pertence e consideram-se adequados valores superiores a 0,40.

No SmartPLS 3.0 foi realizada a técnica *Bootstrapping* de reamostragem, que avalia a significância (p-valor) dos coeficientes de caminho, conforme tabela 27. Os resultados

demonstram que os valores do teste *t-Student* foram superiores ao valor de referência de 1,96 para significância de 95%, pode-se dizer que todas correlações e os coeficientes de regressão são significantes ao valor p. Assim como os caminhos entre os construtos (e entre as variáveis e os construtos) se apresentam significantes. Dessa forma, o modelo estrutural pode ser considerado ajustado.

Tabela 27 **Confiabilidade composta**

	Confiabilidade composta	Estatística T	Valores de p
EXQ	0,885	20,643	0,000
Experiência do produto	0,977	27,674	0,000
Foco no resultado	0,867	23,944	0,000
Momentos da verdade	0,697	0,609	0,000
Paz de espírito	0,853	4,616	0,000

Para complementar à avaliação do modelo, foi calculado o tamanho do efeito (f^2) ou indicador de Cohen, que avalia quanto cada constructo é útil para o ajuste do modelo (Ringle *et al.*, 2014). Os valores de f^2 são obtidos pela leitura das comunalidades, apresentando como valores referenciais 0,02, 0,15 e 0,35, considerados pequenos, médios e grandes valores respectivamente (Hair *et al.*, 2009). A Tabela 28 demonstra os resultados desta análise.

Tabela 28 **Valores do tamanho do efeito (f^2)**

	f^2
EXQ → Foco no resultado	0,040
EXQ → Momentos da verdade	0,048
EXQ → Experiência do produto	0,019
EXQ → Paz de espírito	0,418

Desse modo, observam-se os tamanhos dos efeitos como sendo adequados para o modelo testado.

A tabela 29 apresenta as cargas fatoriais dos itens referentes a escala EXQ de acordo com cada construto analisado.

Tabela 29 Cargas fatoriais dos itens referentes a EXQ de acordo com cada dimensão analisada

CONSTRUTO	DESCRIÇÃO	CARGA FATORIAL
PRO1	Confio no conhecimento técnico da cooperativa. Eles sabem o que estão fazendo.	0,895
PRO2	Todo o processo de trabalho com a cooperativa é fácil, ela cuida de tudo.	0,877
PRO3	Meu relacionamento com a cooperativa não se refere somente ao momento, temos uma relação duradoura.	0,565
PRO4	Sou um cooperado. A cooperativa atende as minhas expectativas, então, não tenho porque sair dela ou trocá-la por uma outra empresa.	0,837
OUT1	Eu já conheço os tramites do trabalho com a cooperativa. Obter o que preciso é realmente fácil.	0,741
OUT2	Eu escolhi a cooperativa para trabalhar porque ela respeita os meus interesses.	0,781
OUT3	A cooperativa sempre foi flexível em seu relacionamento comigo e procura atender às minhas necessidades.	0,772
OUT4	Acho importante que a cooperativa me atualiza constantemente das vantagens que me oferece, comparando a outras empresas para as quais eu poderia prestar os meus serviços.	0,851
MOM1	Eu quero lidar com uma organização segura, pois daí vem os meus rendimentos.	0,245
MOM2	Acho importante que, na cooperativa, as pessoas com as quais eu me relaciono, sejam agradáveis, educadas e saibam escutar, deixando-me confortável.	0,794
MOM3	A maneira como a cooperativa lida comigo quando as coisas dão errado é o que decidirá se continuo nela ou não.	0,564
MOM4	Existem outras empresas, mas prefiro ficar na cooperativa; isso torna o processo muito mais fácil.	0,903
MOM5	É mais importante que a cooperativa me traga pacientes do que me oferecer melhor pagamento pelos meus serviços.	0,182
PEA1	Eu fico na minha cooperativa porque não conheci melhores opções.	0,809
PEA2	Seria bom se as pessoas que me atendem na cooperativa passassem por situações similares às minhas para entender minhas necessidades.	0,818
PEA3	Eu quero poder avaliar todas as possibilidades também fora da cooperativa, para entender que esta é a melhor opção.	0,777
PEA4	É importante para mim conhecer várias outras empresas do ramo da cooperativa da qual faço parte.	0,617
PEA5	A menos que eu possa comparar diferentes opções, eu não saberei qual é a melhor para mim.	0,658
PEA6	Seria bom se eu pudesse ser atendido sempre pela mesma pessoa na cooperativa, pois ela já conheceria meu histórico e minhas necessidades.	0,503

Com base no modelo, analisando a carga fatorial 0,91, no construto Foco no Resultado sendo o que mais reflete a Experiência do Serviço (EXQ), com a pergunta OUT4 com carga de 0,851: Acho importante que a cooperativa me atualiza constantemente das vantagens que me oferece, comparando a outras empresas para as quais eu poderia prestar os meus serviços, desta forma a entrega de qualidade nos serviços prestados está dentro da expectativa do cooperado, no que diz respeito a atualização das vantagens oferecidas pela cooperativa.

No construto Momentos da verdade a carga fatorial 0,892, é o que mais reflete a Experiência do Serviço (EXQ), com a pergunta MOM4 com carga de 0,903: Existem outras empresas, mas prefiro ficar na cooperativa; isso torna o processo muito mais fácil, demonstra que a facilidade em lidar com a cooperativa, tornando os processos mais fáceis pelo relacionamento da cooperativa, se torna um ponto positivo no quesito de processos.

A carga fatorial 0,906, no construto Experiência do produto é o que mais reflete a Experiência do Serviço (EXQ), com a pergunta PRO1 com maior carga 0,895, relaciona-se a confiança do cooperado, demonstrando satisfação com o conhecimento técnico da cooperativa.

No construto Paz de espírito com carga fatorial 0,513, refletindo na Experiência do Serviço (EXQ), relacionado com a pergunta PRO1 com carga de 0,503: Seria bom se eu pudesse ser atendido sempre pela mesma pessoa na cooperativa, pois ela já conheceria meu histórico e minhas necessidades, merece atenção da cooperativa neste serviço, pois não atinge a expectativa do cooperado, refletindo na insatisfação com o atendimento operacional prestado, a cooperativa precisa conhecer as necessidades do cooperado, tornando o processo mais ágil e eficaz.

Por meio desta pesquisa, foi possível observar que os pesquisados relacionam diversos atributos que interferem na expectativa sobre a qualidade dos serviços prestados, respondendo ao primeiro objetivo específico estudado, referenciadas na literatura por Klaus e Maklan (2013), tais como o atributo (Momentos da verdade) com médias baixas sobre a expectativa do serviço, onde o cooperado relata que, MOM5: É mais importante que a cooperativa me traga pacientes do que me oferecer melhor pagamento pelos meus serviços, referindo-se à remuneração dos serviços prestados, ponto que merece atenção da cooperativa. Na sequência outro ponto de insatisfação também relacionado ao atributo (Momentos da verdade) na questão, MOM1: Eu quero lidar com uma organização segura, pois daí vem os meus rendimentos, merece destaque pela segurança com a remuneração dos cooperados. O construto (Paz de espírito) apresentou um ponto de insatisfação PEA6: Seria bom se eu pudesse ser atendido sempre pela mesma pessoa na cooperativa, pois ela já conheceria meu histórico e minhas necessidades, por fim, apresentamos o construto (Momentos

da verdade) MOM3: A maneira como a cooperativa lida comigo quando as coisas dão errado é o que decidirá se continuo nela ou não, se refere ao relacionamento com o cooperado.

No segundo objetivo específico e que está vinculado diretamente ao objetivo geral sobre o nível de serviço prestado da cooperativa com base na expectativa dos cooperados, observamos média alta de satisfação sobre o atributo (Momentos da verdade), MOM4: Existem outras empresas, mas prefiro ficar na cooperativa; isso torna o processo muito mais fácil, o cooperado se mantém satisfeito em permanecer na cooperativa por um longo tempo. Na sequência o atributo (Experiência do produto) descreve também satisfação, PRO1: Confio no conhecimento técnico da cooperativa. Eles sabem o que estão fazendo. O atributo (Experiência do produto) PRO2: Todo o processo de trabalho com a cooperativa é fácil, ela cuida de tudo, também apresentou média alta, bem como OUT4: Acho importante que a cooperativa me atualiza constantemente das vantagens que me oferece, comparando a outras empresas para as quais eu poderia prestar os meus serviços. Observamos que o mesmo atributo Momentos da verdade (Terceira dimensão), caracterizada por aquilo que é conhecido na literatura como “momentos da verdade”, enfatizando a importância da recuperação dos serviços e flexibilidade quando o cliente se depara com alguma complicação, apresentou pontos de satisfação e insatisfação com os serviços ofertados pela cooperativa, o tamanho da amostra pode ter influenciado no resultado desta pesquisa.

Como terceiro objetivo específico identificar o grau de importância que os cooperados atribuem a cada um dos atributos pesquisados, tendo nesta ordem: Experiência do produto, Momentos da verdade, Foco no resultado e Paz de espírito.

Descrevendo o quarto objetivo específico de propor ações como forma de direcionar melhorias, o construto paz de espírito que apresentou carga fatorial baixa, merece atenção com a proposta de manter os colaboradores em treinamento contínuo, tanto técnico como comportamental, a fim de atender as necessidades de cada cooperado, elaborando uma estratégia para melhorar a satisfação.

6 Implicações Gerenciais

Um instrumento de mensuração do nível de qualidade dos serviços ofertados ao médico cooperado com as dimensões propostas nessa pesquisa pode ser uma boa forma de direcionar melhorias em uma organização cooperativista. A escala EXQ adaptada e aplicada como instrumento propõe-se a conduzir um diagnóstico e entregar um relatório, apontando e direcionando quais os pontos relevantes que demandam maior atenção da gestão.

Por meio desta pesquisa, foi possível observar que os pesquisados identificam diversos pontos que refletem na insatisfação com o serviço prestado, um deles está relacionado ao construto Momentos da verdade, quanto ao modelo de remuneração atual, conhecer novas estratégias de mercado, buscando a fidelização do cooperado por um longo tempo, desde a sua formação até o encerramento das suas atividades profissionais. Este ponto merece uma avaliação pelos dirigentes da cooperativa de saúde, rediscutindo sua proposta de valor e oferta de serviços.

O construto Momentos da verdade, é o segundo ponto com maior insatisfação, demonstrado na preocupação do cooperado com a segurança da organização, pois da cooperativa vem seus rendimentos, manter uma política de transparência dos dirigentes aos cooperados pode ser uma ação necessária para manter os cooperados satisfeitos.

Paz de espírito, descreve sobre o atendimento ao cooperado, seria mais fácil se a cooperativa já soubesse das suas necessidades e que as questões fossem resolvidas com maior agilidade. O treinamento dos colaboradores, integração entre os setores, conhecimento de normativas e políticas internas, especificar que o colaborador está atendendo o dono da cooperativa pode auxiliar na melhoria deste processo, contribuindo positivamente para a agilidade e o conhecimento das necessidades do cooperado.

Outro ponto de melhoria, do construto Momentos da verdade, refere-se ao relacionamento com o cooperado quando algo de errado acontece, mesmo tendo um setor específico na cooperativa médica para tratar estes casos, identificou-se insatisfação com a entrega deste serviço, a gestão precisa desenvolver estratégia para aproximar o cooperado. A flexibilização com o cooperado também é algo a se abordar, em caso de alguma complicação com o serviço da cooperativa.

Quanto ao construto Experiência do produto, os cooperados se mostraram insatisfeitos com o seu relacionamento com a cooperativa, pois não se preocupam somente com o momento, mas com uma relação duradoura. A proposta da cooperativa em melhorar seu plano estratégico, pensando na fidelização do cooperado pode contribuir para mantê-los ativos no sistema.

Porter (1998) afirma que a materialização do valor ocorre em um ambiente competitivo durante a transação entre compradores e vendedores, com isso a aplicação do instrumento auxiliou

a identificar os pontos de maior insatisfação do cooperado relacionando os principais atributos que interferem na expectativa sobre a qualidade dos serviços prestados, sendo o primeiro objetivo específico da pesquisa.

A presente pesquisa identificou os construtos com maior insatisfação dos cooperados com os serviços prestados, com isso descrevemos a importância de a cooperativa conhecer a opinião dos cooperados, a fim de identificar sua percepção e expectativa e o valor que cada pesquisado atribui aos serviços a ele oferecido. Vale lembrar que o cooperado além de participar como cliente, que motivou este estudo, também pode desempenhar outros papéis dentro da cooperativa.

Esta pesquisa auxilia no conhecimento dos pontos de maior insatisfação do cooperado, podendo ter como referência para a cooperativa realizar ações para melhorar a satisfação e com isso, manter o cooperado ativo. Destaco a relevância e seu importante papel na contribuição com o desenvolvimento da cooperativa na gestão.

Ademais, a cooperativa deve conhecer melhor o conceito de valor para o cooperado, pois como estes desempenham vários papéis na cooperativa, sendo dono, e atuando também nas esferas como prestador de serviços, gestor e cliente, este termo tem significados diferentes e deve ser esclarecido as diversas maneiras que são utilizadas, um instrumento de mensuração de qualidade pode ser adaptado para esta realidade e aplicada em pesquisas futuras.

7 Conclusão

Esta pesquisa propôs-se em avaliar a qualidade dos serviços prestados por cooperativas de saúde a partir das percepções e expectativas dos médicos cooperados. Foram relacionados os principais atributos que interferem na expectativa sobre a qualidade dos serviços prestados, o nível de serviço prestado da cooperativa com base na expectativa dos cooperados, o grau de importância que os cooperados atribuem a cada um dos atributos pesquisados e indicaram-se ações estratégicas como forma de direcionar melhorias.

A partir de uma revisão de literatura sobre os temas qualidade de serviços, foram identificados estudos, escalas utilizadas e validadas para operacionalizar os construtos. Na sequência foi avaliada e escolhida a escala EXQ adaptada de Klaus & Maklan (2012).

A escala Experiência do serviço (EXQ) de Maklan e Klaus (2012, 2013) foi utilizada para analisar os dados desta pesquisa, contemplando 4 dimensões: Experiência do produto (PRO), Foco no resultado (OUT), Momentos da verdade (MOM) e Paz de espírito (PEA), em 19 questões da escala e 5 questões de perfil, com coleta de dados realizada por meio de questionário estrutura disponibilizado ao cooperado pela ferramenta Qualtrics.

A pesquisa utilizou métodos quantitativo e técnicas estatísticas multivariadas de dados, uma análise fatorial confirmatória (CFA) e uma modelagem estrutural (SEM) para compreender as relações entre as variáveis. Por meio destas técnicas, buscou-se verificar como os construtos mediram o nível da qualidade dos serviços prestados aos cooperados.

Por meio da técnica estatística análise fatorial confirmatória (CFA) foi possível identificar os construtos com maior insatisfação dos cooperados. Os construtos foram avaliados individualmente, por meio da média, desvio padrão, variância, assimetria e curtose associadas a cada uma das variáveis observáveis do questionário. Durante o processo exploratório da análise fatorial confirmatória (CFA) foram observadas das 19 variáveis estudadas, 5 que apresentaram as cargas fatoriais mais baixas, merecendo atenção dos dirigentes da cooperativa MOM5, MOM1, PEA6, MOM3 e PRO3. Os testes estatísticos permitiram demonstrar as relações entre as variáveis estudadas, por meio de uma modelagem estrutural. Podendo-se afirmar que a escala aplicada mediu de fato aquilo que se propôs a medir.

A validade discriminante é avaliada pela comparação entre a estimativa de variância extraída para cada construto com as correlações quadráticas entre os demais construtos associados com ele (correlações entre os escores fatoriais). A amostra apresenta problemas de validade discriminante, visto que a todas as correlações quadráticas entre os construtos são superiores aos resultados de variância extraída. Desta forma os dados não sustentam a validade discriminante.

Para essa pesquisa, a análise de expressão (ou análise de conteúdo) das questões do instrumento de medição foi conduzida, realizado o pré teste do questionário com 3 cooperados, sendo conduzida anteriormente à elaboração do instrumento de medição.

Quanto a validade normológica os resultados obtidos nessa pesquisa sustentam que os construtos são positivamente relacionados entre si. Com isso, construtos possuem validade normológica.

Observou-se também variáveis que apresentam alta carga fatorial, demonstrando pontos de satisfação dos cooperados, do Construto Momentos da Verdade, MOM4: Existem outras empresas, mas prefiro ficar na cooperativa; isso torna o processo muito mais fácil, na sequencia, Experiencia do produto: PRO1 Confio no conhecimento técnico da cooperativa. Eles sabem o que estão fazendo, Experiencia do produto: PRO2 Todo o processo de trabalho com a cooperativa é fácil, ela cuida de tudo e Foco no resultado: OUT4 Acho importante que a cooperativa me atualiza constantemente das vantagens que me oferece, comparando a outras empresas para as quais eu poderia prestar os meus serviços.

De forma geral, o cooperado está parcialmente satisfeito, algumas ações gerenciais podem ser tomadas, a fim de melhorar a qualidade dos serviços ofertados e manter a fidelidade com a cooperativa médica.

7.1 Limitações da pesquisa

A principal limitação foi realizar a coleta de dados com os cooperados, devido a cooperativa de saúde do Paraná, não possuir cooperados diretos, dependeu-se das outras cooperativas do sistema para autorização e disponibilização do banco de dados de seus cooperados. Na coleta de dados algumas singulares estavam em processo de troca de diretoria, seus dirigentes relataram que neste momento a pesquisa poderia interferir nos resultados, com isso algumas cooperativas não autorizaram a divulgação da pesquisa pelos agentes de relacionamento. Conseguimos uma amostra relativamente menor do que a esperada. Outra limitação foi a disponibilidade de tempo dos cooperados, muitos médicos entraram no link disponibilizado mas não quiseram dispor de tempo para completar o formulário.

Mais uma limitação foi obter retorno dos agentes de relacionamento das singulares, este setor que fez a intermediação entre o pesquisador e os dirigentes da cooperativa, tanto por e-mail, quanto por contatos telefônicos, incluiu colaboradores que não responderam as solicitações, buscando efetividade, dois gerentes da cooperativa médica tentaram contato direto com os gerentes e responsáveis destas singulares, mas receberam a mesma informação do momento de troca de

diretoria, não podendo assim, contribuir com a pesquisa, por este motivo houve um atraso no cronograma de coleta e análise de dados.

Considerou-se que uma amostra maior poderia aumentar a validade dos dados desta dissertação.

Por fim, a limitação relacionada a escala aplicada, apesar de ter sido traduzida por profissional de marketing, não é específica para avaliar a qualidade de serviços.

7.2 Sugestões da pesquisa

Considerando que existem poucos estudos até o momento com esta abordagem, principalmente no que se refere à cooperativa de saúde e cooperativa médica, sugere-se que sejam realizadas mais pesquisas sobre a expectativa e satisfação dos cooperados, apresentando outras escalas de qualidade, realizando a comparação dos dados e identificando possíveis causas que levam a diferentes resultados.

Além disso, recomendam-se também estudos com orientação qualitativa com o objetivo de analisar a qualidade dos serviços prestados relacionada à experiência de serviços dos cooperados. As informações deste estudo, possuem orientações para explorar novas pesquisas relacionadas aos serviços oferecidos aos médicos cooperados, podendo delimitar a entrega de valor relacionada a qualidade, com isso iremos fortalecer o modelo de negócio que é o cooperativismo.

Uma pesquisa qualitativa com grupo focal pode favorecer no conhecimento detalhado de cada dimensão com a insatisfação, sendo que, esta pesquisa pode dar embasamento para novos estudos.

REFERÊNCIAS

- ANS. Agência Nacional da Saúde Suplementar. (2019). *Caderno de Informação da Saúde Suplementar: Beneficiários, Operadoras e Planos*. Recuperado de <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/acesso-a-informacao/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/informacoes-gerais/total-cad-info-jun-2019.pdf>
- ANS. Agência Nacional da Saúde Suplementar. (2019). *Guia Modelos de Remuneração baseados em valor*. Recuperado de https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-modelos-de-remuneracao-baseados-em-valor/guia_modelos_remuneracao_baseados_valor.pdf
- ANS. Agência Nacional da Saúde Suplementar. (2020). *Histórico*. Recuperado de <http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico>.
- ANS. Agência Nacional da Saúde Suplementar. (2021). *Histórico*. Recuperado de: <https://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>.
- Almeida, M. E. (2015). *Qualidade dos serviços prestados por uma cooperativa de crédito no nordeste brasileiro*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Potiguar, Natal, Brasil.
- Aranha, F., Zambaldi, F. (2008). *Análise fatorial em Administração*. Cengage Learning.
- Bland, J. M.; Altman, D. G. (1997). Statistics notes: Cronbach's alpha. *British Medical Journal*, v.314, n. 7080, p. 572.
- Borba, V. R. (2009). *Estratégia e plano de marketing para organizações de Saúde*. Rio de Janeiro: Cultura Médica.
- BRASIL. Ministério da Saúde. (2007). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Saúde Suplementar*. Brasília: CONASS.
- Byrne, B.M. (2001). *Structural equation modeling with AMOS: basic concepts, applications and programming*. New Jersey: Laurence Erlbaum Associates.
- Cobra, M. & Zwarg, F. A. (1986). *Marketing de serviços: conceitos e estratégias*. São Paulo, McGraw-Hill.
- Cobra, M. (2004). *Serviços: como construir valor para cliente*. São Paulo: Cobra Editora.
- Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Brasília: Senado Federal.
- Cronin Jr, J. J. & Taylor, S. A. (1992). Measuring service quality: a reexamination and extension. *Journal of marketing*, 56(3), pp. 55-68.
- Duarte, C. M. R. (2001). Unimed: história e características da cooperativa de trabalho médico no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 17(4), pp. 999-1008.
- Fitzsimmons, J. A. & Fitzsimmons, M. A. (2014). *Administração de serviços – operações, estratégias e tecnologia da informação* (7a ed.). Porto Alegre: Bookman.

- Gronrões, C. (1984), *A service quality model and its marketing implications*, European Journal of Marketing, Vol. 18.
- Gronrões, C. (1990). *Service management and marketing: managing the moments of truth in service competition*. Lexington: Lexington Books.
- Gronrões, C. (2000). *Relationship Marketing: The Nordic School Perspective, alternative Perspectives*.
- Gronrões, C. (2003). *Marketing: gerenciamento e serviços*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L. & Black, W. C. (2005). *Análise multivariada de dados*. (5a ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E. & Tatham, R. L. (2009). *Análise multivariada de dados*. Bookman editora.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E. & Tatham, R. L. (2006) *Multivariate Data Analysis*. 6a edição. Upper Saddle River, NJ: 109 Pearson Prentice Hall.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*. Recuperado de <https://brasilemsintese.ibge.gov.br/servicos.html>.
- Klaus, P.; Maklan, S. (2012). EXQ: a multiple-item scale for assessing service experience. *Journal of Service Management*, Boston v. 23, n. 1, p. 5-33.
- Klaus, P; Maklan, S. (2013). Towards a better measure of customer experience. *International Journal of Market Research*, v. 55, n. 2, p. 227-246.
- Kotler, P. (1998). *Administração de marketing*. (5a ed). São Paulo: Atlas.
- Kotler, P. (2000). *Administração de Marketing*. (12. ed). São Paulo: Prentice Hall.
- Kotler, P. & Keller, K.L. (2006). *Administração de Marketing*. São Paulo: Pearson.
- Lovelock C., & Writht, J. (2006). *Marketing de serviços: pessoas, tecnologia e resultados*. 5a ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall.
- Lovelock, C. & Wirtz, J. Hemzo, M.A. (2011). *Marketing de Serviços: pessoas, tecnologias e estratégia*. 7º ed. – São Paulo: Pearson Prentice Hall.
- Maklan, S., & Klaus, P. (2011). Customer experience: are we measuring the right things? *International Journal of Market Research*, 53(6), 771-772.
- Malhotra, N. K. (2001). *Pesquisa de Marketing: uma orientação aplicada*. (3a. ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Malhotra, N. K. (2006). *Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada*. (3a ed.) Porto Alegre, Bookman.
- Matias-Pereira, J. (2016). *Manual de metodologia da pesquisa científica* (4a ed.). São Paulo: Atlas.

- Ministério da Saúde. (2007). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Saúde Suplementar. Brasília: CONASS, 2007.
- Narver, J. C. & Slater, S. F. (1990). The effect of a market orientation on business profitability. *Journal of marketing*, 54(4), pp. 20-35.
- Nickels, W. G. & Wood, M. B. (1999). *Marketing: relacionamentos, qualidade e valor*. Rio de Janeiro: LTC.
- OCB, *Organização das Cooperativas do Paraná*. (2020). O Cooperativismo no Paraná. Recuperado de <https://www.ocb.org.br/ramo-saude>.
- Parasuraman, A., Zeithaml V. A. & Berry L. L. (1985). A conceptual model of services quality and its implication for future research, *Journal of Marketing*, 49(4), pp. 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A. & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A multiitem scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64, Spring, pp. 21-40.
- Parasuraman, A., Berry, L. L. & Zeithaml, V. A. (1991). Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale. *Journal of retailing*, 67(4), p. 420.
- Parasuraman, A.; Berry, L. & Zeithaml, V.A. (1993). "The nature and determinants of customer expectations of service". *Journal of the Academy of Marketing Science*, vol. 21, pp.1-12.
- Porter, M. E. (1985). *Competitive advantage*. New York: Free Press.
- Porter, M. E. (1990). *Vantagem competitiva*. Rio de Janeiro: Campus.
- Porter, M. E. & Teisberg, E. O. (2006). *Redefining health care: Creating Value-Based Competition on Results*. (1a. ed.). Boston: Harvard Business School Press.
- Porter, M. E. & Teisberg, E. O. (2007). *Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos*. Bookman Editora.
- Porter, M. E. (2010). *What is value in health care*. N Engl J Med, v. 363, n. 26, p. 2477-2481.
- Ringle, C.M., Da Silva, D., Bido, D.D.S., (2014). *Structural Equation Modeling with the Smartpls*. Revista Brasileira de Marketing.
- Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. New York, NY: Free Press.
- Roig, J. C. F. (2006). Customer perceived value in banking services. *International Journal of Bank Marketing*, 24(5).
- Salomi, E. G. G, et al. (2005). Servqual x Servperf: comparação entre instrumentos para Avaliação da Qualidade de Serviços Internos. *Revista Gestão & Produção*, 12(2), pp. 279-293.
- Sganzerlla, S. A. (2006). *A aplicação de marketing de relacionamento na produção da hospitalidade no ambiente hospitalar*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Anhembí Morumbi, São Paulo, Brasil.

Silva, S. F. (2005). *Marketing de serviços: fundamentos, análises e práticas no setor de saúde*. Maceió: EDUFAL.

Unimed do Brasil. Recuperado de <https://www.unimed.coop.br/home/sistema-unimed/cooperativismo>.

Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2004). Evolving to a New Dominant Logic for Marketing. *Journal of Marketing*, 68(1), 1-17.

Virgillito, S. B. (2017). *Estatística aplicada*. São Paulo: Saraiva.

Zeithaml V. A. et al. (1990). *Delivering quality service: balancing customer perceptions and expectations*. New York: The Free Press.

Zeithaml, V. A. (1988). Consumer perceptions of price, quality, and value: a means-end model and synthesis of evidence. *Journal of marketing*, 52(3), pp. 2-22.

Zeithaml, V. A. & Bitner, M. J. (2003). *Marketing de serviços: A empresa com foco no cliente*. (2a ed). Porto.

Zeithaml, V. Bitner, M.J. & Gremler, D.D. (2014). *Marketing de Serviços: a empresa com foco no cliente*. 6. Ed. Porto Alegre: AMG.

APÊNDICE 1 – QUESTIONÁRIO

A presente pesquisa é realizada pelo Mestrado de Gestão de Cooperativas com a supervisão da Pontifícia Universidade Católica do Paraná - PUCPR, tendo como objetivo: Avaliar a qualidade dos serviços prestados pela cooperativa de saúde a partir das percepções e expectativas dos médicos cooperados.

As questões podem ser respondidas com escala numérica de 1 (um) discordo totalmente até 7 (sete) concordo totalmente.

Q1 Sexo

- Masculino (1)
- Feminino (2)
- Não binário/terceiro gênero (3)
- Prefere não dizer (4)

Q2 Idade:

- Menos de 30 anos (1)
- Entre 30 e 40 anos (2)
- Mais de 40 e menos de 50 anos (3)
- Entre 50 e menos de 60 anos (4)
- 60 anos ou mais (5)

Q3 Singular

Q4 Especialidade

Q5 Tempo de cooperado

- Menos de 5 anos (1)
- Entre 5 e menos de 10 anos (2)
- Entre 10 e menos de 20 anos (3)
- Entre 20 e menos de 30 anos (4)
- 30 anos ou mais (5)

Q6 No geral, você ficou satisfeito com a interação mais recente que teve com a nossa empresa?

0 1 2 3 4 5 6 7

Q7 Com base na sua interação mais recente com nossa empresa, qual a probabilidade de você comprar nossos produtos ou serviços novamente?

0 1 2 3 4 5 6 7

Q8 Com base na sua interação mais recente com a nossa empresa, você recomendaria nossos produtos ou serviços a um amigo ou familiar?

0 1 2 3 4 5 6 7

Q9 Se você deseja compartilhar outros comentários sobre sua interação mais recente com a nossa empresa, insira-os abaixo.

0 1 2 3 4 5 6 7

Q10 Eu já conheço os tramites do trabalho com a cooperativa. Obter o que preciso é realmente fácil.

0 1 2 3 4 5 6 7

Q11 Eu escolhi a cooperativa para trabalhar porque ela respeita os meus interesses.

0 1 2 3 4 5 6 7

Q12 A cooperativa sempre foi flexível em seu relacionamento comigo e procura atender às minhas necessidades.

0 1 2 3 4 5 6 7

Q13 Acho importante que a cooperativa me atualiza constantemente das vantagens que me oferece, comparando a outras empresas para as quais eu poderia prestar os meus serviços.

0 1 2 3 4 5 6 7

Q14 Eu quero lidar com uma organização segura, pois daí vem os meus rendimentos.

0 1 2 3 4 5 6 7

Q15 Acho importante que, na cooperativa, as pessoas com as quais eu me relaciono, sejam agradáveis, educadas e saibam escutar, deixando-me confortável.

0 1 2 3 4 5 6 7

Q16 A maneira como a cooperativa lida comigo quando as coisas dão errado é o que decidirá se continuo nela ou não.

0 1 2 3 4 5 6 7

Q17 Existem outras empresas, mas prefiro ficar na cooperativa; isso torna o processo muito mais fácil.

0 1 2 3 4 5 6 7

Q18 É mais importante que a cooperativa me traga pacientes do que me oferecer melhor pagamento pelos meus serviços.

0 1 2 3 4 5 6 7

Q19 Eu fico na minha cooperativa porque não conheci melhores opções.

0 1 2 3 4 5 6 7

Q20 Seria bom se as pessoas que me atendem na cooperativa passassem por situações similares às minhas para entender minhas necessidades.

0 1 2 3 4 5 6 7

Q21 Eu quero poder avaliar todas as possibilidades também fora da cooperativa, para entender que esta é a melhor opção.

0 1 2 3 4 5 6 7

Q22 É importante para mim conhecer várias outras empresas do ramo da cooperativa da qual faço parte.

0 1 2 3 4 5 6 7

Q23 A menos que eu possa comparar diferentes opções, eu não saberei qual é a melhor para mim.

0 1 2 3 4 5 6 7

Q24 Seria bom se eu pudesse ser atendido sempre pela mesma pessoa na cooperativa, pois ela já conheceria meu histórico e minhas necessidades.

0 1 2 3 4 5 6 7