

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

**LUCAS DAMASIO**

**ATRIBUTOS DA EXPECTATIVA E PERCEPÇÃO DO CLIENTE SOBRE A  
QUALIDADE EM SERVIÇO: O CASO DE UMA COOPERATIVA DE TRABALHO  
MÉDICO DO ESTADO DO PARANÁ**

**CURITIBA**

**2020**

**LUCAS DAMASIO**

**ATRIBUTOS DA EXPECTATIVA E PERCEPÇÃO DO CLIENTE SOBRE A  
QUALIDADE EM SERVIÇO: O CASO DE UMA COOPERATIVA DE TRABALHO  
MÉDICO DO ESTADO DO PARANÁ**

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: Professor Dr. Alex A. Ferraresi

**CURITIBA**

**2020**

Dados da Catalogação na Publicação  
Pontifícia Universidade Católica do Paraná  
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR  
Biblioteca Central  
Pamela Travassos de Freitas – CRB 9/1960

D155a  
2020

Damasio, Lucas

Atributos da expectativa e percepção do cliente sobre a qualidade em serviço : o caso de uma cooperativa de trabalho médico do estado do Paraná / Lucas Damasio ; orientador: Alex A. Ferraresi. – 2020.  
149 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2020  
Bibliografia: f. 132-136

1. Cooperativismo médico - Paraná. 2. Cuidados médicos – Controle de qualidade. 3. Expectativa do comportamento. 4. Marketing. 5. Produtos para saúde. 6. Serviços ao cliente. 7. Saúde. 8. Satisfação do consumidor.  
I. Ferraresi, Alex Antônio. II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Pós-Graduação em Gestão de Cooperativas. III. Título.

CDD 20. ed. – 334.681610981


**TERMO DE APROVAÇÃO**

**ATRIBUTOS DA EXPECTATIVA E PERCEPÇÃO DO CLIENTE SOBRE A  
QUALIDADE EM SERVIÇO: O CASO DE UMA COOPERATIVA DE TRABALHO  
MÉDICO DO ESTADO DO PARANÁ**

Por

**LUCAS DAMASIO**

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.

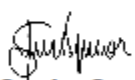


Prof. Dr. Alex Antonio Ferraresi


Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Gestão de Cooperativas



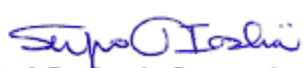
Prof. Dr. Alex Antonio Ferraresi  
Orientador



Prof. Dr. Alex Sandro Quadros Weymer  
Examinador



Prof. Dr. Eduardo Damião da Silva  
Examinador



Prof. Dr. Sergio Ossamu Ioshii  
Examinador (Externo)

Dedico este trabalho à minha esposa, Luciana Parazzi, e aos meus pais, José Damasio e Eunice de Lima.

## **Agradecimentos**

Registro aqui os meus sinceros agradecimentos às pessoas e instituições que contribuíram para que eu tivesse condições de tornar este trabalho possível:

À Unimed Paraná, que me concedeu apoio financeiro e condições de trabalho diferenciadas para que eu tivesse a oportunidade de ingressar no mestrado e me dedicar aos estudos.

À OCEPAR, por atuar sempre no sentido de aprimorar o cooperativismo no Paraná e, nesse processo, ter me concedido a oportunidade de fazer parte do PPGCOOP.

Ao Dr. Sérgio Ossamu Ioshii, por plantar na minha cabeça a ideia de cursar um mestrado e incentivar constantemente o meu aprimoramento profissional.

Ao meu orientador, Professor Dr. Alex A. Ferraresi, por ampliar a minha visão sobre o campo de conhecimento do marketing e pela parceria no processo de construção deste trabalho, estando sempre presente e me estimulando constantemente na busca pelo aperfeiçoamento acadêmico e profissional.

Aos meus colegas de curso que ajudaram a enriquecer o mestrado e contribuíram de maneira significativa para a construção do meu repertório de conhecimento sobre o cooperativismo.

À minha gestora Liège Cintra Mazanek de Lima e Silva, por ser a principal facilitadora e incentivadora dos meus estudos, sempre oferecendo suporte, ajuda e auxiliando na busca por soluções e alternativas que viabilizassem a minha dedicação ao mestrado.

À minha querida equipe de trabalho e amigos que acompanharam de perto a minha jornada durante a realização dessa pesquisa.

À minha esposa Luciana Parazzi, pela compreensão, paciência, por estar ao meu lado, acreditar nas minhas escolhas e sempre proporcionar um ambiente de paz e harmonia entre nós.

## Resumo

O objetivo deste estudo foi o de mensurar as possíveis lacunas nos serviços entregues por uma cooperativa de trabalho médico do Paraná em relação às expectativas de seus clientes. **Contexto:** A pertinência do tema é sustentada pela evolução da discussão sobre qualidade em serviços nos ambientes acadêmico e corporativo, como um elemento predecessor do valor percebido, e pela complexidade de se conceituar e mensurar a qualidade em serviços, considerando ainda, a ausência de mecanismos adequados para o compartilhamento de informações sobre as reais necessidades dos clientes entre os elos da cadeia de valor em saúde e a ausência de estudos focados na mensuração de qualidade em serviços prestados por cooperativas médicas. **Fundamentação teórica:** Como principal pressuposto, assume-se o desafio corporativo das organizações de serviços em desenvolver instrumentos e metodologias que proporcionem uma visão exata sobre a percepção de qualidade de seus clientes. Isso ocorre devido à natureza intangível dos serviços, aliada à sua operacionalização heterogênea e ao processo de consumo ocorrer de maneira simultânea à produção. A fundamentação teórica deste estudo é composta pelas pesquisas de Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985), que aborda metodologias de levantamento dos atributos formadores da expectativa e percepção dos clientes sobre um serviço, complementadas pelo conceito da Lógica Dominante em Serviços abordado pelos pesquisadores Vargo e Lusch (2004) e pelos estudos de orientação para o mercado de Narver e Slater (1994). **Método:** A estratégia de pesquisa é do tipo estudo de caso, pois contemplam dados qualitativos e quantitativos coletados por meio de técnicas de métodos mistos de pesquisa, executado mediante a estratégia exploratória sequencial, utilizando procedimentos de análises de conteúdo, codificação e categorização de informações que possibilitaram identificar a visão dos clientes e dos gestores da cooperativa sobre a qualidade em serviços e adaptar um instrumento de pesquisa adaptado às particularidades da cooperativa. **Resultados:** A análise permitiu identificar os elementos que formam a expectativa do cliente em relação aos serviços da cooperativa estudada, possibilitando adaptar um instrumento específico de mensuração das possíveis lacunas existentes entre a expectativa e a percepção sobre o serviço consumido. Os resultados obtidos apontaram também as diferenças conceituais entre a visão dos gestores da cooperativa e dos consumidores sobre os conceitos formadores da qualidade, além de evidenciar os elementos causais de falhas operacionais na execução das entregas ao cliente. **Implicações Gerenciais:** Os resultados obtidos indicaram cinco ações gerenciais a serem desenvolvidas pela cooperativa com objetivo de reduzir as lacunas encontradas e aumentar a relevância dos serviços diante da percepção do cliente.

**Palavras-chave:** lacunas da qualidade, marketing, serviços, lógica dominante de serviço, cadeia de valor, cooperativismo médico, satisfação, expectativa, cliente, SERVQUAL, saúde.

## Abstract

The objective of this study was to measure the possible gaps in the services delivered by a medical work cooperative in Paraná in relation to the expectations of its customers. **Context:** The relevance of the theme is supported by the evolution of the discussion on service quality in the academic and corporate environments, as a predecessor element of perceived value, and by the complexity of conceptualizing and measuring service quality, also considering the absence of adequate mechanisms. For sharing information about the real needs of customers between the links in the health value chain and the absence of studies focused on measuring quality in services provided by medical cooperatives. **Theoretical basis:** As the main assumption, the corporate challenge of service organizations is assumed in developing instruments and methodologies that provide an accurate view on the perception of quality of their customers. This is due to the intangible nature of the services, coupled with their heterogeneous operationalization and the consumption process to occur simultaneously with production. The theoretical basis of this study is composed of research by Parasuraman, Zeithaml and Berry (1985), which addresses methodologies for surveying the attributes that form the expectation and perception of customers about a service, complemented by the concept of Dominant Logic in Services addressed by researchers Vargo and Lusch (2004) and studies of market orientation by Narver and Slater (1994). **Method:** The research strategy is of the case study type, as it contemplates qualitative and quantitative data collected through the techniques of mixed research methods, executed through the sequential exploratory strategy, using procedures of content analysis, coding and categorization of information which made it possible to identify the view of the cooperative's customers and managers on the quality of services and adapt a research instrument adapted to the particularities of the cooperative. **Results:** The analysis made it possible to identify the elements that form the customer's expectation in relation to the services of the studied cooperative, making it possible to adapt a specific instrument to measure the possible gaps between the expectation and the perception of the service consumed. The results obtained also pointed out the conceptual differences between the view of cooperative managers and consumers about the concepts that form quality, in addition to highlighting the causal elements of operational failures in the execution of deliveries to the customer. **Managerial Implications:** The results obtained indicated five managerial actions to be developed by the cooperative in order to reduce the gaps found and increase the relevance of the services in view of the customer's perception.

**Keywords:** quality gaps, marketing, services, dominant service logic, value chain, medical cooperativism, satisfaction, expectation, customer, SERVQUAL, health.



## Lista de Ilustrações

<b>Figura 1.</b> Cadeia de valor.....	16
<b>Figura 2.</b> O triângulo de marketing de serviços .....	33
<b>Figura 3.</b> As Lacunas (GAPS) da Qualidade.....	38
<b>Figura 4.</b> Determinantes do valor percebido pelo cliente.....	45
<b>Figura 5.</b> Os elementos de uma orientação para o mercado .....	50
<b>Figura 6.</b> Modelo Conceitual da Pesquisa .....	55
<b>Figura 7.</b> Representação equacional da mensuração do construto qualidade.....	78
<b>Figura 8.</b> Avaliação da qualidade do serviço pelo cliente .....	89
<b>Figura 9 -</b> Pontuações SERVQUAL médias por dimensão de serviço .....	112
<b>Figura 10.</b> Modelo conceitual de qualidade em serviços .....	124

## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1</b> Os aspectos do serviço .....	27
<b>Tabela 2</b> Premissas Fundacionais da lógica dominante do serviço .....	30
<b>Tabela 3</b> Evolução da Escala SERVQUAL.....	40
<b>Tabela 4</b> Abordagens e autores do estudo .....	57
<b>Tabela 5</b> Descrição da população-alvo .....	63
<b>Tabela 6</b> Perfil dos clientes entrevistados.....	66
<b>Tabela 7</b> Perfil dos gestores entrevistados.....	67
<b>Tabela 8</b> Modelo de organização dos dados clientes para análise comparativa .....	70
<b>Tabela 9</b> Modelo de organização dos dados gestores para análise comparativa .....	70
<b>Tabela 10</b> Operacionalização das variáveis e construtos do estudo .....	72
<b>Tabela 11</b> Construto Expectativa.....	74
<b>Tabela 12</b> Construto Percepção .....	76
<b>Tabela 13</b> Temas direcionadores da expectativa do cliente.....	81
<b>Tabela 14</b> Dimensões da qualidade sob a perspectiva do cliente .....	86
<b>Tabela 15</b> Construção do instrumento SERVQUAL.....	88
<b>Tabela 16</b> Estatística descritiva - expectativa.....	91
<b>Tabela 17</b> Estatística descritiva - percepção .....	94
<b>Tabela 18</b> Matriz de correlação - expectativa.....	97
<b>Tabela 19</b> Matriz de correlação - percepção.....	100
<b>Tabela 20</b> Teste KMO de adequação da amostra .....	102
<b>Tabela 21</b> Teste de confiabilidade .....	103
<b>Tabela 22</b> Matriz de componentes rotacionados .....	105
<b>Tabela 23</b> Identificação das médias da lacuna do cliente .....	108
<b>Tabela 24</b> Visão interna sobre a expectativa do cliente.....	114
<b>Tabela 25</b> Principais causas de falhas na entrega de serviços .....	118

## Sumário

<b>1 Introdução</b> .....	12
<b>1.1 Apresentação do tema</b> .....	13
<b>1.2 O Cooperativismo médico e a saúde suplementar no Brasil</b> .....	16
<b>1.3 Formulação do problema</b> .....	18
<b>1.4 Definição dos objetivos</b> .....	19
<b>1.4.1 Objetivo geral</b> .....	19
<b>1.4.2 Objetivos específicos</b> .....	20
<b>1.5 Justificativa do estudo</b> .....	20
<b>2 Fundamentação teórica</b> .....	23
<b>2.1 A origem e a evolução do cooperativismo de trabalho médico na saúde suplementar brasileira</b> .....	23
<b>2.2 Serviços</b> .....	25
<b>2.2.1 A lógica dominante do serviço</b> .....	28
<b>2.2.2 Marketing de serviços</b> .....	31
<b>2.3 Qualidade em serviços</b> .....	34
<b>2.3.1 O modelo das lacunas da qualidade</b> .....	37
<b>2.3.2 A Escala SERVQUAL</b> .....	39
<b>2.3.3 A Escala SERVPERF</b> .....	41
<b>2.3.4 Escala SERVQUAL X Escala SERVPERF</b> .....	42
<b>2.4 Definição de valor</b> .....	43
<b>2.4.1 Saúde baseada em valor</b> .....	47
<b>2.4.2 A orientação para o mercado</b> .....	49
<b>3 Procedimentos Metodológicos</b> .....	52
<b>3.1 Delineamento e método da pesquisa</b> .....	52
<b>3.2 Modelo conceitual e protocolo da pesquisa</b> .....	55
<b>3.3 População e Amostra</b> .....	62
<b>3.4 Desenvolvimento da etapa exploratória</b> .....	64
<b>3.4.1 Procedimentos de coleta de dados qualitativos</b> .....	64
<b>3.4.2 Perfil dos entrevistados</b> .....	65
<b>3.4.3 Técnicas de análise de dados qualitativos</b> .....	68
<b>3.5 Desenvolvimento da etapa descritiva</b> .....	71
<b>3.5.1 Definições teóricas e operacionais das variáveis</b> .....	71

3.5.2 Instrumento de coleta de dados.....	73
3.5.3 Procedimentos de coleta de dados.....	77
3.5.4 Técnicas de análise dos dados quantitativos .....	78
4 Análise e discussão dos resultados .....	80
4.1 A qualidade sob a perspectiva do cliente .....	80
5 Implicações Gerenciais.....	125
6 Conclusão .....	129
Referências .....	132
Apêndice A – Instrumento de Coleta de Dados .....	137
Apêndice B – Exemplos das telas do questionário eletrônico.....	143
Apêndice C – Termo de confidencialidade.....	145
Anexo A – O Instrumento SERVQUAL.....	147

## 1 Introdução

Estudos sobre o desenvolvimento das indústrias de serviços, mais especificamente no ambiente acadêmico de marketing, começaram a ganhar força no início da década de 1980, quando pesquisadores começaram a assimilar o impacto significativo que o setor passou a ter na economia e externaram preocupações sobre a escassez de pesquisas relacionadas ao tema (Baron, Warnaby e Hunter-Jones, 2014).

O levantamento conduzido por Baron, Warnaby e Hunter-Jones (2014) identificou a evolução das pesquisas de marketing relacionadas a serviços em quatro fases principais, intensificando a busca pelo entendimento sobre questões como classificação e qualidade de serviços, satisfação do cliente, comportamento do consumidor, prestação e projeto de serviços, avançando até temas contemporâneos que discutem o papel da tecnologia no setor e aprofunda o estudo sobre a lógica dominante do serviço, como uma mentalidade teórica que busca a compreensão unificada sobre o papel do processo de relacionamento entre organizações, mercados e sociedade no ambiente competitivo.

O pesquisador Grönroos (1984) chamou a atenção para a ausência de modelos explícitos que investigassem a forma como os consumidores percebiam a qualidade de um serviço, argumentando que a falta desse conhecimento impedia o desenvolvimento de estruturas de marketing e o gerenciamento eficiente de serviços com a capacidade de proporcionar um desempenho superior às organizações que, essencialmente, construíam sua economia oferecendo trocas intangíveis aos mercados onde atuavam.

A partir daí, reflexões começaram a surgir sobre a existência de lacunas no entendimento sobre qualidade, gerados pela perspectiva da empresa, que cria uma proposta de serviço ideal e comunica esse serviço para o mercado, em relação à perspectiva do cliente que, impactado pelas ações de comunicação e marketing das organizações, cria expectativas sobre o serviço que espera receber, indicando que a gestão da qualidade de serviços deve esforçar-se para que o serviço percebido corresponda ao serviço esperado, alcançando como resultado a satisfação do cliente (Grönroos, 1984).

O estudo proposto nesta dissertação se apropriará do aprendizado teórico sobre qualidade de serviços, sob uma perspectiva de marketing, buscando compreender a origem das lacunas de qualidade existentes nos serviços oferecidos por uma cooperativa de trabalho médico de segundo grau, discutindo, também, teorias complementares que sustentam a investigação sobre o potencial competitivo que uma gestão sobre a expectativa e percepção dos consumidores pode gerar dentro do mercado de atuação da organização estudada,

auxiliando na identificação dos atributos da criação da proposta de valor ao mercado a partir da visão do cliente.

Para a condução desse raciocínio, esta seção fará uma contextualização sobre o estudo definindo os parâmetros que direcionaram a pesquisa. Na sequência, serão discutidas as principais teorias que abordam a qualidade sobre serviços e, também, que possibilitem a formulação de uma visão construtivista sobre o tema. O estudo é complementado pela exposição da metodologia aplicada para a coleta das informações necessárias ao processo de análise, avançando para a apresentação dos resultados, conclusão e recomendações gerenciais.

### **1.1 Apresentação do tema**

A percepção da qualidade é um elemento que diferencia uma organização em seu ambiente competitivo, aprimora o potencial de relacionamento com o cliente e a possibilidade de garantir sustentabilidade econômica ao longo do tempo, estabelecendo vantagens diante da concorrência ao apropriar-se da confiança do consumidor, satisfazendo a sua expectativa e oferecendo uma experiência de consumo que atenda à sua necessidade e ao seu desejo. Para Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988), com o acirramento da concorrência e mudanças regulamentares nos setores competitivos, a entrega de qualidade superior tornou-se um pré-requisito de sucesso, se não, de sobrevivência, para as organizações.

Concomitantemente, há uma preocupação cada vez mais crescente nas empresas em gerar valor para os seus clientes, também como forma de diferenciar-se da concorrência e tornar seus produtos ou serviços mais atrativos para o mercado consumidor. Este estudo toma como princípio o conceito de que a criação de valor está relacionada à cultura organizacional orientada ao mercado, definida por Slater e Narver (1990) como a forma mais efetiva e eficiente de criar valor superior para o cliente.

Estudos da literatura de marketing têm aproveitado ou contribuído para o tema valendo-se das pesquisas emergentes sobre a teoria da lógica dominante do serviço, que reforça e reafirma abordagens de orientação para o mercado (Wilden, Akaka, Karpen & Hohberger, 2017), além de cooperar para o aprofundamento de investigações acadêmicas sobre a criação de valor colaborativo e o fortalecimento das bases teóricas do conceito de criação de valor.

Com base nas teorias identificadas e seguindo o alinhamento do pensamento de marketing estratégico, este estudo propõe uma imersão sobre as expectativas e percepções dos clientes de uma cooperativa de trabalho médico do estado do Paraná sobre a qualidade dos serviços recebidos, mensurando as lacunas entre esses dois construtos, a partir da

identificação dos principais elementos formadores da expectativa do cliente com base em temas importantes sob a visão do cliente e também dos gestores da cooperativa, indicando os possíveis caminhos para que essa percepção de qualidade e consequente entrega de valor possa ser ampliada e apropriada como vantagem competitiva, analisando o cenário encontrado sob as óticas da teoria da orientação para o mercado, modelo das lacunas de qualidade e a teoria da lógica dominante de serviço.

Identificar e medir a percepção da qualidade em serviços é um desafio para as organizações devido a sua condição vinculada à performance de cada prestador, e não no contato ou utilização de objetos caracterizados pela tangibilidade. Essa característica faz com que seja raramente possível definir configurações precisas de prestação e qualidade de trabalho (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985) e conferir à sua execução um parâmetro padrão que possa definir uma percepção exata de qualidade. Segundo essa mesma definição, as características documentadas sobre a composição dos serviços – intangibilidade, heterogeneidade e não separação de produção e consumo – oferecem um norte para as pesquisas de percepção da qualidade e do entendimento sobre a expectativa do cliente diante de uma eminente relação de consumo, ampliando o conhecimento dos benefícios de estabelecer uma compreensão clara e precisa sobre as possibilidades de se produzir vantagem competitiva por meio da comparação entre o serviço que uma organização pretende entregar – perspectiva da firma – frente ao que o consumidor espera e recebe – perspectiva do cliente.

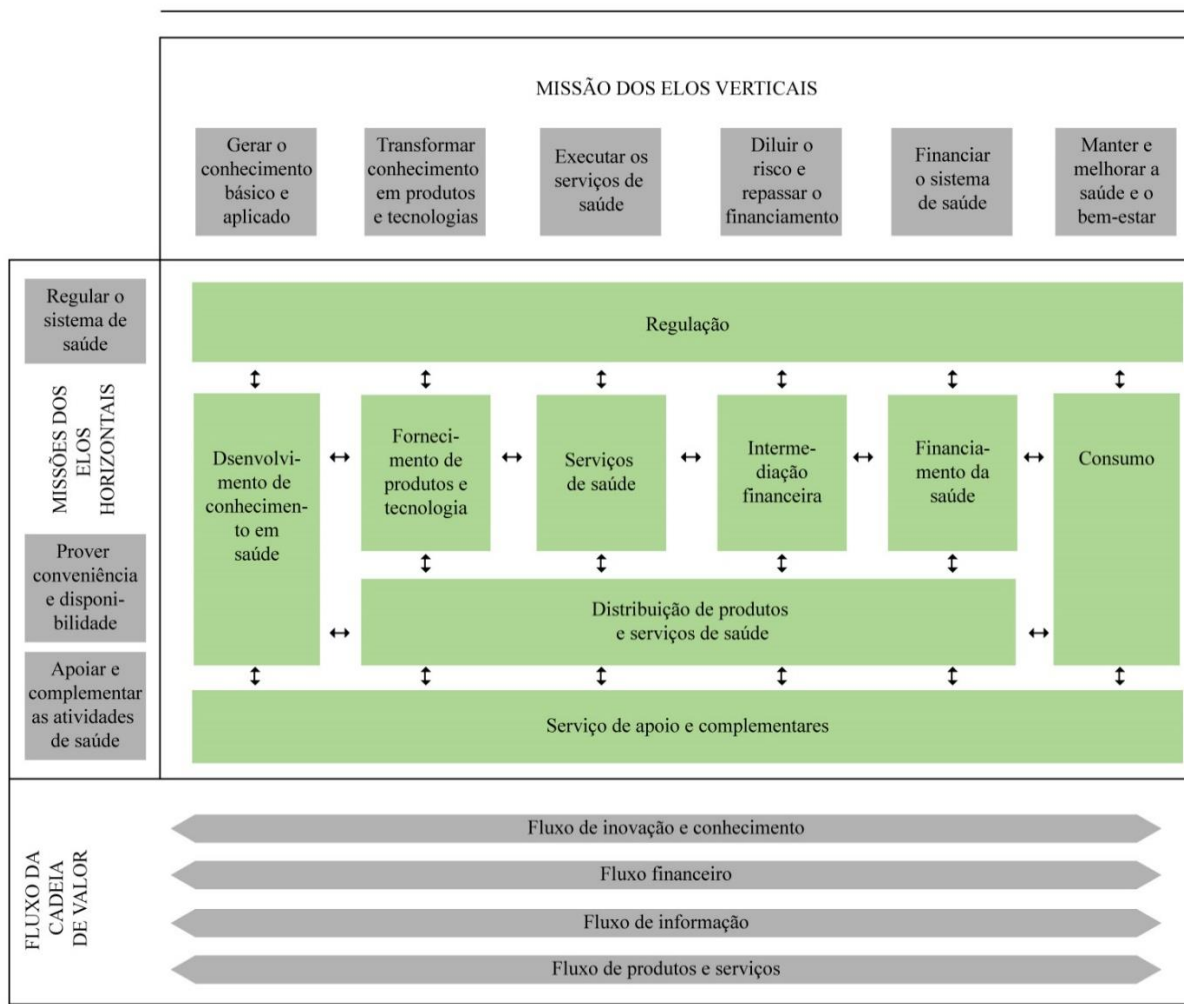
As informações coletadas sobre os elementos de expectativa do consumidor tem potencial para serem transformadas em conhecimento e podem ser aplicadas nos processos de geração de valor para o cliente (Ferraresi, 2010), desenvolvendo um relacionamento mais preciso com o consumidor e direcionando com exatidão os esforços da organização para atender as necessidades e desejos do comprador, alinhados ao conceito da empresa orientada ao mercado, para desenvolver e se apropriar de diferenciais competitivos.

Especificamente na saúde, diversos autores têm abordado a questão de geração de valor no setor, discutindo questões estruturais, econômicas e tecnológicas. A maioria dos estudos foca no aprofundamento científico sobre o entendimento do modelo estadunidense da cadeia de valor em saúde (Porter & Teisberg, 2007) que, em essência, possui algumas diferenças fundamentais em relação ao modelo brasileiro, considerando tanto a sua disponibilização de acesso ao consumidor final, quanto a sua política de financiamento e composição do sistema de saúde em si (Pedroso & Malik, 2012; Pegoraro, 2013). Essas diferenças serão discutidas e aprofundadas na próxima seção, no item direcionado a explorar

os conceitos da saúde baseada em valor. É possível adiantar, no entanto, que esse conceito, embasado pelas pesquisas e literaturas de estratégia, foca a cadeia de valor como um elemento de composição do cenário competitivo do setor específico, e não na configuração dos serviços prestados por cada organização especificamente, ou seja, ele foca sobre o papel de cada concorrente dentro do ambiente de competição, e não em sua relação direta com os clientes no âmbito da prestação de serviços.

Nesse contexto, existe a percepção de que modelos direcionados a organizar os processos, atores e estruturas que compõe a entrega de saúde de modo abrangente no setor, executam a análise da cadeia de valor sob uma perspectiva predominantemente interna (perspectiva da firma), a partir dos recursos das organizações prestadoras de saúde ou do sistema instituído para a prestação do serviço, ordenando o fluxo de execução até chegar ao consumidor, consolidando em essência os resultados financeiros como os principais indicadores de desempenho de toda a cadeia. No entanto, esse modelo não integra a figura do cliente como um elemento dos processos de criação de valor, excluindo a identificação de suas expectativas e necessidades individuais relacionadas à sua experiência na utilização de um serviço de saúde. No modelo de cadeia de valor sugerido por Pedroso e Malik (2012), focado na realidade operacional da saúde brasileira, considerando o Sistema Único de Saúde – SUS e a Saúde Suplementar, o consumidor é inserido no sexto elo vertical da cadeia, denominado “Consumo”, conforme demonstra a Figura 1. Neste item, estão considerados os pacientes, indivíduos saudáveis e empresas que oferecem serviços de saúde aos seus funcionários, onde, segundo os autores, se manifestam as necessidades, expectativas e experiência de consumo do público utilizador dos serviços de saúde. No entanto, as informações geradas neste elo não são compartilhadas com eficiência aos outros elementos que compõe a cadeia, caracterizando a exclusão da participação do cliente na cocriação do valor a ser praticado pelo setor. Pedroso e Malik (2012) afirmam, ainda, que a utilização de um sistema de informação em saúde que propague dados das necessidades e padrão de consumo dos usuários aos demais elos da cadeia, permitiria ampliar a visibilidade da demanda real do sistema de saúde, levando a conclusão de que a ineficiência na coleta e compartilhamento de informações sobre o que os clientes esperam e como percebem o sistema de saúde pode prejudicar a eficiência de toda a cadeia.





**Figura 1.** Cadeia de valor

Fonte: De "Cadeia de valor da saúde: um modelo para o sistema de saúde brasileiro" de M. C. Pedroso A. M. Malik, 2012, p. 2762.

Analisando o cenário por esse enfoque, uma das matérias de discussão deste estudo interpela a necessidade de inserção da visão do cliente na discussão sobre a criação de valor em saúde, examinando os reflexos que a relação entre expectativa e percepção da qualidade pode exercer sobre o desempenho competitivo de uma cooperativa de trabalho médico, utilizando um instrumento que possibilite a coleta de informações com a função de gerar conhecimento por meio da identificação das lacunas de qualidade existentes nos serviços oferecidos.

## 1.2 O Cooperativismo médico e a saúde suplementar no Brasil

O cooperativismo de trabalho médico no Brasil, atuante dentro do setor da Saúde Suplementar, teve início comercial a partir das décadas de 1950 e 1960 com o surgimento de

planos de saúde coletivos empresariais por meio da modalidade de medicina em grupo. A partir de 1999 passou a vigorar a lei 9.656, editada em junho de 1998, que regulava o setor, até então sem padrão de funcionamento. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi estabelecida pelo Ministério da Saúde em 28 de janeiro 2000, por meio da promulgação da lei 9.961, como órgão oficial do governo responsável por garantir o cumprimento da legislação definida para o setor.

Segundo a Organização das Cooperativas Brasileiras (OCB), 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 vários segmentos profissionais do âmbito de atuação das atividades ligadas à saúde.

O cooperativismo de trabalho 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 naquela 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 – 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.

No histórico recente do cenário da saúde privada do estado do Paraná, ainda que as cooperativas apresentem um relativo domínio do mercado, os números têm demonstrado variação negativa no volume de clientes, comportamento que responde ao acirramento da concorrência e a abertura de modalidades alternativas de acesso ao serviço médico, como a implantação de clínicas populares por valores de mensalidade mais baixos em relação aos tradicionais planos de saúde. Essa conjuntura sugere que compreender a expectativa do

beneficiário em relação à qualidade do serviço prestado pelas operadoras de planos de saúde e o valor percebido na relação de consumo, pode favorecer o desenvolvimento de diferenciais competitivos por meio do ajuste da prestação de serviço e adequações de políticas comerciais alinhadas às necessidades e desejos do consumidor.

### **1.3 Formulação do problema**

Com base no contexto sobre a necessidade de integrar a perspectiva do consumidor ao processo de criação de valor em saúde, o presente estudo investigará a percepção de qualidade do cliente sobre a experiência de consumo com os serviços oferecidos por uma cooperativa de trabalho médico de segundo grau, a partir dos elementos que constroem as suas expectativas. Entendendo essa relação como um fenômeno integrado ao ambiente de atuação da organização objeto deste estudo, a seguir é formulado o problema de pesquisa e posteriormente os seus componentes que conduzirão a metodologia proposta neste estudo de caso. Segundo Malhotra (2012), a definição do problema é uma das etapas mais importantes do projeto de pesquisa, pois sua estruturação permitirá o desenvolvimento de todo o processo de operacionalização e condução das tarefas do estudo. Segundo o autor, a definição do problema de pesquisa é o ponto de partida para o desenvolvimento da abordagem de estudo compostos pela estrutura teórica, modelos analíticos, questões de pesquisa e especificação das informações necessárias à conclusão do trabalho.

Ocorrendo, portanto, a identificação da geração de valor e da percepção de qualidade em relação à expectativa do cliente como fatores essenciais do ambiente competitivo de atuação da cooperativa estudada e como agentes influenciadores de decisões gerenciais e estratégicas no processo de relacionamento e construção de diferencial de mercado, é formulado o seguinte problema de pesquisa para orientar todo o processo de construção da pesquisa:

Quais são as possíveis lacunas nos serviços entregues de uma cooperativa de trabalho médico em relação às expectativas de seus clientes?

Para auxiliar o desenvolvimento da pesquisa e direcionar uma análise aprofundada de fundamentos que corroboram esse estudo com base no problema apresentado, foram definidas as seguintes perguntas norteadoras:

- a. *Quais são os elementos de entrega de valor e qualidade que uma cooperativa de trabalho médico, atuante como operadora de planos de saúde, entende como prioritário na oferta de seus serviços ao mercado a partir da visão de seus gestores?*
- b. *Quais os elementos que constituem a expectativa dos clientes em uma relação de consumo com a cooperativa estudada?*
- c. *Quais são os elementos prioritários da expectativa dos consumidores relacionados com a percepção de entrega de valor?*
- d. *Quais dimensões são utilizadas pelos clientes na avaliação de um serviço?*
- e. *Quais são as maiores lacunas de qualidade dos serviços prestados em relação aos serviços percebidos?*

#### **1.4 Definição dos objetivos**

A perscrutação sobre a formação das lacunas da qualidade com base na expectativa e visão do consumidor sobre a sua relação de consumo com a cooperativa pesquisada, é um chamado para que o cliente atue como um cocriador do valor ofertado pela organização, desenvolvendo um mecanismo de levantamento de informações e utilização inteligente de dados qualitativos e quantitativos em benefício da elaboração de ações orientadas ao mercado. A teoria da lógica dominante do serviço defende essa perspectiva, afirmando que o valor é sempre cocriado e, portanto, as organizações não podem criar e entregar valor, elas só podem propor valor e fornecer serviço como entrada para a sua realização (Vargo & Akaka, 2009). A entrega do valor proposta é realizada, portanto, a partir da identificação dos elementos de expectativa da qualidade do cliente e o alinhamento operacional por meio desses fatores que evidenciem a sua percepção de valor atribuído para a utilização de um serviço específico.

##### **1.4.1 Objetivo geral**

O aprofundamento sobre os elementos que constituem a expectativa de qualidade dos clientes que utilizam os serviços oferecidos pela cooperativa de trabalho médico estudada proporciona um direcionamento para a definição dos processos que geram valor. O valor percebido ocorre no ato do serviço recebido e sua comparação com as expectativas evidenciadas previamente darão um parâmetro preciso de quão longe ou perto a organização está de entregar valor superior ao seu cliente, e quais são os caminhos operacionais para que as lacunas identificadas possam ser reduzidas.

Sob a luz dessa lógica, o objetivo geral deste estudo é mensurar as possíveis lacunas nos serviços entregues por uma cooperativa de trabalho médico do Paraná em relação às expectativas de seus clientes.

#### **1.4.2 Objetivos específicos**

**a.** Identificar os elementos de entrega de valor e qualidade que, na visão da cooperativa de trabalho médico estudada, são prioritárias para o mercado de saúde complementar.

**b.** Identificar os elementos da expectativa dos consumidores em relação à cooperativa pesquisada.

**c.** Identificar a priorização dos elementos da expectativa dos clientes e relacioná-los a percepção de entrega de valor.

**d.** Identificar as dimensões que são utilizadas pelos clientes para avaliar serviços.

**e.** Verificar quais são as maiores lacunas da qualidade do serviço prestado em relação ao serviço percebido.

#### **1.5 Justificativa do estudo**

É possível encontrar uma variedade de pesquisas com foco na saúde baseada em valor direcionadas à investigação de como tornar os sistemas de saúde mais eficientes e com custos que viabilizem a sustentabilidade do setor. Muitos desses estudos têm como base o trabalho de Porter e Teisberg publicado no livro “Repensando a Saúde: Estratégias para Melhorar a Qualidade e Reduzir os Custos” (2007), que analisa a estrutura estadunidense de prestação de serviços em saúde para identificar o potencial valor gerado a partir do aprimoramento e integração dos seus processos.

Em resumo, o estudo conduzido por Porter e Teisberg propõe uma competição de soma positiva por meio do valor, guiada por oito princípios que definem o pensamento operacional da saúde baseada em valor e que garante a execução de uma prestação de serviços com qualidade superior, que fornece resultados mais efetivos aos pacientes no tratamento de doenças e resoluções de ocorrências em saúde e premia o desempenho e a efetividade do prestador no alcance pelo resultado esperado, definindo como entrega de valor o resultado de saúde obtido por dólar gasto (Porter, 2010), focando a entrega em uma dimensão econômica por comparar sempre o resultado operacional ao custo de sua execução. No entanto, uma questão que chama a atenção nessa teoria é o foco em uma etapa muito específica do

relacionamento do paciente com o serviço de saúde, considerando a relação apenas a partir do acesso ao serviço assistencial, quando o usuário do serviço de saúde já se encontra com alguma doença ou necessidade de reestabelecer a condição de bem-estar. Esse ponto de vista teórico não aborda outras etapas do relacionamento do cliente com o serviço de saúde, tais como acesso ao consultório médico, comportamento preventivo, acesso a serviços auxiliares e até mesmo a escolha de um serviço com configurações adequadas para a manutenção da saúde, não contemplando também, a perspectiva do cliente. Esse contexto de geração de valor considera o papel do cliente como uma variável na cadeia que influencia o resultado, porém não aborda seu papel como um cocriador da proposta de valor, como preconiza a teoria da lógica dominante do serviço (Vargo & Akaka, 2009), e, além disso, direciona o entendimento para o aprimoramento da eficiência econômica dos sistemas de saúde sob um aspecto protocolar dos processos assistenciais médicos, associando o aumento da qualidade à indicadores financeiros para comprovar a sua eficácia, porém não aborda o desenvolvimento da entrega de um valor que contemple toda uma cadeia de prestação de serviços nas diversas fases de utilização do sistema de saúde, desconsiderando elementos de percepção de valor e qualidade na visão do cliente, formulados por suas necessidades e expectativas. Essa ideia é corroborada pelo conceito da jornada do paciente, que se caracteriza como um mapa dos passos que um paciente toma quando progride nos diferentes segmentos de uma doença, desde o diagnóstico até o sucesso da gestão (Kuo, Huang, Davis & Feldman, 2015), e desconsidera o seu relacionamento com o sistema de saúde na ausência da doença, excluindo, como já mencionado, aspectos do estímulo preventivo e relacionamentos de orientação para a manutenção do bem-estar.

Aspectos a respeito dos diferentes pontos de vista sobre a entrega de valor para o mercado encontrados na literatura, em especial na literatura de estratégia e literatura de marketing, são discutidos na próxima seção, buscando um entendimento convergente que possa interligar as duas teorias em um contexto ampliado de processo de geração e entrega de valor para este estudo.

O modelo das lacunas de qualidade de serviços foca na percepção do consumidor em relação a uma experiência obtida pelo desempenho real de um serviço consumido comparando-a com sua expectativa de entrega sobre esse mesmo serviço (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985). Essa definição aprofunda-se no entendimento de que a entrega de qualidade superior para o cliente é favorecida pela redução das lacunas existentes entre a percepção da qualidade e a expectativa do cliente, sendo necessário, antes de estabelecer os

parâmetros de entrega de qualidade, saber quais são os elementos que importam para o cliente em sua relação de consumo sobre o serviço esperado. Alinhado a esse raciocínio, a literatura sobre a orientação para o mercado, focada na criação de valor superior para o cliente, entende toda a sua cadeia de valor, não apenas na atualidade, mas sua evolução ao longo do tempo (Narver & Salter, 1994). Para tanto, a orientação para o mercado requer a coleta de dados sobre o cliente, somados a informações da concorrência e de outros agentes influenciadores do mercado e a promoção da coordenação desses materiais.

Neste contexto, a justificativa teórica do presente estudo é consolidada pela oportunidade de expansão do entendimento sobre a entrega de valor e qualidade nos serviços de saúde, buscando compreender a expectativa e a percepção do cliente em seu relacionamento de consumo com a cooperativa de trabalho médico estudada, considerando as particularidades do sistema de saúde suplementar e investigando o entendimento sobre valor pela perspectiva do consumidor por meio das dimensões de serviços percebidas por ele. A baixa quantidade de pesquisas na área de saúde que buscam um aprofundamento do mapeamento das expectativas e percepção do cliente no contexto característico do modelo brasileiro de prestação de serviços médicos assistenciais a partir do relacionamento com operadoras de planos de saúde, e ainda, a pouca mensuração e compreensão do valor em cuidados de saúde, apontada pelo próprio Porter (2010), principalmente envolvendo o cooperativismo de trabalho médico, também corroboram a proposta deste estudo.

Em uma conjuntura prática, as constantes mudanças ocorridas no setor de saúde suplementar, principalmente quanto à elevação dos custos calculados com base na Variação de Custo Médico-Hospitalar (VCMH) que levam em conta, segundo o Ministério da Fazenda, fatores exógenos como o envelhecimento populacional e a introdução de novas tecnologias e novas drogas mais caras, além da ocorrência da judicialização; e fatores endógenos que incorporam elementos como o desalinhamento de incentivos, remuneração dos prestadores de serviços, pouca atenção à saúde primária e ineficiência operacional, tem tornado o acesso à saúde cada vez mais difícil para a população. Diante desse cenário, a aproximação e conhecimento das necessidades do consumidor pode proporcionar à operadora vislumbrar modelos de negócios alternativos que possibilitem incrementar o seu portfólio e permitam uma exploração mais abrangente do mercado, produzindo formas alternativas de atender o consumidor em detrimento aos desafios econômicos que se impõe aos custos operacionais, além, claro, de otimizar seus recursos focando no que realmente importa para o cliente. Este elemento encontra apoio na afirmação de Pedroso e Malik (2012) sobre a importância de se

estabelecer um sistema de informações que contemple o mapeamento das necessidades (inclusive as não atendidas) e do consumo dos usuários dos serviços de saúde. Esses dados, compartilhados com demais elos de uma cadeia de valor, contribuirá para a maior visibilidade da demanda real do sistema de saúde. Esse raciocínio fundamenta a justificativa material para a realização deste estudo.

## **2 Fundamentação teórica**

As abordagens dos conceitos e definições teóricas neste tópico interpelam os temas essenciais para a compreensão do problema estudado nesta pesquisa. A exploração do conteúdo destes fundamentos permitirá, também, a organização analítica dos dados levantados e a promoção de um debate acerca dos resultados encontrados após a aplicação dos procedimentos metodológicos abordados na próxima seção. O tópico será dividido em quatro assuntos, iniciando por uma contextualização do cooperativismo de trabalho médico no Brasil, abordando seu surgimento e evolução. Na sequência, serão expostos os conceitos relevantes do setor de serviços, onde está inserida a saúde suplementar, estabelecendo uma discussão dos conceitos de serviços pela ótica da administração, do marketing e da lógica dominante do serviço. Na terceira parte, serão dissertados os conceitos sobre a qualidade em serviços, filtrando a essência do relacionamento das empresas prestadoras e seus clientes, por meio do entendimento dos componentes que estruturam a satisfação dos clientes e sobre o conceito das lacunas da qualidade que investiga a distância entre expectativa e percepção de serviços e, finalmente, será conduzida uma discussão sobre o entendimento do conceito de valor, com uma abordagem sobre a cadeia de valor em saúde e a orientação para o mercado como mecanismo de geração de valor superior ao cliente, alinhando a percepção de qualidade em serviços com a capacidade interna de uma organização em gerar entregas diferenciadas aos seus consumidores.

### **2.1 A origem e a evolução do cooperativismo de trabalho médico na saúde suplementar brasileira**

Segundo levantamento realizado por Iturri (2014), o setor de saúde suplementar brasileiro possui quatro principais organizações:

- 1. Medicina em Grupo:** A gestão dos planos é feita por uma empresa privada criada historicamente por proprietários ou sócios de hospitais. Os serviços podem ser prestados por unidades próprias, em que os profissionais de saúde são empregados da empresa



de medicina em grupo, ou por meio de unidades credenciadas por ela. As operadoras de medicina em grupo têm como clientes indivíduos e empresas.

**2. Seguro Saúde:** Trabalham sob a lógica do reembolso das despesas com serviços. Seus clientes são indivíduos e empresas. O valor do reembolso tem teto predefinido. Nesta modalidade mais de 90% das despesas médico-hospitalares são pagas diretamente à rede, existindo centrais de atendimento e autorização, entre outros mecanismos de contenção de custos. A seguradora não pode, por lei, fazer prestação direta de serviços.

**3. Autogestão:** Os serviços de assistência à saúde são voltados para os empregados de empresas e seus familiares, podendo ser organizado diretamente pelo RH da empresa ou outra organização que institui e administra, pelos próprios empregados, por meio de caixas de assistência, associações, sindicatos e fundações sem fins lucrativos.

**4. Cooperativas de Trabalho Médico:** Formadas por profissionais médicos vinculados às cooperativas, denominados cooperados. 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 trazida por 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.

A ANS (2018) cita ainda outras duas organizações: a filantrópica, caracterizada por ser uma entidade sem fins lucrativos que opera planos privados de assistência à saúde e a administradora, definida como uma empresa que apenas administra o plano de assistência à saúde que são financiados por outra operadora.

Focando na constituição das cooperativas médicas, seu surgimento ocorreu na cidade de Santos, situada na região litorânea do estado de São Paulo, no ano de 1967, estimulada por Edmundo Castilho, em resposta ao surgimento das primeiras empresas de medicina em grupo criada por advogados, empresários e grupos de médicos não vinculados aos movimentos da categoria (Duarte, 2001). O movimento, segundo os idealizadores, foi uma forma de resgatar a ética e o papel social da medicina, garantindo a prática liberal da profissão e a qualidade no atendimento (Confederação Nacional das Cooperativas Médicas).

Em 1971, ano da promulgação da lei 5.764 que definiu a cooperativa médica como uma sociedade sem fins lucrativos, também foi o ano em que mais 30 cooperativas médicas

foram criadas, impulsionadas pelo movimento de Santos, espalhando-se pelos estados do Paraná, Minas Gerais, Paraíba, Pernambuco, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraíba.

Desde então, as cooperativas começaram a organizar-se entre si e criar mecanismos de intercooperação para expandir a atuação, estabelecendo-se como um sistema de prestação de serviços em saúde. Ainda em 1971, foi criada a primeira federação (cooperativa de segundo grau) no estado de São Paulo, que já contava com 13 cooperativas singulares.

Segundo a Confederação Nacional das Cooperativas Médicas, criada em 28 de novembro de 1975, os movimentos pioneiros de organização cooperativista do trabalho médico enfrentaram desafios e adversidades por conta da pressão das empresas de medicina em grupo, da inexperiência na operação, bem como a falta de apoio governamental e de credibilidade de empresários e usuários. Edmundo Castilho e sua equipe, como forma de disseminar o movimento, organizaram uma agenda de visitas às cidades interessadas em constituir as suas próprias unidades. A equipe realizou palestras, forneceu orientações e mobilizou profissionais e associações médicas em torno da iniciativa.

Desde então o movimento ganhou força, se capilarizando pelo país e conquistando a confiança do mercado. No ano de 1993, a Unimed, marca representada pela União dos Médicos e configurada para representar a prestação de saúde das cooperativas aos clientes, ganhou pela primeira vez o prêmio *Top of Mind* promovido pela Folha de São Paulo, vencendo todas as edições da pesquisa de reconhecimento das edições seguintes. Em 1996, a marca Unimed foi proclamada pela Aliança Cooperativista Internacional (ACI) como o maior fenômeno cooperativo do mundo contemporâneo na área da saúde.

Segundo cita Duarte (2001), com o passar do tempo, foram sendo constituídas outras estruturas, destinadas a prestar serviços complementares à atividade fim da cooperativa médica, agregando diferentes entidades jurídicas interligadas, criando um complexo multicooperativo empresarial.

Segundo a OCB (2018), o cooperativismo de saúde está presente em 85% do território brasileiro, e dentro do setor de saúde suplementar, responde por mais de 32% dos beneficiários atendidos, configurando a sua atuação como a mais representativa, econômica e financeiramente, dentro do setor da saúde suplementar.

## **2.2 Serviços**

São encontradas, na literatura, muitas definições de serviços, mas todas tem em comum o tema da intangibilidade e do consumo simultâneo (Fitzsimmons & Fitzsimmons,

2014). Segundo Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985), a literatura documenta três características fundamentais de serviços que, além de incluírem os elementos já citados, também agregam a heterogeneidade, estabelecendo uma diferença conceitual sobre os bens.

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.

Ainda dentro de uma perspectiva comparativa das características que diferem serviços dos bens, é possível admitir que essa distinção nem sempre é perfeitamente clara, pois é muito difícil a concepção de bens puros ou de um serviço puro, porquanto implicaria que os benefícios recebidos por um cliente que adquiriu bens não contivesse elementos fornecidos por serviços, da mesma forma que um serviço puro não conteria bens tangíveis (Hoffman & Bateson, 2003). No aspecto da intangibilidade, é possível admitir que algumas estruturas incorporadas no processo da prestação de serviços considerem elementos tangíveis e visíveis ao cliente, sendo correto considerar, ainda na linha desse pensamento, que os bens são predominantemente tangíveis, enquanto os serviços são predominantemente intangíveis. Vários autores corroboram esse entendimento defendendo a intangibilidade como a maior diferenciação dos serviços em relação aos bens, justificando que sua constituição é essencialmente formada de atuações e ações, mais do que propriamente objetos. Eles não podem ser vistos, sentidos ou tocados da mesma forma que é possível sentir os bens tangíveis (Zeithaml & Bitner, 2003).

Na definição sobre heterogeneidade, os serviços caracterizam-se dessa forma por serem prestados por seres humanos, de modo que nunca serão exatamente os mesmos e também pelo fato de que dois clientes não serão iguais e cada qual terá demandas próprias ou suas experiências de serviços ocorrerão de maneira muito particular (Zeithaml & Bitner, 2003), englobando aspectos sobre a expectativa e a percepção em relação ao serviço consumido, elementos que serão abordados mais adiante neste capítulo.

A inseparabilidade ou consumo simultâneo é caracterizado em serviços por não poderem ser estocados, pois são criados e consumidos ao mesmo tempo (Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2014), o que significa que o cliente está presente enquanto o serviço é produzido e, assim, pode ver ou até mesmo participar do processo de produção (Zeithaml &

Bitner, 2003). Nessas situações, a atuação do consumidor no processo torna-se crítica para o desempenho do serviço prestado (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985).

O quarto aspecto, próprio da natureza do serviço e ligado ao conceito da inseparabilidade é o da perecibilidade, definido pelos autores Hoffman e Bateson (2003, p. 35) como uma característica complementar – também mencionada por outros pesquisadores nesse mesmo contexto. Os autores descrevem a definição do conceito do seguinte modo: “A perecibilidade refere-se ao fato de que serviços não podem ser estocados. Ao contrário dos bens, que podem ser armazenados e vendidos depois, os serviços que não são vendidos quando disponíveis cessam de existir.”.

Tabela 1  
**Os aspectos do serviço**

<b>Característica</b>	<b>Fitzsimmons e Fitzsimmons</b>	<b>Zeithaml e Bitner</b>	<b>Hoffman e Bateson</b>
<b>Intangibilidade</b>	Serviços são ideias e conceitos.	Serviços são atuações e ações.	Os serviços não podem ser vistos, sentidos, degustados ou tocados da mesma forma que os bens.
<b>Heterogeneidade</b>	A natureza intangível dos serviços, aliada ao papel do cliente como participante no sistema, resulta em uma variação de serviços de cliente para cliente. Um aspecto crucial da administração de serviços é que estes não podem ser estocados, pois são criados e consumidos simultaneamente.	O fator humano e a particularidade de cada cliente em relação a sua experiência de consumo determinarão a forma como o serviço é prestado. A maior parte dos serviços é primeiro vendida e, então, produzida e consumida simultaneamente.	Uma das diferenças mais frequentes enfatizadas entre bens e serviços é a dificuldade de controlar a qualidade antes que ela chegue ao cliente. A inseparabilidade envolve a conexão física do provedor de serviços com o serviço prestado, envolvimento do cliente e interação entre os clientes.
<b>Consumo Simultâneo</b>			
<b>Perecibilidade</b>	Como um serviço não pode ser estocado, está perdido para sempre se não for utilizado.	Ocorre pelo fato de o serviço não poder ser preservado, estocado, revendido ou devolvido.	Refere-se ao fato de que serviços não podem ser estocados.

Nota. Fonte: O autor, baseado em “Administração de Serviços – Operações, estratégia e tecnologia da informação” de J. A. Fitzsimmons e M. J. Fitzsimmons, 2014; “Marketing de Serviços: a Empresa com Foco no Cliente” de V. A. Zeithaml e M. J. Bitner, 2003; “Princípios do Marketing de Serviços – Conceitos, Estratégias e Casos” de K. D. Hoffman e J. E. G. Bateson, 2003.

Sob um aspecto econômico político, o conceito que define os serviços tem mudado ao longo da história, principalmente no que se refere à geração de valor econômico, tanto para os indivíduos envolvidos na transação quanto para a sociedade como um todo. Neste contexto, historicamente destacam-se as versões clássicas que defendem a teoria valor-trabalho e a

teoria do valor-utilidade, onde a primeira foca na análise voltada para os aspectos de oferta, em que a produção industrial é o “*hard core*” do sistema econômico e sobrepõem-se a toda e qualquer atividade intangível, sendo uma linha de pensamento que confere pouco ou nenhum valor aos serviços. Já a segunda, é baseada em uma análise voltada essencialmente para os aspectos de demanda, onde o valor é concebido do ponto de vista das necessidades humanas, o que inclui os serviços como parte fundamental do sistema econômico (Meireles, 2006).

Meireles (2006) afirma, ainda nessa linha teórica, que o serviço é conceituado como um trabalho em processos e não o resultado da ação do trabalho, criando-se a evidência de que não se produz serviço, e sim se presta um serviço.

Os autores Fitzsimmons e Fitzsimmons (2014) corroboram a ideia de que os serviços são essenciais para a atividade econômica em qualquer sociedade, argumentando que serviços de infraestrutura, como transporte e comunicações, foram o elo essencial entre todos os setores da economia, incluindo o consumidor final.

Hoffman e Bateson (2003) citam o desenvolvimento do setor de serviços como uma mudança cultural na forma de se fazer negócio, em que instituições e indivíduos cada vez mais se tornaram desejosos de trocar dinheiro por tempo e de comprar serviços ao invés de gastar tempo fazendo coisas por si mesmos. Esse movimento fez com que, entre a década de 80 e 90, a representatividade de negócios em serviços no mundo quase triplicasse, passando de uma economia de 20% para 58% do resultado de todo o comércio mundial.

### **2.2.1 A lógica dominante do serviço**

Surgida na literatura de marketing, em resposta a novas perspectivas focadas em recursos intangíveis, na cocriação de valor e nos relacionamentos (Vargo & Lusch, 2004), o conceito da lógica dominante do serviço é um caminho para uma compreensão mais aprofundada do processo que ocorre dentro do papel da empresa que oferta o serviço e o papel do cliente dentro do processo de consumo em serviços, principalmente sob o foco da construção de valor percebido nessa troca, proporcionando o intercâmbio econômico. Para os autores que iniciaram as pesquisas da lógica dominante de serviço, ele se conceitua como “uma mentalidade para uma compreensão do propósito e natureza das organizações, mercados e sociedade” (<http://www.sdlogic.net>, recuperado em 15 de abril, 2019). A definição introduz, ainda, a discussão de que todas as economias estão centradas em serviço pelo fato das organizações, como um todo, estarem dentro da atuação de serviços, direcionando as práticas de marketing para a necessidade de se ajustarem aos fundamentos da lógica, princípios e teorias de serviços.

Fitzsimmons e Fitzsimmons (2014) definem a lógica dominante do serviço como uma alternativa conceitual ao paradigma centrado nos bens para descrever as trocas econômicas e a criação de valor. Os autores focam na ideia central de que os serviços são constituídos como a aplicação de competências em benefício de outra parte, sendo a base fundamental de criação de valor econômico.

O conceito da lógica dominante do serviço passa por 10 premissas fundacionais (PF) que descreve o seu processo, incluindo o cliente como um participante do desenvolvimento do serviço e, conseqüentemente, na percepção e determinação do valor criado dentro da prestação e processo de consumo.

Tabela 2  
**Premissas Fundacionais da lógica dominante do serviço**

<i>PF</i>	<i>Premissa</i>	<i>Explicação/Justificativa</i>
1	O serviço é a base fundamental da troca.	É uma atividade ou processo, não uma unidade intangível de produção. É derivado da aplicação ativa de competências em benefícios da outra parte. Serviço é trocado por outro serviço.
2	A troca indireta mascara a base fundamental da troca.	O processo de criação de valor é complexo com muitos sistemas intermediários facilitando o processo de troca.
3	Os bens são mecanismos de distribuição para a prestação dos serviços.	Bens são um conjunto de custos de mão de obra, material e energia que adquirem valor apenas ao serem usados.
4	Os recursos operantes são a fonte fundamental da vantagem competitiva.	A vantagem competitiva de uma organização é determinada por suas habilidades, conhecimentos e capital intelectual, que podem ser utilizados para criar valor para o cliente.
5	Todas as economias são economias de serviços.	Se o serviço é a aplicação de competências em benefício de outros, então toda atividade econômica é em essência um serviço.
6	O cliente é sempre um cocriador do valor.	A criação do valor se dá pela interação. A atividade de serviços envolve o cliente de alguma forma no processo de criação de valor em uma relação interativa.
7	A empresa não pode fornecer o valor, apenas a proposta de valor.	Assim como um produto, o serviço só adquire valor ao ser utilizado pelo cliente. A organização pode disponibilizar seus recursos aplicados de forma interativa e criar o valor após a aceitação do consumidor.
8	Uma visão centrada no serviço é inerentemente voltada ao cliente e à relação com ele.	Já que o serviço é criado em conjunto com o cliente, a troca torna-se naturalmente voltada para ele.
9	Todos os agentes econômicos e sociais são integrantes dos recursos.	O valor é criado quando o cliente integra e aplica os recursos do prestador de serviços junto com outros integrantes de recursos.
10	O valor é sempre única e fenomenologicamente determinado pelo beneficiário.	O valor ou a qualidade de um serviço são determinados pelo cliente levando-se em conta as suas necessidades e o contexto que o leva ao ato de consumo, determinando a experiência.

Nota. Fonte: Recuperado de "Administração de Serviços - Operações, estratégias e tecnologia da informação" de J. A. Fitzsimmons e M. J. Fitzsimmons, 2014, p. 30-31.

Sob a ótica do marketing de serviços, a estrutura conceitual defendida pelos estudos da lógica dominante de serviço tem contribuído para uma mudança de visão na matéria, incorporando discussões sobre a mudança de foco em serviços (plural) ou os chamados produtos intangíveis para serviço (singular) que concentra-se, como vimos, na aplicação de conhecimentos e habilidades em benefício de outra parte (Baron, Warnaby & Hunter-Jones, 2014). Esse movimento aproximou o campo de pesquisa de marketing em serviços e gestão, estabelecendo uma nova conexão e canais de troca de informações entre o campo acadêmico e a prática de mercado.

Com foco total da composição de serviço, os estudos da lógica dominante também estabelecem uma clara diferenciação de conceito entre os termos consumidores e clientes, ligando o primeiro mais a um elemento do relacionamento comercial entre uma empresa e seu mercado em uma estrutura de aquisição de bens, onde o indivíduo que adquire o produto cumpre apenas o papel de comprar e consumir, distante do processo de criação do valor. Já o termo cliente, incorporado no serviço, compreende de modo mais significativo o conceito de cocriação e relacionamento mais próximo (Wilden, Akaka, Karpen & Hohberger, 2017), que consiste na criação de serviços com maior valor agregado, alinhando-se às necessidades e desejos do cliente.

Posto esses principais conceitos, a lógica dominante do serviço engloba de uma maneira abrangente o papel do consumidor no processo de formatação de um serviço que seja eficiente ao atender necessidades e desejos específicos, cobrindo lacunas nas teorias de cadeia de valor que, em sua maioria, enxergam o processo de formatação de serviços sob a ótica econômica e de gestão de custos das organizações, como veremos mais adiante, dando margens para discussão sobre a eficiência operacional conceituada sobre a geração de resultados melhores com custos menores, podendo ser interpretada como valor, porém não pela perspectiva do cliente.

### **2.2.2 Marketing de serviços**

Kotler e Keller (2012) abordam o escopo de marketing a partir do conceito de que o seu processo ocorre por meio do envolvimento e da identificação das necessidades sociais e o definem como uma ferramenta para “suprir necessidades gerando lucro”. Tradicionalmente, o marketing ocorre em quatro estruturas amplas fundamentais que compõe o chamado *mix* de marketing, denominado quatro P’s: produto, preço, praça e promoção. Atualmente, o marketing moderno tem incorporado um conceito diferente dos quatro P’s, alinhando-se ao conceito do marketing holístico, adaptando-se às transformações da dinâmica de consumo e



nas relações do mercado com as organizações, definindo-se como pessoas, processos, programas e performance. Essa definição e nova constituição do marketing reconhecem e conciliam o escopo e a complexidade das atividades de marketing de relacionamento, marketing integrado, marketing interno e marketing de desempenho.

Os estudos conceituais que buscaram traduzir e classificar as diferenças entre bens e serviços também deram início a identificação de uma série de consequências e implicações para a prática do marketing, levando a um encadeamento de questionamentos aos profissionais da área que passaram a pensar em uma estrutura voltada para serviço, tentando responder aos desafios sobre como aperfeiçoar a qualidade dos serviços lidando com a intangibilidade, como integrar uma imagem consistente a comunicação de marketing levando-se em conta a atuação de prestadores, como conciliar a demanda flutuante e a precibilidade dos serviços, como trabalhar a qualidade dos funcionários considerando o seu papel na execução dos serviços, criando integração entre as decisões de marketing e de recursos humanos, reconhecendo o efeito que uma tem sobre a outra, dentre outras (Zeithaml & Bitner, 2003). Essa diferenciação levou o profissional de marketing a adotar um conceito composto de marketing expandido para serviços.

Os autores Baron, Warnaby & Hunter-Jones (2014) marcam o surgimento do termo marketing de serviços como tendo ocorrido ao final do século XX, impulsionado pelo desenvolvimento da indústria de serviços que passou a representar uma parcela significativa da atividade econômica global. Ainda segundo os autores, a evolução de sua construção teórica por meio de pesquisas sucedeu em quatro fases. Os primeiros estudos foram realizados nas décadas de 60 e 70, quando o assunto passou a compor o interesse acadêmico e estenderam-se até 1988, caracterizando a primeira fase das pesquisas sobre o marketing de serviços, em que os estudiosos começaram a perceber o aumento no impacto econômico gerado pelo setor de serviços e a alertar sobre a escassez de estudos na área. A segunda fase ocorreu entre 1988 e 1997, e concentrou-se em estudos empíricos que tinham como principal objetivo a criação e definição de medidas para a construção do marketing de serviços. Esses estudos focaram principalmente nos serviços de negócio para o consumidor. A terceira fase, ocorrida de 1998 a 2003, concentrou pesquisas sobre a mudança de relação do consumo estimulado, principalmente pela popularização da internet e buscou uma melhor compreensão sobre a experiência do cliente/consumidor e sobre a globalização do serviço. A quarta fase, ainda em andamento e iniciada em 2004, engloba os conceitos da lógica dominante do serviço – abordado anteriormente –, da tecnologia em serviços que compreende, principalmente, os

recursos disponíveis na internet para relacionar-se com seus clientes e a pesquisa de serviço transformador, que traz para a prática de marketing de serviços metas que refletem uma perspectiva do consumidor relacionada à qualidade de vida e bem-estar.

Em uma concepção voltada para a execução do marketing, os autores Zeithaml e Bitner (2003) abordam três grupos interconectados que atuam integrados para a promoção e execução dos serviços. Esses conceitos formam o triângulo do marketing de serviços, que, além dos elementos que incorporam três metodologias de marketing, também identifica os atores que interagem para que a etapa do processo aconteça.



**Figura 2.** O triângulo de marketing de serviços

Fonte: Adaptação de "Marketing de Serviços - A Empresa com Foco no Cliente" de V. A. Zeithaml e M. J. Bitner, 2003, p. 39.

São funções dos três marketings dispostos no triângulo de Zeithaml e Bitner (2003):

**1. Marketing Externo:** responsável por gerar a promessa aos clientes, considerando suas expectativas e como elas serão atendidas.

**2. Marketing Interativo:** são os processos responsáveis por manter as promessas feitas ao mercado, sendo um dos elementos mais importantes de todo o processo, sob a ótica do cliente.

**3. Marketing Interno:** reúne os processos que tornam possível a execução das promessas. Eles envolvem, principalmente, os executores, alinhando as habilidades, competências, ferramentas e motivações necessárias para a execução do serviço.

Com a ampliação do papel dos serviços na economia, o marketing tem seguido uma dinâmica crescente em centrar-se no consumidor, mudando o seu foco da manufatura e do produtor para o cliente. Cada vez mais, o seu papel como ferramenta de gestão ou disciplina

acadêmica, tem direcionado a atenção do tangível para o intangível, concentrando no desenvolvimento de habilidades, conhecimento, informações, conectividade e relacionamentos contínuos. O papel do consumidor no processo de geração de valor está progressivamente em evidência e modificando o pensamento e a dinâmica do marketing (Vargo e Lusch, 2004). Em uma discussão mais recente, Kotler, Kartajaya e Setiawan (2017) abordam as mudanças de foco do marketing ocorridas em quatro transformações evolutivas, passando do marketing centrado no produto (1.0) para o marketing centrado no consumidor (2.0), seguindo para o marketing centrado no ser humano (3.0) e por fim, chegando ao atual marketing da economia digital (4.0), onde as necessidades e hábitos do consumidor devem ser centro norteador das atividades de marketing, considerando a tecnologia e a migração das relações de consumo para o ambiente digital, reforçando a ideia de participação do cliente na formatação e valor dentro dos processos delineados pelo conceito de marketing de serviços.

### **2.3 Qualidade em serviços**

O entendimento sobre a qualidade de serviços passa, obrigatoriamente, pela conceituação estrutural de serviços, abordada anteriormente, composta por três características medulares: intangibilidade, heterogeneidade e inseparabilidade. Dada essa configuração, é possível afirmar que a qualidade em serviços é mais difícil de ser avaliada pelo cliente do que um produto, pois nesta segunda, o consumidor conta com sugestões tangíveis para julgar a qualidade, como estilo, solidez, cor, rótulo e sensação. Já em serviço, essa avaliação ocorre por meio de uma comparação entre expectativa e desempenho real do serviço (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1985).

Outra abordagem à compreensão do conceito da percepção da qualidade na prestação de serviços é estudando a relação entre o cliente e o provedor, levando em conta o processo humano na geração do serviço, que ocorre muitas vezes de modo individualizado (Eberle, 2009) e define a percepção em detalhes executados no processo.

Na abordagem de Zeithaml e Bitner (2003), a qualidade em serviços é percebida pelo cliente sob um aspecto de resultado técnico e um aspecto processual. O resultado processual está ligado à conduta do prestador de serviços e o seu desempenho durante o período de execução do trabalho. O resultado técnico está relacionado, especificamente, com a conclusão do serviço e em como ele atendeu a uma necessidade ou desejo explícito do cliente. Os autores ainda defendem que os clientes analisam a qualidade sob a lente de dimensões pelas quais organizam mentalmente as informações sobre os serviços recebidos.

Shukla (2013) defende que a qualidade é a percepção do cliente sobre um serviço entregue, determinado pelo desempenho coletivo de ações durante o ato de consumo que caracteriza a prestação, e que só pode ser julgada por meio de experiências empíricas. O autor ainda complementa que a qualidade deve atentar-se para satisfazer completamente as necessidades dos clientes internos e externos e que, para alcançar o objetivo, deve promover uma gestão da qualidade de serviço monitorando o processo de ponta a ponta e promovendo a manutenção de suas práticas por meio do aprendizado contínuo.

A avaliação da qualidade dos serviços está relacionada com a satisfação do cliente e é realizada ao longo do processo em que a prestação ocorre, especificando cada contato com o consumidor como um momento da verdade, onde naturalmente, ocorre 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 é classificada como inaceitável quando está abaixo da expectativa. (Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2014).

Para Zeithaml, Bitner e Gremler (2011), os conceitos de satisfação e qualidade são fundamentalmente diferentes, sendo a satisfação um conceito mais amplo relacionado a elementos causais e desfechos resultantes e a percepção de qualidade um dos componentes que formula a satisfação do cliente. Os autores defendem que a qualidade é uma avaliação coordenada que reflete a percepção do cliente sobre as dimensões do serviço prestado. Já a satisfação, é influenciada pela percepção da qualidade em conjunto com elementos como preço e fatores situacionais e pessoais de cada indivíduo.

A percepção sobre os serviços está relacionada às expectativas que os clientes possuem dela. Como as expectativas são dinâmicas, as avaliações realizadas também podem mudar ao longo do tempo, considerando a característica de pessoa para pessoa e de cultura para cultura, posicionando a qualidade dos serviços ou satisfação dos clientes como um elemento das percepções do cliente sobre o serviço recebido e nunca em critérios objetivos e predefinidos sobre o que o serviço é ou deveria ser (Zeithaml, Bitner & Gremler, 2011).

Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988) discutiram as diferenças entre qualidade e satisfação, percepção e expectativas, relacionando-as entre si e determinando a manifestação de cada conceito sob a ótica do cliente e da organização. A satisfação ocorre por meio de um sentimento relacionado a uma transação específica, enquanto a qualidade é avaliada de modo global, observando todo o conceito da organização que opera um determinado serviço. Por exemplo, segundo os autores, é possível que um cliente esteja satisfeito com uma determinada

experiência de consumo com a organização, mas não sinta que aquela organização específica seja de alta qualidade. Na discussão sobre os construtos de percepção e expectativas, os pesquisadores definem que expectativas são previsões que os clientes fazem sobre como os serviços devem acontecer, e a percepção é o resultado da comparação entre as expectativas e o que de fato foi oferecido como serviço no ato do consumo.

A satisfação do usuário no processo de prestação de serviços é um importante elemento da construção da qualidade. No setor de saúde brasileiro, alguns estudos começaram a ser realizados, ainda restritos ao ambiente acadêmico, com o propósito de, dentro de uma perspectiva de marketing direcionada a formatação de serviços hospitalares mais eficientes e que elevem a satisfação dos usuários, identificar as lacunas de qualidade existentes entre o que a empresa prestadora oferece e o que o cliente espera, com objetivo de estruturar estratégias assertivas e de alta efetividade, como também permitir o monitoramento desses elementos, contribuindo para a construção de avanços tecnológicos e científicos (Pena, Silva, Tronchin & Melleiro, 2013).

Ao longo dos estudos sobre qualidade de serviços, os pesquisadores da área desenvolveram escalas com objetivo de mensurar a percepção de qualidade dos serviços como forma de orientar os ajustes e as melhorias necessárias como método de aprimorar a relação das empresas prestadoras com os seus mercados consumidores. Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988) estruturaram a primeira escala do tipo, a SERVQUAL que, após duas rodadas de testes e refinamentos, foi consolidada sob as cinco dimensões da qualidade que auxiliam os clientes na organização mental dos elementos que compõe a prestação de serviços e, por meio delas, faz a avaliação da qualidade percebida, com 22 itens de avaliação distribuída 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, Zeithaml e Berry (1985), que busca identificar exatamente qual a diferença entre a expectativa do cliente e a percepção sobre o serviço recebido.

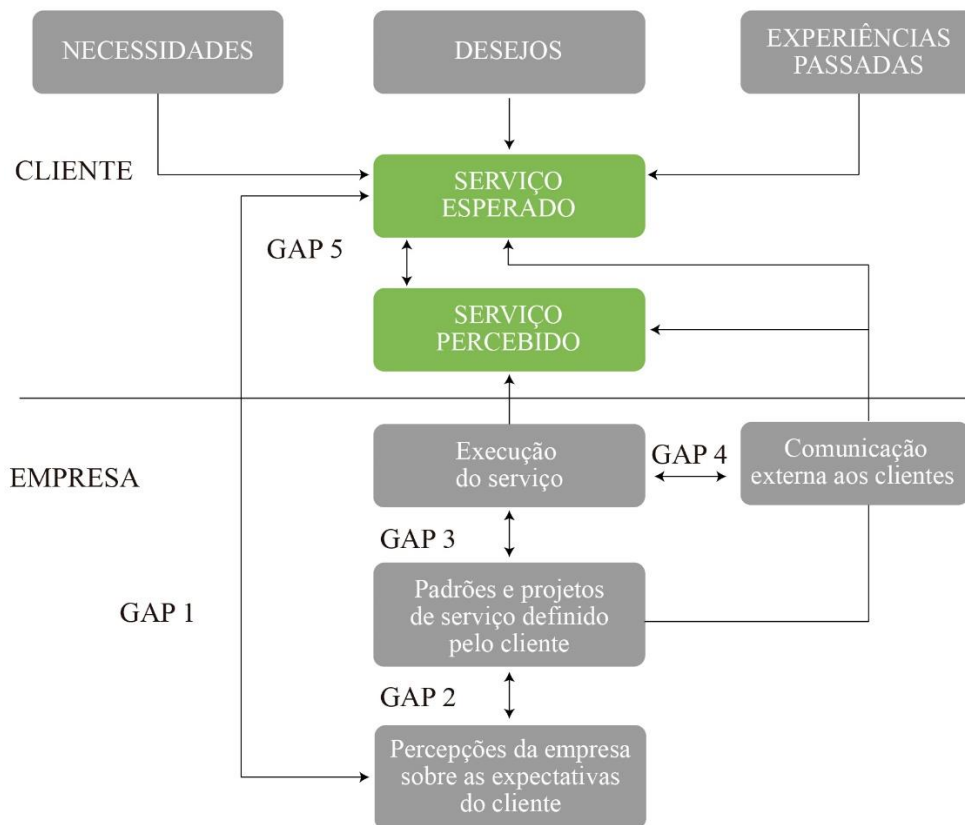
Os estudos de Parasuraman, Zeithaml e Berry estimularam outros pesquisadores a avaliar o modelo desenvolvido e propor escalas alternativas, sempre com o objetivo de alinhar conceitos mais efetivos para a mensuração da qualidade. Foi o caso da escala SERVPERF, concebida por Cronin e Taylor (1992), que criaram o seu modelo baseado na percepção de performance dos serviços prestados, relacionando a qualidade do serviço, a satisfação do consumidor e a intenção de compra.

### **2.3.1 O modelo das lacunas da qualidade**

A pesquisa exploratória conduzida por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985) levantou elementos geradores da lacuna entre a expectativa do cliente e o que era oferecido pela empresa como qualidade de serviços, comparando a expectativa do cliente e o entendimento gerencial das empresas sobre o conceito de serviço de qualidade. Todo o modelo começa a partir da diferença entre o serviço esperado pelo cliente e o serviço percebido, denominado lacuna do cliente, e se completa em outras quatro lacunas que ocorrem dentro das organizações, chamadas de lacunas da empresa.

Na definição de Zeithaml, Bitner e Gremler (2011) a satisfação e o foco no cliente são essenciais à competitividade, e o gerenciamento das lacunas de qualidade auxilia na percepção sobre as necessidades de seus clientes e em uma entrega que prioriza uma qualidade mais adequada aos seus consumidores.

Conforme demonstrado na Figura 3, as lacunas de qualidade são medidas em relação a características específicas de serviço.



**Figura 3.** As Lacunas (GAPS) da Qualidade.

Fonte: De "Marketing de Serviços - A Empresa com Foco no Cliente" de V. A. Zeithaml, M. J. Bitner e D. D. Gremler, 2011, p. 79.

Segundo Zeithaml, Bitner e Gremler (2011) as lacunas da qualidade são definidas da seguinte forma:

**Lacuna 1: Compreensão do cliente** – essa lacuna representa a falta de conhecimento ou compreensão que, muitas vezes, a empresa tem sobre as expectativas de seus clientes. Os principais fatores que levam a essa situação, podem estar relacionados a uma orientação inadequada para a pesquisa de marketing, falta de comunicação ascendente, foco insuficiente nos relacionamentos e recuperação inadequada de serviços, ou seja, a ausência de mecanismos ou processos adequados de recuperação em casos de falhas na prestação dos serviços.

**Lacuna 2: Projeto e padrões de serviços** – a lacuna 2 é formada pela dificuldade da organização em assimilar e traduzir as expectativas dos clientes, gerando o desenvolvimento de padrões e projetos de serviços que destoam das especificações de qualidade definidas pelo cliente. Essa lacuna é gerada pela existência de projetos de serviços deficientes, sem sistemática, grosseiros e indefinidos no padrão de execução e desalinhamento com

posicionamento; ausência de padrões definidos pelo cliente que não contemple suas necessidades e desejos básicos e não tenham processos formais de definição das metas de qualidade; e cenários de serviços inadequados que não atendem as necessidades dos funcionários para a execução do serviço e, conseqüentemente, não atendem as expectativas dos clientes.

**Lacuna 3: Desempenho do Serviço** – esse item é definido pela diferença entre as definições do projeto e padrões de serviços em relação ao real desempenho do serviço prestado pelo funcionário da organização. Esse *gap* ocorre, principalmente, pela gestão irregular dos recursos da firma e do relacionamento deficiente com os clientes e outros fornecedores da cadeia de prestação de serviços, além de não contemplar um correto direcionamento operacional para equilibrar a oferta e a demanda.

**Lacuna 4: Comunicação** – a quarta lacuna é criada por meio da promessa que a empresa realiza a respeito dos seus serviços, geralmente em ações publicitárias veiculadas em mídia. Essa promessa exerce influência sobre a expectativa e sobre os padrões pelas quais o cliente avalia a qualidade do serviço. Se houver lacunas entre o serviço prometido e o serviço executado, conseqüentemente a lacuna do cliente será ampliada. A lacuna da comunicação ocorre por falhas nos processos de comunicação, por excesso de promessas e precificação inadequada dos serviços.

Por fim, a quinta lacuna é a chamada **lacuna do cliente**, que se forma entre a diferença do serviço esperado e o serviço percebido, sofrendo influência de todas as outras lacunas, ou seja, é uma função de magnitude expressa por  $lacuna5 = f(lacuna1, lacuna2, lacuna3, lacuna4)$ . Essa lacuna define a distância entre a qualidade esperada pelo cliente e a qualidade recebida.

### 2.3.2 A Escala SERVQUAL

Após as pesquisas que identificaram as lacunas da qualidade, abordadas no tópico anterior, Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988) discutiram a necessidade de se desenvolver um indicador para mensurar a qualidade e determinar o *score* médio de cada lacuna, considerando as percepções e expectativas dos clientes. Inicialmente, o instrumento, denominado SERVQUAL, era composto por 97 itens distribuídos entre as 10 dimensões de percepção da qualidade do cliente. O primeiro teste para refinar o instrumento reduziu a pesquisa para 34 itens classificados em 7 dimensões de percepção. O segundo processo de refinamento deu forma final à escala, formatando-a com 22 itens dentro de 5 dimensões, conforme demonstra a Tabela 3.



Tabela 3  
Evolução da Escala SERVQUAL

Escala inicial	Escala 1º refinamento	Escala final
D1 – Tangibilidade	D1 – Tangibilidade	
D2 – Confiabilidade	D2 – Confiabilidade	D1 – Confiabilidade
D3 – Presteza	D3 – Presteza	D2 – Responsividade
D4 – Comunicação	D4 – Comunicação	D3 – Segurança
D5 – Credibilidade	D5 – Cortesia	D4 – Empatia
D6 – Segurança	D6 – Compreensão	D5 – Tangibilidade
D7 – Competência	D7 – Acessibilidade	
D8 – Cortesia		
D9 – Compreensão		
D10 - Acessibilidade		

Nota. Fonte: Adaptado de "SERVQUAL: Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perception of Service Quality" de A. Parasuraman, V. A. Zeithaml e L. L. Berry, 1988, Journal of Retailing, 54(1), 12-40.

Estudos posteriores de revalidação, conduzido pelos próprios autores, reafirmaram a confiabilidade da escala, reproduzindo o estudo e verificando a variabilidade que ocorreram em suas dimensões, considerando o modelo praticamente o mesmo. Salvo, alguns ajustes conceituais na formulação das perguntas e em considerações tácitas sobre as dimensões, que se mantiveram inalteradas.

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. Cada item da pesquisa é disposto no formato da escala numérica ordinal com variação de (1), significando “Discordo Totalmente”, a (7), significando “Concordo Totalmente”. Sua utilização permite que a empresa realize 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 dos serviços, seguindo os conceitos metodológicos que influenciaram a criação da SERVQUAL (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1991).

A mensuração da qualidade em serviços sempre se apresenta como um desafio, uma vez que, a satisfação do cliente é determinada por muitos elementos intangíveis e variáveis, tais como fatores psicológicos e longevidade dos resultados técnicos, uma vez que na saúde, por exemplo, a prestação do serviço afetará a qualidade de vida do cliente ao longo do tempo. A multiplicidade de dimensões avaliadas pela SERVQUAL demonstra-se muito útil para

pesquisar a satisfação dos clientes com base nas lacunas e na experimentação desses serviços, observando os fatores externos que podem impactar na avaliação (Fitzsimmons & Fitzsimmons, 2014).

Os pesquisadores Zeithaml, Bitner & Gremler (2011) defendem que a pesquisa SERVQUAL é adequada para determinar o *score* médio da lacuna de cada atributo do serviço, avaliar a qualidade de uma empresa em relação às cinco dimensões do serviço, identificar as expectativas e percepções dos clientes, identificar e examinar grupos de clientes que diferem na avaliação da qualidade dos serviços da organização e avaliar a qualidade do serviço interno.

As dimensões da SERVQUAL permitem que o instrumento possa ser adaptado a qualquer segmento de negócio, considerando-se as especificidades da expectativa dos clientes de um determinado setor, dos procedimentos de coleta e da peculiaridade de cada organização. Seu esqueleto permite uma ampla aplicabilidade, adequando-se às necessidades específicas de coleta e mensuração da percepção de qualidade (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 1988; 1991).

No Brasil, especificamente na área de saúde, com foco em serviços hospitalares, alguns pesquisadores têm investido esforços para conhecer as expectativas e necessidades dos pacientes, aplicando e validando a escala SERVQUAL como instrumento principal de coleta de dados para a formatação de informações que possibilitem tomadas de decisões nas instituições com foco no aprimoramento da qualidade do atendimento assistencial (Pena, Silva, Tronchin & Melleiro, 2013).

### **2.3.3 A Escala SERVPERF**

O desenvolvimento da escala de Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988, 1991) estimulou outros pesquisadores a avaliar o processo de mensuração da qualidade e a testar o modelo SERVQUAL. Surgiram alguns autores críticos à escala estruturada a partir de 1988, sugerindo metodologias diferentes ou instrumentos alternativos para demonstrar a percepção de qualidade dos clientes (Eberle, 2009).

Cronin e Taylor (1992) conduziram um estudo de reexame dos procedimentos teóricos de mensuração da qualidade em serviços e propuseram a criação da escala SERVPERF, que se baseava na percepção que os clientes tinham do desempenho do serviço oferecido pela empresa. A justificativa dos autores para a criação de uma escala em contraponto a SERVQUAL é de que a qualidade é um pressuposto conceitual relacionado à atitude do cliente em relação às dimensões da qualidade em serviços e seria inadequado obter a sua

medida com base na diferença entre expectativa e desempenho percebido. Para os autores, a performance possibilita a avaliação da qualidade pelos valores que entrega por meio da prestação do serviço e são percebidos pelo cliente.

O modelo SERVPERF, portanto, não se preocupa em conhecer a expectativa do cliente, focando no conceito de que a satisfação é um antecedente à qualidade de serviços, sendo a satisfação o principal influenciador das intenções de compra, posicionando o desempenho como o elemento que mais interessa na mensuração da qualidade (Cronin & Taylor 1992).

As principais conclusões dos estudos sobre a escala SERVPERF foram de que a medida baseada na performance é mais precisa para mensurar a qualidade de serviços e que os conceitos tradicionais de avaliação de marketing sobre qualidade são baseados em um paradigma falho, fundamentado na satisfação e não no modelo de atitude do cliente (Souto & Correia-Neto, 2017).

#### **2.3.4 Escala SERVQUAL X Escala SERVPERF**

Alguns estudos no Brasil foram conduzidos para comparar a confiabilidade e a validade das escalas SERVQUAL e SERVPERF em experiências teóricas e de revisão bibliográfica, tendo, ambas as escalas, obtido resultados satisfatórios quanto a sua demonstração de capacidade para coletar e ordenar os dados.

Na revisão teórica realizada por Souto e Correia-Neto (2017) foi identificado que o principal questionamento sobre a escala SERVQUAL encontrada na literatura é de que a fórmula “Percepção – Expectativa” pode não ser a ideal para se mensurar a qualidade, baseado na hipótese de que a expectativa está presente na percepção dos respondentes. Sobre a escala SERVPERF, os autores levantaram a preocupação teórica de que basear uma mensuração apenas sob a perspectiva da performance pode gerar distorções, principalmente em mercados pluralizados e corre-se o risco de perder a referência das expectativas dos clientes, podendo variar conforme a natureza das indústrias, geografia e demografia.

Num comparativo direto entre as vantagens e desvantagens das duas escalas, o SERVPERF leva vantagem sobre o SERVQUAL, por ser considerado um instrumento de menor custo operacional e tempo menor de coleta, uma vez que, não investiga a expectativa do cliente, enquanto a SERVQUAL leva vantagem na identificação dos pontos focais de qualidade na percepção dos clientes (Souto & Correia-Neto, 2017).

O estudo empírico realizado por Salomi, Miguel e Abackerli (2004) concluiu que as duas escalas, comparadas sob os critérios de avaliação “confiabilidade” e “validade”, são

adequadas como instrumentos de mensuração da qualidade, validados pelos valores obtidos por meio do coeficiente alfa de Cronbach. Esse resultado é corroborado por Carrillat, Jaramillo e Mulik (2007), que concluíram que as duas escalas são adequadas como indicadores de qualidade, havendo diferenças conceituais entre as duas, porém, não sendo possível afirmar a superioridade de qualquer uma delas.

Para os objetivos desta pesquisa, a escala escolhida como instrumento de coleta de dados será a SERVQUAL. Após a análise das críticas e considerações sobre as duas escalas discutidas, a escolha se fundamenta em dois critérios: o primeiro diz respeito ao mapeamento da expectativa do cliente como ponto fundamental para determinar as lacunas de qualidade entre aquilo que o cliente espera e aquilo que a empresa entende como qualidade ofertada ao mercado. Esse contexto encaixa com a análise do tópico seguinte que trata da geração de valor ao cliente, considerando aspectos do conceito de orientação para o mercado. Esse construto é composto por três elementos, dentre eles a orientação para o cliente que concentra práticas que se aproxima das definições abordadas anteriormente sobre as causalidades das lacunas de qualidade, principalmente no que se refere ao conhecimento interno da empresa sobre o que o cliente espera. O segundo critério concentra-se no referencial teórico mais amplo da Escala SERVQUAL e sua utilização no Brasil, especificamente no setor de saúde, produzindo um histórico abrangente de aprendizado e refinamento da escala à realidade das condições operacionais brasileiras.

Com base nessa análise, embasada na discussão sobre os conceitos de qualidade em serviços, o próximo tópico tratará sobre a geração de valor para o cliente, sob a perspectiva conceitual do construto orientação para o mercado, aplicado ao setor de saúde.

## **2.4 Definição de valor**

A literatura sobre estratégia e a literatura de marketing traz diversas definições teóricas sobre o conceito de geração de valor, posicionando-o tanto com um elemento da vantagem competitiva quanto de relacionamento, atração e fidelização do cliente. Na abordagem da vantagem competitiva, termo consagrado por Porter (1985) com a publicação do livro “Vantagem Competitiva”, o valor gerado aos clientes e que excede o custo de sua criação é o fundamento para desenvolver a diferenciação competitiva dentro de uma indústria. O valor é definido pelo que os clientes estão dispostos a pagar (Porter, 1985). O valor que sustenta uma vantagem competitiva é aquele criado e implementado pela organização e que não pode ser imediatamente executado por um concorrente (Barney, 1991), ofertados a preços inferiores aos praticados pelos outros vendedores com benefícios iguais ou por meio da

disponibilização de benefícios únicos que compensam o consumo a um preço superior (Porter, 1985).

As definições apresentadas posicionam o valor como elemento central de entendimento do conceito de vantagem competitiva. Contudo, a primazia sobre a concorrência é comumente relacionada ao desempenho financeiro superior, como se tivesse uma relação direta de causa e efeito (Barney, 1991).

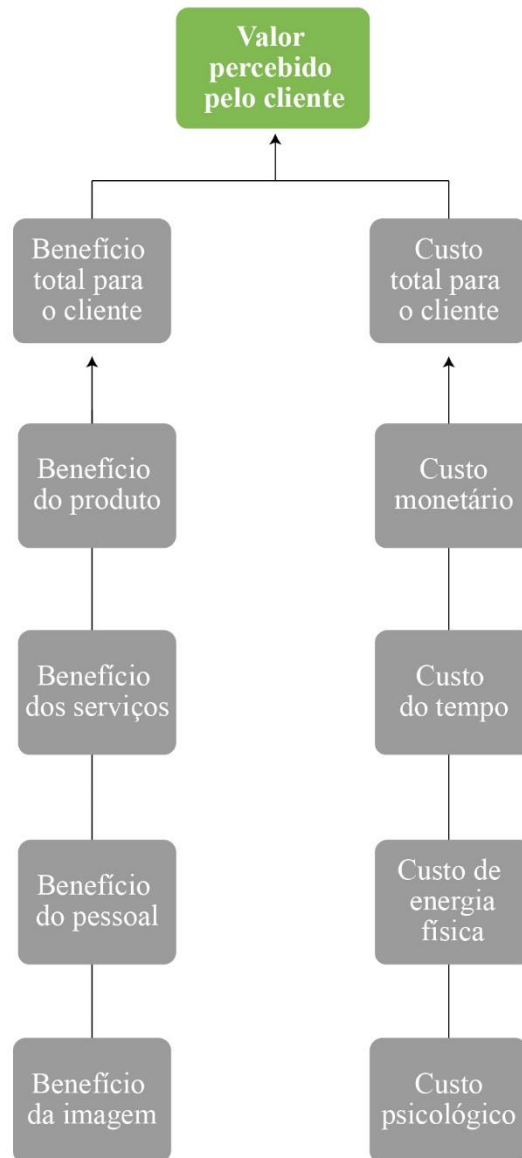
Porter (1998) afirma que a materialização do valor ocorre em um ambiente competitivo durante a transação entre compradores e vendedores. Neste contexto, a organização que oferta o serviço ou produto precisa identificar a percepção de valor do cliente para, então, criá-lo. E quando a transação se concretiza,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

O conceito econômico de valor, comumente utilizado na literatura de estratégia, faz a distinção entre valor de troca de bens e serviços. Há também a distinção entre criação e apropriação de valor. A criação de valor é a diferença entre o custo de oportunidade da organização e a disposição a pagar do cliente.

Na perspectiva da literatura de marketing, Narver e Slater (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.

A noção de vantagem competitiva migrou de um entendimento baseado em características estruturais para a ênfase nas capacidades que permitem a uma organização fornecer consistentemente valor superior aos seus clientes, o que envolve coletar e coordenar constantemente informações sobre consumidores, concorrentes e outros influenciadores de mercado (Slater & Narver, 1994).

Na definição de Kotler e Keller (2012) o valor percebido pelo cliente é a diferença entre a avaliação que o cliente faz dos benefícios e custos relativos a uma experiência de consumo e as alternativas percebidas, sendo os benefícios um conjunto de vantagens econômicas, funcionais e psicológicas, e os custos o conjunto de gastos para que o cliente tenha acesso ao produto e serviço, como monetário, tempo, energia física e psicológica. A Figura 4 demonstra a relação entre esses elementos.



**Figura 4.** Determinantes do valor percebido pelo cliente

Fonte: De “Administração de Marketing” de P. Kotler e K. L. Keller, 2012, p 131.

A vantagem competitiva surge quando uma empresa executa um serviço com qualidade consideravelmente superior à da concorrência e supera as expectativas do cliente, formadas a partir de experiências já vivenciadas, pela reputação da organização e propaganda. A partir daí, o cliente compara o serviço recebido com o esperado e se sua percepção atender ou superar a expectativa gerada haverá tendência de retorno ao consumo da organização (Kotler, 2000).

A disposição do cliente em pagar por uma experiência de consumo, segundo Brito e Brito (2012), depende da subjetividade do julgamento de utilidade do valor e da percepção do cliente sobre os benefícios oferecidos, isso porque só tem valor aquilo que é percebido.

O levantamento de informações sobre o cliente é uma premissa estratégica para a criação de valor e, tem como efeito, obter vantagem competitiva por meio da compreensão abrangente dos elementos que compõe as necessidades e desejos de consumo do cliente e como eles percebem o valor (Slater & Narver, 1994). Essa visão se alinha com os conceitos discutidos nos tópicos anteriores, sobre qualidade percebida em serviços.

Embora haja convergência de diversos autores da literatura de estratégia e literatura de marketing sobre a definição de vantagem competitiva, Brito e Brito (2012) observam que alguns desafios ainda persistem, tais como, delimitar apropriadamente o que é valor criado, estabelecer o referencial contra o qual se determina a vantagem e definir dimensões de tempo e conceito.

No estudo de Landroquez, Castro e Cepeda-Carrión (2013), os autores propõem uma investigação sobre a existência de um ponto de convergência entre a entrega de valor para o cliente, comparando a perspectiva do cliente e o que a firma entende e executa como entrega de valor em um serviço. Para os autores, as pesquisas sobre a entrega de valor percebida pelo cliente concluem que o item determinante desta base é a satisfação em relação a um serviço prestado. Sob essa perspectiva, a entrega de valor torna-se um item de orientação para o cliente. Na perspectiva de criação de valor da organização, os autores levantaram que na literatura, especialmente nos anos 90, valor era conceituado como um resultado da relação entre o valor entregue para o cliente, o desempenho da organização e a vantagem competitiva conquistada.

Para desenvolver valor, é necessário que uma empresa consiga elaborar um combinado de capacidades que lhe permita sobrepor-se à concorrência, no entanto, independente de quanto uma empresa esteja gerando valor por meio dos seus recursos, se o cliente não percebe esse valor, a empresa de fato não o está criando (Landroquez, Castro & Cepeda-Carrión, 2013).

Landroquez, Castro e Cepeda-Carrión (2013) concluem que existem diferentes formas de pensar sobre o conceito de valor, dependendo da perspectiva que é adotado: valor percebido pelo cliente ou criação e apropriação de valor (percepção da organização), e por fim, defendem que a real criação de valor ocorre quando essas duas perspectivas são equilibradas e trabalham juntas.

No contexto do presente estudo, dirigimos atenção ao termo criado na literatura de estratégia “saúde baseada em valor”, que projeta o conhecimento teórico de geração de valor sobre as atividades do setor de saúde. Há de se considerar, no entanto, que o foco do estudo de valor em saúde se concentra nos processos específicos do atendimento assistencial e quais indicadores econômicos são gerados para mensurar o desempenho que a organização alcançou na entrega do melhor resultado possível ao paciente. Seu foco está na adequação da competitividade e processos entre hospitais ou estruturas de atendimento assistencial. Na saúde brasileira, há de se considerar o papel das operadoras de planos de saúde no relacionamento com os clientes, sendo estas, a porta de entrada ao acesso dos pacientes a serviços médicos e clínicos dentro da saúde suplementar. Nesse ambiente setorial brasileiro, o conceito da saúde baseada em valor concentra-se na busca de vantagens sob a perspectiva da empresa, alinhando-se ao entendimento sobre as perspectivas de valor, que vimos anteriormente na abordagem dos autores Landroquez, Castro e Cepeda-Carrión, sendo este, um ponto de relacionamento entre os atores que formatam a cadeia de valor dessa indústria específica. A definição deixa claro que o relacionamento desse conceito se estabelece com mais propriedade entre a operadora e os prestadores de serviços ou os processos de seus recursos próprios verticalizados, concentrando-se no resultado econômico obtido como fator de sustentabilidade ao negócio.

Seguindo essa linha de pensamento, os dois tópicos seguintes desta seção procuram discutir a estrutura da visão de valor sobre a percepção do cliente de um modo prático, buscando o aprofundamento desse entendimento dentro da área de saúde sob a perspectiva da firma, e o valor sob a perspectiva do cliente por meio da cultura da orientação para o mercado, estabelecendo uma discussão sobre valor que auxiliará nas análises dos resultados obtidos por esta pesquisa.

#### **2.4.1 Saúde baseada em valor**

A saúde baseada em valor passou a ser amplamente discutida na literatura após a publicação do livro “Repensando a Saúde: Estratégias para Melhorar a Qualidade e Reduzir os Custos” (Porter & Teisberg, 2007). Toda a análise do livro se baseia na estrutura do sistema de saúde estadunidense e nas modalidades de competição que, segundo os autores, é a principal causa do insucesso do setor. O estudo foca no valor que o sistema de saúde entrega ao paciente e como ele pode ser evoluído e melhorado, abordando, ainda, métodos de como redefinir a competição acerca do valor e modificar a competição para um nível em que o valor é determinado.



A competição deve perseguir os resultados, isto é, todos os prestadores, planos de saúde e fornecedores que alcançarem a excelência são recompensados com mais negócios. Esse conceito estabelece uma competição de soma positiva, significando que todos os participantes podem se beneficiar. O êxito do plano de saúde se concretiza quando informa melhor os pacientes, coordena melhor o atendimento e recompensa o atendimento excelente (Porter & Teisberg, 2007).

O valor, definido como resultado para o paciente, envolve a qualidade do serviço e sua experiência, dividido pelo custo envolvido no tratamento. A saúde baseada em valor foca a maximização dessa relação, porém, considerando apenas a interação entre o paciente e o serviço de saúde em um momento de doença estabelecido.

Segundo Porter e Teisberg (2007) a competição baseada em valor no setor de saúde é guiada por oito princípios:

- 1) O foco deve ser o valor para os pacientes, e não simplesmente a redução de custos.
- 2) A competição deve ser baseada em resultados.
- 3) A competição deve estar centrada nas condições de saúde durante o ciclo de atendimento.
- 4) O atendimento de alta qualidade deve ser menos dispendioso.
- 5) O valor tem que ser gerido pela experiência, escala e aprendizado do prestador na doença/condição médica em questão.
- 6) A competição deve ser regional e nacional, não apenas local.
- 7) Informações sobre resultados devem ser divulgados de modo amplo para promover a competição baseada em valor.
- 8) Inovações que aumentam o valor têm que ser amplamente divulgados para apoiar a competição baseada em valor.

Em uma definição mais recente, Porter (2010) defende que o valor deve ser descolado do conceito de redução de custo e deve focar na melhoria do desempenho nos cuidados com a saúde, por meio de uma medição rigorosa e disciplinada das atividades e recursos do setor, posicionando a geração de valor para o doente como o elemento que determina a recompensa para todos os atores envolvidos no processo do cuidado. Ainda que muitas cadeias de valor tenham sido propostas para o setor de saúde, inclusive o estadunidense (Burns et al., 2002;

Burns, 2015; Christensen, Grossman & Hwang, 2009; Pitta & Laric; 2004), Porter afirma que o valor em saúde ainda permanece largamente não medido e incompreendido. No Brasil, alguns autores buscaram a composição de uma cadeia de valor adaptada a realidade nacional considerando as diferenças entre o modelo estadunidense e brasileiro, também com o argumento de contribuir com a atividade acadêmica e análises do setor de saúde do Brasil (Pedroso & Malik, 2012).

Uma vez que as atividades de cuidado são interdependentes e geralmente o valor apenas se revela para os pacientes ao longo do tempo, a medição só será precisa caso seja feita de maneira longitudinal. Além disso, o cuidado médico comumente envolve diversos especialistas e inúmeras intervenções, razão pela qual a responsabilidade pelo valor deve ser compartilhada entre os provedores envolvidos. No caso de pacientes com múltiplas condições médicas, o valor deve ser medido para cada condição (Porter, 2010).

As teorias definidas sobre saúde baseada em valor, comumente, relacionam o custo dentro de um contexto hospitalar e de cuidados médicos, onde, de fato, há o maior investimento e consumo de recursos da saúde dentro do conceito do percurso do paciente, abordado no capítulo 1. Ainda que Porter (2010) defenda a descentralização do foco em custo sobre a prática da entrega de valor, a sua definição claramente coloca a recompensa financeira e vantagem econômica como elementos centrais do processo, não posicionando o próprio paciente como um ator no processo de construção de valor, como recomenda a teoria da lógica dominante de serviços.

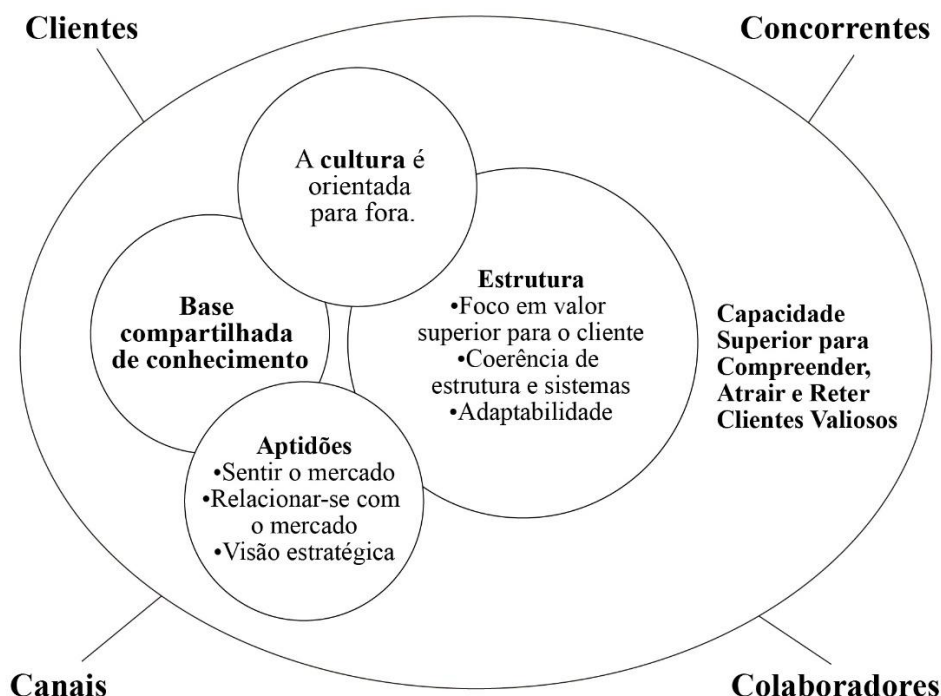
#### **2.4.2 A orientação para o mercado**

A orientação para o mercado tem como propósito fornecer elementos que possibilitem a associação da produção de um serviço de qualidade como elemento de geração de valor superior para o cliente. Os dois conceitos relacionam-se pelo fato de colocar o cliente no centro da estratégia corporativa e coletar dados sobre o cliente e o ambiente de atuação da organização de modo que possam favorecer a capacidade competitiva.

A compreensão sobre os clientes está entre os itens que possibilita a uma organização criar estratégias de produção de valor superior e manter-se alinhada com as exigências de mercado (Day, 2001; Ferraresi, 2010), atraindo e mantendo clientes.

Day (2001) afirma que a organização orientada para o mercado trabalha com três elementos-chave em suas atividades operacionais, apoiada por uma base compartilhada de conhecimento pela qual a empresa coleta e dissemina seus critérios sobre o mercado: cultura orientada para fora, externando ao mercado as crenças e valores da organização; aptidões

específicas, que auxilia na percepção do humor de mercado e no relacionamento mais próximo com ele; e uma estrutura que possibilite adaptar-se às exigências dos clientes e as condições de mercado. A figura 5 representa esse conceito, considerando a inserção dos clientes, concorrentes, funcionários e canais nesse contexto.



**Figura 5.** Os elementos de uma orientação para o mercado

Fonte: De “A empresa orientada para o mercado – compreender, atrair e manter clientes valiosos” de G. S. Day, 2001, p. 20

A abordagem de Jaworski e Kohli (1993) define a orientação para o mercado, como a geração, disseminação horizontal e capacidade de resposta da inteligência de mercado sobre as necessidades atuais e futuras do cliente em toda a organização. Os autores descobriram que os elementos tradicionalmente definidos pela literatura como pilares conceituais do marketing – foco no cliente, marketing coordenado e rentabilidade – eram percebidos com alguma distorção na prática, sendo o último pilar entendido como uma consequência, e não como um elemento da orientação para o mercado, e que o ponto de partida para a implantação do conceito é a geração de inteligência de mercado entendida não apenas como a compreensão das necessidades e preferências dos clientes, mas também de fatores exógenos que influenciam essas necessidades e preferências (Jaworski & Kohli, 1990).

Para Narver e Slater (1990), há uma relação entre vantagem competitiva sustentável e a orientação para o mercado, sendo a orientação para o mercado uma cultura de negócios mais eficiente na criação de valores superiores ao cliente. Para os autores, o construto da orientação para o mercado é composto por três componentes comportamentais: a orientação para o cliente, a orientação para o concorrente e a coordenação interfuncional.

Nessa perspectiva de definição, o coração da orientação para o mercado é o foco no cliente, pois a geração de valor exige uma compreensão constante da cadeia de valor do cliente, não apenas na atualidade, mas como ela evolui e se modifica ao longo do tempo. O foco do concorrente ativa elementos de inteligência competitiva, observando o comportamento de organizações competidoras e como suas ações podem influenciar na decisão do cliente e se podem posicionar-se como alternativas satisfatórias de consumo no mercado. A coordenação interfuncional foca sua atuação na utilização dos recursos e pessoal de toda a empresa para efetivamente criar valor aos compradores, recomendando a criação de um fluxo horizontal de troca de informações para o desenvolvimento de inteligência com foco no desenvolvimento dos diferenciais competitivos (Narver & Slater, 1994).

### **3 Procedimentos Metodológicos**

Este tópico tem como objetivo detalhar a metodologia que dará suporte aos procedimentos que serão utilizados para a coleta de dados e análise das informações necessárias para a perscrutação do problema proposto neste estudo. A definição de método dada por Gil (2008) classifica sua prática como um conjunto de processos lógicos seguidos para a investigação de fenômenos naturais e sociais. O método pode ocorrer em diferentes abordagens científicas permitindo ao pesquisador verificar a veracidade dos fatos e explicar os fenômenos investigados (Matias-Pereira, 2016).

Conforme abordado nos capítulos anteriores, a base deste estudo é fundamentada no conceito teórico sobre serviços, qualidade em serviços e valor, sob uma perspectiva do marketing aplicado a uma cooperativa médica atuante no setor de saúde suplementar, tendo como principal objetivo estabelecer uma discussão de aprofundamento sobre o problema de pesquisa definido pelo estudo:

Quais são as possíveis lacunas nos serviços entregues de uma cooperativa de trabalho médico em relação às expectativas de seus clientes?

O problema busca relacionar a percepção de qualidade com a capacidade da cooperativa estudada se orientar para o mercado e conduzir um melhor aproveitamento dos seus recursos para a geração de valor aos seus clientes, a partir da sua habilidade em identificar as necessidades e os atributos de qualidade percebidos pelo consumidor.

Na sequência, será exposta a estratégia de pesquisa, bem como as etapas que constituirão os procedimentos metodológicos.

#### **3.1 Delineamento e método da pesquisa**

O delineamento desta pesquisa se distingue como um estudo de caso por utilizar elementos empíricos na investigação de fenômenos contemporâneos e em profundidade no seu contexto real, considerando que os limites do fenômeno e do contexto não são claramente definidos (Yin, 2010), ou seja, é proposta a investigação de uma situação real envolvendo os participantes dessa conjuntura em uma perspectiva de entendimento que engloba relevantes condições circunstanciais que possuem pertinência com o fenômeno investigado. Neste caso, é investigada a percepção que os clientes têm sobre o serviço de uma operadora de planos de saúde formada por uma cooperativa de trabalho médico de segundo grau, e qual a distância

que essa entrega está da expectativa que esses clientes possuem e quais fatores endógenos que causam esse distanciamento.

A caracterização deste trabalho como um estudo de caso único encontra fundamento no conceito trabalhado por Yin (2010) de que esse tipo de pesquisa tem direcionamentos estabelecidos por uma base teórica já existente, com potencial para confirmar, desafiar ou ampliar a teoria, podendo ser usado para determinar se as preposições teóricas do tema pesquisado são corretas. A tipificação do estudo complementa-se com o conceito de integralidade, considerando que a estratégia de coleta dos dados, que será abordada com mais detalhe na sequência, trabalhará com múltiplas unidades de análise geradoras de informações acerca do fenômeno abordado e que deverão ser integradas para a contemplação do problema desta investigação. Esse arremate conceitual se distingue devido à atenção dirigida a uma subunidade ou mais (Yin, 2010) do objeto de pesquisa, no caso, a organização.

A lógica aplicada ao método escolhido de operacionalização desta pesquisa permite uma caracterização do seu processo de investigação como exploratória, em uma etapa inicial qualitativa; e descritiva, em uma etapa secundária quantitativa, conforme define Creswell (2010). Segundo o autor, esse procedimento refere-se à técnica de métodos mistos de pesquisa executada por meio da estratégia exploratória sequencial. Sua execução é adequada para determinar a distribuição de um fenômeno dentro de uma população escolhida, auxiliando o pesquisador quanto à necessidade de desenvolver ou adequar um instrumento e na submissão de conceitos teóricos a uma realidade prática.

Esse entendimento é reforçado conceitualmente a partir da definição adotada por Malhotra (2012) na pesquisa de marketing, em que o estudo exploratório é estabelecido como um processo de busca em um problema, com objetivo de oferecer informações ou ampliar a compreensão sobre um determinado tema. A pesquisa descritiva é tratada pelo autor como um processo quantitativo utilizado para descrever as características ou funções do tema abordado, necessitando de especificações claras para sua operacionalização. A utilização combinada desses métodos é defendida como adequada por Malhotra(2012) quando a pesquisa exploratória é utilizada como a etapa inicial da concepção da investigação e as informações resultantes de sua aplicação devem ser testadas estatisticamente por meio do processo descritivo.

Os procedimentos de coleta da etapa exploratória desse estudo ocorreram em três estágios:

**1 – Grupo focal:** Foram organizados dois grupos focais com clientes da cooperativa, considerando a relevância desse tipo de entrevista na etapa exploratória de estudos associados a métodos mistos em um contexto de desenvolvimento ou refinamento de instrumentos quantitativos de pesquisa (Barbour, 2009). A utilização desse procedimento justifica-se também pela possibilidade de alcançar uma visão aprofundada com o público do mercado-alvo sobre o tema estudado (Malhotra, 2012).

**2 – Entrevista em profundidade:** A entrevista foi adequada para a sondagem de elementos como motivações, crenças, atitudes e sentimentos subjacentes sobre o tema, como descreve Malhotra (2012), foi aplicada com gestores da cooperativa com objetivo de ampliar o entendimento sobre o tópico de estudo.

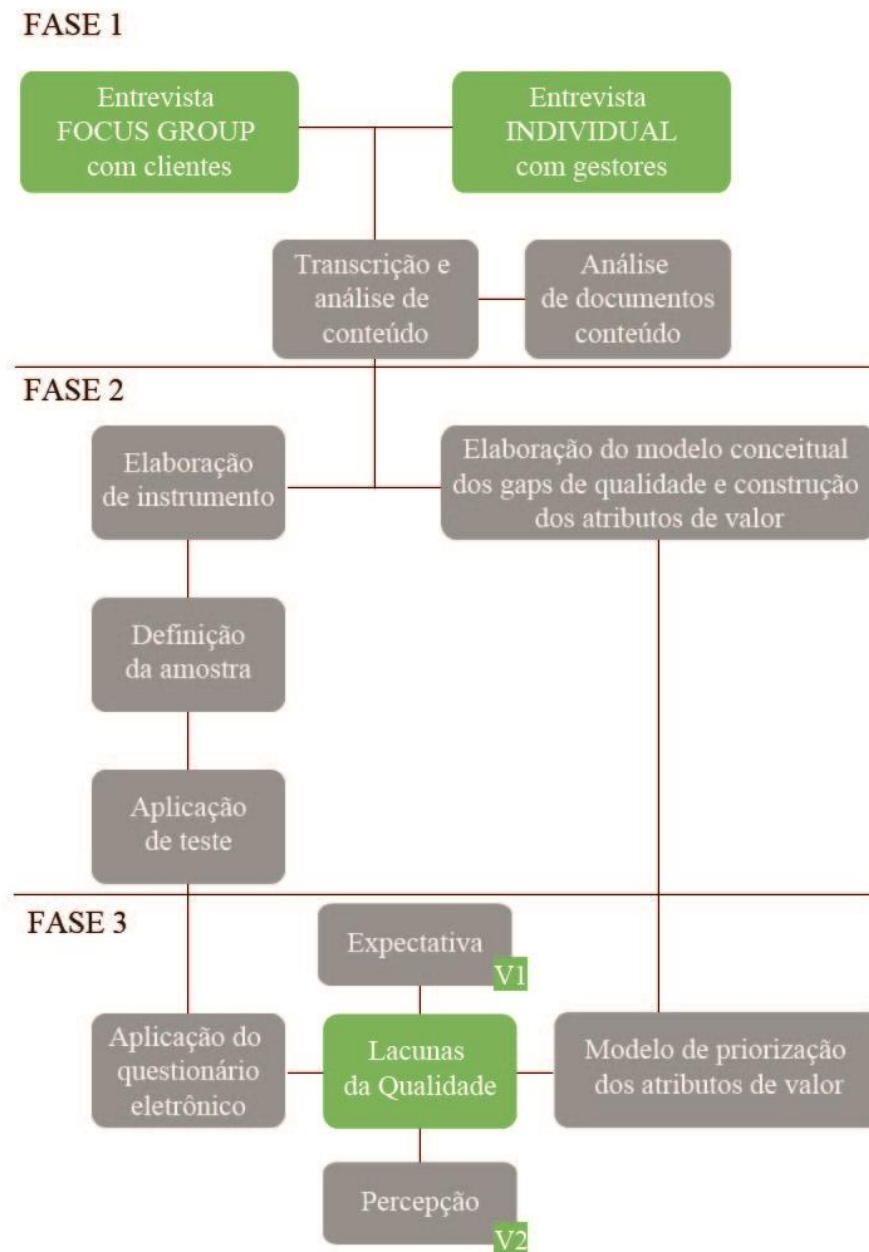
**3 – Análise documental:** Foram analisados dados secundários internos gerados pela cooperativa estudada por meio da definição formal de seus processos relacionados ao atendimento de clientes. Sua utilização corrobora a etapa exploratória da pesquisa dando suporte para aprofundar o entendimento sobre o fenômeno investigado (Malhotra, 2012), auxiliando na formação de conceitos, hipóteses e direcionando a construção do conhecimento apoiando os demais métodos utilizados para construir o procedimento inicial da pesquisa.

Já a etapa descritiva foi caracterizada pela aplicação de um instrumento contendo 46 questões, onde 23 foram destinadas ao levantamento das expectativas do cliente em relação aos serviços em saúde e 23 foram destinadas ao levantamento da percepção do consumidor em relação ao serviço experimentado em seu vínculo de consumo com a cooperativa estudada. As informações sobre o procedimento de composição do instrumento e a estruturação das afirmações serão abordadas adiante, no item “3.5 Desenvolvimento da etapa descritiva”.

Por associar formas quantitativas e qualitativas de abordagens, Creswell (2010) defende que a pesquisa de métodos mistos pode envolver suposições filosóficas peculiares a esses formatos de investigação científica, que direciona a coleta e análise de dois tipos de dados. Segundo o autor, portanto, a concepção mais alinhada com um estudo de natureza mista é o pragmatismo, que permite diferentes concepções e diferentes suposições associadas aos múltiplos métodos, sendo essa a definição que reforçou a formulação e estruturação dos procedimentos aplicados a esta investigação.

### 3.2 Modelo conceitual e protocolo da pesquisa

A Figura 6 representa visualmente o modelo conceitual do estudo, organizando cronologicamente as etapas de coleta de dados e os procedimentos adotados onde as informações obtidas foram escrutinadas para contemplação dos objetivos da pesquisa. Cada caixa representa um procedimento que se inter-relaciona com o próximo.



**Figura 6.** Modelo Conceitual da Pesquisa

Fonte: Autor, 2019



O modelo da pesquisa também ilustra a divisão e organização operacional da estratégia de pesquisa exploratória sequencial, composta pela fase 1 de coleta e análise de dados qualitativos, fase 2 de análise e desenvolvimento do instrumento e fase 3 dedicada a aplicação do instrumento à amostra selecionada da população-alvo do estudo. Essa descrição é corroborada por Creswell (2010), sobre os procedimentos para a estratégia da pesquisa pretendida.

Na sequência, é apresentado o detalhamento do protocolo de estudo de caso que orientou todo o trabalho, a partir de regras gerais e procedimentos definidos previamente, como forma de dar suporte ao pesquisador e garantir maior confiabilidade e rigor científico à pesquisa (Yin, 2010).

Os procedimentos protocolares que possibilitam a visão geral do estudo de caso trabalhado pelo pesquisador são descritos na sequência, ordenando e orientando a aplicação metodológica definida para o estudo.

O tema que motiva esse estudo orbita sobre a necessidade de identificar quais são os atributos, sob a perspectiva do cliente, que determinam um serviço de qualidade. Essa abordagem ao caso selecionado sugere uma investigação da existência e medida das lacunas de qualidade da cooperativa, fenômeno resultante da comparação entre a expectativa e a percepção do consumidor sobre os serviços e pela diferença de visão entre o conceito de qualidade do cliente e da organização. O título do trabalho foi definido como “Atributos da expectativa e percepção do cliente sobre a qualidade em serviço: o caso de uma cooperativa de trabalho médico do estado do Paraná”.

**Pressupostos:** Tem sido uma dificuldade para organizações do setor de serviços o desenvolvimento de instrumentos e metodologias que proporcionem uma visão exata sobre a percepção de qualidade de seus clientes. Isso se deve pela natureza intangível dos serviços, aliada à sua operacionalização heterogênea e ao processo de consumo ser simultâneo à produção. A academia tem trabalhado em instrumentos e modelos teóricos que auxiliem nessa mensuração, chamando a atenção para aspectos focados no cliente e em como percebem e avaliam um serviço consumido, além de associar elementos da qualidade percebida a geração de valor.

Para que a cooperativa estudada possa materializar como é a percepção de qualidade dos seus clientes sobre os serviços oferecidos, é preciso definir alguns elementos essenciais:

- a. Qualidade:** identificar quais são as dimensões que os clientes utilizam para avaliar os serviços prestados
- b. Expectativa:** determinar quais são elementos que constituem um serviço de qualidade sob a perspectiva do cliente e como eles são priorizados em uma relação de consumo.
- c. Lacuna da qualidade:** quantificar a divergência entre a expectativa e percepção de qualidade do cliente.
- d. Visão interna:** determinar quais são os elementos que constituem uma entrega de qualidade para a organização e a origem das lacunas de qualidade a partir da visão interna.
- e. Valor:** relacionar a entrega de qualidade com a percepção de valor e determinar um modelo de ajuste operacional.

As principais abordagens teóricas que aprofundam e direcionam os estudos desses elementos são:

Tabela 4

**Abordagens e autores do estudo**

Abordagem	Principais autores
Qualidade em Serviços	Parasuraman, Zeithaml e Berry   Bitner e Gremler
Lacunas da Qualidade	Parasuraman, Zeithaml e Berry
Orientação para o mercado	Jaworski e Kohli   Narver e Slater
Entrega de valor em saúde	Porter e Teisberg
Lógica Dominante do Serviço	Vargo, Lusch e Akaka

*Nota.* Fonte: O autor

A partir dessas abordagens, variações de estudos foram verificadas como forma de apoiar o direcionamento deste estudo.

**Objetivos do estudo:** o estudo é composto por um objetivo geral e cinco objetivos específicos:

**Objetivo Geral:** mensurar as possíveis lacunas nos serviços entregues por uma cooperativa de trabalho médico do Paraná em relação às expectativas de seus clientes por meio da adaptação de um instrumento de mensuração da qualidade.

**Objetivos Específicos:** (I) identificar os elementos de entrega de valor que, na visão de uma cooperativa médica, são prioritárias para o mercado de saúde suplementar; (II) identificar os elementos da expectativa dos consumidores em relação às operadoras de planos de saúde; (III) identificar a priorização dos elementos da expectativa e relacioná-los a percepção de entrega de valor; (IV) identificar as dimensões que são utilizadas pelos clientes para avaliar serviços; (V) verificar quais são as maiores lacunas da qualidade do serviço prestado em relação ao serviço percebido.

**Responsáveis envolvidos:** Os participantes que tiveram acesso aos dados dessa pesquisa para análise e descrição das informações são identificados como:

- a. Pesquisador: Lucas Damasio.
- b. Orientador: Professor Dr. Alex A. Ferraresi.

**Questões de Estudo de Caso:** Foram definidas, com base nos objetivos, algumas perguntas que o pesquisador precisou estabelecer como direcionadoras para conduzir as entrevistas exploratórias:

- a. Como, especificamente, os clientes da cooperativa estudada avaliam qualidade em serviço?
- b. Quais são os elementos ou dimensões que constituem o conceito de serviços os clientes utilizam como base para fazer uma avaliação?
- c. Se as expectativas influenciam a avaliação da qualidade do serviço prestado pela cooperativa, quais são os atributos que caracterizam e moldam essas expectativas?
- d. O cliente estabelece uma priorização desses atributos em relação aos serviços de saúde?
- e. O que os gestores da cooperativa percebem como qualidade dos serviços sob a perspectiva do cliente?
- f. Quais critérios os gestores consideram que os clientes adotam para avaliar a qualidade dos serviços da cooperativa?
- g. Quais são os obstáculos internos que os gestores entendem serem os principais dificultadores para uma entrega de qualidade consistente?
- h. Há ações internas na cooperativa para melhorar a entrega de qualidade?

**Procedimentos de campo:** Sob os aspectos metodológicos, esse estudo foi definido como um estudo de caso que utilizou a técnica de métodos mistos de pesquisa operacionalizada a partir da estratégia exploratória sequencial.

Ela foi aplicada no setor de saúde suplementar considerando as particularidades do relacionamento de uma cooperativa de trabalho médico de segundo grau do estado do Paraná com os seus clientes participantes de contratos coletivos.

A pesquisa exploratória foi realizada por entrevistas não estruturadas, com perguntas abertas, utilizando duas sessões de grupos focais com clientes e nove entrevistas individuais de profundidade com gestores. Os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido da pesquisa e aceitaram terem o áudio da pesquisa gravado para posterior transcrição.

A coleta dos dados primários segue a seguinte ordem:

#### **Grupo Focal 1 – Entrevista com clientes**

Data da Entrevista: 6 de novembro de 2019

Local da Entrevista: Sede do Tribunal Regional Eleitoral – PR em Curitiba

Duração da Entrevista: 60 minutos

Número de participantes: 7 clientes titulares do plano de saúde

#### **Grupo Focal 2 – Entrevista com clientes**

Data da Entrevista: 11 de dezembro de 2019

Local da Entrevista: Sede da Federação das Indústrias do Estado do Paraná

Duração da Entrevista: 60 minutos

Número de participantes: 6 clientes titulares do plano de saúde

#### **Entrevista individual em Profundidade – Gestor 1**

Data da Entrevista: 25 de setembro de 2019

Local da Entrevista: Sede da cooperativa - Curitiba

Duração da Entrevista: 63 minutos

Área de atuação: Administrativo

**Entrevista individual em Profundidade – Gestor 2**

Data da Entrevista: 03 de outubro de 2019

Local da Entrevista: Sede da cooperativa - Curitiba

Duração da Entrevista: 50 minutos

Área de atuação: Assistencial

**Entrevista individual em Profundidade – Gestor 3**

Data da Entrevista: 08 de outubro de 2019

Local da Entrevista: Sede da cooperativa - Curitiba

Duração da Entrevista: 27 minutos

Área de atuação: Administrativo

**Entrevista individual em Profundidade – Gestor 4**

Data da Entrevista: 11 de outubro de 2019

Local da Entrevista: Sede da cooperativa - Curitiba

Duração da Entrevista: 34 minutos

Área de atuação: Diretoria

**Entrevista individual em Profundidade – Gestor 5**

Data da Entrevista: 11 de outubro de 2019

Local da Entrevista: Sede da cooperativa - Curitiba

Duração da Entrevista: 37 minutos

Área de atuação: Administrativo

**Entrevista individual em Profundidade – Gestor 6**

Data da Entrevista: 16 de outubro de 2019

Local da Entrevista: Sede da cooperativa - Curitiba

Duração da Entrevista: 27 minutos

Área de atuação: Assistencial

**Entrevista individual em Profundidade – Gestor 7**

Data da Entrevista: 17 de outubro de 2019

Local da Entrevista: Sede da cooperativa - Curitiba

Duração da Entrevista: 53 minutos

Área de atuação: Administrativo

**Entrevista individual em Profundidade – Gestor 8**

Data da Entrevista: 22 de outubro de 2019

Local da Entrevista: Sede da cooperativa - Curitiba

Duração da Entrevista: 31 minutos

Área de atuação: Assistencial

**Entrevista individual em Profundidade – Gestor 9**

Data da Entrevista: 23 de outubro de 2019

Local da Entrevista: Sede da cooperativa - Curitiba

Duração da Entrevista: 30 minutos

Área de atuação: Diretoria

**Roteiro de entrevista:** O roteiro que direcionou as entrevistas foi estabelecido orientado pelas questões específicas do trabalho, levando em conta aspectos teóricos referentes a cada informação que se desejava obter.

Abaixo, são detalhadas as perguntas realizadas durante as entrevistas com clientes:

- a. Quando você pensa em plano de saúde, hoje, o que você entende que deve ser oferecido ao cliente?
- b. Qual o principal diferencial do plano de saúde oferecido pela cooperativa médica?
- c. O que você define como um serviço de qualidade prestado pelo plano de saúde da cooperativa?
- d. Do que você não abre mão como atributo de qualidade e que você acha que deve ser priorizado?
- e. Você trocaria de plano de saúde hoje se pudesse?

Para a entrevista com os gestores, foi explorada a visão deles sobre o cliente:

- a. O que você acha que o cliente espera dos serviços prestados pela cooperativa?
- b. Qual o principal diferencial da cooperativa hoje no mercado e que atrai o cliente?
- c. Quais são os obstáculos que dificultam a cooperativa de entregar uma qualidade melhor?
- d. Como a cooperativa executa o processo de entrega de qualidade ao cliente?
- e. Há ações formais de melhorias internas com foco em desenvolvimento de qualidade e valor para o mercado?

Os dados secundários da etapa exploratória foram obtidos diretamente do sistema de gestão da qualidade, totalizando 105 documentos relacionados às áreas dos líderes entrevistados que representavam alguma espécie de prestação de serviço ao cliente, seja administrativo ou assistencial.

**Guia para o relatório do estudo de caso:** O relatório desta pesquisa seguiu uma estruturação tradicional linear, descrita por Yin (2010) como relacionado com outros métodos de pesquisa. É preciso levar em conta o público ao qual se destina o relatório, determinando a melhor forma de exposição das informações finais, levando em consideração o contexto de apresentação do trabalho. No caso dessa pesquisa, para uma banca de avaliação de dissertação.

### **3.3 População e Amostra**

A população-alvo de um estudo, segundo Anderson, Sweeney e Williams (2003), é o conjunto de todos os elementos de interesse em uma determinada investigação. Malhotra (2012) aprofunda o conceito com a definição de que a população-alvo concentra todos os elementos ou objetos que possuem informações procuradas pelo pesquisador e sobre os quais podem ser feitas inferências. Para a etapa qualitativa deste estudo, a população-alvo foi definida como clientes da cooperativa estudada, inseridos em contratações coletivas, sem vínculos com a organização (cooperados), totalizando 132.791 indivíduos, divididos nas categorias demonstradas na Tabela 5, sendo a unidade amostral o cliente.

Tabela 5

**Descrição da população-alvo**

<b>Unidade Amostral</b>	<b>População</b>
Cliente plano coletivo empresarial	61.777
Cliente plano coletivo por adesão	51.044
Cliente plano pós-pagamento	19.970

*Nota.* Fonte: O autor.

A amostra, determinada como um subconjunto da população-alvo selecionada para a realização de um determinado estudo (Malhotra, 2012; Anderson, Sweeney & Williams 2003), concentra em suas características componentes representativos da população-alvo, possibilitando a generalização dos resultados a ela.

Também foram entrevistados 9 gestores da cooperativa escolhidos por liderarem processos relacionados à entrega de serviços ao cliente divididos nas categorias administrativo, assistencial e diretoria, contendo processos relacionados à gestão do plano de saúde e assistencial, que trabalham com demandas de entrega de serviços em saúde e relacionamento com os prestadores, que finalmente, entregam o serviço na ponta aos clientes. Os gestores responderam questões sobre a visão interna da cooperativa acerca do que é entendido como entrega de qualidade e geração de valor aos clientes, e os dados obtidos serão, posteriormente, comparados aos dados levantados por meio da entrevista com os clientes.

A atribuição dessa técnica na investigação dos fatores relacionados à expectativa e percepção da qualidade em serviços de uma cooperativa médica de segundo grau, permite cumprir a etapa de exploração do fenômeno estudado, bem como a complementação descritiva dos elementos mensurados apoiado pela teoria e pelas características representativas obtidas pelos elementos da amostra selecionados.

A dimensão temporal da aplicação qualitativa do estudo é de um corte transversal, isto é, foi extraído da população pesquisada apenas uma amostra, e os dados foram obtidos dessa amostra uma única vez, em um único momento (Malhotra, 2012).

O método é complementado pela técnica de amostragem intencional, procedimento específico para a seleção dos indivíduos participantes dos grupos focais, detalhado mais adiante.

A amostra determinada para a etapa quantitativa da pesquisa foi uma lista contendo 42.548 contatos verificados de clientes. Sua caracterização é definida como uma amostra não-probabilística estratificada, conceituada pela divisão da população em estratos excludentes e



coletivamente exaustivos (Malhotra, 2012), ou seja, cada elemento da população pode ser atribuído a um único estrato. Sua utilização permite a divisão da população em subconjuntos a partir de características específicas (Eberle, 2009) e proporcionar representatividade de modo eficiente e confiável no universo estudado em conformidade com o arcabouço amostral.

### **3.4 Desenvolvimento da etapa exploratória**

Nos tópicos a seguir, são detalhados os procedimentos exploratórios desta pesquisa em conformidade com o protocolo da pesquisa definido. Os detalhamentos embasam os procedimentos de campo adotados pelo pesquisador, bem como a organização dos dados obtidos para submissão à seção de análise.

#### **3.4.1 Procedimentos de coleta de dados qualitativos**

A coleta dos dados primários da etapa qualitativa foi realizada por meio das entrevistas operacionalizadas a partir dos grupos focais com clientes e em entrevistas de profundidade com gestores. O processo foi embasado em um roteiro de pesquisa indicado por Creswell (2010), contemplando cinco componentes que permitiu introduzir os procedimentos de campo descritos no protocolo de pesquisa deste estudo:

**I** – Uma rápida apresentação do pesquisador e da proposta de trabalho abordada pelo estudo, confirmando o interesse e disponibilidade em participar da pesquisa por meio da assinatura formal de um termo de participação, garantindo também o sigilo das informações;

**II** – Início com uma questão leve, visando desfazer a tensão inicial seguida de quatro ou cinco perguntas relacionadas ao problema e objetivos da pesquisa;

**III** – Sondagem das questões abordadas, estimulando que os entrevistados expliquem mais detalhadamente as suas ideias;

**IV** – Questionamento sobre informações complementares não abordadas no processo da entrevista;

**V** – Agradecimento final para reconhecer o tempo que os entrevistados gastaram durante a entrevista.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas na íntegra para possibilitar a análise detalhada do conteúdo, minuciada na sequência.

A análise documental dos processos internos da operadora operacionalizou a coleta de dados secundários do estudo e considerou 105 documentos extraídos diretamente do sistema de registro de qualidade da cooperativa. As especificações dos documentos analisados foram definidas *a priori* considerando os objetivos específicos da pesquisa conforme recomenda

Malhotra (2012), construindo um entendimento amplo a respeito da visão interna da operadora sobre a entrega de um serviço de qualidade ao mercado. O critério de seleção dos documentos foi o de entender o processo de entrega do serviço e o relacionamento da cooperativa com os seus clientes, classificados nas seguintes categorias:

**I – Atendimento ao cliente:** processos relacionados ao atendimento de demandas administrativas dos clientes em seu relacionamento com a operadora de planos de saúde, como solicitação de auxílio para o agendamento de consultas, reclamações, elogios, sugestões, atualização cadastral, acionamento de serviços não assistenciais, assuntos financeiros, entre outros. Esses processos correspondem ao primeiro contato do cliente com a cooperativa em situações que auxiliem a correta utilização do serviço.

**II – Comercialização:** Processos relacionados às atividades mercadológicas e relacionamento com clientes empresariais, formatação de produtos, inteligência de mercado e gestão de vendas. Os documentos que tratam sobre a comercialização são responsáveis pela manutenção e atração de clientes.

**III – Gestão da saúde (assistencial e administrativo):** Os documentos analisados sobre esse item tratam de solicitações dos clientes relacionadas a demandas assistenciais, como liberação de exames e procedimentos, programas de saúde, auditoria médica e utilização de recursos da operadora. Esses processos se relacionam com a efetividade da entrega dos serviços aos clientes.

**IV – Rede prestadora:** São os processos que determinam os profissionais ou recursos disponíveis no plano de saúde e que prestarão o serviço diretamente ao cliente.

**VI – Comunicação e Marketing:** Documentos que orientam as atividades de comunicação e marketing para a comunicação com os públicos e sobre a gestão dos valores da marca da cooperativa no mercado.

### 3.4.2 Perfil dos entrevistados

A Tabela 6 representa o perfil dos clientes participantes das duas sessões de grupo focal que foram selecionados seguindo critérios recomendados por Barbour (2009), a partir de elementos homogêneos em um contexto de vida e, acrescentando a este estudo, pelo tipo de acesso ao plano de saúde oferecido pela cooperativa, mas não necessariamente homogêneos em atitude.

Os clientes participantes das duas sessões de grupos focais são funcionários de empresas que contratam o plano de saúde e o oferecem como benefício ao seu quadro

funcional, mantendo uma parcela da mensalidade e custos de coparticipação de utilização dos serviços assistenciais sob responsabilidade de pagamento do funcionário.

Os critérios de seleção dos entrevistados foram:

I – Ter utilizado algum dos serviços do plano de saúde no período de doze meses anteriores à aplicação da pesquisa;

II – Nível hierárquico dos participantes equivalente uns aos outros;

III – Ser o titular do plano de saúde;

IV – Contribuir economicamente com o benefício do plano de saúde;

V – Residir e exercer atividade profissional no estado do Paraná.

Tabela 6

**Perfil dos clientes entrevistados**

Entrevistado	Idade	Sexo
Participante 1 - Grupo Focal 1	32	F
Participante 2 - Grupo Focal 1	28	F
Participante 3 - Grupo Focal 1	43	M
Participante 4 - Grupo Focal 1	50	M
Participante 5 - Grupo Focal 1	41	F
Participante 6 - Grupo Focal 1	37	F
Participante 1 do Grupo Focal 2	46	M
Participante 2 do Grupo Focal 2	34	F
Participante 3 do Grupo Focal 2	25	F
Participante 4 do Grupo Focal 2	44	F
Participante 5 do Grupo Focal 2	27	F
Participante 6 do Grupo Focal 2	38	F

*Nota.* Fonte: O autor.

As entrevistas foram realizadas em duas sessões únicas, na sede das empresas que concordaram em participar da pesquisa, e tiveram tempo médio de duração de 60 minutos. A definição pela quantidade de ocorrências da realização de grupos focais se deu pela percepção de redundância nas respostas dos participantes, sendo considerado que o segundo grupo focal apresentou, nos termos deste estudo, um ponto de saturação, definido por Denzin e Lincoln (1994) como o momento quando, na avaliação do pesquisador, os dados obtidos passam a ser repetitivos, não sendo necessária a inclusão de novos participantes no processo de pesquisa. A determinação pela utilização de dois grupos focais no estágio de entrevista de grupos também

encontra apoio na definição de Malhotra (2012), como diretriz essencial na seleção de elementos de análise em pesquisas de marketing com acentuada recomendação no uso de técnicas não probabilísticas.

Os gestores entrevistados foram selecionados a partir dos processos pelas quais respondem. A consideração dos processos de análise desse estudo relacionou-se àqueles que possuem ligação direta com a entrega de serviço aos clientes em questões administrativas e assistenciais ou são responsáveis pelo planejamento do processo de entrega operacional dos serviços da cooperativa. A Tabela 7 apresenta o perfil desses gestores.

Tabela 7  
**Perfil dos gestores entrevistados**

Entrevistado	Sexo	Processo
Gestor 1	F	Administrativo
Gestor 2	M	Assistencial
Gestor 3	M	Administrativo
Gestor 4	M	Diretoria
Gestor 5	M	Diretoria
Gestor 6	M	Assistencial
Gestor 7	F	Administrativo
Gestor 8	M	Administrativo
Gestor 9	F	Assistencial

*Nota.* Fonte: O autor.

Os critérios de seleção de cada gestor foram apoiados em três fatores essenciais para esse estudo:

I – Administrativo: obter uma visão ampla dos processos operacionais de entrega de planejamento e entrega de serviço ao cliente, considerando mercado, estrutura, relacionamento e processos.

II – Diretoria: entender a visão da gestão sobre formatação e entrega de serviços de qualidade e valor sob a perspectiva do cooperativismo.

III – Assistencial: investigar a percepção dos gestores no relacionamento direto entre cooperativa e o cliente no ato da prestação do serviço, entendendo os elementos de prestação de serviço que, na visão interna, são mais adequados.

Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido da pesquisa que, além de prestar informações sobre os procedimentos do estudo, também garantiu a confidencialidade da identidade dos entrevistados.

### 3.4.3 Técnicas de análise de dados qualitativos

O processo de análise de dados qualitativos sugere um processamento de transformação da informação, iniciando pela coleta do conteúdo a ser examinado e passando pelos procedimentos analíticos que os converte em observações claras, compreensíveis, criteriosas, confiáveis e originais (Gibbs, 2009).

A análise dos dados coletados por meio de entrevistas deste estudo utilizou como apoio o *software* ATLAS.ti® e seguiu a metodologia sugerida por Bardin (2016), cumprindo as etapas de organização da análise, codificação, categorização e inferência.

As gravações das entrevistas com gestores e clientes foram transcritas e submetidas ao processo inicial de codificação, classificando por tema os elementos e atributos expressos no conteúdo gerado pela coleta das informações considerando o contexto de experiência dos clientes e a visão conceitual dos gestores. Posteriormente, a codificação inicial passou por um processo de revisão e refinamento com o objetivo de eliminar redundâncias e contradições e, por fim, organizado em categorias para possibilitar a análise final das informações.

Os dados coletados por meio dos grupos focais aplicados com clientes da cooperativa de trabalho médico foram agrupados e analisados a partir das cinco dimensões da qualidade propostas pelo estudo dos pesquisadores Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985), definidas *a priori* como a codificação, processo que teve como objetivo permitir explorar o conteúdo a partir de definições teóricas proporcionadas por recorte, agregação e enumeração para atingir a representação ou expressão do texto que pudesse validar ou debater com a teoria escolhida a partir do contexto de consumo dos serviços da organização estudada (Bardin, 2016).

O conceito de cada dimensão determinou o modo como o recorte foi conduzido sobre o conteúdo das entrevistas, determinando os elementos do texto a serem utilizados para a organização das informações obtidas com base nos objetivos específicos definidos pela pesquisa. A técnica utilizada foi a classificação das unidades de registro por tema, definida por Bardin (2016) como a unidade de significação de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria utilizada como guia de leitura. Ainda, segundo a autora, a técnica é estruturada pela descoberta de núcleos de sentido em que a presença e frequência podem ter relevância para a análise. O contexto deste estudo determinou a frequência como o indicador para identificar a relevância de um tema para o cliente.

As cinco dimensões e suas definições apresentadas por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985) tiveram os seguintes conceitos trabalhados neste estudo:

1. **Tangibilidade:** aparência de instalações físicas, equipamento, pessoal e material de comunicação;
2. **Confiabilidade:** capacidade da organização em realizar o serviço prometido de forma confiável e correta;
3. **Responsividade:** disposição da organização em ajudar os clientes e prestar o serviço sem demora;
4. **Segurança:** conhecimento e cortesia dos funcionários e sua capacidade de transmitir confiança e segurança;
5. **Empatia:** atenção cuidadosa e individualizada que a organização proporciona ao seu cliente.

Embora essas dimensões tenham sido definidas com antecedência, para o direcionamento da análise de conteúdo, outras dimensões também puderam ser identificadas na primeira análise considerando a pertinência e relevância dos temas abordados pelos clientes e a frequência com que citações sobre o mesmo tema foram encontrados.

Após a criação dos códigos, foi realizada uma organização hierárquica das codificações com objetivo de ordená-las, utilizando como indicador a frequência com que foram citados. Na sequência, cada código foi agrupado sob a perspectiva do tema e assunto que abordavam, conforme recomenda Gibbs (2009), como modo de proporcionar uma análise comparativa dos dados coletados.

A comparação é um processo útil em pesquisa qualitativa para a investigação de padrões, explicar fenômenos e gerar modelos (Gibbs, 2009), por possibilitar uma sistematização das citações diretas dos entrevistados organizados em uma tabela. Esse processo foi realizado por duas vezes para refinar redundâncias e ajustar as dimensões encontradas em relação à especificidade dos serviços da cooperativa estudada relativamente em relação à percepção do seu cliente.

Tabela 8

**Modelo de organização dos dados dos clientes para análise comparativa**

Frequência	Código	Citação
N	Dimensão 1	Citação X contendo tema relacionado à Dimensão 1
		Citação X contendo tema relacionado à Dimensão 1
		Citação X contendo tema relacionado à Dimensão 1

Nota. Fonte: O autor.

Quando possível, o texto da citação foi utilizado na íntegra para que o conteúdo pudesse ser analisado considerando todo o contexto da fala do entrevistado relacionado ao tema, no entanto, em alguns casos foi necessário resumir o conteúdo destacando o significado representativo da frase, como recomenda Gibbs (2009), quando o conteúdo fica muito extenso e dificulta a análise comparativa das informações.

A partir da definição dos códigos e dos principais temas dentro deles, considerando as dimensões da qualidade e a Escala SERVQUAL (Parasuraman; Zeithaml & Berry, 1985) como referência, o instrumento de pesquisa da etapa quantitativa pode ser construído, sendo o seu procedimento descrito no próximo tópico desta seção.

As entrevistas com os gerentes seguiram o mesmo procedimento, com a diferença de que, para a hierarquização dos códigos, foi necessária a classificação de sub-ramos codificados, que permitiram uma definição mais clara de elementos que compunham a visão interna sobre os elementos que constituem uma entrega de valor ao mercado e quais são os principais obstáculos operacionais.

Tabela 9

**Modelo de organização dos dados dos gestores para análise comparativa**

Frequência	Código	Subcódigo	Citação
N	Dimensão 1	Dimensão 1.1	Citação X contendo tema relacionado à Dimensão 1 com tema Dimensão 1.1
		Dimensão 1.2	Citação X contendo tema relacionado à Dimensão 1 com tema Dimensão 1.2
		Dimensão 1.3	Citação X contendo tema relacionado à Dimensão 1 com tema Dimensão 1.3

Nota. Fonte: O autor.

A análise dos documentos não foi realizada a partir de códigos definidos *a priori*. A exploração dos processos da cooperativa teve como objetivo encontrar a formalização de

estruturas operacionais formais que resultem em entrega de valor ao mercado, orientada pela indicação dos gestores sobre a existência desses processos ou práticas. A comparação foi realizada a partir do resultado das análises das entrevistas com os gestores, identificando o modelo *das lacunas* operacionais da cooperativa, seguindo o conceito de comparação caso a caso sugerido por Gibbs (2009).

### **3.5 Desenvolvimento da etapa descritiva**

A pesquisa quantitativa, em um estudo de métodos mistos caracterizado pela estratégia exploratória sequencial, tem como objetivo auxiliar na interpretação e análise dos dados colhidos na etapa qualitativa (Creswell, 2010), sendo possível afirmar que a sua aplicação complementa a análise do estudo ou explica os fenômenos descobertos por meio da análise de informações da etapa anterior da pesquisa. A etapa quantitativa desse estudo tem como objetivo mensurar as lacunas existentes entre a expectativa dos usuários em relação aos serviços que esperam receber de uma operadora de planos de saúde e em relação à percepção dos serviços experimentados prestados pela cooperativa de segundo grau estudada. O instrumento de pesquisa foi concebido a partir das entrevistas realizadas com clientes por meio de grupos focais.

Os tópicos a seguir detalham os procedimentos realizados para a coleta e análise dos dados quantitativos.

#### **3.5.1 Definições teóricas e operacionais das variáveis**

Cooper e Schindler (2016) conceituam variável como um símbolo para o qual se atribui valores e que, na prática, são utilizadas como sinônimos para construtos e abstrações teóricas desenvolvidas por pesquisadores, levando ao entendimento de que a sua operacionalização pode surgir de um conhecimento teórico e se desdobrar em elementos que permitam a aferição do conceito. Portanto, a clareza entre a definição teórica de uma variável e os componentes que definem o seu aspecto operacional permite ao pesquisador entender a relação entre as variáveis e definir padrões precisos de análise ao relacioná-las.

A Tabela 10 demonstra esse processo relacionado ao presente estudo.



Tabela 10  
Operacionalização das variáveis e construtos do estudo

VI – Expectativa	
Definição Teórica	Definição Operacional
<p>Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985) definem o termo expectativa, dentro da literatura de qualidade e serviços, como o desejo dos consumidores sobre o que eles esperam ou sentem que um provedor deve oferecer como prestação de serviços em sua relação de consumo. As expectativas também se relacionam com previsões individuais feitas pelos consumidores sobre como os serviços devem acontecer. A partir da expectativa é iniciado o processo de avaliação de qualidade de um serviço.</p>	<p>A partir da definição teórica, a operacionalização dessa variável partiu da necessidade de se mapear a expectativa do cliente da cooperativa médica estudada. Esse processo foi executado por meio de entrevistas realizadas em grupos focais que identificaram os atributos expressos e os classificou nas dimensões de avaliação do serviço propostas por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985). Essa classificação permitiu entender como o cliente forma a ideia de consumo do serviço em saúde e como prioriza os elementos que conferem qualidade e percepção de valor no seu relacionamento com a cooperativa estudada.</p> <p>A partir dessa classificação, os atributos foram organizados em um instrumento estruturado de escala ordinal com objetivo de se determinar o <i>score</i> da variável, validando as informações obtidas na etapa anterior e quantificando a escala de prioridades na formação da expectativa do cliente.</p> <p>Sequencialmente, a variável terá propriedade para indicar o quão distante está a entrega do serviço da cooperativa em relação ao que o cliente espera, possibilitando compreender o que é prioritário para o público consumidor.</p> <p>Com isso, a mensuração da expectativa do cliente se dará pela representatividade dos 23 elementos divididos entre as cinco dimensões da qualidade a partir da perspectiva do cliente:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1 – Tangibilidade:</b> aparência física, higiene, facilidade de acesso físico e apresentação dos funcionários.</li> <li><b>2 – Confiabilidade:</b> tempo de execução do serviço, reputação, resolutividade e acesso a rede assistencial.</li> <li><b>3 – Responsividade:</b> disponibilidade para orientar o cliente, proatividade, prazo de acesso ao serviço, disponibilidade, agilidade, e facilidade de utilização.</li> <li><b>4 – Segurança:</b> referência de profissionais, disponibilidade de especialistas, segurança no conhecimento dos profissionais e custo-benefício.</li> <li><b>5 - Empatia:</b> postura da equipe, comunicação, conhecimento das necessidades do cliente, disponibilidade e atendimento personalizado.</li> </ol>
VII – Percepção	
Definição Teórica	Definição Operacional
<p>A definição de percepção, na literatura de qualidade de serviços, é descrita como o resultado da comparação que o cliente faz entre a expectativa em relação ao serviço esperado e o que, de fato, foi oferecido pelo prestador como experiência de consumo (Parasuraman, Zeithaml &amp; Berry, 1988). A percepção é também um determinante de julgamento para a definição de qualidade sob a perspectiva do cliente.</p>	<p>O procedimento operacional da variável “percepção” tem como objetivo mensurar a experiência do cliente em relação aos serviços prestados pela operadora a partir da perspectiva dos atributos de expectativas coletados nas entrevistas de grupos focais. Seguindo o princípio da Escala SERVQUAL, os elementos de avaliação da percepção foram enviados juntamente com as questões de expectativas, relacionando cada atributo ao serviço experimentado. A determinação de <i>scores</i> para cada elemento que compõe a aferição da variável permitiu a realização do procedimento de comparação das informações obtidas na etapa exploratória do estudo. Essa comparação possibilitou o entendimento dos pontos vulneráveis da cooperativa e propiciou refinar os modelos teóricos a partir da realidade prática de seus processos internos.</p> <p>A partir dessa definição, a operacionalização dessa variável também será composta por 23 elementos distribuídos entre as cinco dimensões da qualidade, com direcionamento específico a cooperativa estudada:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1 – Tangibilidade:</b> aparência física, higiene, facilidade de acesso físico e apresentação dos funcionários.</li> <li><b>2 – Confiabilidade:</b> tempo de execução do serviço, reputação, resolutividade e acesso a rede assistencial.</li> <li><b>3 – Responsividade:</b> disponibilidade para orientar o cliente, proatividade, prazo de acesso ao serviço, disponibilidade, agilidade, e facilidade de utilização.</li> <li><b>4 – Segurança:</b> referência de profissionais, disponibilidade de especialistas, segurança no conhecimento dos profissionais e custo-benefício.</li> <li><b>5 - Empatia:</b> postura da equipe, comunicação, conhecimento das necessidades do cliente, disponibilidade e atendimento personalizado.</li> </ol>

**Nota.** Fonte: O autor.

Os 23 elementos da operacionalização de cada variável foram definidos a partir da análise das informações obtidas nas entrevistas dos grupos focais com clientes.

O construto valor, embora não seja definido aqui como uma variável operacional do estudo, foi submetido a uma análise causal sobre as informações obtidas a partir da aplicação dos resultados e da classificação dos elementos prioritários de qualidade e valor definido pelos clientes durante as entrevistas. Esse processo foi necessário para contemplar o problema proposto pela pesquisa, sustentada pelo entendimento de que a constante coordenação de informações relacionadas ao cliente e como essas informações são compartilhadas internamente são processos da composição essencial do processo de criação de valor ao mercado (Slater & Narver, 1990).

Associada a isso, a teoria da lógica dominante de serviços considera a qualidade percebida um elemento essencial da composição de modelos teóricos para mensuração do valor de uma marca sob a perspectiva do cliente (Rego, Oliveira & Luce, 2008).

### **3.5.2 Instrumento de coleta de dados**

A utilização da Escala SERVQUAL ocorreu por meio da atribuição de um conjunto de indicadores a cada uma das dimensões da qualidade. Esses parâmetros foram reconhecidos como elementos utilizados pelos clientes para avaliar especificamente a utilização do serviço em saúde, resultando na composição de 46 afirmações distribuídas em duas partes utilizando um formulário autorrespondido e operacionalizado por meio da ferramenta Qualtrics® (*websurvey*). Na primeira parte, o entrevistado foi instruído a indicar, em 23 afirmações, qual o nível de importância do serviço relacionado ao elemento de cada enunciado oferecido por uma operadora de planos de saúde ao seu cliente. Na segunda parte, o respondente foi instruído a responder as 23 afirmações restantes indicando a sua percepção sobre os serviços prestados pela cooperativa de trabalho médico nomeada. Essa estrutura conceitual do instrumento remete ao procedimento estipulado por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988).

Cada enunciado que define os indicadores de mensuração das variáveis deste estudo foi estruturado a partir dos resultados obtidos nos grupos focais da etapa exploratória da pesquisa, que determinaram os temas a serem investigados para cada uma das cinco dimensões. Esse procedimento, resultante de uma análise sistemática da avaliação dos clientes obtidas por meio das entrevistas, constitui uma representação concisa dos critérios básicos utilizados pelos clientes para avaliar a qualidade de um serviço (Parasuraman, Zeithaml & Berry, 2014).

Tabela 11  
**Construto Expectativa**

Dimensão	Indicador
Tangibilidade	<p>E1 – A aparência dos hospitais e demais locais de atendimento devem estar de acordo com o serviço prestado.</p> <p>E2 – Os ambientes de atendimento em saúde devem estar sempre higienizados e aparentemente limpos.</p> <p>E3 – As unidades de atendimento devem estar localizadas em regiões próximas e de fácil acesso.</p> <p>E4 - Seus colaboradores devem estar bem vestidos e parecer arrumados.</p>
Confiabilidade	<p>E5 – O tempo de permanência no atendimento com o profissional de saúde deve ser adequado e garantir que o paciente esclareça todas as dúvidas e seja encaminhado, quando necessário, a um serviço adequado.</p> <p>E6 – As operadoras de planos de saúde devem ter boa reputação e inspirar confiança aos seus clientes.</p> <p>E7 – Não é esperado que as operadoras de planos de saúde sejam resolutivas e auxiliem os clientes quando ocorre um problema ou dificuldade na utilização do plano de saúde. (-)</p> <p>E8 – Os clientes devem poder escolher livremente os especialistas na rede credenciada das operadoras de planos de saúde</p>
Responsividade	<p>E9 – Não se espera que os canais de atendimento das operadoras de planos de saúde disponibilizem ao cliente informações claras e completas sobre como e quando os serviços serão executados. (-)</p> <p>E10 – É esperado que as operadoras de planos de saúde sejam proativas e avisem com rapidez os seus clientes sobre problemas ou irregularidades em solicitações de acesso à serviços.</p> <p>E11 – As operadoras de planos de saúde devem respeitar os prazos legais que garantem acesso aos profissionais ou recursos de saúde necessários.</p> <p>E12 - Seus funcionários devem sempre estar dispostos a ajudar os clientes.</p> <p>E13 - É esperado que as operadoras de planos de saúde priorizem as demandas dos clientes, auxiliando e agilizando a utilização do plano de saúde.</p> <p>E14 - As operadoras de planos de saúde devem oferecer aos seus clientes formas de reduzir o tempo de permanência em filas ou salas de espera.</p>
Segurança	<p>E15 – As operadoras de planos de saúde devem oferecer formas para que o cliente possa avaliar ou consultar referência dos seus profissionais credenciados.</p> <p>E16 – Não é esperado que as operadoras de planos de saúde ofereçam recursos e apoio adequados aos seus especialistas para que eles possam fazer bem o trabalho e permanecer na rede credenciada.</p> <p>E17 – Os clientes devem poder se sentir seguros ao receberem atendimento dos funcionários das operadoras de planos de saúde.</p> <p>E18 - A estrutura disponibilizada pelas operadoras de planos de saúde deve ser adequada ao valor pago pelo cliente e garantir a segurança de acesso aos recursos de saúde quando necessário.</p>
Empatia	<p>E19 – É esperado que os profissionais que atendem pelas operadoras de planos de saúde sejam educados e cordiais, mantendo uma postura adequada para lidar com questões de saúde do cliente.</p> <p>E20 – As operadoras de planos de saúde devem prestar um atendimento personalizado aos seus clientes e esclarecer, de forma clara, cordial e objetiva, as negativas de solicitação de exames e informações sobre demais necessidades.</p> <p>E21 – Não é esperado que as operadoras de planos de saúde conheçam as necessidades de seus clientes além das informações que são preenchidas nos formulários. (-)</p> <p>E22 - É esperado que as operadoras de planos de saúde tenham horários de funcionamento convenientes para todos os seus clientes.</p> <p>E23 - Os funcionários das operadoras de planos de saúde devem prestar atenção pessoal aos clientes.</p>

Nota. Fonte: O autor.

O questionário é caracterizado como estruturado e utilizou uma escala numérica de 7 pontos em que o respondente opta por uma posição, sendo 1 total discordância sobre a afirmativa apresentada e 7 a total concordância com a afirmação.

A decisão pela utilização da escala de 7 pontos apoiou-se em preservar a metodologia validada no estudo seminal de Parasuraman, Zeithaml e Berry (1988) que resultou na validação do instrumento SERVQUAL com alto grau de confiabilidade estatística, revalidada em estudo posterior pelos mesmos autores (Parasuraman, Zeithaml e Berry, 1991).

Embora não exista consenso na literatura sobre o número de pontos ideal para a atribuição de uma escala numérica, a opção pelo uso de 7 pontos tem demonstrado um ganho de confiabilidade maior do que escalas de menor número e menor risco de apresentar dispersão entre os respondentes e curvas fora dos padrões normais, problema identificado em escalas com mais pontos (Dalmoro & Vieira, 2014).

Tabela 12  
**Construto Percepção**

Dimensão	Indicador
Tangibilidade	P1 – A aparência dos hospitais e demais locais de atendimento da Cooperativa X estão de acordo com o serviço prestado. P2 – Os ambientes de atendimento em saúde da Cooperativa X estão sempre higienizados e aparentemente limpos. P3 – As unidades de atendimento da Cooperativa X estão localizadas em regiões próximas e de fácil acesso. P4 Os colaboradores da Cooperativa X estão sempre bem vestidos e arrumados.
Confiabilidade	P5 – O tempo de permanência no atendimento com o profissional da Cooperativa X é adequado e garante que o paciente esclareça todas as dúvidas e seja encaminhado, quando necessário, a um serviço complementar. P6 – A Cooperativa X tem boa reputação e inspira confiança aos seus clientes. P7 – A Cooperativa X não é resolutiva em auxiliar os seus clientes quando existe um problema ou dificuldade na utilização do plano de saúde. (-) P8 – Os clientes podem escolher livremente os especialistas na rede credenciada da Cooperativa X.
Responsividade	P9 – A Cooperativa X não disponibiliza ao cliente informações claras e completas sobre como e quando os serviços serão executados. (-) P10 – A Cooperativa X é proativa em avisar com rapidez os seus clientes sobre problemas ou irregularidades em solicitações de acesso a serviços. P11 – A Cooperativa X respeita os prazos que garantem acesso aos profissionais ou recursos de saúde necessários. P12 - Os colaboradores da Cooperativa X estão sempre dispostos a ajudar os clientes. P13 - A Cooperativa X prioriza as demandas dos clientes auxiliando e agilizando a utilização do plano de saúde. P14 - A Cooperativa X oferece aos seus clientes formas de reduzir o tempo de permanência em filas ou salas de espera.
Segurança	P15 – A Cooperativa X possibilita que o cliente possa avaliar ou consultar referência dos seus profissionais credenciados. P16 – Os especialistas não recebem apoio e recursos adequados da Cooperativa X para que possam fazer bem o trabalho e permanecer na rede credenciada. P17 – Os clientes se sentem seguros ao receberem atendimento dos funcionários da Cooperativa X. P18 - O valor pago pelo cliente da Cooperativa X é adequado em relação à estrutura disponibilizada para garantir a segurança de acesso aos recursos de saúde quando necessário.
Empatia	P19 – Os profissionais que atendem pela Cooperativa X são educados e cordiais e possuem uma postura adequada para lidar com questões de saúde do cliente. P20 – A Cooperativa X proporciona um atendimento personalizado aos seus clientes esclarecendo, de forma clara, cordial e objetiva, as negativas de solicitação de exames e informações sobre demais necessidades. P21 – A Cooperativa X não conhece as necessidades de seus clientes além das informações que são preenchidas nos formulários. (-) P22 - A Cooperativa X possui horário de funcionamento conveniente para todos os seus clientes. P23 - Os colaboradores da Cooperativa X oferecem atenção pessoal aos clientes.

Nota. Fonte: O autor.

Algumas afirmações negativas foram inseridas no instrumento como forma de evitar que o entrevistado seja influenciado pela direção das afirmações e preencha a escala de modo automático, conforme recomenda Malhotra (2012). Trabalhar com informações duais no instrumento, isto é, afirmações descritas positiva e negativamente auxilia no processo de reter

a atenção do usuário ao conteúdo que está sendo avaliado e evitar respostas automáticas (Churchill, 1979).

### 3.5.3 Procedimentos de coleta de dados

A aplicação do instrumento de pesquisa estruturado para a etapa quantitativa deste estudo foi realizada com os clientes de uma cooperativa médica de segundo grau do estado do Paraná, inseridos nas modalidades de contratação coletivo por adesão e coletivo empresarial, como já mencionado, por meio de uma *survey* em formato de questionário eletrônico enviado via e-mail. Cooper e Schindler (2016) recomendam que, antes do envio do questionário, seja aplicado um pré-teste com objetivo de identificar possíveis dificuldades de interpretação dos enunciados do instrumento, dúvidas relacionadas ao preenchimento da escala e efetividade da dinâmica escolhida para apresentação do questionário. Os dados gerados pela aplicação do pré-teste do instrumento estruturado para esse estudo foram descartados posteriormente e não fizeram parte dos procedimentos de análise dos dados. As alterações mais relevantes apontadas pelo grupo de pré-teste foi em relação à composição das afirmações, que resultaram em alguns ajustes na redação do formulário.

A coleta dos dados ocorreu entre os meses de novembro de 2019 e maio de 2020, após período de comunicação e solicitação de apoio aos clientes jurídicos da cooperativa para que incentivassem seus públicos a participarem da pesquisa. As instruções de preenchimento e o link de acesso ao formulário do instrumento foram encaminhados aos respondentes via e-mail pelo próprio pesquisador. Em alguns casos, foi necessário o encaminhamento de um descritivo dos objetivos da pesquisa e um resumo do instrumento, para que o cliente empresarial autorizasse seu público interno (funcionários ou associados) a responder a pesquisa.

Um dos pontos que interferiram diretamente na velocidade do processo de coleta dos dados para esse estudo, principalmente na fase final de coleta, foi o cenário de enfrentamento à pandemia do novo coronavírus, a partir de março de 2020. Devido à quantidade de informações e orientações, além da mudança na rotina profissional e social das pessoas, foram enviados muitos feedbacks de que não seria possível interromper as atividades rotineiras para responder a pesquisa devido aos processos de adaptação para trabalhos remotos, além de questões trabalhistas e mercadológicas que acabaram impactando a empregabilidade em muitos setores da economia. Há também a suposição de que o cenário descrito influenciou negativamente no número de respondentes que acessaram o link do formulário, considerando que a troca de informações por mensagens eletrônicas entre os profissionais acentuou-se nesse

período e algumas empresas admitiram que orientavam os seus funcionários em trabalho remoto a priorizarem assuntos profissionais como forma de manter a produtividade.

O pesquisador realizou reuniões de alinhamento com a equipe de gestão de contratos e relacionamento com clientes da cooperativa a fim de apresentar os objetivos do estudo e solicitar apoio no contato com os responsáveis pela gestão do plano de saúde nos clientes coletivos e empresariais como recurso para estimular a participação na pesquisa.

A ferramenta Qualtrics®, utilizada para a formatação e operacionalização do instrumento, possibilitou ao pesquisador acompanhar em tempo real o desempenho da coleta de dados por meio de um painel de relatórios, permitindo a imediata identificação de relatórios incompletos.

### 3.5.4 Técnicas de análise dos dados quantitativos

O processo de análise de dados quantitativos não é um fim em si mesmo, sendo um processo que tem como função fornecer informações que auxiliem na abordagem sobre o problema estudado (Malhotra, 2012). A composição de uma estratégia de análise de dados leva em conta aspectos como as escalas de mensuração utilizadas no procedimento de coleta, os objetivos do estudo e o tipo de informações que se espera obter a partir dos dados analisados (Malhotra, 2012).

A aplicação do instrumento nesta pesquisa teve como função coletar dados que pudessem proporcionar entendimento a avaliação da qualidade em serviços, mensurada a partir da diferença das médias entre a expectativa e percepção da qualidade dos clientes, sustentada pela literatura de qualidade em serviços sob uma perspectiva de marketing, representada na Figura 7. A comparação entre os *scores* médios das dimensões da qualidade organizadas no formulário evidenciou as principais lacunas entre o que os clientes esperam obter como serviço e como eles percebem que estão recebendo o serviço da cooperativa.

$$Q = E - P$$

Onde:

Q – Qualidade

E – Expectativa

P – Percepção

**Figura 7.** Representação equacional da mensuração do construto qualidade

Fonte: Autor, 2019.

A exploração dos dados obtidos a partir do objetivo definido pela pesquisa determinou a utilização de técnicas multivariadas com objetivo de explorar a interdependência de todo o conjunto de variáveis trabalhadas. Esse procedimento envolve a análise simultânea de todas as variáveis conjuntamente, possibilitando a perscrutação sobre a existência e o grau de relacionamento das variáveis (Malhotra, 2012; Hair, Black, Babin, Anderson & Tatham, 2009).

A partir dessa definição, procedeu-se o tratamento dos dados apoiado na análise fatorial exploratória, análise de agrupamentos e escalonamento multidimensional, com objetivo de proporcionar ordem aos dados na forma de estrutura entre as variáveis, facilitando a compreensão da essência das informações e fornecendo fundamentação para uma análise mais refinada das informações descritivas e relações entre as variáveis (Hair, Black, Babin, Anderson & Tatham, 2009).

Malhotra (2012) define a análise fatorial como uma classe de procedimentos estatísticos utilizados para reduzir e resumir os dados em situações onde o pesquisador busque identificar dimensões subjacentes ou fatores que expliquem as correlações entre um conjunto de variáveis. Em estudos de marketing, segundo o autor, a análise fatorial pode ser aplicada em inúmeras situações, como a determinação de atributos de uma marca, hábitos de consumo do cliente e estudos sobre preço.

A análise de agrupamentos – ou análise Q – é conceituada por Hair, Black, Babin, Anderson e Tatham (2009) como um grupo de técnicas multivariadas que tem como objetivo agrupar objetos com base em suas características, tendo como foco a comparação com base na variável estatística. Esse processo foi utilizado como recurso exploratório para identificar e agrupar os elementos do instrumento identificados como atributos importantes para o cliente e refinar o entendimento de como se correlacionam no contexto da organização estudada.

O processo de análise identificou aspectos do instrumento direcionado ao levantamento do índice de expectativa, separadamente do resultado das variáveis construídas para o levantamento do índice de percepção. Após essa análise, foi aplicado o cálculo dentre o coeficiente médio encontrado para cada item da percepção subtraindo o coeficiente médio para cada item de expectativa correspondente, com objetivo de determinar o índice Lacuna percebida pelo cliente. No passo seguinte, esse mesmo processo foi aplicado nas variáveis agrupadas por dimensão, com objetivo de determinar as lacunas agrupadas da cooperativa e possibilitar o entendimento do descompasso entre percepção e entrega de qualidade de modo



mais abrangente e conceitual sobre os processos da cooperativa e visão de seus líderes quanto à prestação de um serviço de qualidade.

O questionário também foi submetido ao teste do Coeficiente Alfa de Cronbach para avaliar a qualidade das afirmações, conforme recomendado por Churchill (1979). O autor define a sua aplicação como o primeiro elemento de tratamento estatístico ao qual o instrumento deve ser submetido, sendo os parâmetros de análise 0,90 de confiabilidade mínima aceitável e 0,95 de confiabilidade deve ser considerado o padrão desejado.

Foi utilizado o software IBM SPSS *Statistics* 20 como ferramenta auxiliar no tratamento dos dados quantitativos da pesquisa.

#### **4 Análise e discussão dos resultados**

Nesta seção são apresentados e discutidos os dados obtidos na aplicação dos procedimentos de coleta de informações. A ordem de apresentação segue a estrutura proposta pelo protocolo de pesquisa como forma de organizar logicamente a visão sobre a formação das lacunas de qualidade da cooperativa objeto deste estudo. Inicialmente, são detalhados os resultados obtidos por meio das entrevistas dos grupos focais, identificando os temas e elementos de cada dimensão utilizados pelos clientes para perceber e avaliar a qualidade de um serviço e o modelo de qualidade e valor proposto a partir das prioridades indicadas pelos usuários. Em seguida, são discutidos e classificados os *scores* encontrados para cada lacuna identificada, obtida por meio do instrumento estatístico estruturado a partir da SERVQUAL. Por último, os resultados são cruzados com as informações obtidas em entrevista com os gestores da cooperativa e por meio da análise documental dos processos, onde são identificadas e analisadas a relação entre os elementos encontrados por meio da pesquisa que contemplarão o problema estudado.

##### **4.1 A qualidade sob a perspectiva do cliente**

As duas entrevistas ocorridas por meio dos grupos focais de clientes permitiram um levantamento sobre as particularidades utilizadas por eles para definir um serviço de qualidade. Durante as sessões, os clientes externaram suas expectativas, detalharam algumas experiências, elencaram prioridades em relação ao serviço prestado pela cooperativa estudada e definiram uma relação entre valor e qualidade por meio de atributos que consideraram como essenciais em um serviço de qualidade e, por consequência, são percebidos como valores importantes na relação de consumo com o serviço de saúde.

Na análise das transcrições das entrevistas, foi possível identificar e organizar os elementos utilizados pelos clientes para estabelecer a expectativa sobre a cooperativa como operadora de plano de saúde. Esse processo possibilitou identificar quais são os elementos que formam essa expectativa, como são priorizados em uma perspectiva de relação de consumo e quais as dimensões de serviços utilizadas para avaliar a qualidade. A Tabela 13 apresenta os temas comuns identificados nas entrevistas como fatores-chave capazes de moldar e direcionar a expectativa do cliente.

Tabela 13  
**Temas direcionadores da expectativa do cliente**

<b>Tema</b>	<b>Descrição</b>
Acesso	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Liberar automaticamente solicitações de exames simples</li> <li>2. Agilizar a liberação de procedimento</li> <li>3. Auxiliar no agendamento de consultas</li> <li>4. Disponibilizar agenda ampliada</li> <li>5. Auxiliar na redução do prazo para agendar consultas</li> <li>6. Facilitar que o cliente tenha acesso rápido ao serviço desejado</li> <li>7. Agilizar a resolução de problemas apontados pelo cliente</li> <li>8. Acessar o serviço no momento de necessidade sem precisar esperar</li> <li>9. Garantir a consulta com um médico de livre escolha para uma segunda opinião</li> <li>10. Garantir a permanência do médico de confiança na rede</li> </ol>
Abrangência	<ol style="list-style-type: none"> <li>11. Tamanho e capilaridade da rede de prestadores (serviço hospitalar e clínico)</li> <li>12. Ampla rede para consulta eletiva (médicos)</li> <li>13. Garantir a consulta com um médico de livre escolha para uma segunda opinião</li> <li>14. Quantidade de recursos assistenciais disponíveis na rede (leitos, ambulâncias, centros cirúrgicos, etc.)</li> <li>15. Ter os melhores especialistas pela garantia de uma boa remuneração</li> <li>16. Garantir a livre escolha na rede credenciada</li> </ol>
Custo	<ol style="list-style-type: none"> <li>17. Serviço em conformidade com o que é pago</li> <li>18. Deixar claro ao cliente pelo que ele está pagando</li> <li>19. A estrutura física e o tipo de prestador coerentes ao valor pago</li> <li>20. Permitir o acessar ao serviço necessário com base no que é pago</li> </ol>
Experiência Anterior	<ol style="list-style-type: none"> <li>21. Possibilitar acesso à referência de médico de confiança pela experiência de outros usuários</li> <li>22. Manter o médico de referência credenciado ao longo do tempo</li> <li>23. Eliminar a solicitação de liberação via papel (tirar o trabalho do cliente)</li> <li>24. Conhecer a opinião de outros usuários em relação ao médico</li> </ol>
Comunicação	<ol style="list-style-type: none"> <li>25. Orientar o cliente de maneira precisa</li> <li>26. Agilizar a devolutiva de solicitações feitas pelo cliente de forma clara e precisa</li> <li>27. Promessas de serviço qualificado, abrangente e ágil</li> </ol>

Nota. Fonte: O autor.

**a. Acesso:** há um entendimento comum entre os clientes entrevistados de que o acesso está entre os principais temas quanto à formação da expectativa do usuário. Ele foi associado com frequência à agilidade em se obter o serviço desejado ou ter problemas resolvidos, principalmente quando a questão se refere à liberação de procedimentos ou à necessidade de utilizar qualquer serviço da operadora, seja em um contexto assistencial ou

administrativo. A burocracia foi percebida nesse item como algo que, em geral, frustra as expectativas dos usuários, como a necessidade de solicitar liberação para procedimentos simples, que poderia ocorrer de forma automática. Foi observado que esse é um tema que se inter-relaciona com os outros itens encontrados, considerando que o acesso é entendido como algo fundamental em uma relação de consumo em que o cliente paga pelo serviço e, como consequência, quer usufruir dele de forma facilitada e conforme a sua perspectiva da relação de consumo com a cooperativa. Elementos psicológicos como confiança e segurança também compõe a visão de que o acesso é determinante para a formação da expectativa do usuário, pois o serviço contratado está ligado diretamente à manutenção da saúde e bem-estar do indivíduo, portanto, a possibilidade de autonomia da escolha dos prestadores e a garantia da operadora de que prestadores de confiança permanecerão na rede credenciada do plano de saúde são elementos que consolidam esse tema em relação à formação da expectativa do cliente. A proatividade em auxiliar o cliente na utilização dos serviços contratados é visto, também, como elemento fundamental do tema acesso, indicando que a organização tem o dever de conhecer as necessidades do cliente e atendê-las de modo rápido e claro, priorizando a devolutiva de solicitações e orientando quanto aos procedimentos corretos para utilização do plano de saúde contratado. Um dos exemplos que surgiu durante as entrevistas foi sobre o processo de liberação de procedimentos, em que apontou-se uma demora excessiva para que os clientes possam receber uma resposta às suas solicitações, principalmente quando há a necessidade de alguma correção ou complementação à documentação enviada para solicitar acesso ao procedimento. Foi descrito que quando há essa situação, a resposta é realizada com poucos dias para vencer o prazo legal de retorno da operadora estabelecido pela ANS, o que gera atraso na realização do exame ou procedimento, pois o cliente necessitará fazer o ajuste e enviar a solicitação novamente, sendo que, a conferência do pedido poderia ser executada no dia do seu recebimento, evitando assim, estender o tempo de espera do cliente em saber se poderá utilizar o serviço ou terá que refazer todo o procedimento e aguardar um novo prazo.

**b. Abrangência:** garantir a permanência do especialista médico por meio de uma remuneração justa foi declarado pelos clientes como essencial para a composição de uma rede ampla de atendimento, tanto no aspecto geográfico quanto na disponibilização de especialidades ou recursos assistenciais adequados ao serviço apresentado no mercado pela organização estudada. Esse é um item elementar na visão dos entrevistados, que se relaciona diretamente com o tema anterior, justamente por garantir o acesso com segurança aos recursos disponibilizados no plano de saúde. Quanto maior for a rede e em mais locais estiver, maior

será a possibilidade do cliente utilizar o seu plano de saúde, independente do lugar que esteja, ou que tenha acesso a recursos que possam não ser encontrados em sua região de residência.

A garantia de contar com uma quantidade superior de médicos especialistas e recursos assistenciais em várias localidades no estado do Paraná e fora dele, é um conceito que, na visão do cliente, é identificada pela reputação da marca que consolidou no mercado uma visão abrangente de atuação dos seus serviços. Esse item é complementado ainda pela promessa de qualidade feita pela comunicação da marca, o que leva o cliente a esperar não só uma quantidade superior de profissionais e serviços à sua disposição, como também que os melhores e mais capacitados estejam entre eles, com a garantia de que esse vínculo será mantido ao longo do tempo.

**c. Custo:** O custo monetário pago pelo cliente, ou custo monetário percebido em relação ao plano de saúde, é um item que se conecta, especificamente, ao sentimento de acesso e às entregas tangíveis do serviço, como instalações e aparência física, localidades, limpeza, higiene e tecnologia. A expectativa formada é de que o serviço deve ser superior ao oferecido pelo setor público, com disponibilidade de recursos para utilização rápida, facilitada pela operadora de planos de saúde e com conforto e confiabilidade superior de equipamentos e estrutura. Um dos itens mencionados sugere um entendimento pré-estabelecido de que, a partir do momento em que há um pagamento sendo realizado pelo serviço, o cliente tem direito a acessar qualquer recurso disponível para atender a uma necessidade de saúde, seja de baixa ou alta complexidade. Essa visão é dominante sobre a questão de custo monetário e representa um elemento garantidor de que todas as necessidades pessoais do cliente relacionadas à saúde serão atendidas sem atrito.

**d. Experiência anterior:** Esse tema é um elemento de construção de confiança sobre o serviço a ser utilizado. Os usuários expressaram esperar que a operadora de planos de saúde mantenha um registro de referências sobre os profissionais que atendem os seus clientes e o disponibilize para consulta, contendo a opinião, relato e avaliação de clientes anteriores sobre um prestador específico. Esse elemento é citado como um facilitador para o momento de escolha de um médico, pois permite conhecer a reputação do profissional por meio da experiência de outros usuários. Por outro lado, quando já existe um vínculo do cliente com o médico, construído ao longo do tempo, a principal expectativa é de que a organização mantenha esse prestador credenciado ao seu serviço assistencial. Embora uma determinada especialidade seja atendida por um número “N” de profissionais, a preferência do cliente é pautada sempre pelo histórico de relação com esse médico, desta forma, a garantia de

permanência do profissional na rede de atendimento, já abordada em temas anteriores, também compõe a visão de experiência do consumidor em relação à formação da sua expectativa com o plano de saúde.

Esse item é complementado por experiências anteriores dos clientes com outros serviços similares aos oferecidos pela organização estudada. As facilidades obtidas no passado, durante o processo de consumo do serviço em outras organizações é esperado, principalmente, no que se refere à automatização da burocracia para acesso ao serviço. Uma questão fundamental desse componente relacionada às experiências anteriores do cliente é de que a cooperativa deve sempre oferecer a melhor prática disponível pelo mercado. Essa é uma ideia preconcebida por meio da sua reputação.

**e. Comunicação:** A análise do tema relacionado à comunicação levou em conta dois contextos a partir dos dados obtidos nas entrevistas com clientes: as declarações diretas e indiretas sobre o processo de comunicação da cooperativa. Nas declarações diretas, foram expressos elementos sobre a capacidade da cooperativa em dar retornos de forma precisa, rápida e adequada aos seus clientes. Eles esperavam uma eficiência superior da cooperativa em relação a esses itens, considerando que muitas vezes, o contato para o retorno sobre a solicitação de liberação de um exame ou procedimentos, auxílio em encontrar um prestador ou para receber informações sobre coberturas do plano de saúde são sempre confusas, demoradas e imprecisas, pois depende da operacionalização de uma singular para que o processo ocorra. Como a rede da cooperativa estudada pertence a outras cooperativas, não há um padrão nas informações, é sempre necessário que o cliente se adapte a um contexto local de operação, e isso dificulta a utilização plena do serviço contratado, contrariando as expectativas do consumidor. Sobre as questões indiretas, diversas vezes foi citado nos temas anteriores que constituem a formação da expectativa do cliente, que as afirmações feitas eram baseadas na promessa da marca, conectadas a reputação que a cooperativa construiu ao longo dos anos no mercado. Esse elemento, forma na mente do consumidor uma imagem de como o serviço será prestado e quais serão os recursos a sua disposição a partir da contratação do plano de saúde. Essa construção realizada pela comunicação em marketing faz com que o cliente projete expectativas superiores sobre os serviços e a forma como se relacionará com a organização.

A análise das transcrições obtidas nos dois *focus group* com os clientes da cooperativa permitiu, além dos elementos que definem a expectativa do usuário, entender quais são as dimensões de serviços utilizadas por eles para avaliar a utilização do plano de saúde. A

análise, guiada pelas cinco dimensões encontradas por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985), possibilitou a estruturação de 30 elementos, conforme demonstra a Tabela 14, definidos a partir de afirmações realizadas pelos clientes sobre a experiência de utilização do serviço oferecido pela cooperativa.

Tabela 14

**Dimensões da qualidade sob a perspectiva do cliente**

Exemplo de afirmação realizada pelo cliente	Dimensão
1. A aparência dos hospitais e demais locais de atendimento devem estar de acordo com o serviço prestado.	Tangibilidade
2. Os ambientes de atendimento em saúde devem estar sempre higienizados e aparentemente limpos.	
3. As unidades de atendimento devem estar localizadas em regiões próximas e de fácil acesso.	
4. O preço pago pela mensalidade ou coparticipação deve ser condizente com a estrutura oferecida e a facilidade de se obter o serviço desejado.	
5. Os profissionais que me atendem, seja administrativo ou de saúde, devem realizar os procedimentos de modo confiável.	Confiabilidade
6. As operadoras devem conhecer as minhas necessidades particulares de acesso ao serviço de saúde.	
7. As liberações devem ocorrer dentro dos prazos para seja garantido acesso ao profissional de saúde e aos exames e procedimentos necessários.	
8. Os canais de atendimento da operadora devem direcionar de forma correta as solicitações enviadas.	
9. O tempo de permanência no atendimento com o profissional de saúde deve ser adequado e garantir que o paciente esclareça todas as dúvidas.	Responsividade
10. As operadoras devem ter rapidez e facilitar o acesso às informações que auxiliem na utilização do plano de saúde.	
11. As operadoras devem oferecer recursos para facilitar e agilizar o agendamento de consultas.	
12. A operadora deve resolver com agilidade as questões administrativas e financeiras dos clientes.	
13. Quando existe um problema ou dificuldade na utilização do plano de saúde, as operadoras devem ser solidárias e auxiliar os clientes.	
14. As operadoras devem auxiliar o cliente com informações completas sobre como liberar um exame ou procedimento.	
15. As operadoras devem ser proativas e avisar com rapidez os seus clientes sobre problemas ou irregularidades em solicitações de acesso a serviços.	
16. Os prestadores de serviços das operadoras devem dispor de tempo para atender ao cliente e encaminhá-lo para o serviço adequado quando necessário.	

17. O cliente deve ser atendido com rapidez e não precisar aguardar em filas ou em salas de espera para acessar o serviço desejado.	
18. As operadoras devem oferecer formas para que o cliente possa avaliar ou consultar referências dos seus profissionais credenciados.	Segurança
19. A transmissão de informações da operadora aos seus clientes deve ocorrer de forma clara e completa.	
20. As operadoras devem dispor de recursos para manter bons profissionais em sua rede credenciada por um longo período.	
21. Os clientes devem ser comunicados sobre todos os critérios utilizados para a solicitação de exames e procedimentos.	
22. As operadoras devem garantir uma boa variedade de especialistas em sua rede credenciada.	
23. Os profissionais que atendem pela operadora, tanto em questões administrativas como nas demandas em saúde, devem ser educados e cordiais.	Empatia
24. As operadoras devem prestar atendimento personalizado aos seus clientes e esclarecer, de forma clara e objetiva, as negativas de solicitação de exames.	
25. A comunicação de uma operadora de planos de saúde deve ser clara, cordial e objetiva.	
26. As operadoras devem se preocupar se o atendimento é realizado de modo adequado.	
27. É esperado que as operadoras conheçam os seus clientes além das informações que são preenchidas nos formulários.	
28. Os profissionais que atendem pelas operadoras de saúde devem ter uma postura adequada e padronizada para lidarem com as questões de saúde do cliente.	
29. As operadoras devem ter boa reputação e inspirar confiança aos seus clientes.	
30. Os clientes devem poder escolher livremente os profissionais de saúde na rede credenciada das operadoras.	

*Nota.* Fonte: O autor.

É importante observar que, na análise inicial, embora os elementos expostos pelos clientes estivessem conectados a diferentes contextos, muitas das manifestações se relacionam entre si, fazendo com que as dimensões confirmadas não sejam necessariamente, independentes uma das outras. Essa descoberta concede aos serviços da cooperativa o conceito da teoria da qualidade em serviços de que, embora cada dimensão do serviço represente um elemento específico, quando o cliente faz a sua avaliação, eles se conectam e



formam a percepção sobre a experiência de consumo. No processo de refinamento dos elementos de cada dimensão, foi eliminada a redundância e reduzida a quantidade de observações, por meio da técnica de análise comparativa, com o propósito de tornar o modelo de verificação mais preciso e possibilitar a construção do instrumento SERVQUAL aplicado na fase quantitativa da pesquisa, já apresentado anteriormente. A Tabela 15 detalha os elementos encontrados a partir dos processos de refinamento do conteúdo. O trabalho resultou na redução de sete elementos e a associação a cada tema relacionado à formação da expectativa do usuário.

Tabela 15

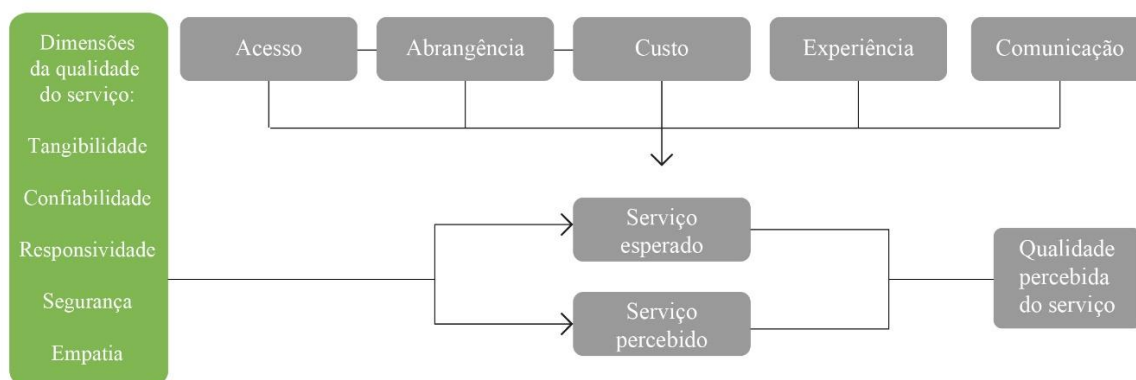
**Construção do instrumento SERVQUAL**

Conceito expresso pelo cliente	Tema construção da expectativa	Dimensão de avaliação
1. A aparência dos hospitais e demais locais de atendimento devem estar de acordo com o serviço prestado.	Aparência física das instalações	Tangibilidade
2. Os ambientes de atendimento em saúde precisam sempre parecer higienizados e aparentemente limpos.	Higiene	
3. As unidades de atendimento para a realização de procedimentos precisam estar localizadas em regiões próximas e de fácil acesso.	Acesso físico	
4. Os colaboradores que atendem na linha de frente devem se apresentar bem vestidos e arrumados.	Aparência dos colaboradores	
5. O tempo de permanência no atendimento com o profissional de saúde precisa ser adequado e garantir que o paciente esclareça todas as dúvidas e seja encaminhado, quando necessário, a um serviço complementar.	Tempo do Serviço	Confiabilidade
6. A organização deve ter boa reputação e inspirar confiança aos seus clientes.	Reputação	
7. É necessário ser resolutiva em auxiliar os clientes quando existe um problema ou dificuldade na utilização do plano de saúde.	Agilidade	
8. Os clientes podem escolher livremente os especialistas na rede credenciada.	Livre escolha	
9. O cliente deve ser informado de modo claro e completo sobre como e quando os serviços serão executados.	Comunicação	Responsividade
10. Deve haver proatividade em avisar os clientes sobre problemas ou irregularidades em solicitações de acesso a serviços.	Acesso	
11. Os prazos que garantirem acesso aos profissionais ou recursos de saúde necessários devem ser respeitados em todo o processo de solicitação.	Acesso	
12. Os colaboradores devem estar sempre dispostos a ajudar os clientes.	Agilidade	
13. As demandas dos clientes devem ser priorizadas para agilizar a utilização do plano de saúde.	Agilidade	
14. Deve ser oferecido aos clientes formas de reduzir o tempo de permanência em filas ou salas de espera.	Agilidade	
15. A operadora deve disponibilizar mecanismos	Experiência	Segurança

formais para que o cliente possa avaliar ou consultar referência dos seus profissionais credenciados.		
16. Os especialistas devem receber apoio e recursos adequados para que possam fazer bem o trabalho e permanecer na rede credenciada.	Abrangência	
17. Os clientes se sentem seguros ao receberem atendimento dos funcionários e prestadores.	Experiência	
18. O valor pago pelo cliente é adequado em relação à estrutura disponibilizada para garantir a segurança de acesso aos recursos de saúde quando necessário.	Custo monetário	
19. Os profissionais são educados e cordiais e possuem uma postura adequada para lidar com questões de saúde do cliente.	Experiência	Empatia
20. É esclarecido aos clientes, de forma clara, cordial e objetiva, as negativas de solicitação de exames e informações sobre demais necessidades.	Comunicação	
21. As necessidades do cliente devem ser conhecidas além das informações que são preenchidas nos formulários.	Facilidade	
22. Os horários de funcionamento devem ser convenientes para todos os seus clientes.	Acesso	
23. Os colaboradores devem oferecer em atenção pessoal aos clientes.	Personalização	

Nota. Fonte: O autor.

Embora exista o conceito de que a experiência é avaliada a partir de fatores que se alteram de prestador para prestador e a partir da condição momentânea do cliente no instante da utilização do serviço, o estudo exploratório com os clientes possibilitou a construção de um modelo conceitual que resume a forma como o cliente enxerga o serviço de saúde da cooperativa permitindo prever qual será a sua reação a partir dos elementos básicos que formam a sua expectativa e percepção sobre uma experiência. A Figura 8 é uma adaptação do modelo proposto por Parasuraman, Zeithaml e Berry (2014), com as informações específicas encontradas neste estudo.



**Figura 8.** Avaliação da qualidade do serviço pelo cliente

Fonte: O autor, 2020.

A fase quantitativa do estudo, destinado a mensurar o *score* da lacuna existente entre os construtos expectativa e a percepção do usuário resultou em 542 formulários respondidos completamente. A Tabela 16 representa os resultados das estatísticas descritivas dos 23 itens presentes na primeira parte do instrumento aplicado, destinado à mensuração do construto expectativa (E1 a E23).

Na análise das médias, foi observado que os itens mais altos estão relacionados à higiene e aparência dos ambientes de atendimento (E2), à cordialidade, educação e postura dos funcionários (E19) e houve uma equivalência entre os itens segurança sentida pelos clientes ao receberem atendimento (E17), adequação do tempo de atendimento (E5), disponibilidade dos funcionários (E12) e reputação da organização (E6). Esse resultado demonstra que cada uma das cinco dimensões está representada entre os mais altos índices de expectativas demonstradas pelos clientes da cooperativa.

Os resultados da variância e do desvio padrão apontados nesses mesmos itens indicam uma forte presença desses conceitos na formação da expectativa do consumidor, determinando-os como elementos de entrega primordiais na relação de consumo. Sob a lente dos temas prioritários da construção da expectativa, levantados anteriormente, a experiência positiva se sobressai, relacionados à segurança e ao bom relacionamento dos clientes com os funcionários que fazem a prestação do serviço. A agilidade direcionada ao acesso por meio da colaboração dos atendentes, tempo, reputação e higiene complementam essa análise inicial. É observado também que, embora exista uma diferença que permita a classificação entre as variáveis, ela é baixa, revelando uma visão exigente do cliente em relação aos serviços esperados, confirmados pela análise dos altos índices da assimetria e curtose da tabela.

Tabela 16  
Estatística descritiva - expectativa

Variáveis	N	Média	Desvio padrão	Variância	Assimetria	Curtose
E1 – A aparência dos hospitais e demais locais de atendimento devem estar de acordo com o serviço prestado.	542	6,51	1,033	1,067	-2,886	9,700
E2 – Os ambientes de atendimento em saúde devem estar sempre higienizados e aparentemente limpos.	542	6,88	0,607	,368	-7,011	56,544
E3 – As unidades de atendimento devem estar localizadas em regiões próximas e de fácil acesso.	542	6,46	1,045	1,092	-2,429	7,092
E4 - Seus colaboradores devem estar bem vestidos e arrumados.	542	6,41	1,006	1,011	-2,137	5,449
E5 – O tempo de permanência no atendimento com o profissional de saúde deve ser adequado e garantir que o paciente esclareça todas as dúvidas e seja encaminhado, quando necessário, a um serviço adequado.	542	6,81	0,728	,530	-5,024	28,913
E6 – As operadoras de planos de saúde devem ter boa reputação e inspirar confiança aos seus clientes.	542	6,81	0,741	,548	-5,266	32,216
E7 – Não é esperado que as operadoras de planos de saúde sejam resolutivas e auxiliem os clientes quando ocorre um problema ou dificuldade na utilização do plano de saúde. (-)	542	2,18	2,141	4,585	1,538	,652
E8 – Os clientes devem poder escolher livremente os especialistas na rede credenciada das operadoras de planos de saúde.	542	6,73	0,860	,739	-4,306	21,026
E9 – Não se espera que os canais de atendimento das operadoras de planos de saúde disponibilizem ao cliente informações claras e completas sobre como e quando os serviços serão executados. (-)	542	2,02	2,041	4,164	1,739	1,311
E10 – É esperado que as operadoras de planos de saúde sejam proativas e avisem com rapidez os seus clientes sobre problemas ou irregularidades em solicitações de acesso à serviços.	542	6,76	0,797	,636	-4,697	25,622
E11 – As operadoras de planos de saúde devem respeitar os prazos legais que garantem acesso aos profissionais ou recursos de saúde necessários.	542	6,52	1,217	1,481	-3,129	9,907
E12 - Seus funcionários devem sempre estar dispostos a ajudar os clientes.	542	6,81	0,681	,463	-5,208	32,887
E13 - É esperado que as operadoras de planos de saúde priorizem as demandas dos clientes, auxiliando e agilizando a utilização do plano de saúde.	542	6,73	0,830	,690	-4,375	22,413
E14 - As operadoras de planos de saúde devem oferecer aos seus clientes formas de reduzir o tempo de permanência em filas ou salas de espera.	542	6,66	1,010	1,020	-3,901	16,469

E15 – As operadoras de planos de saúde devem oferecer formas para que o cliente possa avaliar ou consultar referência dos seus profissionais credenciados.	542	6,65	0,917	,840	-3,745	16,141
E16 – Não é esperado que as operadoras de planos de saúde ofereçam recursos e apoio adequados aos seus especialistas para que eles possam fazer bem o trabalho e permanecer na rede credenciada.	542	2,08	2,006	4,026	1,665	1,167
E17 – Os clientes devem poder se sentir seguros ao receberem atendimento dos funcionários das operadoras de planos de saúde.	542	6,81	0,652	,425	-5,405	36,785
E18 - A estrutura disponibilizada pelas operadoras de planos de saúde deve ser adequada ao valor pago pelo cliente e garantir a segurança de acesso aos recursos de saúde quando necessário.	542	6,52	1,174	1,378	-3,052	9,775
E19 – É esperado que os profissionais que atendem pelas operadoras de planos de saúde sejam educados e cordiais, mantendo uma postura adequada para lidar com questões de saúde do cliente.	542	6,86	0,591	,349	-6,381	50,346
E20 – As operadoras de planos de saúde devem prestar um atendimento personalizado aos seus clientes e esclarecer, de forma clara, cordial e objetiva, as negativas de solicitação de exames e informações sobre demais necessidades.	542	6,79	0,746	,557	-4,991	28,570
E21 – Não é esperado que as operadoras de planos de saúde conheçam as necessidades de seus clientes além das informações que são preenchidas nos formulários. (-)	542	3,00	2,262	5,118	,687	-1,058
E22 - É esperado que as operadoras de planos de saúde tenham horários de funcionamento convenientes para todos os seus clientes.	542	6,64	0,911	,830	-3,579	15,511
E23 - Os funcionários das operadoras de planos de saúde devem prestar atenção pessoal aos clientes.	542	5,97	1,518	2,304	-1,656	2,296

*Nota.* Fonte: O autor.

A Tabela 17 apresenta a estatística descritiva da segunda parte do instrumento aplicado, destinado a mensurar o construto percepção por meio de 23 itens sobre os elementos relacionados aos serviços oferecidos ao cliente pela cooperativa estudada (P1 a P23). Assim como no construto experiência, a primeira informação analisada foram as maiores médias, registrando a variável referente à aparência dos colaboradores (P4) como a maior, seguida pela percepção da higiene e limpeza dos ambientes de atendimento (P2), educação e postura dos funcionários (P19), reputação da cooperativa (P6), liberdade de escolha dos clientes (P8) e segurança dos clientes em relação ao atendimento oferecido (P17).

Diferente do que foi observado na tabela anterior, os itens que apresentaram as maiores médias na visão de percepção de qualidade do serviço, não representam todas as dimensões analisadas. A responsividade não esteve contemplada nesse recorte inicial da análise. Observa-se também que a diferença entre as médias é maior de um item para o outro e a distribuição dos dados ocorre de forma mais assimétrica. Essa informação apresenta indícios de que a expectativa do cliente contém alguns elementos que não são claramente percebidos no processo de utilização do serviço.

É importante assinalar que as médias mais baixas encontradas na tabela dizem respeito às perguntas negativas, que tem o valor positivo invertido e não quer dizer, necessariamente, que esses itens indicam o maior ponto de insatisfação apontado pelos clientes. Assim como ocorre nos dados obtidos no instrumento de mensuração das expectativas dos usuários, as variáveis que apresentam afirmações negativas direcionam as respostas para valores mais baixos, como é esperado.

Tabela 17  
**Estatística descritiva - percepção**

Variáveis	N	Média	Desvio padrão	Variância	Assimetria	Curtose
P1 – A aparência dos hospitais e demais locais de atendimento da Cooperativa X estão de acordo com o serviço prestado.	542	5,82	1,454	2,115	-1,561	2,273
P2 – Os ambientes de atendimento em saúde da Cooperativa X estão sempre higienizados e aparentemente limpos.	542	5,03	1,308	1,710	-1,961	4,146
P3 – As unidades de atendimento da Cooperativa X estão localizadas em regiões próximas e de fácil acesso.	542	5,63	1,595	2,543	-1,224	,963
P4 Os colaboradores da Cooperativa X estão sempre bem vestidos e arrumados.	542	5,81	1,168	1,363	-2,272	6,075
P5 – O tempo de permanência no atendimento com o profissional da Cooperativa X é adequado e garante que o paciente esclareça todas as dúvidas e seja encaminhado, quando necessário, a um serviço complementar.	542	5,54	1,611	2,594	-1,104	,649
P6 – A Cooperativa X tem boa reputação e inspira confiança aos seus clientes.	542	4,92	1,356	1,838	-1,631	2,725
P7 – A Cooperativa X não é resolutiva em auxiliar os seus clientes quando existe um problema ou dificuldade na utilização do plano de saúde. (-)	542	4,78	2,032	4,128	,257	-1,255
P8 – Os clientes podem escolher livremente os especialistas na rede credenciada da Cooperativa X.	542	3,58	1,682	2,827	-1,577	1,554
P9 – A Cooperativa X não disponibiliza ao cliente informações claras e completas sobre como e quando os serviços serão executados. (-)	542	5,88	2,088	4,360	,452	-1,198
P10 – A Cooperativa X é proativa em avisar com rapidez os seus clientes sobre problemas ou irregularidades em solicitações de acesso a serviços.	542	5,02	1,833	3,359	-,635	-,684
P11 – A Cooperativa X respeita os prazos que garantem acesso aos profissionais ou recursos de saúde necessários.	542	6,04	1,473	2,170	-1,111	,653
P12 - Os colaboradores da Cooperativa X estão sempre dispostos a ajudar os clientes.	542	6,07	1,373	1,886	-1,385	1,674
P13 - A Cooperativa X prioriza as demandas dos clientes auxiliando e agilizando a utilização do plano de saúde.	542	5,40	1,462	2,138	-1,076	,858
P14 - A Cooperativa X oferece aos seus clientes formas de reduzir o tempo de permanência em filas ou salas de espera.	542	4,37	1,782	3,175	-,693	-,362
P15 – A Cooperativa X possibilita que o cliente possa avaliar ou consultar referências dos seus profissionais credenciados.	542	5,57	1,938	3,758	-,551	-,804

P16 – Os especialistas não recebem apoio e recursos adequados da Cooperativa X para que possam fazer bem o trabalho e permanecer na rede credenciada.	542	5,43	1,933	3,738	,118	-1,127
P17 – Os clientes se sentem seguros ao receber atendimento dos funcionários da Cooperativa X.	542	5,60	1,279	1,635	-1,418	2,097
P18 - O valor pago pelo cliente da Cooperativa X é adequado em relação à estrutura disponibilizada para garantir a segurança de acesso aos recursos de saúde quando necessário.	542	6,27	1,741	3,031	-,762	-,235
P19 – Os profissionais que atendem pela Cooperativa X são educados e cordiais e possuem uma postura adequada para lidar com questões de saúde do cliente.	542	5,44	1,237	1,531	-1,690	3,221
P20 – A Cooperativa X proporciona um atendimento personalizado aos seus clientes esclarecendo, de forma clara, cordial e objetiva, as negativas de solicitação de exames e informações sobre demais necessidades.	542	5,91	1,602	2,565	-1,051	,526
P21 – A Cooperativa X não conhece as necessidades de seus clientes além das informações que são preenchidas nos formulários. (-)	542	3,47	2,067	4,274	-,300	-1,204
P22 - A Cooperativa X possui horário de funcionamento conveniente para todos os seus clientes.	542	5,88	1,516	2,297	-1,185	1,050
P23 - Os colaboradores da Cooperativa X oferecem atenção pessoal aos clientes.	542	3,22	1,534	2,353	-1,037	,689

Nota. Fonte: O autor.

Na sequência da observação dos resultados, foi analisada a colinearidade das duas partes do instrumento separadamente, considerando aspectos das respostas sobre expectativa e aspectos das respostas sobre a percepção dos serviços. Essa decisão ocorreu a partir da análise descritiva que constatou um comportamento distinto dos dados construídos pelos valores obtidos em cada fase da pesquisa. Essa análise em separado, permite uma precisão maior no entendimento de cada construto avaliado pelos entrevistados.

Na aferição dos resultados de correlação do construto expectativa, demonstrado na Tabela 18, é possível observar quatro inconsistências já esperadas, decorrentes das afirmações negativas E7, E9, E16 e E21. A natureza das questões direciona a resposta dos entrevistados em uma direção oposta ao do restante do questionário, o que resulta em uma anomalia prevista na análise fatorial.

Os demais itens apresentaram valores com nível de correlação orbitando o índice de 0,300 recomendado por Hair, Black, Babin, Anderson e Tatham (2009). Analisado sob os



parâmetros do Coeficiente de Correlação de Perason, a maioria dos itens apresentou uma correlação entre fraca e moderada. Portanto, a conclusão é de que as variáveis se relacionam entre si, porém não com força suficiente para estabelecer uma colinearidade consistente.

Tabela 18  
Matriz de correlação - expectativa

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20	E21	E22	E23
<b>E1</b>	1,000	,418	,317	,387	,366	,450	,004	,313	-,063	,370	,239	,345	,285	,267	,350	-,059	,388	,260	,362	,340	-,048	,328	,201
<b>Sig.</b>		,000	,000	,000	,000	,000	,923	,000	,145	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,167	,000	,000	,000	,000	,266	,000	,000
<b>E2</b>	,418	1,000	,437	,308	,680	,746	-,031	,521	-,033	,685	,392	,691	,526	,464	,520	-,034	,750	,375	,705	,654	,031	,436	,239
<b>Sig.</b>	,000		,000	,000	,000	,000	,475	,000	,436	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,436	,000	,000	,000	,000	,474	,000	,000
<b>E3</b>	,317	,437	1,000	,329	,358	,419	,024	,314	-,007	,381	,214	,416	,346	,329	,374	,030	,444	,263	,437	,382	-,028	,379	,238
<b>Sig.</b>	,000	,000		,000	,000	,000	,573	,000	,872	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,484	,000	,000	,000	,000	,519	,000	,000
<b>E4</b>	,387	,308	,329	1,000	,280	,367	,100	,376	,057	,295	,135	,354	,266	,223	,296	,095	,295	,156	,327	,297	,068	,255	,286
<b>Sig.</b>	,000	,000	,000		,000	,000	,020	,000	,182	,000	,002	,000	,000	,000	,000	,028	,000	,000	,000	,000	,115	,000	,000
<b>E5</b>	,366	,680	,358	,280	1,000	,722	-,051	,538	-,063	,651	,330	,633	,512	,491	,517	-,090	,673	,295	,649	,574	,026	,413	,216
<b>Sig.</b>	,000	,000	,000	,000		,000	,240	,000	,144	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,036	,000	,000	,000	,000	,552	,000	,000
<b>E6</b>	,450	,746	,419	,367	,722	1,000	-,033	,552	-,034	,681	,351	,648	,501	,413	,457	-,061	,685	,349	,684	,571	,041	,386	,214
<b>Sig.</b>	,000	,000	,000	,000	,000		,439	,000	,435	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,156	,000	,000	,000	,000	,345	,000	,000
<b>E7</b>	,004	-,031	,024	,100	-,051	-,033	1,000	,021	,717	-,104	,003	-,015	-,068	,000	-,035	,672	-,079	,026	-,034	-,024	,410	,035	,103
<b>Sig.</b>	,923	,475	,573	,020	,240	,439		,622	,000	,016	,948	,733	,115	,991	,415	,000	,066	,539	,428	,579	,000	,411	,017
<b>E8</b>	,313	,521	,314	,376	,538	,552	,021	1,000	,026	,517	,258	,585	,460	,371	,407	-,003	,555	,273	,533	,476	,066	,366	,216
<b>Sig.</b>	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,622		,548	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,946	,000	,000	,000	,000	,123	,000	,000
<b>E9</b>	-,063	-,033	-,007	,057	-,063	-,034	,717	,026	1,000	-,158	-,004	-,022	-,081	-,068	-,113	,730	-,094	,004	-,040	-,035	,531	,012	,083
<b>Sig.</b>	,145	,436	,872	,182	,144	,435	,000	,548		,000	,921	,610	,059	,115	,008	,000	,029	,925	,352	,410	,000	,787	,053
<b>E10</b>	,370	,685	,381	,295	,651	,681	-,104	,517	-,158	1,000	,349	,662	,626	,519	,578	-,206	,685	,344	,659	,599	-,039	,428	,257
<b>Sig.</b>	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,016	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,362	,000	,000
<b>E11</b>	,239	,392	,214	,135	,330	,351	,003	,258	-,004	,349	1,000	,369	,324	,222	,243	-,029	,386	,295	,350	,326	,024	,204	,140
<b>Sig.</b>	,000	,000	,000	,002	,000	,000	,948	,000	,921	,000		,000	,000	,000	,000	,502	,000	,000	,000	,000	,580	,000	,001
<b>E12</b>	,345	,691	,416	,354	,633	,648	-,015	,585	-,022	,662	,369	1,000	,607	,541	,559	-,053	,811	,348	,726	,617	,026	,504	,294
<b>Sig.</b>	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,733	,000	,610	,000	,000		,000	,000	,000	,219	,000	,000	,000	,000	,543	,000	,000
<b>E13</b>	,285	,526	,346	,266	,512	,501	-,068	,460	-,081	,626	,324	,607	1,000	,513	,486	-,127	,627	,288	,617	,536	-,053	,366	,237
<b>Sig.</b>	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,115	,000	,059	,000	,000	,000		,000	,000	,003	,000	,000	,000	,000	,215	,000	,000
<b>E14</b>	,267	,464	,329	,223	,491	,413	,000	,371	-,068	,519	,222	,541	,513	1,000	,649	-,152	,529	,305	,525	,438	-,076	,502	,218

<b>Sig.</b>	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,991	,000	,115	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,076	,000	,000
<b>E15</b>	,350	,520	,374	,296	,517	,457	-,035	,407	-,113	,578	,243	,559	,486	,649	1,000	-,171	,610	,370	,598	,532	-,025	,508	,273	
<b>Sig.</b>	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,415	,000	,008	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,557	,000	,000
<b>E16</b>	-,059	-,034	,030	,095	-,090	-,061	,672	-,003	,730	-,206	-,029	-,053	-,127	-,152	-,171	1,000	-,127	-,007	-,064	-,056	,518	-,044	,007	
<b>Sig.</b>	,167	,436	,484	,028	,036	,156	,000	,946	,000	,000	,502	,219	,003	,000	,000	,003	,867	,136	,194	,000	,310	,875		
<b>E17</b>	,388	,750	,444	,295	,673	,685	-,079	,555	-,094	,685	,386	,811	,627	,529	,610	-,127	1,000	,398	,778	,690	-,039	,493	,271	
<b>Sig.</b>	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,066	,000	,029	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,003	,000	,000	,000	,000	,364	,000	,000	
<b>E18</b>	,260	,375	,263	,156	,295	,349	,026	,273	,004	,344	,295	,348	,288	,305	,370	-,007	,398	1,000	,417	,388	,030	,310	,234	
<b>Sig.</b>	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,539	,000	,925	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,867	,000	,000	,000	,000	,492	,000	,000	
<b>E19</b>	,362	,705	,437	,327	,649	,684	-,034	,533	-,040	,659	,350	,726	,617	,525	,598	-,064	,778	,417	1,000	,706	,009	,535	,299	
<b>Sig.</b>	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,428	,000	,352	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,136	,000	,000	,000	,000	,826	,000	,000	
<b>E20</b>	,340	,654	,382	,297	,574	,571	-,024	,476	-,035	,599	,326	,617	,536	,438	,532	-,056	,690	,388	,706	1,000	-,040	,511	,285	
<b>Sig.</b>	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,579	,000	,410	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,194	,000	,000	,000	,000	,357	,000	,000	
<b>E21</b>	-,048	,031	-,028	,068	,026	,041	,410	,066	,531	-,039	,024	,026	-,053	-,076	-,025	,518	-,039	,030	,009	-,040	1,000	,019	-,081	
<b>Sig.</b>	,266	,474	,519	,115	,552	,345	,000	,123	,000	,362	,580	,543	,215	,076	,557	,000	,364	,492	,826	,357	,667	,059		
<b>E22</b>	,328	,436	,379	,255	,413	,386	,035	,366	,012	,428	,204	,504	,366	,502	,508	-,044	,493	,310	,535	,511	,019	1,000	,301	
<b>Sig.</b>	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,411	,000	,787	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,310	,000	,000	,000	,000	,667	,000		
<b>E23</b>	,201	,239	,238	,286	,216	,214	,103	,216	,083	,257	,140	,294	,237	,218	,273	,007	,271	,234	,299	,285	-,081	,301	1,000	
<b>Sig.</b>	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,017	,000	,053	,000	,001	,000	,000	,000	,000	,875	,000	,000	,000	,000	,059	,000		

Nota. Fonte: O autor.

O mesmo tratamento foi executado nos dados obtidos para as variáveis destinadas a mensurar o construto percepção, representado na matriz da Tabela 19. O similar comportamento inconsistente esperado foi encontrado nas questões negativas P7, P9, P16 e P21 em relação aos demais itens do instrumento, no entanto, foi observada uma correlação maior entre os itens que apresentaram resultados predominantemente acima do índice recomendado de 0,300 e presentes na faixa classificada como moderada pelos parâmetros do Coeficiente de Perason.

Após a realização do procedimento sem os itens negativos, o resultado não foi alterado, porém foi verificado, entre eles, um comportamento de correlação parecido com o restante dos demais itens.

Cabe reforçar o entendimento de que, como os itens representam variáveis de um mesmo construto, é esperada a existência de uma associação, porém não em um grau que sugira uma relação linear perfeita entre esses elementos.

Tabela 19  
Matriz de correlação - percepção

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	P22	P23
<b>P1</b>	1,000	,817	,539	,500	,560	,549	-,025	,341	-,090	,400	,446	,488	,481	,462	,358	-,048	,515	,483	,533	,466	,011	,463	,442
<b>Sig.</b>		,000	,000	,000	,000	,000	,562	,000	,037	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,261	,000	,000	,000	,000	,795	,000	,000
<b>P2</b>	,817	1,000	,491	,573	,550	,536	-,042	,332	-,081	,367	,422	,523	,475	,436	,347	-,039	,546	,457	,558	,476	,005	,466	,468
<b>Sig.</b>	,000		,000	,000	,000	,000	,325	,000	,058	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,360	,000	,000	,000	,000	,912	,000	,000
<b>P3</b>	,539	,491	1,000	,493	,453	,503	-,034	,294	-,066	,379	,389	,429	,434	,388	,318	-,021	,413	,435	,444	,456	-,004	,476	,398
<b>Sig.</b>	,000	,000		,000	,000	,000	,431	,000	,126	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,629	,000	,000	,000	,000	,924	,000	,000
<b>P4</b>	,500	,573	,493	1,000	,533	,540	-,055	,431	-,053	,352	,406	,526	,471	,388	,310	,031	,571	,362	,590	,455	,066	,417	,438
<b>Sig.</b>	,000	,000	,000		,000	,000	,201	,000	,221	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,472	,000	,000	,000	,000	,124	,000	,000
<b>P5</b>	,560	,550	,453	,533	1,000	,650	-,105	,430	-,132	,510	,510	,649	,644	,589	,407	-,102	,599	,512	,622	,644	-,074	,488	,521
<b>Sig.</b>	,000	,000	,000	,000		,000	,015	,000	,002	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,018	,000	,000	,000	,000	,083	,000	,000
<b>P6</b>	,549	,536	,503	,540	,650	1,000	-,136	,457	-,192	,512	,614	,665	,686	,514	,442	-,099	,715	,567	,606	,674	-,077	,499	,524
<b>Sig.</b>	,000	,000	,000	,000	,000		,002	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,022	,000	,000	,000	,000	,073	,000	,000
<b>P7</b>	-,025	-,042	-,034	-,055	-,105	-,136	1,000	-,002	,481	-,087	-,119	-,144	-,162	-,113	-,107	,366	-,104	-,051	-,055	-,148	,312	-,079	-,057
<b>Sig.</b>	,562	,325	,431	,201	,015	,002		,966	,000	,044	,005	,001	,000	,008	,013	,000	,015	,236	,201	,001	,000	,065	,188
<b>P8</b>	,341	,332	,294	,431	,430	,457	-,002	1,000	-,065	,346	,449	,456	,481	,339	,372	-,061	,438	,394	,446	,410	,017	,446	,349
<b>Sig.</b>	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,966		,129	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,158	,000	,000	,000	,000	,690	,000	,000
<b>P9</b>	-,090	-,081	-,066	-,053	-,132	-,192	,481	-,065	1,000	-,130	-,180	-,169	-,209	-,054	-,054	,397	-,191	-,110	-,121	-,192	,320	-,082	-,138
<b>Sig.</b>	,037	,058	,126	,221	,002	,000	,000	,129		,002	,000	,000	,000	,206	,207	,000	,000	,010	,005	,000	,000	,056	,001
<b>P10</b>	,400	,367	,379	,352	,510	,512	-,087	,346	-,130	1,000	,643	,564	,626	,497	,453	-,121	,525	,462	,444	,671	-,153	,458	,516
<b>Sig.</b>	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,044	,000	,002		,000	,000	,000	,000	,000	,005	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
<b>P11</b>	,446	,422	,389	,406	,510	,614	-,119	,449	-,180	,643	1,000	,574	,679	,477	,427	-,129	,584	,481	,490	,608	-,079	,462	,490
<b>Sig.</b>	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,005	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,000	,003	,000	,000	,000	,000	,066	,000	,000
<b>P12</b>	,488	,523	,429	,526	,649	,665	-,144	,456	-,169	,564	,574	1,000	,760	,583	,426	-,037	,757	,548	,717	,691	-,067	,540	,666
<b>Sig.</b>	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,000	,384	,000	,000	,000	,000	,120	,000	,000
<b>P13</b>	,481	,475	,434	,471	,644	,686	-,162	,481	-,209	,626	,679	,760	1,000	,584	,469	-,123	,694	,587	,621	,739	-,117	,552	,605
<b>Sig.</b>	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		,000	,000	,004	,000	,000	,000	,000	,006	,000	,000
<b>P14</b>	,462	,436	,388	,388	,589	,514	-,113	,339	-,054	,497	,477	,583	,584	1,000	,567	-,049	,525	,506	,504	,575	-,098	,497	,477

<b>Sig.</b>	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,008	,000	,206	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,255	,000	,000	,000	,000	,023	,000	,000
<b>P15</b>	,358	,347	,318	,310	,407	,442	-,107	,372	-,054	,453	,427	,426	,469	,567	1,000	-,081	,412	,419	,390	,498	-,142	,389	,427
<b>Sig.</b>	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,013	,000	,207	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,061	,000	,000	,000	,000	,001	,000	,000
<b>P16</b>	-,048	-,039	-,021	,031	-,102	-,099	,366	-,061	,397	-,121	-,129	-,037	-,123	-,049	-,081	1,000	-,065	-,061	,016	-,071	,395	-,031	-,028
<b>Sig.</b>	,261	,360	,629	,472	,018	,022	,000	,158	,000	,005	,003	,384	,004	,255	,061	,129	,153	,707	,099	,000	,465	,521	
<b>P17</b>	,515	,546	,413	,571	,599	,715	-,104	,438	-,191	,525	,584	,757	,694	,525	,412	-,065	1,000	,570	,678	,633	-,094	,489	,591
<b>Sig.</b>	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,015	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,129	,000	,000	,000	,029	,000	,000	
<b>P18</b>	,483	,457	,435	,362	,512	,567	-,051	,394	-,110	,462	,481	,548	,587	,506	,419	-,061	,570	1,000	,553	,586	-,098	,476	,435
<b>Sig.</b>	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,236	,000	,010	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,153	,000	,000	,000	,022	,000	,000	
<b>P19</b>	,533	,558	,444	,590	,622	,606	-,055	,446	-,121	,444	,490	,717	,621	,504	,390	,016	,678	,553	1,000	,634	,010	,524	,609
<b>Sig.</b>	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,201	,000	,005	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,707	,000	,000	,000	,824	,000	,000	
<b>P20</b>	,466	,476	,456	,455	,644	,674	-,148	,410	-,192	,671	,608	,691	,739	,575	,498	-,071	,633	,586	,634	1,000	-,128	,524	,634
<b>Sig.</b>	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,099	,000	,000	,000	,003	,000	,000	
<b>P21</b>	,011	,005	-,004	,066	-,074	-,077	,312	,017	,320	-,153	-,079	-,067	-,117	-,098	-,142	,395	-,094	-,098	,010	-,128	1,000	,001	-,120
<b>Sig.</b>	,795	,912	,924	,124	,083	,073	,000	,690	,000	,000	,066	,120	,006	,023	,001	,000	,029	,022	,824	,003	,978	,005	
<b>P22</b>	,463	,466	,476	,417	,488	,499	-,079	,446	-,082	,458	,462	,540	,552	,497	,389	-,031	,489	,476	,524	,524	,001	1,000	,508
<b>Sig.</b>	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,065	,000	,056	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,465	,000	,000	,000	,000	,978	,000	
<b>P23</b>	,442	,468	,398	,438	,521	,524	-,057	,349	-,138	,516	,490	,666	,605	,477	,427	-,028	,591	,435	,609	,634	-,120	,508	1,000
<b>Sig.</b>	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,188	,000	,001	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,521	,000	,000	,000	,000	,005	,000	

Nota. Fonte: O autor.

O procedimento de verificação da adequação da amostra realizado por meio da aplicação do teste Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) atingiu o resultado de 0,941, acima do valor crítico de 0,600 e considerado excelente pela respectiva escala de mensuração. O Teste de Esfericidade de Bartlett apontou a existência suficiente de relação, entre os itens do instrumento, para a realização da análise fatorial indicando um resultado de significância menor do que 0,05 conforme demonstrado na Tabela 20.

Tabela 20

**Teste KMO de adequação da amostra**

Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem		0,941
	Chi-quadrado aprox	15729,932
Teste de esfericidade de Bartlett	Df	1035
	Sig.	0,000

*Nota.* Fonte: O autor.

Os oito fatores encontrados por meio do método de rotação Varimax com normatização de Kaiser explicou 64,04% da variância acumulada, acima do valor de 60% definida como aceitável. Individualmente, cada fator explica 29,58%, 13,42%, 7,80%, 3,35%, 2,74%, 2,54%, 2,37% e 2,21%.

A Tabela 22 demonstra os resultados obtidos pela extração fatorial, que necessitou de adequações para manutenção dos fatores pertinentes ao modelo final deste estudo. A carga fatorial rotacionada de cada variável apresentou um índice superior a 0,600, estando acima do considerado aceitável de 0,400. Algumas variáveis apresentaram um comportamento em que foi necessária uma análise aplicando critérios objetivos aliados ao julgamento gerencial do pesquisador, conforme recomendam por Hair, Black, Babin, Anderson e Tatham (2009), com objetivo de entender as correspondências fundamentadas conceitualmente pela teoria abordada neste estudo.

Assim, foi observado que as variáveis negativas E7, E9, E16, E21, P7, P9, P16 e P21 ocupam um fator específico, repetindo o comportamento diferenciado dos dados devido à natureza da formulação da afirmação de coleta do instrumento. Os componentes correspondentes aos itens negativos, ainda que relevantes, pertencem aos componentes três e quatro, que, respectivamente, explicam 7,80% e 3,35% da variação.

Ao realizar um novo procedimento, excluindo os componentes referentes às questões negativas, e os fatores abaixo de 2,7%, foi possível determinar a extração de três componentes

que resultaram em uma explicação de 55,35% da variância acumulada. Mesmo abaixo do índice recomendado, o valor atingido é aceitável para o contexto de pesquisa em ciências sociais (Hair, Black, Babin, Anderson & Tatham, 2009). O componente 1, responsável por 25,65% das variações referem-se ao construto da percepção do usuário em relação ao serviço experimentado da cooperativa estudada, enquanto o componente 2 que explicou 23,83% das variações refere-se aos itens que identificam a expectativa do cliente em relação ao que deve ser oferecido como serviço ideal pela organização. A bidimensionalidade aferida é suportada pela teoria da qualidade em serviços, utilizada como base deste estudo.

O terceiro fator reuniu as questões específicas sobre percepção P1 que tratava sobre a aparência dos hospitais e locais de atendimento e P2 que tratava sobre a higienização dos ambientes de trabalho. Ainda que essas duas variáveis tenham aparecido também no componente 1, a carga fatorial relacionada ao componente 3 foi superior, determinando a existência do fator, no entanto, não foi possível encontrar um sentido na localização apresentada.

Por fim, os dados coletados foram submetidos ao teste de confiabilidade das escalas resultantes por meio do cálculo do Coeficiente Alfa de Cronbach, representados na Tabela 21, obtendo o resultado de  $\alpha = 0,95$  para o primeiro fator e  $\alpha = 0,94$  para o segundo fator, índices que indicam uma consistência interna alta e uma confiabilidade quase perfeita conforme os parâmetros de classificação do coeficiente.

Tabela 21  
**Teste de confiabilidade**

Dimensões	Alfa de Cronbach
Expectativa do cliente	0,94
Percepção do cliente	0,95

*Nota.* Fonte: O autor.

O processo de análise fatorial exploratória permitiu identificar a diferença de comportamentos entre os construtos Expectativa e Percepção, sendo a expectativa o elemento em que o cliente posiciona a prestação dos serviços que deve ser oferecido pela organização como ideal e compatível com uma relação de consumo baseado na troca de valor, em que o cliente desembolsa um custo monetário em troca de ter necessidades específicas atendidas em relação ao serviço de saúde.

A organização desses dados demonstra uma projeção alta do cliente sobre as entregas da cooperativa e, quando comparado ao construto percepção, é possível distinguir uma



alteração no padrão, indicando que a experiência contém lacunas que precisam ser analisados e mensurados.

**Tabela 22**  
**Matriz de componentes rotacionados**

Variável	Componente							
	1	2	3	4	5	6	7	8
E1 – A aparência dos hospitais e demais locais de atendimento devem estar de acordo com o serviço prestado.						0,565		
E2 – Os ambientes de atendimento em saúde devem estar sempre higienizados e aparentemente limpos.		0,797						
E3 – As unidades de atendimento devem estar localizadas em regiões próximas e de fácil acesso.		0,449						
E4 - Seus colaboradores devem estar bem vestidos e parecer arrumados.						0,711		
E5 – O tempo de permanência no atendimento com o profissional de saúde deve ser adequado e garantir que o paciente esclareça todas as dúvidas e seja encaminhado, quando necessário, a um serviço adequado.		0,767						
E6 – As operadoras de planos de saúde devem ter boa reputação e inspirar confiança aos seus clientes.		0,738						
E7 – Não é esperado que as operadoras de planos de saúde sejam resolutivas e auxiliem os clientes quando ocorre um problema ou dificuldade na utilização do plano de saúde. (-)			0,840					
E8 – Os clientes devem poder escolher livremente os especialistas na rede credenciada das operadoras de planos de saúde.		0,642						
E9 – Não se espera que os canais de atendimento das operadoras de planos de saúde disponibilizem ao cliente informações claras e completas sobre como e quando os serviços serão executados. (-)			0,877					
E10 – É esperado que as operadoras de planos de saúde sejam proativas e avisem com rapidez os seus clientes sobre problemas ou irregularidades em solicitações de acesso a serviços.		0,790						
E11 – As operadoras de planos de saúde devem respeitar os prazos legais que garantem acesso aos profissionais ou recursos de saúde necessários.		0,417						0,525
E12 - Seus funcionários devem sempre estar dispostos a ajudar os clientes.		0,837						
E13 – É esperado que as operadoras de planos de saúde priorizem as demandas dos clientes, auxiliando e agilizando a utilização do plano de saúde.		0,722						
E14 - As operadoras de planos de saúde devem oferecer aos seus clientes formas de reduzir o tempo de permanência em filas ou salas de espera.		0,714						
E15 – As operadoras de planos de saúde devem oferecer formas para que o cliente possa avaliar ou consultar referências dos seus profissionais credenciados.		0,730						
E16 – Não é esperado que as operadoras de planos de saúde ofereçam recursos e apoio adequados aos seus especialistas para que eles possam fazer bem o trabalho e permanecer na rede credenciada.			0,847					
E17 – Os clientes devem poder se sentir seguros ao receberem atendimento dos funcionários das operadoras de planos de saúde.		0,865						
E18 - A estrutura disponibilizada pelas operadoras de planos de saúde deve ser adequada ao valor pago pelo cliente e garantir a segurança de acesso aos recursos de saúde quando necessário.		0,456						
E19 – É esperado que os profissionais que atendem pelas operadoras de planos de saúde sejam educados e cordiais, mantendo uma postura adequada para lidar com questões de saúde do cliente.		0,844						
E20 – As operadoras de planos de saúde devem prestar um atendimento personalizado aos seus clientes e esclarecer, de forma clara, cordial e objetiva, as negativas de solicitação de exames e informações sobre demais necessidades.		0,754						
E21 – Não é esperado que as operadoras de planos de saúde conheçam as necessidades de seus clientes além das informações que são preenchidas nos formulários. (-)			0,642					
E22 - É esperado que as operadoras de planos de saúde tenham horários de funcionamento convenientes para todos os seus clientes.		0,602						

E23 - Os funcionários das operadoras de planos de saúde devem prestar atenção pessoal aos clientes.							0,702	
P1 - A aparência dos hospitais e demais locais de atendimento da Cooperativa X estão de acordo com o serviço prestado.	0,526				0,672			
P2 - Os ambientes de atendimento em saúde da Cooperativa X estão sempre higienizados e aparentemente limpos.	0,517				0,688			
P3 - As unidades de atendimento da Cooperativa X estão localizadas em regiões próximas e de fácil acesso.	0,482				0,524			
P4 Os colaboradores da Cooperativa X estão sempre bem vestidos e arrumados.	0,525				0,477			
P5 - O tempo de permanência no atendimento com o profissional da Cooperativa X é adequado e garante que o paciente esclareça todas as dúvidas e seja encaminhado, quando necessário, a um serviço complementar.	0,730							
P6 - A Cooperativa X tem boa reputação e inspira confiança aos seus clientes.	0,744							
P7 - A Cooperativa X não é resolutiva em auxiliar os seus clientes quando existe um problema ou dificuldade na utilização do plano de saúde. (-)				0,721				
P8 - Os clientes podem escolher livremente os especialistas na rede credenciada da Cooperativa X.	0,603							
P9 - A Cooperativa X não disponibiliza ao cliente informações claras e completas sobre como e quando os serviços serão executados. (-)				0,689				
P10 - A Cooperativa X é proativa em avisar com rapidez os seus clientes sobre problemas ou irregularidades em solicitações de acesso a serviços.	0,746							
P11 - A Cooperativa X respeita os prazos que garantem acesso aos profissionais ou recursos de saúde necessários.	0,749							
P12 - Os colaboradores da Cooperativa X estão sempre dispostos a ajudar os clientes.	0,818							
P13 - A Cooperativa X prioriza as demandas dos clientes auxiliando e agilizando a utilização do plano de saúde.	0,848							
P14 - A Cooperativa X oferece aos seus clientes formas de reduzir o tempo de permanência em filas ou salas de espera.	0,719							
P15 - A Cooperativa X possibilita que o cliente possa avaliar ou consultar referências dos seus profissionais credenciados.	0,630							
P16 - Os especialistas não recebem apoio e recursos adequados da Cooperativa X para que possam fazer bem o trabalho e permanecer na rede credenciada.				0,652				
P17 - Os clientes se sentem seguros ao receberem atendimento dos funcionários da Cooperativa X.	0,751							
P18 - O valor pago pelo cliente da Cooperativa X é adequado em relação à estrutura disponibilizada para garantir a segurança de acesso aos recursos de saúde quando necessário.	0,693							
P19 - Os profissionais que atendem pela Cooperativa X são educados e cordiais e possuem uma postura adequada para lidar com questões de saúde do cliente.	0,722							
P20 - A Cooperativa X proporciona um atendimento personalizado aos seus clientes esclarecendo, de forma clara, cordial e objetiva, as negativas de solicitação de exames e informações sobre demais necessidades.	0,837							
P21 - A Cooperativa X não conhece as necessidades de seus clientes além das informações que são preenchidas nos formulários. (-)				0,659				
P22 - A Cooperativa X possui horário de funcionamento conveniente para todos os seus clientes.	0,663							
P23 - Os colaboradores da Cooperativa X oferecem atenção pessoal aos clientes.	0,715							

Nota. Fonte: O autor.

A análise seguinte, representada na Tabela 23, faz um comparativo entre a diferença das médias de cada item dos construtos analisados com objetivo de se obter o *score* das lacunas de qualidade de serviço sob a perspectiva do cliente. Esse item permite avaliar quais são os serviços da cooperativa que possuem oportunidades de melhorias na qualidade, seguido pela verificação de quais são as dimensões mais críticas apontadas pelos consumidores.

**Tabela 23**  
**Identificação das médias da lacuna do cliente**

Item de avaliação	Expectativa	Percepção	Lacuna do Cliente
A aparência dos hospitais e demais locais de atendimento devem estar de acordo com o serviço prestado.	6,51	5,82	-0,69
Os ambientes de atendimento em saúde devem estar sempre higienizados e aparentemente limpos.	6,88	5,03	-1,85
As unidades de atendimento devem estar localizadas em regiões próximas e de fácil acesso.	6,46	5,63	-0,83
Seus colaboradores devem estar bem vestidos e arrumados.	6,41	5,81	-0,60
O tempo de permanência no atendimento com o profissional de saúde deve ser adequado e garantir que o paciente esclareça todas as dúvidas e seja encaminhado, quando necessário, a um serviço adequado.	6,81	5,54	-1,27
As operadoras de planos de saúde devem ter boa reputação e inspirar confiança aos seus clientes.	6,81	4,92	-1,89
Não é esperado que as operadoras de planos de saúde sejam resolutivas e auxiliem os clientes quando ocorre um problema ou dificuldade na utilização do plano de saúde(-)	2,18	4,78	-2,60
Os clientes devem poder escolher livremente os especialistas na rede credenciada das operadoras de planos de saúde.	6,73	3,58	-3,15
Não se espera que os canais de atendimento das operadoras de planos de saúde disponibilizem ao cliente informações claras e completas sobre como e quando os serviços serão executados. (-)	2,02	5,88	-3,86
É esperado que as operadoras de planos de saúde sejam proativas e avisem com rapidez os seus clientes sobre problemas ou irregularidades em solicitações de acesso à serviços.	6,76	5,02	-1,74
As operadoras de planos de saúde devem respeitar os prazos legais que garantem acesso aos profissionais ou recursos de saúde necessários.	6,52	6,04	-0,48
Seus funcionários devem sempre estar dispostos a ajudar os clientes.	6,81	6,07	-0,74
É esperado que as operadoras de planos de saúde priorizem as demandas dos clientes, auxiliando e agilizando a utilização do plano de saúde.	6,73	5,4	-1,33
As operadoras de planos de saúde devem oferecer aos seus clientes formas de reduzir o tempo de permanência em filas ou salas de espera.	6,66	4,37	-2,29
As operadoras de planos de saúde devem oferecer formas para que o cliente possa avaliar ou consultar referência dos seus profissionais credenciados.	6,65	5,57	-1,08
Não é esperado que as operadoras de planos de saúde ofereçam recursos e apoio adequados aos seus especialistas para que eles possam fazer bem o trabalho e permanecer na rede credenciada.	2,08	5,43	-3,35
Os clientes devem poder se sentir seguros ao receberem atendimento dos funcionários das operadoras de planos de saúde.	6,81	5,6	-1,21
A estrutura disponibilizada pelas operadoras de planos de saúde deve ser adequada ao valor pago pelo cliente e garantir a segurança de acesso aos recursos de saúde quando necessário.	6,52	6,27	-0,25
É esperado que os profissionais que atendem pelas operadoras de planos de saúde sejam educados e cordiais, mantendo uma postura adequada para lidar com questões de saúde do cliente.	6,86	5,44	-1,42
As operadoras de planos de saúde devem prestar um atendimento personalizado aos seus clientes e esclarecer, de forma clara, cordial e objetiva, as negativas de solicitação de exames e informações sobre demais necessidades.	6,79	5,91	-0,88
Não é esperado que as operadoras de planos de saúde conheçam as necessidades de seus clientes além das informações que são preenchidas nos formulários. (-)	3,00	3,47	-0,47
É esperado que as operadoras de planos de saúde tenham horários de funcionamento convenientes para todos os seus clientes.	6,64	5,88	-0,76
Os funcionários das operadoras de planos de saúde devem prestar atenção pessoal aos clientes.	5,97	3,22	-2,75

Nota. Fonte: O autor.

A aferição dos dados apontou que a maior lacuna encontrada se refere às informações disponibilizadas aos clientes relacionadas a solicitações de exames e procedimentos, com -3,86. Esse item diz respeito aos processos de comunicação direta com os clientes, especificamente sobre a capacidade da operadora em responder solicitações com orientações precisas e que facilitem o acesso do paciente ao serviço necessário. A discussão nos grupos focais sobre esse item revelou que ao solicitar um determinado procedimento, é esperado que a operadora de planos de saúde retorne imediatamente confirmando que toda a documentação necessária foi enviada porém, em muitos casos, essa confirmação só acontece próximo ao prazo legal para a cooperativa proceder com a liberação, o que impossibilita o cliente a realizar o procedimento solicitado, gerando um período de espera maior do que deveria ocorrer. Esse item é um fator de desgaste psicológico do cliente, pois somado ao sentimento de espera, em algumas ocasiões, há também, o desgaste emocional em decorrência da situação de saúde do solicitante. Apesar de ser um item relacionado à capacidade da organização em se comunicar, ele conecta-se fortemente ao elemento acesso, pois é visto pelo cliente com um ponto de atrito na utilização do serviço contratado, inserido na dimensão responsividade, que diz respeito à disponibilidade da operadora em ajudar o cliente e prestar o serviço sem demora.

A segunda maior lacuna identificada diz respeito à percepção do cliente sobre o suporte dado pela operadora aos especialistas para garantir que permaneçam credenciados por um longo período, com um resultado de -3,35. Esse item, relacionado ao tema abrangência, diz respeito à manutenção da rede de especialistas da cooperativa, no sentido de manter uma variedade maior de médicos de confiança por um longo período de tempo, garantindo que o cliente tenha longevidade no relacionamento com um determinado profissional e não corra o risco de ter um acompanhamento assistencial interrompido ou direcionado a outro médico que não inspire a confiança apropriada, sob a perspectiva do paciente. Ter escolhas de confiança é um atributo importante para o consumidor, e isso representa a percepção de segurança que a cooperativa transmite ao seu cliente. Durante os depoimentos, alguns clientes manifestaram experiências negativas relacionadas a médicos que deixaram de atender pela cooperativa, o que resultou em uma longa jornada até encontrar um prestador substituto que pudesse dar continuidade ao acompanhamento em saúde, fazendo com que a confiança na cooperativa fosse abalada. Outros citaram que não conseguiram encontrar um médico substituto, optando por pagar a consulta particular e utilizar a estrutura da operadora apenas para a realização de exames e procedimentos. Sob a perspectiva de uma matriz de valor da literatura de marketing

(Kotler e Keller, 2012), esses itens representam um alto custo psicológico e um moderado custo de energia física, além de resultar em reflexos também no custo monetário para o cliente. Esses fatores, ainda que não sejam mensurados neste estudo, permitem afirmar que essas lacunas contribuem diretamente para que a percepção de valor da cooperativa seja prejudicada.

Na sequência, encontra-se a lacuna relacionada à possibilidade de o cliente ter liberdade em escolher o especialista desejado na rede credenciada da cooperativa, com um índice de -3,15. O tema conectado a essa medida diz respeito ao entendimento do cliente de que, como possui uma relação de consumo com a organização, tem o direito de escolher qualquer médico especialista que esteja credenciado na operadora e faça parte do contrato de cobertura do plano de saúde. Essa ideia é reforçada pela construção que a cooperativa faz da sua marca ao mercado, sempre posicionando a quantidade de médicos como um valor de diferenciação. Essa percepção também se conecta diretamente ao conceito de acesso, pois é entendido que a livre escolha proporciona um amplo acesso ao serviço especializado e isso representa ao cliente a possibilidade de uso pleno dos recursos do serviço ofertado pela cooperativa. Sob a perspectiva de valor em marketing, não está claro onde a lacuna relacionada à livre escolha se encaixa, no entanto, considerando que a possibilidade de acesso a qualquer médico, em qualquer tempo, inclusive para consultar uma segunda ou terceira opinião, representa ao cliente a correta prestação dos serviços por parte da cooperativa, o item melhor se encaixa no custo psicológico.

A personalização na prestação de serviços é algo importante para o cliente no atendimento relacionado à saúde, pois suas necessidades específicas levam em conta fatores que determinam o seu bem-estar. A quarta principal lacuna encontrada diz respeito ao fato de os funcionários da cooperativa prestarem atenção pessoal aos clientes, com um score de -2,75. Esse item, integrante da dimensão Empatia, analisado sob as declarações realizadas pelos clientes nas entrevistas em grupo, diz respeito ao modo como suas demandas são entendidas e atendidas pelos funcionários da cooperativa. Embora tenham ocorrido relatos positivos em relação ao atendimento da operadora de planos de saúde estudada, os clientes associam essa experiência mais à cordialidade do colaborador do que à capacidade de um atendimento feito especificamente para a necessidade apresentada. Conectado diretamente aos processos de comunicação da cooperativa com o paciente, por compor um momento de relacionamento entre a organização e o cliente, essa afirmação também engloba a maneira como são realizados alguns retornos de solicitações, muitas vezes percebida apenas como a execução de

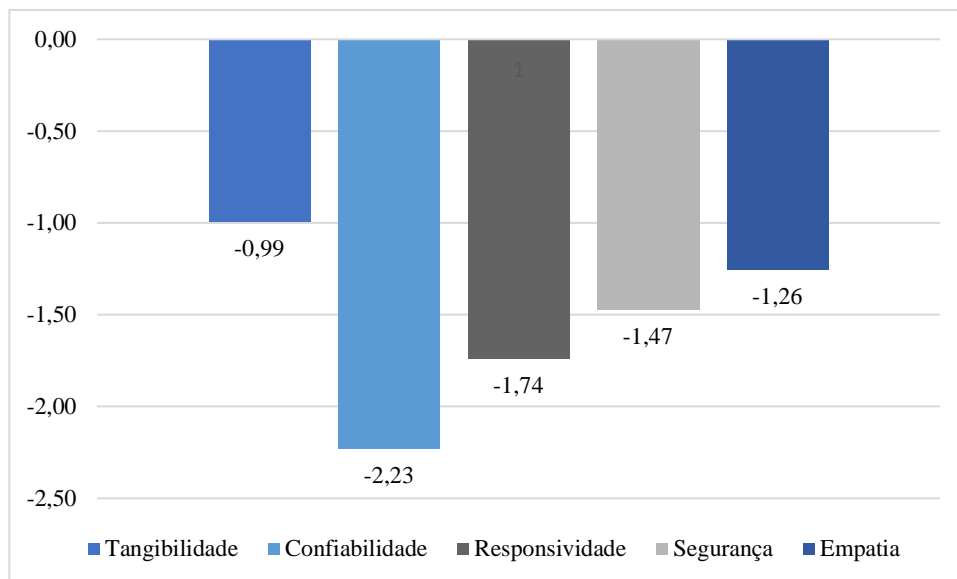
um processo do que com a preservação da saúde. Esse é um item que, claramente, compõe o custo psicológico da matriz de valor em marketing.

O item de confiabilidade, relacionado à capacidade da cooperativa em ser resolutiva e auxiliar os clientes com resposta a problemas ou dificuldades na utilização do plano de saúde, atingiu um índice de -2,60 na diferença entre a expectativa e a percepção do cliente, sendo a quinta principal lacuna identificada pelo estudo. A agilidade foi um tema recorrente na fala dos clientes sobre serviços em saúde, associado ao papel da organização em ser uma facilitadora da utilização dos recursos ao qual o cliente tem direito. Durante as entrevistas, houve uma percepção de que a cooperativa está disposta a auxiliar os clientes, porém, a forma de entregar essas soluções, muitas vezes, não é a mais adequada ou apresenta morosidade. Esse item faz com que exista certo grau de angústia aplicado à relação entre a organização e o consumidor.

Outro item relacionado ao tema agilidade que aparece como significativa lacuna é a percepção dos clientes sobre ações que a cooperativa realiza para reduzir o tempo de permanência em filas ou salas de espera para acesso ao serviço, com um resultado de -2,29. A reclamação mais recorrente nesse item é sobre os atrasos que ocorrem em consultórios médicos, prolongando o tempo de espera para a realização de uma consulta. Os clientes apontam a falta de mecanismos e controle da cooperativa em relação à forma como os médicos e especialistas organizam a agenda, e que isso gera desconforto no processo de utilização do plano de saúde. Foi apontado que, muitas vezes, isso demanda um esforço muito alto por parte do consumidor em adequar-se a horários nem sempre claros e bem definidos para acessar o serviço. Sobre demais estruturas, o cliente entende que muitas vezes o tempo de espera não depende da operadora de planos de saúde, que se devem levar em conta os protocolos de atendimento e processos de cada local, considerando o tipo de atendimento que é buscado, porém, eles apontam também a falta de processo para um melhor controle e a ausência de um suporte da cooperativa para auxiliar o cliente no momento de necessidade.

A Figura 9 representa os resultados da análise das lacunas de qualidade a partir da média geral dos itens que compõe cada dimensão. Os resultados extraídos consideram a média obtida das lacunas do cliente (percepção-expectativa), sendo os resultados negativos os mais problemáticos sob a perspectiva do cliente.





**Figura 9** - Pontuações SERVQUAL médias por dimensão de serviço

Fonte: O autor, 2020.

As dimensões Confiabilidade (-2,23) e Responsividade (-1,74), consideradas as mais importantes pelos autores Parasuraman, Zeithaml e Berry (2014), se destacam como as maiores lacunas do estudo, indicando um claro descompasso entre as prioridades dos clientes e os níveis de qualidade entregues pela organização. Esses itens concentram elementos conectados ao acesso do cliente ao serviço, a agilidade da organização em prestar atendimento ao cliente, a possibilidade de escolha do especialista ou serviço a ser utilizado, a forma como a cooperativa se comunica com o seu cliente durante os processos de prestação de serviço e a reputação da operadora de planos de saúde. Dentre esses, há um peso maior associado ao acesso e a agilidade, pois são percebidos também nos outros elementos que se inter-relacionam, conforme abordado anteriormente. Esse resultado demonstra que os aspectos mais relacionados à operacionalização do serviço representam os maiores pontos de insatisfação dos consumidores, pois se distanciam da ideia de serviço ideal que projetam sobre a relação de consumo com a operadora de planos de saúde. Em síntese, a dimensão que mais se aproxima da expectativa dos usuários é a que representa os aspectos tangíveis dos serviços, com um resultado de -0,99.

Assim como ocorreu nos grupos focais realizados com os clientes, as entrevistas de profundidade conduzidas com os líderes da cooperativa possibilitaram a descoberta de alguns padrões consistentes sobre como a cooperativa forma internamente a visão de qualidade em serviços e como a associa a valor para proporcionar suas entregas ao mercado. A observação inicial das informações extraídas da entrevista permitiu identificar alguns elementos relacionados ao aspecto técnico da prestação de serviços que tiveram alinhamento com o que

foi exposto pelos clientes durante a entrevista, no entanto, foi possível notar algumas lacunas em relação, principalmente, ao que o cliente entendia como um serviço ideal e como esse serviço deveria ser entregue. Alguns aspectos inerentes à sustentabilidade do setor de saúde suplementar, principalmente aqueles ligados diretamente à competitividade e à saúde financeira da cooperativa, estiveram constantemente presentes no diálogo dos líderes. A visão de que o serviço em saúde é diferente por tratar a vida das pessoas, elemento extremamente sensível e de importância única, também foi identificado algumas vezes, especialmente para justificar algumas entregas desalinhadas com a expectativa do usuário, explicada pela questão de que muitas vezes, na visão do profissional de saúde, o que o paciente quer nem sempre é o que ele, de fato, precisa para resolver algum problema específico de saúde.

No entanto, poucas vezes foi possível conectar as preocupações internas com a excelência da qualidade que o cliente espera de uma relação de consumo com a cooperativa, sendo a formatação de serviços e a forma como ele será entregue uma prerrogativa totalmente interna, mesmo que isso não contemple o que o cliente almeja. Um exemplo é a criação de canais digitais para que o cliente possua mais uma forma de acessar o serviço da cooperativa, mas sem entregar mais agilidade ou ampliar a facilidade de acesso ao serviço requisitado.

A teoria das lacunas da qualidade determina que existem quatro *gaps* internos da organização que precisam ser entendidos e fechados para aumentar a entrega de qualidade. Essa perspectiva teórica serviu de base para a construção das análises que compararam as expectativas dos clientes à visão interna da liderança. Com isso, o primeiro item a ser observado é a capacidade interna da liderança da cooperativa em perceber a expectativa dos clientes. A Tabela 24 sintetiza os elementos encontrados que definem, na visão dos líderes, quais são os principais elementos que constroem as expectativas dos clientes.

Ainda que os temas abrangência, acesso e agilidade estejam alinhados com os elementos encontrados de formação da expectativa do usuário, conceitualmente algumas divergências significativas foram observadas, tanto entre cliente e gestores, quanto entre os próprios gestores, que em muitos casos apresentaram diferentes visões sobre a entrega operacional ideal a ser oferecida ao consumidor.

Tabela 24

**Visão interna sobre a expectativa do cliente**

<b>Tema</b>	<b>Descrição</b>
Abrangência	1. Presença de rede no interior do estado 2. Garantia de atendimento médico nas principais cidades 3. Garantia de atendimento na localidade de residência do cliente
Acesso	4. Possibilidade de escolha 5. Qualificar importa mais para o acesso do que quantidade 6. Entregar todo o tipo de atendimento
Agilidade	7. Agilizar a resolução dos problemas 8. Agilizar o processo de atendimento
Custo	9. O custo não importa se o cliente tiver o que necessita 10. A percepção de qualidade supera o custo mais alto 11. O preço é a principal necessidade
Qualificação	12. O cliente quer o melhor médico, não a maior rede 13. Porta de entrada amplia a percepção de qualidade 14. A qualificação dos prestadores é o que diferencia a cooperativa
Gestão da saúde	15. O cliente espera que a cooperativa o oriente direcionando-o ao serviço correto a ser utilizado

*Nota.* Fonte: O autor.

Os cinco principais temas encontrados sobre a percepção dos gestores internos em relação às expectativas do cliente foram extraídos de 15 grupos que descrevem esses temas e materializam o direcionamento dado pela visão de cada área entrevistada.

**a. Abrangência:** O tema abrangência se conecta com as demandas expostas pelos clientes, no entanto, encontram algumas divergências conceituais entre a fala dos líderes entrevistados. A capilaridade da marca e a possibilidade de intercâmbio de atendimento, isso é, quando o cliente de uma cooperativa tem a possibilidade de realizar uma consulta com o cooperado de outra cooperativa que compõe o mesmo sistema, representam uma visão de diferencial por conseguir oferecer atendimento em cidades que outros planos de saúde não conseguem atingir. No entanto, alguns gestores enxergam isso como um atributo ultrapassado e, mesmo reconhecendo que o cliente possa enxergar valor nessa capilaridade, considera que a real importância da rede é atender o cliente em sua localidade de residência. Eventualmente, se o cliente costuma viajar em suas atividades laborais, esse item pode ser importante, mas não de modo generalizado. Essa visão é reforçada pelo alto custo que o intercâmbio representa, além das dificuldades burocráticas de se oferecer o atendimento por intermédio de outra cooperativa.

**b. Acesso:** esse item também tem sinergia com os elementos encontrados na formação da expectativa do cliente, no entanto, encontra algumas divergências de entendimento sob a perspectiva dos gestores que argumentam que o acesso não pode ser obtido pela quantidade de prestadores disponíveis na rede, mas sim, pela possibilidade de escolha em uma rede menor e que represente uma entrega maior de qualidade em todos os

tipos de serviço que o cliente possa vir a precisar, ou seja, a quantidade de especialistas e recursos deve ser suficiente para atender desde necessidades básicas até necessidades mais complexas, porém, não deve ter, obrigatoriamente, volume.

**c. Agilidade:** a rápida entrega dos serviços é unanimemente reconhecida como uma demanda pulsante dos clientes em relação aos serviços esperados da cooperativa. Existe um esforço interno para aprimorar esse item, ainda que seja reconhecida certa burocratização dos processos, com a justificativa do cumprimento de determinações legais impostas pela ANS, mas que acabam por prejudicar o resultado.

**d. Custo:** o valor pago pelo cliente da cooperativa é um ponto que apresentou diferentes perspectivas entre os líderes. É muito presente a visão de que o cliente não se importa em pagar por um serviço mais caro se houver uma comprovada qualificação dos profissionais e recursos utilizados na prestação do serviço, o que se conecta com o que foi discutido no item “acesso”, em que a qualificação é definida como prioritária em relação à quantidade. No entanto, há gestores que defendem a necessidade de maior competitividade no mercado, por meio da formatação de um pacote de serviços com custo operacional menor. Ainda que o custo também seja um elemento presente na formação da expectativa dos clientes, é observada uma necessidade de ajustes de entendimento, uma vez que, o cliente entende que a entrega deve ser realizada em conformidade com o que é pago, porém é sempre mencionado que o custo do plano é elevado e que sem o subsídio oferecido pela organização empregadora, provavelmente ele procuraria por uma opção mais barata de mercado, ou seja, nesse quesito, o custo monetário tem um peso considerável não na qualidade, mas na capacidade econômica do cliente, melhor se adequando a segunda visão dos líderes.

**e. Qualificação e Gestão da Saúde:** esses temas estiveram muito presentes na fala dos líderes como um dos principais elementos entendidos por eles do que os clientes esperam da cooperativa. Em geral, eram complementados como prioritários na entrega de um serviço melhor, inclusive, como justificativa para transmitir mais segurança ao cliente na utilização do plano de saúde e proporcionar o correto direcionamento de suas necessidades dentro dos recursos disponibilizados pela cooperativa. Os processos internos de qualificação da rede prestadora e a formatação de um conceito chamado de “porta de entrada”, em que o cliente sempre aciona o serviço de saúde em um local centralizado, e a partir dali é direcionado aos serviços especializados necessários à sua condição, foram posicionados como os principais diferenciais que podem ser promovidos pela cooperativa no mercado. Esse direcionamento qualificado, não apresentando necessariamente a maior quantidade de

médicos, é diretamente relacionado à necessidade que o cliente tem – na perspectiva dos líderes entrevistados – de ser gerenciado na utilização do plano, utilizando os recursos disponíveis de forma orientada e controlada. São muitos os benefícios internos apontados por essa prática, como a otimização dos recursos da operadora de planos de saúde, controle e manutenção do histórico do paciente, mais rapidez e eficiência em eventuais tratamentos, referência de confiança para o cliente e a entrega do serviço definida por uma orientação técnica e especializada. É importante reforçar que o conceito de qualidade e gestão em saúde é definido pelos gestores por meio de indicadores relacionados ao desfecho clínico dos pacientes e o desempenho dos custos relacionados a cada tratamento.

A análise desses elementos possibilita concluir que os gestores possuem uma boa ideia de quais são os elementos prioritários para o cliente na execução de um serviço em saúde de qualidade, porém há algumas divergências no entendimento do significado desses itens e o que eles representam conceitualmente para o consumidor. Aqui, portanto, é confirmada a existência da primeira lacuna do cliente, conforme orienta as referências teóricas sobre esse tema.

A segunda lacuna de serviços proposta por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985) diz respeito à capacidade da organização formatar as especificações de qualidade em serviços a partir do entendimento interno das expectativas dos clientes. Esse item, especificamente, faz uma análise sobre as principais dificuldades encontradas pelos gestores na parametrização dos processos de qualidade e é indissociável da lacuna anterior, pois ele avança sobre a disposição da organização em transformar a expectativa do cliente em uma entrega concreta. As entrevistas em profundidade com os líderes da cooperativa deixaram evidente que muitos aspectos da expectativa do cliente não são viáveis de operacionalizar de modo pleno, pois em uma perspectiva econômica, põe em risco a sustentabilidade do negócio. O modelo tradicional de prestação de serviços na saúde suplementar, caracterizado pelo acesso livre do cliente a uma rede de médicos e recursos hospitalares é visto como algo insustentável ao longo do tempo. O argumento principal é de que esse modelo, historicamente, vem acumulando custos operacionais impraticáveis e que é necessário que clientes e operadoras de planos de saúde se adaptem a novos formatos, mais controlados e direcionados, denominados “porta de entrada” ou Atenção Primária à Saúde – APS, como forma de garantir a continuidade econômica saudável do setor e a promoção de uma entrega em saúde com valor agregado a real necessidade do cliente, o que nem sempre está conectado ao seu desejo, segundo o entendimento da liderança.

É importante destacar nesse item que a visão interna da organização, em linhas gerais, entende que a entrega do melhor resultado à saúde do cliente é o principal objetivo que a cooperativa deve atingir, atuando como uma operadora de excelência e seguindo procedimentos e protocolos com rigor técnico e qualidade superior, no entanto, o principal argumento é de que essa entrega, muitas vezes, não pode ocorrer sob a perspectiva do cliente, pois demandaria uma estrutura que, tecnicamente, não seria a melhor opção de entrega e, economicamente, não seria saudável para a própria organização. Sob essa descoberta, as especificações de qualidade propostas pela operadora, até certo ponto, se conectam com as expectativas dos usuários, no entanto, existem diferenciações no entendimento do que é uma entrega que produz o melhor resultado. Essa diferenciação é explicada pela divergência do entendimento do que é valor entre a perspectiva da organização, que entende o valor baseado nos resultados que sua operação gera a partir dos custos operacionais, visando ainda a excelência técnica da entrega, que se aproxima do conceito de Porter e Teisberg (2007), e a perspectiva do cliente, que entende a entrega de valor a partir da possibilidade de usufruir de toda a estrutura da cooperativa disponível, levando em conta não apenas os aspectos assistenciais da operadora de planos de saúde, mas também o relacionamento administrativo com ela em relação às facilidades de acesso aos serviços do plano de saúde, entendimento este, que se aproxima do modelo proposto por Kotler e Keller (2012) e que confirma a existência da segunda lacuna de qualidade.

A terceira lacuna analisada diz respeito à diferença entre a especificação de qualidade da empresa e a entrega de serviço e é destinada a investigar, entre a visão interna dos líderes das empresas e seus processos formais, a existência de dificuldades operacionais que impedem uma entrega plena de qualidade aos clientes.

A organização das informações obtidas no levantamento realizado com os gestores levou a identificação de cinco grupos específicos de obstáculos operacionais que, embora os documentos formais da empresa determinem o padrão de qualidade do serviço a ser entregue, na prática, durante o relacionamento direto com o cliente, geram distorções na entrega do serviço ideal. A Tabela 25 demonstra essa descoberta.

Tabela 25

**Principais causas de falhas na entrega de serviços**

<b>Categoria</b>	<b>Causas</b>
Dispersão de informações	Fragmentação interna dos setores Incapacidade em integrar dados e gerar informações Processos duplicados Fragmentação de sistema Acesso limitado à informação Falta de clareza de quem é o cliente Falta de informações do cliente Falta de clareza da jornada do cliente Falta de canais para registrar a demanda do cliente
Capacidade de resposta	Demora no uso de tecnologias Demora em entregar o que o cliente pede Faltam produtos customizados que atendam às necessidades dos clientes Ambiente não propício para inovação Postura reativa
Foco da gestão	Não há mecanismos adequados de controles de falhas Centralização dos processos Visão voltada para processos
Ambiente político	Dificuldade na gestão de rede (regulação e controle) Liberalidades Dificuldade em mudar o modelo de negócio
Comunicação	Falta de proximidade com o cliente Dificuldade de diálogo interno Falta de clareza ao cliente

*Nota.* Fonte: O autor.

Os grupos possuem relação entre si, com a fonte principal na dispersão de informações originada, principalmente, na fragmentação interna dos setores. Segundo os gestores, as áreas atuam de modo independente e buscam atender metas e objetivos individuais, gerando uma incapacidade de integração e geração de informações unificadas que possam ser utilizadas por toda a organização. Essa fragmentação dos setores resulta em dispersão na gestão dos dados, o que fragmenta o sistema interno e dificulta que as áreas obtenham informações do negócio como um todo, gerando processos múltiplos para tratar uma mesma necessidade do cliente. Outro efeito da dispersão de informações é a falta de clareza interna sobre quem é o cliente principal da organização. Na condição de cooperativa de segundo grau, em alguns casos, as cooperativas de primeiro grau figuram como os clientes a serem priorizadas, e isso tira o foco das necessidades de mercado relacionadas às atividades como operadora de planos de saúde, que também se divide entre duas categorias de clientes: os clientes jurídicos, que são as organizações contratantes, e o cliente final, que efetivamente utiliza os recursos do plano de

saúde. No consenso dos líderes, não há clareza de qual deve ser a linha prioritária de atuação da cooperativa estudada e existe a ausência de diretrizes estratégicas que direcionem a utilização dos recursos internos para a obtenção do melhor resultado em entrega de qualidade em serviços. Isso contribui para acentuar a dispersão de informações e dificulta a possibilidade de estabelecer, com rigor, a jornada do cliente e a implantação de canais eficientes de registro das demandas dos consumidores. Por meio da análise dos documentos formais da cooperativa, a área de Gestão de Clientes possui métricas e processos para o registro de reclamações e solicitações dos clientes finais, porém, como não há um entendimento sobre quem realmente é o cliente da cooperativa, essa fonte de registro é considerada insuficiente ou inadequada por alguns gestores, além de serem informações que não chegam a toda organização.

Como um dos principais problemas gerados pela acentuada fragmentação setorial, a cooperativa se torna lenta em dar uma resposta ao mercado, com destaque para a dificuldade no desenvolvimento e no uso de novas tecnologias. A entrega de soluções para solicitações diretas realizadas pelos clientes também é um ponto crítico assinalado pelos gestores, pois a falta de entendimento impossibilita estabelecer prioridades e parâmetros adequados de resposta. Sob uma perspectiva de aumento da capacidade competitiva, o desalinhamento de informações é apontado como o principal causador da morosidade no processo de desenvolvimento de novos serviços ao mercado, alinhadas com demandas específicas sinalizadas pelos clientes do setor de saúde suplementar, prejudicando também a formação de um ambiente propício para inovação e desenvolvimento de novos negócios.

Esse comportamento interno, que gera o desalinhamento do fluxo de informações do cliente e do mercado como um todo é potencializado pelo direcionamento da gestão para a construção e controle de processos. Na visão dos líderes entrevistados, a cooperativa não conta com mecanismos abrangentes de controle de falhas que possibilite um registro histórico compartilhado de problemas e a gestão integrada desse aprendizado, com objetivo de prever e atuar de maneira conjunta na prevenção de problemas operacionais. Analisando os processos das áreas, foram encontrados mecanismos de controle e indicadores dedicados ao monitoramento de erros na entrega do serviço, todavia, esses controles não são disseminados internamente e a cooperativa, como um todo, não consegue acesso ou não tem conhecimento desses problemas, caracterizando uma centralização excessiva dos processos, resultando em aumento de burocracia, aumento do tempo de resposta e dificuldade no desenvolvimento de soluções para o mercado. Sobre esse comportamento, há ainda a percepção interna de que os



colaboradores da cooperativa atuam direcionados para o desenvolvimento de processos, observando pouco as necessidades do ambiente competitivo. Essa característica é potencializada pela alta regulação do setor e soma-se a falta de integração dos setores, gerando mais burocracia e aumento no número de procedimento formais duplicados no atendimento a demandas externas.

Uma das categorias identificadas que chama a atenção por ser uma característica particular da cooperativa e não aparece em estudos anteriores sobre as lacunas da qualidade em serviços, diz respeito à influência do ambiente político na capacidade de entrega da cooperativa. Apontado pelos gestores como um item crucial na entrega do serviço, é reforçada a dificuldade de formação e controle dos processos relacionados à rede prestadora de serviço, uma vez que, como cooperativa de segundo grau, a organização estudada não possui uma rede própria ou cooperados diretos, o que faz com que todos os seus clientes sejam atendidos pelos cooperados ou rede credenciada das cooperativas singulares. Esse fato contribui para que a cooperativa não consiga determinar padrões próprios de qualidade e tenha dificuldade na gestão desse item, influenciado pelo relacionamento político que constitui esse sistema cooperativista em particular. A influência política do cooperativismo também foi apontada como responsável pela existência de liberalidades internas, prática que se sobrepõe a qualquer padrão de qualidade ou formatação técnica considerada ideal na execução de serviços em saúde. Essa característica em particular limita consideravelmente a capacidade de a cooperativa estudada desenvolver novos negócios e ser capaz de oferecer soluções mais competitivas ao mercado, sendo limitada pela decisão e visão local das cooperativas de primeiro grau. Mais adiante, há uma análise específica sobre a percepção e influência do cooperativismo na prestação de serviços.

Todos esses elementos somados resultam em uma dificuldade de comunicação com o cliente, gerando distanciamento entre a operadora e o consumidor, dificultando o diálogo interno e um relacionamento pouco claro com o usuário final do plano de saúde. Esse fato foi bastante abordado pelos clientes durante os encontros dos grupos focais, como relatado anteriormente.

A comunicação, que fecha a terceira lacuna confirmada das operações executadas pela cooperativa de trabalho médico estudada, também conecta a existência da quarta lacuna, entendida pela literatura como a diferença entre a entrega do serviço e a promessa feita por meio de comunicação externa. Ainda que o conceito teórico desta lacuna seja entendido como a percepção do cliente em relação ao que a marca expressa sobre os atributos do serviço

oferecido nas ações de publicidade e marketing desenvolvidas, e o estudo tenha identificado traços dessa questão, há um entendimento diferente aqui, relacionado à comunicação, que diz respeito ao processo de relacionamento da cooperativa com o cliente. O principal problema gerado por essa lacuna é o fato de a cooperativa não ser clara e não oferecer orientações adequadas sobre solicitações ou necessidades demandadas pelo cliente. Nos grupos focais conduzidos com os consumidores, a principal queixa registrada foi o tipo de linguagem e o tempo de resposta praticadas pela organização, que, segundo eles, não se alinha com a reputação de uma marca que afirma cuidar e estar próxima às pessoas. Sob a perspectiva dos gestores, a comunicação da cooperativa tem viés no sentido de não atender prontamente as necessidades do cliente, sendo muito genérica em suas manifestações e em prestar um cuidado personalizado e agilizado. Internamente há alguns desalinhamentos conceituais sobre a divulgação dos atributos de valor do plano de saúde entre os gestores, principalmente sobre a possibilidade de intercâmbio, elementos que possibilitam a ampliação da rede e da abrangência geográfica de atendimento. Enquanto alguns atribuem essa característica, amplamente divulgada, como um diferencial competitivo da organização, outros gestores consideram esse elemento pouco efetivo e que sobrecarrega os custos operacionais da entrega e serviços. Para os gestores, outro fato que contribui para uma baixa percepção dos serviços em relação à comunicação é o fato da regulação do setor ser comunicada de modo pouco claro pela agência reguladora aos consumidores, fazendo com que alguns usuários possam criar expectativas de direito a determinados serviços que só podem ser acessados perante uma recomendação médica e uma série de condições técnicas específicas, o que acaba gerando frustrações e, em muitos casos, judicialização. Dessa forma, a lacuna também é identificada nos processos operacionais da organização, porém com um direcionamento mais focado em relacionamento do que, necessariamente, promessa de marca.

A quinta lacuna interna identificada neste estudo diz respeito aos conceitos e entendimentos acerca do que significa tanto para gestores quanto para clientes, o fato de a organização estudada ser uma cooperativa de trabalho médico. Nos grupos focais, foi entendido que o cooperativismo não é percebido pelo cliente como um diferencial em comparação com outras operadoras de planos de saúde não cooperativas. Sobre esse ponto, algumas discussões evidenciaram que essa questão, quando chega ao conhecimento do consumidor, gera uma expectativa de que o médico tem autonomia de dono e que os processos de auditoria médica e liberação de exames conduzidos pela operadora diante de pedidos de procedimentos solicitados pelos cooperados não faz sentido. O cliente entende que

o médico, sendo cooperado, tem conhecimento e responsabilidade dos efeitos operacionais e econômicos de sua atuação para a cooperativa. Portanto, se ele prescreve um tratamento para o paciente, é obrigação da operadora de planos de saúde executar o procedimento sem questionar. Os clientes acreditam que o médico passa por uma série de validações e exigências para se tornar um cooperado, recebendo nesse processo conhecimento e mecanismos que atribuem autoridade para utilizar os recursos da cooperativa da maneira que bem entender, desde que direcionado ao melhor resultado em saúde para o paciente. Todavia, o fato de a cooperativa atuar exatamente como outras empresas do setor, na visão do cliente, torna o cooperativismo irrelevante na relação de consumo, sendo percebido como um elemento de incoerência operacional na relação entre operadora, cliente e cooperado, gerando frustrações. Conectado ao processo de comunicação e promessa de marca, é possível concluir que explorar a imagem de cooperativa para o mercado não é uma alternativa que contribua para a percepção de qualidade e valor para a organização, pois direciona a expectativa do cliente a uma ideia oposta ao que é praticado na entrega do serviço, muito por conta da regulação e dinâmica do setor de saúde suplementar.

Na visão dos gestores, o cooperativismo gera impactos de abrangência geral e alguns impactos de abrangência específica para uma cooperativa de trabalho médico de segundo grau. No âmbito geral, pela perspectiva operacional, há algumas considerações que dizem respeito tanto ao serviço entregue para o cliente quanto ao próprio desempenho da organização no mercado. Uma preocupação exposta de modo muito consistente é o formato do próprio cooperativismo para o novo médico que começa a ingressar no mercado de trabalho. O modelo é considerado desatualizado em relação à visão desse novo especialista, que passa a não ter interesse em se tornar cooperado. Esse comportamento em longo prazo, no entendimento dos gestores, pode forçar a cooperativa a lidar com problemas de rede e falta de profissionais cooperados, o que representa um grande risco, levando-se em conta que é justamente o tamanho da rede e a capilaridade cooperativista que confere o maior reconhecimento para a marca estudada, o que representa uma necessidade urgente de rever o modelo de negócio e a estratégia de atuação.

Em questões mais práticas, o cooperativismo foi apontado como um dos principais causadores de burocracia e demora nos processos, resultado de uma gestão complexa em que todas as decisões devem ser tomadas de modo colegiado por meio dos instrumentos de gestão da cooperativa. Esse modelo fomenta o ambiente político dentro das organizações que, em geral, se sobrepõe às definições estratégicas de atuação e acaba por impactar a formatação de

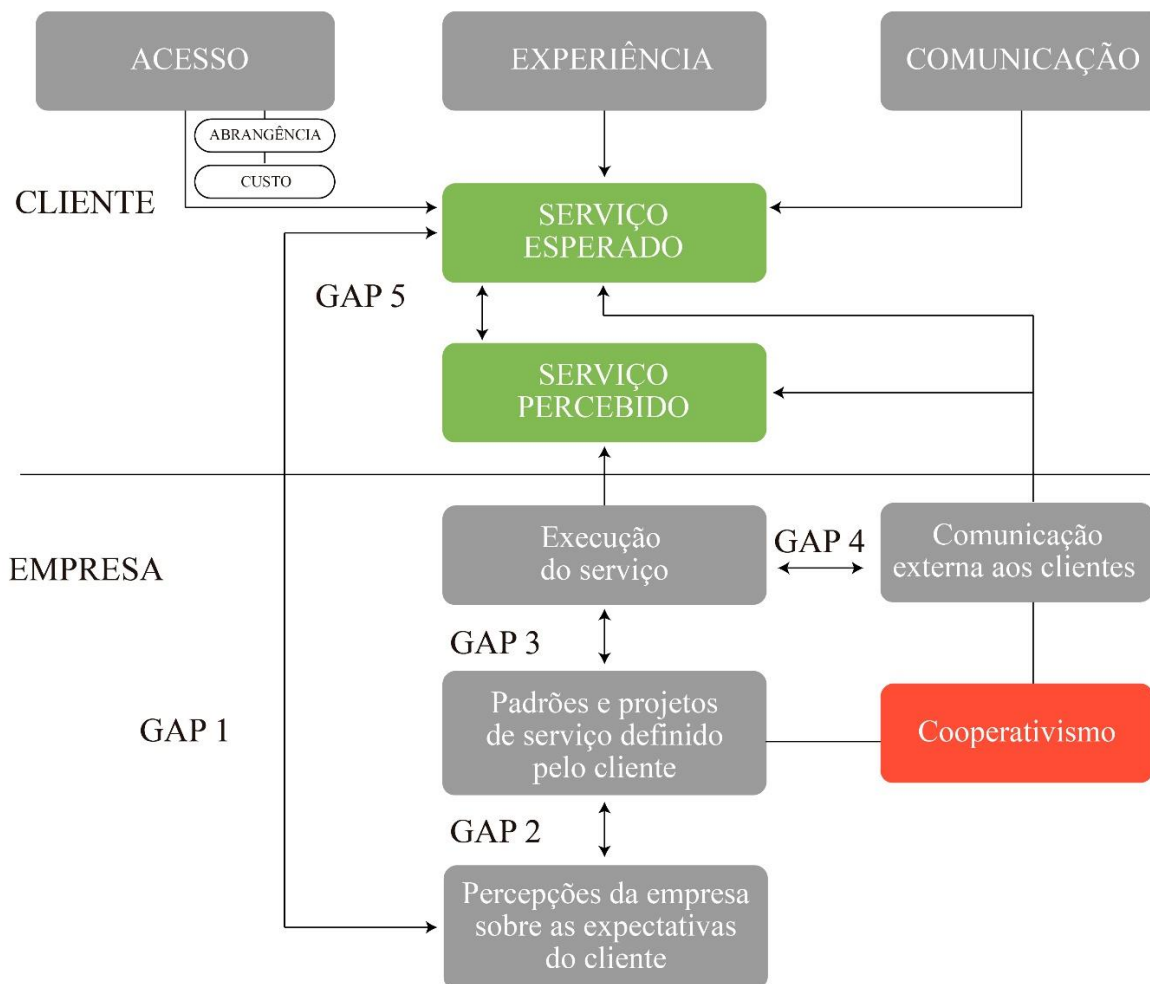
novos modelos de negócio e de posicionamentos que buscam aumentar a capacidade competitiva no setor.

Para os gestores, há também o fato de que os cooperados, em geral, focam quase que exclusivamente no benefício econômico do modelo cooperativista e tende a ver modelos de negócios alternativos como uma redução do ganho, posicionando-se contrários a essas alterações, o que faz com que movimentos de inovação e atualização se tornem mais demorados e pouco produtivos.

Por outro lado, há os benefícios que o cooperativismo agrega ao negócio, como o fomento econômico de uma determinada região e a capacidade de formação de rede em localidades, principalmente em cidades do interior, que outras empresas do setor não conseguem alcançar.

Nas questões específicas da cooperativa de segundo grau, o modelo foi apontado como o principal causador da dificuldade de regulação dos prestadores, considerando que, como abordado anteriormente, os prestadores estão ligados às cooperativas de primeiro grau, fazendo com que a entrega para os clientes torne-se demorada e difícil de garantir um padrão de qualidade superior.

Com base nessa análise, a Figura 10 apresenta o modelo conceitual de qualidade em serviço encontrado neste estudo, considerando a lacuna do cliente e as cinco lacunas internas da cooperativa.



**Figura 10.** Modelo conceitual de qualidade em serviços

Fonte: O autor, 2020.

A partir das considerações sobre os resultados obtidos pela presente pesquisa, é possível afirmar que o trabalho apresenta contribuições a respeito dos atributos que compõe a percepção e expectativa do cliente em relação à qualidade dos serviços oferecidos por uma cooperativa de trabalho médico, aplicando as teorias direcionadoras do estudo na verificação e validação dos modelos trabalhados na literatura à realidade operacional da organização estudada, conduzindo o estudo no sentido de encontrar particularidades relacionadas à constituição cooperativista da operadora de planos de saúde, sendo o primeiro estudo, com esse enfoque, neste tipo específico de organização.

## 5 Implicações Gerenciais

Levando-se em conta que o atual cenário da saúde suplementar brasileira passa por um período acentuado de transformações, com a inserção de novas tecnologias, não apenas na entrega assistencial ao cliente, mas também no relacionamento administrativo e educacional do processo de cuidado com a saúde, conhecer de modo preciso as necessidades e expectativas dos consumidores e as dimensões da qualidade dos serviços prestado, pode contribuir de maneira significativa na definição de estratégias para a implantação de processos gerenciais com resultados mais efetivos no mercado competitivo ao qual a cooperativa estudada está inserida.

As análises deste estudo evidenciaram as diferenças entre a expectativa dos clientes, sobre a sua relação de consumo com a organização pesquisada, e a visão interna dos gestores, sobre o que caracteriza a entrega de um serviço de qualidade. A fragmentação setorial e a ausência de uma coordenação interfuncional das informações que sustentam a operação do negócio foram identificadas como as principais causas do surgimento das lacunas apuradas. Esse descompasso reflete diretamente na percepção do cliente sobre a qualidade dos serviços.

No que se refere às preferências dos clientes, que constituem a forma como são avaliados os serviços, os elementos relacionados à capacidade da organização em agilizar e ampliar o acesso de modo claro, objetivo e facilitado foram entendidos como prioritários, pois se relacionam ao sentimento de confiança e segurança de maneira ampla e sólida ao longo do tempo. Em geral, a cooperativa é bem avaliada pelos clientes, contudo, existem alguns pontos mais sensíveis e ocasionam atrito sempre que o serviço é acionado. Analisando o instrumento de pesquisa aplicado, aspectos relacionados à demora, a forma como a cooperativa responde às solicitações feitas pelo cliente e em como o cliente sente que não está acessando os serviços pelos quais está contribuindo financeiramente, são os mais sensíveis.

Na perspectiva dos gestores, há uma compreensível preocupação com a sustentabilidade econômica do negócio, com grande parte dos esforços direcionados a redução do custo operacional por meio da remodelagem da maneira como o serviço de saúde é oferecido. Em partes, essa preocupação permeia todo o setor de saúde suplementar, de tal modo que o próprio mercado tem pressionado as operadoras de planos de saúde a desenvolverem pacotes de serviço que ofereçam padrões de qualidade aceitáveis por um custo que seja capaz de gerar valor tanto para a organização, por meio do equilíbrio entre as despesas operacionais e a receita, quanto para o cliente, no que se refere ao resultado em

saúde. Esse movimento, na literatura, encontra apoio em diversos estudos (Porter & Teisberg, 2007; Porter, 2008; Porter, 2010; Porter, Pablo & Lee, 2012; Kaplan & Haas, 2014; Porter, Pablo, & Lee, 2015; Kaplan, MacLean, Dresner, Haas & Feeley, 2015; Porter & Lee, 2016; Dafny & Lee, 2016; Porter & Kaplan, 2016). Entretanto, na cooperativa estudada, essa definição tem o efeito de direcionar a gestão para processos, consolidando o discurso de que a redução de custos é um objetivo interno prioritário. Esse comportamento tem acentuado a fragmentação setorial e a falta de troca de informações dentro da organização, resultando em gestão de dados conflitantes, duplicação de processos, aumento da burocracia e desconhecimento das reais necessidades e demandas dos consumidores.

Um ponto muito específico dentro deste estudo é o papel que o cooperativismo exerce na formação da expectativa do usuário. O conceito de cooperativa ainda é pouco entendido pelo cliente, ao ponto de gerar distorções sobre o funcionamento do serviço entregue pela cooperativa. O conceito do cooperativismo, como um elemento mais amplo e descolado da imagem da operadora de planos de saúde, tem um significado mais relacionado ao desenvolvimento social pela perspectiva dos clientes. No entanto, quando relacionado à imagem da organização estudada, ocorre um efeito negativo de que a entrega do serviço esperado não acontece de forma correta, entendimento esse associado à condição do médico como dono do negócio. Na perspectiva dos gestores, o cooperativismo tem potencial para oferecer condições diferenciadas de competitividade, trabalhando com atributos que não podem ser copiados pela concorrência. Todavia, ele resulta em um ambiente político e de interesses não conectados a um objetivo mercadológico único que, em geral, causa demoras, impossibilita à inovação e aumenta os custos operacionais. Tanto na visão interna quanto na externa da operadora de planos de saúde estudada, o conceito de cooperativismo de trabalho médico gera desalinhamentos significativos que impactam no desempenho da organização. Isso é verificado na operação e na percepção de qualidade e valor, o que justifica a introdução desse elemento como uma lacuna a ser trabalhada separadamente.

Como sugestão de ações a serem desenvolvidas pela gestão da cooperativa para tratativa das lacunas encontradas neste estudo, são propostos alguns planos de ações embasados pelas literaturas e registros de boas práticas em marketing consultadas neste estudo:

**a. Potencializar o marketing como uma solução de gestão especializada de orientação ao mercado:** a orientação para o mercado, neste contexto, não está direcionada a uma área específica, mas sim a um cenário mais abrangente que engloba todas as

atividades da cooperativa a partir da premissa de que o cliente deve estar no centro da estratégia corporativa. Esse conceito trabalha com a aplicação de uma metodologia composta por três vertentes comportamentais:

**I** – Orientação para o cliente, que tem como objetivo compreender as necessidades e demandas atuais e futuras do consumidor e gerar propostas de serviço que possam atender, reter e atrair clientes valiosos;

**II** – Orientação para a concorrência, que tem como objetivo colher dados do ambiente competitivo e possibilitar a elaboração de práticas superiores de atuação mercadológica;

**III** – Coordenação interfuncional, descrita como a capacidade de entender e organizar os dados coletados de clientes e concorrentes e gerar inteligência dessas informações, de modo integrado e confiável, possibilitando a atuação conjunta e de toda a organização para o desenvolvimento e a sustentação de uma cultura orientada para fora, ou seja, orientada para o mercado. O direcionamento especializado do marketing com esse enfoque contribuirá para a redução da fragmentação e para a gestão de dados mais confiáveis, inteligentes e eficientes visando a obtenção de resultados globais. Esse item deve ser trabalhado com o auxílio de tecnologia, integrando os dados coletados no ambiente externo em uma única base que possa ser acessada e compartilhada por todos os setores. Esse processo estabelecerá uma base de conhecimentos que dará suporte para a formalização de processos de integração e alinhamento das atividades entre os setores, estimulando que os gestores busquem conexões internas e externas para suas iniciativas e cooperem entre si por um mesmo objetivo.

**b. Ampliar os processos de comunicação com foco em aprimorar o relacionamento com o cliente:** a comunicação é um processo de relacionamento entre a cooperativa e seus públicos. Todo ponto de contato com o cliente deve ser considerado como uma ação de comunicação e, como tal, deve seguir diretrizes específicas que garantam um bom entendimento, uma adequada manifestação da organização na emissão de suas mensagens e a correta abordagem técnica para cada tipo de comunicação. Dessa forma, é importante que esses processos estejam presentes em toda e qualquer comunicação emitida, seja uma negativa de exame, uma abordagem comercial ou a explicação de procedimentos relacionados à utilização do plano de saúde. A emissão de uma simples orientação ou normativa direcionada ao cliente deve ser entendida como comunicação, pois personifica o relacionamento que ele espera ter com a instituição. O processo de comunicação baseado em diretrizes geridas por procedimentos técnicos específicos tem o potencial de reduzir o ruído e ampliar a percepção de cuidado e de qualidade da cooperativa no trato com os seus públicos.



**c. Criação de processos internos que promovam o desenvolvimento integrado dos padrões de qualidade em serviços:** a implantação de processos formais de integração e ação conjunta em processos é outra recomendação que auxilia no combate à fragmentação interna, auxiliando na otimização de recursos internos para a formatação e disponibilização de serviços ao mercado. Muitos recursos já disponíveis internamente na cooperativa são duplicados por falta de mecanismos adequados que promovam a integração dos setores em iniciativas internas. Esses processos garantirão acesso de todas as áreas às informações de inteligência geradas pelas atividades de marketing orientadas ao mercado, e proporcionará a atuação conjunta dos especialistas internos para atingir um mesmo objetivo, gerando registro das atividades, resultando em uma base compartilhada de conhecimento e favorecendo processos de inovação e desenvolvimento de novas tecnologias.

**d. Reforçar as diretrizes de comunicação externa com o padrão de qualidade real dos serviços oferecidos ao mercado:** Esse item diz respeito à produção dos materiais de comunicação. É necessário que as ações publicitárias de comercialização de serviços estejam, de fato, alinhadas aos atributos de entrega de serviços e se conectem com os elementos que constituem a expectativa do consumidor em relação à cooperativa. Reforçar essas diretrizes significa observar os pilares de construção da marca da operadora de planos de saúde em estudo externados em materiais de comunicação, e deixar claro que, as propostas de valores reunidas da análise da pesquisa se conectam aos serviços que serão oferecidos. Isso tudo para garantir, por meio do padrão de linguagem e ajustes táticos adequados das diretrizes de comunicação, que a mensagem chegue de forma clara ao consumidor e construa, em sua mente, a imagem correta do serviço que é oferecido. Esse processo pode ser conduzido pela implantação de uma metodologia simples de análise e construção de conteúdo integrada às especificações do serviço oferecido ao mercado.

**e. Trabalhar a imagem do cooperativismo associada ao trabalho médico em uma operadora de planos de saúde:** a distorção gerada pelo entendimento do cooperativismo dentro das atividades da instituição estudada deve ser trabalhada de modo a demonstrar os valores que colaboram para que ele proporcione acesso à saúde no setor privado, e a importância dele para a formação e manutenção de mão-de-obra especializada em saúde, principalmente em regiões mais afastadas de grandes centros. A relação entre a cooperativa e a operadora também deve ser bem definida, demonstrando ao mercado como esse processo ocorre na operacionalização de um serviço de qualidade, equilibrando o complexo relacionamento existente entre a organização, os cooperados, os clientes e os

colaboradores, de modo que sejam cumpridos os objetivos de atender ao mercado, gerar empregos, fomentar a economia e promover os associados seguindo os parâmetros legais e conceituais que definem uma cooperativa.

As possibilidades de incremento às ações de gerenciamento indicadas por esse estudo possuem um foco muito específico nas atividades de marketing. Contudo, é importante reforçar que a proposta posiciona as entregas de marketing não como um setor isolado da cooperativa, mas como uma solução em gestão que pode contribuir com o aprimoramento de toda a instituição, sendo um recurso estratégico significativo e especializado no processo de evolução dos serviços entregues ao mercado.

## **6 Conclusão**

Nesta última seção, são abordadas as limitações e sugestões para o desenvolvimento de pesquisas futuras, entendendo que as propostas se complementam no contexto de pesquisa social direcionada ao desenvolvimento do cooperativismo, mais especificamente, o cooperativismo de trabalho médico.

As informações coletadas neste estudo possuem potencial para explorar outras vertentes da literatura de marketing, contribuindo com a construção de conhecimentos que auxiliem o cooperativismo a ser potencializado como um modelo de negócio cada vez mais promissor e que responda de maneira mais eficiente às demandas sociais, econômicas e estruturais da comunidade, ainda mais em tempos de rápida mudança e necessidade de adaptação, como no caso da pandemia do novo coronavírus, período atual na qual o mundo se encontra, e parte desta pesquisa foi desenvolvida.

Aspectos de utilização de redes sociais, que vem se mostrando cada vez mais promissoras como recurso de coleta e estudo de elementos da expectativa do cliente em relação aos serviços, também não foram abordados neste estudo. A transformação digital, acelerada de processos mercadológicos e canais de relacionamento com marcas e seus consumidores, representa um potencial recurso para o desenvolvimento de novas metodologias de pesquisa e coleta de informações, associados ao desenvolvimento de inteligências artificiais e processos de aprendizado de máquina, que possibilitam a análise de um alto volume de dados para encontrar padrões no comportamento das pessoas que se manifestam de modo público em plataformas online, possibilitando formas de ampliar o contato com o cooperativismo e inserir o modelo de forma consistente e efetiva nas redes sociais, estabelecendo presença nos mercados virtuais. Esse processo, conectado aos métodos

de prestação de serviços já existentes na organização e fomentado por uma cultura corporativa de compartilhamento de conhecimento e aprendizado, conseqüentemente, possibilitará a construção de uma visão ampla e cada vez mais precisa sobre as necessidades e expectativas dos clientes e potenciais clientes.

Outra limitação deste estudo foi o fato de, pela distribuição geográfica dos clientes da cooperativa de trabalho médico estudada, não ser possível a aplicação do questionário de modo presencial, buscando atingir uma amostra maior de respondentes. Por ser uma aplicação online, distribuída por e-mail, foram obtidos diversos feedbacks de pesquisados relatando que o instrumento era demasiado grande e que não correspondia com as práticas de pesquisas atuais. Mesmo realizando contatos pontuais por telefone com esses clientes, não foi possível convencê-los a participar.

A análise dos documentos relacionados aos processos da organização foi realizada como recursos para validar ou verificar a consistência da argumentação dos líderes, classificadas de acordo com as diretrizes teóricas orientadoras deste estudo e validadas a partir de evidências identificadas durante as entrevistas de exploração. Esse processo permitiu ao pesquisador ter um entendimento completo sobre a prestação dos serviços da cooperativa, desde a visão do cliente até a operacionalização orientada por registros formais da cooperativa. Neste aspecto, verificou-se que muitos dos documentos registrados no sistema de qualidade da organização seguem o padrão de orientação interna, ou seja, os processos são desenvolvidos para atender demandas da cooperativa, sejam legais, econômicas ou comerciais, e expostas ao mercado como uma boa prática técnica do setor de saúde suplementar.

Por fim, como uma limitação conectada a metodologia de estudo consolidada pela literatura de marketing das lacunas de qualidade, não foram realizadas, para as dimensões da qualidade, a validação estatística por média ponderada, não classificando a dimensão mais importante dos clientes por escala numérica, mas sim por meio dos elementos comportamentais extraídos dos grupos focais, definidos a critério do pesquisador com subsídio de teorias específicas de metodologia em pesquisa qualitativa.

Com base nessas observações, é possível sugerir o desenvolvimento de pesquisas que ampliem o ecossistema de informações sobre o cooperativismo médico e as possibilidades de potencializar novos negócios com foco em aumentar a capacidade competitiva e gerar valor para todos os públicos envolvidos. Essa proposta direciona para a necessidade de se desenvolver estudos próprios de entendimento sobre o valor, relacionada a custos, esforço,

serviço, diferenciais mercadológicos e relacionamento com o cliente e demais públicos, juntando a visão interna sobre o que é valor à perspectiva externa.

Para a cooperativa estudada, em específico, o aprofundamento no conhecimento sobre os benefícios do uso de recursos digitais como maneira de relacionamento e entrega de serviços alinhados a elementos da expectativa dos clientes, pode representar uma evolução no modo como novos negócios serão elaborados, além de potencializar a implantação de recursos que favoreçam a integração setorial e a geração de inteligência com base em informações coletadas no ambiente externo, como a implantação de processos de *marketing metrics*. A recomendação principal desta conclusão concentra-se neste elemento, isso porque os modelos teóricos dessa linha de estudo ocupam-se em desenvolver e implantar conceitos práticos de análise do fator externo do ambiente competitivo das organizações e em como eles são transformados em informações para tomada de decisões.

As discussões sobre valor podem ser personificadas para uma realidade do cooperativismo de trabalho médico, por meio do desenvolvimento de estudos de marketing, que auxiliem na clareza de propostas estratégicas de atuação e ampliação do escopo de atuação da cooperativa, até mesmo em negócios diferentes da operadora de planos de saúde e que resultem em vantagem econômica para o cooperado. Esse direcionamento possibilitaria a integração de uma base interna de conhecimento compartilhado a conceitos relacionados à lógica dominante do serviço, permitindo elevar o relacionamento da instituição com os clientes a um nível superior, amplificando oportunidades de novos negócios.

E como sugestão final, recomenda-se o desenvolvimento de estudos integrados ao sistema estadual de cooperativas de trabalho médico no Paraná que atuam sob uma mesma marca, com objetivo de construir uma imagem positiva do cooperativismo relacionado à saúde e também a investigação de funções integradas e coordenadas de atuação competitiva, com foco em ampliar a vantagem mercadológica, reduzir custos e aumentar a participação de todas as cooperativas no mercado por meio da intercooperação. Em um estudo como esse, seria importante definir os papéis de atuação dessas organizações, definindo questões próprias das cooperativas de primeiro grau e da cooperativa de segundo grau, instituição objeto deste estudo, reduzindo os atritos operacionais entre elas e contribuindo para o desenvolvimento de processos mais eficientes na atuação de cada uma, servindo como base direcionadora para dirigentes, gestores e colaboradores.

## Referências

- Anderson, D. R., Sweeney, D. J., & Williams, T. A. (2003). *Estatística aplicada à administração e economia*. São Paulo: Thomson.
- Barbour, R. (2009). *Grupos focais*. Porto Alegre: Artmed.
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo* (1a ed. rev., ampl.). São Paulo: Edições 70.
- Barney, J.B. (1991). Firm resources and sustained competitive advantage. *Journal of Management*, 17(1), 99-120.
- Baron, S., Warnaby, G., & Hunter-Jones, P. (2014). Service(s) marketing research: developments and directions. *International Journal of Management Reviews*, 16(2), 150-171. doi: 10.1111/ijmr.12014.
- Brito, R. P., & Brito, L. A. L. (2012). Vantagem competitiva e sua relação com o desempenho: uma abordagem baseada em valor. *RAC*, 16(3), 360-380.
- Burns, L. R., DeGraaf, R. A., Danzon, P. M., Kimberly, J. R., Kissick, W. L., Pauly, M. V., (2002). The wharton school study of the health care value chain. *The Health Care Value Chain*, 3-26.
- Burns, L. R., (2015). The business of healthcare innovation in de Wharton School curriculum. *Cambridge University Press*, 1-31. doi: 10.1017/CBO9781139176620.001.
- Carrillat, F. A., Jaramillo, F., & Mulik, J. (2007). The validity of the SERVQUAL and SERVPERF scales", *International Journal of Service Industry Management*, 18(5), 472 – 490. doi: 10.1108/09564230710826250.
- Christensen, C.M., Grossman, J. H., & Hwang, J. (2009). *The innovator's prescription: a disruptive solution for health care* (1a ed.). McGraw-Hill Education.
- Churchill, G. A. (1979). A paradigm for developing better measures of marketing constructs. *Journal of Marketing Research*, 16(1), 64-73.
- Creswell, J. W. (2010). *Projeto de pesquisa – métodos qualitativos, quantitativos e mistos* (3a ed.). Porto Alegre: Sage.
- Cronin, J. J., & Taylor, S. A. (1992). Measuring service quality: a reexamination and extension. *Journal of Marketing*, 56(3), 55-68.
- Cooper, D. R., & Schindler, P. S. (2016). *Métodos de pesquisa em administração*. (12a ed.). Porto Alegre: AMGH.
- Dafny, L. S., & Lee, T. H. (2016). Health care needs real competition. *Harvard Business Review*.
- Dalmoro, M., & Vieira, K. M. (2014). Dilemas na construção de escalas tipo Likert: o número de itens e a disposição influenciam nos resultados?. *Revista Gestão Organizacional*, 6(1), 161-174.

- Day, G. S. (2001). *A empresa orientada para o mercado: compreender, atrair, e manter clientes valiosos*. Porto Alegre: Bookman.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y.S. (1994). *Handbook of qualitative research*. London: Sage.
- Duarte, C. M. R. (2001). Unimed: história e características da cooperativa de trabalho médico no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 17(4), 999-1008.
- Eberle, L. (2009). *Identificação das dimensões da qualidade em serviços: um estudo aplicado em uma instituição de ensino superior localizada em Caxias do Sul – RS* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Caxias do Sul.
- Ferraresi, A. A. (2010). *Gestão do Conhecimento, orientação para o mercado, inovatividade e resultados organizacionais: um estudo em empresas instaladas no Brasil* (Tese de Doutorado). Faculdade de Economia, Administração e contabilidade, Universidade de São Paulo, SP, Brasil.
- Fitzsimmons, J. A., & Fitzsimmons, M. A. (2014). *Administração de serviços – operações, estratégias e tecnologia da informação* (7a ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Gibbs, G. (2009). *Análise de dados qualitativos*. Porto Alegre: Artmed.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (6a ed.). São Paulo: Atlas.
- Grönroos, C. (1984). *A service quality model and its marketing implications*. *European Journal of marketing*, 18(4), 36-44.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). *Análise multivariada de dados* (6a ed.). Porto Alegre: Bookman.
- História da Agência Nacional de Saúde Suplementar. Recuperado de <http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico>.
- Hoffman, K. D., & Bateson, J. E. G. (2003). *Princípios de marketing de serviços – conceitos, estratégias e casos* (2a ed.). São Paulo: Thomson.
- Iturri, J. A. (2014). Saúde suplementar. *Tempus, actas de saúde colet*, 8(2), 91-95.
- Jaworski, B. J., & Kohli, A. K. (1993). Market orientation: Antecedents and consequences. *Journal of Marketing*, 57(3), 53-70.
- Kaplan, R. S., MacLean, C. H., Dresner, A., Haas, D. A., & Feeley, T. W. (2015). Health care providers need a value management office. *Harvard Business Review*.
- Kohli, A. K., & Jaworski, B. J., &. (1990). Market orientation: the construct, research propositions, and managerial implications. *Journal of Marketing*, 54(2), 1-18.
- Kotler, P. (2000). *Administração de Marketing* (10a ed.). São Paulo: Pearson.
- Kotler, P., Kartajaya, H., & Setiawan, I. (2017). *Marketing 4.0: do tradicional ao digital*. Rio de Janeiro: Sextante.

- Kotler, P., & Keller, K. L. (2012). *Administração de marketing* (14a ed.). São Paulo: Pearson.
- Kuo, S., Huang, K. E., Davis, S. A., & Feldman, S. R. (2015). The rosacea patient journey: a novel approach to conceptualizing patient experiences. *Cutis*, 95(1), 37-43.
- Landroque, S. M., Castro, C. B., & Cepeda-Carrión, G. (2013). Developing an integrated vision of customer value. *Journal of Services Marketing*, 27(3), 234-244. doi: 10.1108/08876041311330726.
- Malhotra, N. (2012). *Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada* (6a ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Matias-Pereira, J. (2016). *Manual de metodologia da pesquisa científica* (4a ed.). São Paulo: Atlas.
- Meireles, D. S. (2006). O conceito de serviço. *Revista de Economia Política*, 26(1), 119-136.
- Memória Unimed. Recuperado em <http://memoria.unimed.coop.br/memoria/historias>.
- Narver, J. C., & Slater, S. F. (1990). The Effect of a market orientation on business profitability. *Journal of Marketing*, 54(4), 20-35.
- Narver, J. C., & Slater, S. F. (1994). Market orientation, customer value, and superior performance. *Business Horizons*, 37(2), 22-28.
- Operadoras de planos de saúde com registro ativo*. Recuperado de [http://www.ans.gov.br/anstabnet/notas\\_operadora.htm](http://www.ans.gov.br/anstabnet/notas_operadora.htm).
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49(50), 41-50.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL: A Multiple-Item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. (1991). Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale. *Journal of Retailing*, 67(4), 420-450.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., & Berry, L. L. *A excelência em serviços: como superar as expectativas e garantir a satisfação completa de seus clientes* (1a ed.). São Paulo: Saraiva.
- Pedroso, M. C., & Malik, A. M. (2012). Cadeia de valor da saúde: um modelo para o sistema de saúde brasileiro. *Cienc. saúde coletiva [online]*, 17(10), 2757-2772. doi: 10.1590/S1413-81232012001000024.
- Pegoraro, A. P. A. (2013). O sistema de saúde no Brasil e nos Estados Unidos: uma análise comparativa. *Anais III Fórum Brasileiro de Pós-Graduação em Ciência Política – UFPR [online]*. ISSN: 2317-6334.
- Pena, M. M., Silva, E. M. S., Tronchin, D. M. R., & Mellero, M. M. (2013). O emprego do modelo de qualidade de Parasuraman, Zeithaml e Berry em serviços de saúde. *Revista da*

*Escola de Enfermagem da USP*, 47(5), 1227-1232. doi: 10.1590/S0080-623420130000500030.

- Pitta, D. A., & Laric, M. V. (2004). Value chains in health care. *Journal of Consumer Marketing*, 21(7), 451-464. doi: 10.1108/07363760410568671.
- Porter, M. E. (1985). *Competitive advantage*. New York: Free Press.
- Porter, M. E. (1998). *The Five Competitive Forces That Shape Strategy*. In. On competition. Harvard business review book series.
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2007). *Repensando a saúde. Estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos*. Porto Alegre: Bookman.
- Porter, M. E. (2008). The five competitive forces that shape strategy. *Harvard Business Review*, 23-41.
- Porter, M. E. (2010). What is value in health care?. *The New England Journal of Medicine*, 363(26), 2477-2481.
- Porter, M. E., Pablo, E. A., & Lee, T. H. (2012). Improve value by organizing around patients needs. *Health Affairs*, 32(3). doi: 10.1377/hlthaff.2012.0961.
- Porter, M. E., & Lee, T. H. (2016). From volume to value in healthcare: the work begins, 316(10). doi: 10.1001/jama.2016.11698.
- Porter, M. E., & Kaplan, R. S. (2016). How to pay for health care. *Harvard Business Review*.
- Rego, B. B., Oliveira, M. O. R., & Luce, F. B. (2008). Uma discussão teórica da relação do valor da marca e do valor do cliente. *Rev. Adm. UFSM*, 1(2), 275-290.
- Ramos do Cooperativismo - Saúde*. Recuperado de <https://www.ocb.org.br/ramo-saude>.
- Sala de Situação da Agência Nacional de Saúde suplementar*. Recuperado de <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>.
- Salomi, G. G. E., Miguel, P. A. C., & Abackerli, A. J. (2004). SERVQUAL X SERVPERF: comparação entre instrumentos para avaliação da qualidade de serviços internos. *Gestão & Produção*, 12(2), 279-293.
- Service-Dominant Logic. Recuperado em <http://www.sdlogic.net>.
- Shukla, D. K. (2013). Service quality management and customer satisfaction: a spiritual perspective. *Anusandhanika*, 5(1), 132-141.
- Souto, C. M. R., & Correia-Neto, J. S. (2017). Qualidade de serviços: uma análise comparativa entre SERVQUAL e SERVPERF. *Journal of Perspectives in Management – JPM*, 1(1), p. 63-7.
- Vargo, S. L., & Lusch, R. F. (2004). Evolving to a New Dominant Logic for Marketing. *Journal of Marketing*, 68(1), 1-17.



- Vargo, S. L., & Akaka, M. A. (2009). Service-Dominant Logic as a foundation for service science: clarifications. *Service Science*, 1(1), 32-41.
- Wilden, R., Akaka, M. A., Karpen, I. O., & Hohberger, J. (2017). The evolution and prospects of service-dominant logic: an investigation of past, present, and future research. *Journal of Service Research*, 20(4), 345-361.
- Yin, R. K. (2010). *Estudo de caso: planejamento e métodos* (4a ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Zeithaml, V. A., & Bitner, M. J. (2003). *Marketing de serviços – a empresa com foco no cliente* (2a ed.). Porto Alegre: Bookman.
- Zeithaml, V. A., Bitner, M. J., & Gremler, D. D. (2011). *Marketing de serviços: a empresa com foco no cliente* (5a ed.). Porto Alegre: Bookman.

## Apêndice A – Instrumento de Coleta de Dados

**1 PRIMEIRA PARTE - INSTRUÇÕES:** Esta pesquisa tem como objetivo obter sua opinião sobre os serviços prestados pelas operadoras de planos de saúde aos seus clientes. Cada afirmação do questionário representa um elemento que a empresa deve possuir ou executar no momento da prestação do serviço, seja ele qual for. Indique a importância de cada item do serviço, na sua opinião, utilizando a escala de 1 a 7 referente as afirmações, em que marcando 7 você declara que concorda afirmação e marcando 1 você declara que discorda da afirmação. Se o seu sentimento em relação a afirmação não for muito forte, marque um dos números do meio da escala. Não há respostas certas ou erradas, tudo o que estamos interessados em saber é quais são as suas expectativas sobre a importância de cada item que as operadoras de planos de saúde devem oferecer na prestação de seus serviços.

E1 A aparência dos hospitais e demais locais de atendimento devem estar de acordo com o serviço prestado.

[ ]1 [ ]2 [ ]3 [ ]4 [ ]5 [ ]6 [ ]7

E2 Os ambientes de atendimento em saúde devem estar sempre higienizados e aparentemente limpos.

[ ]1 [ ]2 [ ]3 [ ]4 [ ]5 [ ]6 [ ]7

E3 As unidades de atendimento devem estar localizadas em regiões próximas e de fácil acesso.

[ ]1 [ ]2 [ ]3 [ ]4 [ ]5 [ ]6 [ ]7

E4 Seus colaboradores devem estar bem vestidos e parecer arrumados.

[ ]1 [ ]2 [ ]3 [ ]4 [ ]5 [ ]6 [ ]7

E5 O tempo de permanência no atendimento com o profissional de saúde deve ser adequado e garantir que o paciente esclareça todas as dúvidas e seja encaminhado, quando necessário, a um serviço complementar.

[ ]1 [ ]2 [ ]3 [ ]4 [ ]5 [ ]6 [ ]7

E6 As operadoras de planos de saúde devem ter boa reputação e inspirar confiança aos seus clientes.

[ ]1 [ ]2 [ ]3 [ ]4 [ ]5 [ ]6 [ ]7

E7 Não é esperado que as operadoras de planos de saúde sejam resolutivas e auxiliem os clientes quando ocorre um problema ou dificuldade na utilização do plano de saúde.

[ ]1 [ ]2 [ ]3 [ ]4 [ ]5 [ ]6 [ ]7

E8 Os clientes devem poder escolher livremente os especialistas na rede credenciada das operadoras de planos de saúde.

[ ]1 [ ]2 [ ]3 [ ]4 [ ]5 [ ]6 [ ]7

E9 Não se espera que os canais de atendimento das operadoras de planos de saúde disponibilizem ao cliente informações claras e completas sobre como e quando os serviços serão executados.

[ ]1 [ ]2 [ ]3 [ ]4 [ ]5 [ ]6 [ ]7

E10 É esperado que as operadoras de planos de saúde sejam proativas e avisem com rapidez os seus clientes sobre problemas ou irregularidades em solicitações de acesso à serviços.

[ ]1 [ ]2 [ ]3 [ ]4 [ ]5 [ ]6 [ ]7

E11 As operadoras de planos de saúde devem respeitar os prazos legais que garantem acesso aos profissionais ou recursos de saúde necessários.

[ ]1 [ ]2 [ ]3 [ ]4 [ ]5 [ ]6 [ ]7

E12 Seus funcionários devem sempre estar dispostos a ajudar os clientes.

[ ]1 [ ]2 [ ]3 [ ]4 [ ]5 [ ]6 [ ]7

E13 É esperado que as operadoras de planos de saúde priorizem as demandas dos clientes, auxiliando e agilizando a utilização do plano de saúde.

[ ]1 [ ]2 [ ]3 [ ]4 [ ]5 [ ]6 [ ]7

E14 As operadoras de planos de saúde devem oferecer aos seus clientes formas de reduzir o tempo de permanência em filas ou salas de espera.

[ ]1 [ ]2 [ ]3 [ ]4 [ ]5 [ ]6 [ ]7

E15 As operadoras de planos de saúde devem oferecer formas para que o cliente possa avaliar ou consultar referência dos seus profissionais credenciados.

[ ]1 [ ]2 [ ]3 [ ]4 [ ]5 [ ]6 [ ]7

E16 Não é esperado que as operadoras de planos de saúde ofereçam recursos e apoio adequados aos seus especialistas para que eles possam fazer bem o trabalho e permanecer na rede credenciada.

[ ]1 [ ]2 [ ]3 [ ]4 [ ]5 [ ]6 [ ]7

E17 Os clientes devem poder se sentir seguros ao receberem atendimento dos funcionários das operadoras de planos de saúde.

[ ]1 [ ]2 [ ]3 [ ]4 [ ]5 [ ]6 [ ]7

E18 A estrutura disponibilizada pelas operadoras de planos de saúde deve ser adequada ao valor pago pelo cliente e garantir a segurança de acesso aos recursos de saúde quando necessário.

[ ]1 [ ]2 [ ]3 [ ]4 [ ]5 [ ]6 [ ]7

E19 É esperado que os profissionais que atendem pelas operadoras de planos de saúde sejam educados e cordiais, mantendo uma postura adequada para lidar com questões de saúde do cliente.

[ ]1 [ ]2 [ ]3 [ ]4 [ ]5 [ ]6 [ ]7

E20 As operadoras de planos de saúde devem prestar um atendimento personalizado aos seus clientes e esclarecer, de forma clara, cordial e objetiva, as negativas de solicitação de exames e informações sobre demais necessidades.

[ ]1 [ ]2 [ ]3 [ ]4 [ ]5 [ ]6 [ ]7

E21 Não é esperado que as operadoras de planos de saúde conheçam as necessidades de seus clientes além das informações que são preenchidas nos formulários.

[ ]1 [ ]2 [ ]3 [ ]4 [ ]5 [ ]6 [ ]7

E22 É esperado que as operadoras de planos de saúde tenham horários de funcionamento convenientes para todos os seus clientes.

[ ]1 [ ]2 [ ]3 [ ]4 [ ]5 [ ]6 [ ]7

E23 Os funcionários das operadoras de planos de saúde devem prestar atenção pessoal aos clientes.

[ ]1 [ ]2 [ ]3 [ ]4 [ ]5 [ ]6 [ ]7

**I2 PARTE 2 - AVALIE A UNIMED:** O conjunto de afirmações a seguir refere-se aos seus sentimentos sobre a **Unimed Paraná**. Para cada afirmação, mostre até que ponto você acredita que a Unimed Paraná possui o recurso ou executa o serviço conforme descrito na afirmação. Utilize a escala de 1 a 7 para realizar a sua avaliação, considerando que, ao marcar o número 7 significa que você concorda fortemente que a **Unimed Paraná** possui o recurso ou executa o serviço descrito na afirmação, e ao marcar o número 1 significa que você discorda totalmente. Você pode marcar qualquer um dos números no meio que mostre quão fortes são seus sentimentos em relação a afirmação. Não há respostas certas ou erradas, tudo em que estamos interessados é um número que melhor represente as suas percepções sobre os serviços prestados pela Unimed Paraná.

P1 A aparência dos hospitais e demais locais de atendimento da Unimed Paraná estão de acordo com o serviço prestado.

[ ]1 [ ]2 [ ]3 [ ]4 [ ]5 [ ]6 [ ]7

P2 Os ambientes de atendimento em saúde da Unimed Paraná estão sempre higienizados e aparentemente limpos.

[ ]1 [ ]2 [ ]3 [ ]4 [ ]5 [ ]6 [ ]7

P3 As unidades de atendimento da Unimed Paraná estão localizadas em regiões próximas e de fácil acesso.

[ ]1 [ ]2 [ ]3 [ ]4 [ ]5 [ ]6 [ ]7

P4 Os colaboradores da Unimed Paraná estão sempre bem vestidos e arrumados.

[ ]1 [ ]2 [ ]3 [ ]4 [ ]5 [ ]6 [ ]7

P5 O tempo de permanência no atendimento com o profissional da Unimed Paraná é adequado e garante que o paciente esclareça todas as dúvidas e seja encaminhado, quando necessário, a um serviço complementar.

[ ]1 [ ]2 [ ]3 [ ]4 [ ]5 [ ]6 [ ]7

P6 A Unimed Paraná tem boa reputação e inspira confiança aos seus clientes.

[ ]1 [ ]2 [ ]3 [ ]4 [ ]5 [ ]6 [ ]7

P7 A Unimed Paraná não é resolutiva em auxiliar os seus clientes quando existe um problema ou dificuldade na utilização do plano de saúde.

[ ]1 [ ]2 [ ]3 [ ]4 [ ]5 [ ]6 [ ]7

P8 Os clientes podem escolher livremente os especialistas na rede credenciada da Unimed Paraná.

[ ]1 [ ]2 [ ]3 [ ]4 [ ]5 [ ]6 [ ]7

P9 A Unimed Paraná não disponibiliza ao cliente informações claras e completas sobre como e quando os serviços serão executados.

[ ]1 [ ]2 [ ]3 [ ]4 [ ]5 [ ]6 [ ]7

P10 A Unimed Paraná é proativa em avisar com rapidez os seus clientes sobre problemas ou irregularidades em solicitações de acesso à serviços.

[ ]1 [ ]2 [ ]3 [ ]4 [ ]5 [ ]6 [ ]7

P11 A Unimed Paraná respeita os prazos que garantirem acesso aos profissionais ou recursos de saúde necessários.

[ ]1 [ ]2 [ ]3 [ ]4 [ ]5 [ ]6 [ ]7

P12 Os colaboradores da Unimed Paraná estão sempre dispostos a ajudar os clientes.

[ ]1 [ ]2 [ ]3 [ ]4 [ ]5 [ ]6 [ ]7

P13 A Unimed Paraná prioriza as demandas dos clientes auxiliando e agilizando a utilização do plano de saúde.

[ ]1 [ ]2 [ ]3 [ ]4 [ ]5 [ ]6 [ ]7

P14 A Unimed Paraná oferece aos seus clientes formas de reduzir o tempo de permanência em filas ou salas de espera.

[ ]1 [ ]2 [ ]3 [ ]4 [ ]5 [ ]6 [ ]7

P15 A Unimed Paraná possibilita que o cliente possa avaliar ou consultar referência dos seus profissionais credenciados.

[ ]1 [ ]2 [ ]3 [ ]4 [ ]5 [ ]6 [ ]7

P16 Os especialistas não recebem apoio e recursos adequados da Unimed Paraná para que possam fazer bem o trabalho e permanecer na rede credenciada.

[ ]1 [ ]2 [ ]3 [ ]4 [ ]5 [ ]6 [ ]7

P17 Os clientes se sentem seguros ao receberem atendimento dos funcionários da Unimed Paraná.

[ ]1 [ ]2 [ ]3 [ ]4 [ ]5 [ ]6 [ ]7

P18 O valor pago pelo cliente da Unimed Paraná é adequado em relação a estrutura disponibilizada para garantir a segurança de acesso aos recursos de saúde quando necessário.

[ ]1 [ ]2 [ ]3 [ ]4 [ ]5 [ ]6 [ ]7

P19 Os profissionais que atendem pela Unimed Paraná são educados e cordiais e possuem uma postura adequada para lidar com questões de saúde do cliente.

[ ]1 [ ]2 [ ]3 [ ]4 [ ]5 [ ]6 [ ]7

P20 A Unimed Paraná proporciona um atendimento personalizado aos seus clientes esclarecendo, de forma clara, cordial e objetiva, as negativas de solicitação de exames e informações sobre demais necessidades.

[ ]1 [ ]2 [ ]3 [ ]4 [ ]5 [ ]6 [ ]7

P21 A Unimed Paraná não conhece as necessidades de seus clientes além das informações que são preenchidas nos formulários.

[ ]1 [ ]2 [ ]3 [ ]4 [ ]5 [ ]6 [ ]7

P22 A Unimed Paraná possui horário de funcionamento conveniente para todos os seus clientes.

[ ]1 [ ]2 [ ]3 [ ]4 [ ]5 [ ]6 [ ]7

P23 Os colaboradores da Unimed Paraná oferecem atenção pessoal aos clientes.

[ ]1 [ ]2 [ ]3 [ ]4 [ ]5 [ ]6 [ ]7







**Apêndice C – Termo de confidencialidade****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
portador(a) do CPF: \_\_\_\_\_ declaro,  
por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) na pesquisa de campo  
intitulada **AREIBUTOS DA EXPECTATIVA E PERCEPÇÃO DO CLIENTE  
SOBRE A QUALIDADE EM SERVIÇOS: O CASO DE UMA COOPERATIVA  
DE TRABALHO MÉDICO DO PARANÁ**, desenvolvida por **LUCAS DAMASIO**,  
discente do Mestrado Profissional em Gestão de Cooperativas (PPGCOOP) da  
Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR).

A pesquisa é orientada pelo Professor Dr. Alex A. Ferraresi, que poderá ser contatado  
em caso de dúvidas ou para qualquer informação necessária sobre o curso ou sobre o  
aluno por meio do telefone nº (41) 3271-1859 ou endereço de e-mail  
[alex.ferraresi@pucpr.br](mailto:alex.ferraresi@pucpr.br).

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer  
incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar  
para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do  
estudo, que, em linhas gerais, busca expandir o entendimento sobre a entrega de valor  
e qualidade nos serviços de saúde de uma cooperativa médica do Paraná, investigando  
a expectativa e a percepção do cliente em seu relacionamento de consumo com o  
serviço, considerando as particularidades do sistema de saúde suplementar, abordando  
o conceito sobre valor pela perspectiva do consumidor por meio das dimensões de  
serviços percebidas por ele.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de uma entrevista  
semiestruturada a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a  
análise dos dados coletados se farão apenas pelo pesquisador e/ou seu orientador.

Fui ainda informado(a) de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Assinatura do(a) participante

---

Assinatura do pesquisador

## **Anexo A – O Instrumento SERVQUAL**

**INSTRUÇÕES:** Esta pesquisa trata de suas opiniões sobre serviços. Mostre até que ponto as empresas que oferecem serviços devem possuir os recursos descritos em cada declaração. Faça isso escolhendo um dos sete números ao lado de cada instrução. Se você concorda firmemente que essas empresas devem possuir um recurso, circule o número 7. Se você discorda fortemente que essas empresas devem possuir um recurso, circule 1. Se seus sentimentos não forem fortes, circule um dos números no meio. Não há respostas certas ou erradas - tudo em que estamos interessados é um número que melhor mostre suas expectativas sobre as empresas que oferecem serviços.

E1. Eles devem ter equipamentos atualizados.

E2 Suas instalações físicas devem ser visualmente atraentes.

E3 Seus funcionários devem estar bem vestidos e parecer arrumados.

E4 A aparência das instalações físicas dessas empresas deve estar em de acordo com o tipo de serviços prestados.

E5 Quando essas empresas prometem fazer algo em um determinado período de tempo, devem fazê-lo.

E6 Quando os clientes têm problemas, essas empresas devem ser solidárias e tranquilizador.

E7 Essas empresas devem ser confiáveis.

E8 Eles devem prestar seus serviços no momento em que prometem fazê-lo.

E9 Eles devem manter seus registros com precisão.

E10 Não se espera que eles digam aos clientes exatamente quando os serviços serão executados. (-)

E11. Não é realista que os clientes esperem atendimento imediato dos funcionários dessas empresas. (-)

E12 Seus funcionários nem sempre precisam estar dispostos a ajudar os clientes. (-)

E13 Não há problema se eles estiverem ocupados demais para responder prontamente às solicitações dos clientes. (-)

E14 Os clientes devem poder confiar nos funcionários dessas empresas.

E15. Os clientes devem poder se sentir seguros em suas transações com os funcionários dessas empresas.

E16. Seus funcionários devem ser educados.

E17 Seus funcionários devem obter apoio adequado dessas empresas para fazer bem seu trabalho.

E18. Não se deve esperar que essas empresas ofereçam aos clientes atenção. (-)

E19 Não se espera que os funcionários dessas empresas prestem atenção pessoal aos clientes. (-)

E20 Não é realista esperar que os funcionários saibam quais são as necessidades de seus clientes são. (-)

E21 Não é realista esperar que essas empresas tenham em mente os melhores interesses de seus clientes. (-)

E22 Não se espera que eles tenham horas de operação convenientes para todos os seus clientes. (-)

INSTRUÇÕES: O seguinte conjunto de declarações refere-se aos seus sentimentos sobre XYZ. Para cada declaração, mostre até que ponto você acredita que o XYZ possui o recurso descrito na declaração. Mais uma vez, circundar um 7 significa que você concorda fortemente que XYZ possui esse recurso, e circundar um 1 significa que você discorda totalmente. Você pode circular qualquer um dos números no meio que mostre quão fortes são seus sentimentos. Não há respostas certas ou erradas - tudo o que nos interessa é um número que represente suas percepções sobre o XYZ.

P1. O XYZ possui equipamentos atualizados.

P2 As instalações físicas da XYZ são visualmente atraentes.

P3 Os funcionários da XYZ estão bem vestidos e parecem arrumados.

P4 A aparência das instalações físicas do XYZ está de acordo com o tipo de serviços prestados.

P5. Quando o XYZ promete fazer algo por um certo tempo, ele o faz.

P6 Quando você tem problemas, o XYZ é compreensivo e reconfortante.

P7 XYZ é confiável.

P8 A XYZ fornece seus serviços no momento em que promete fazê-lo.

P9 XYZ mantém seus registros com precisão.

P10 O XYZ não informa exatamente aos clientes quando os serviços serão executados. ()

P11. Você não recebe atendimento imediato dos funcionários da XYZ. (-)

- P12. Os funcionários da XYZ nem sempre estão dispostos a ajudar os clientes. (-)
- P13 Os funcionários da XYZ estão ocupados demais para responder prontamente às solicitações dos clientes. (-)
- P14 Você pode confiar nos funcionários da XYZ.
- P15. Você se sente seguro em suas transações com os funcionários da XYZ.
- P16 Os funcionários da XYZ são educados.
- P17. Os funcionários recebem o apoio adequado da XYZ para fazer bem seu trabalho.
- P18 XYZ não lhe dá atenção individual. (-)
- P19 Os funcionários da XYZ não dão atenção pessoal. (-)
- P20. Os funcionários da XYZ não sabem quais são suas necessidades. (-)
- P21 XYZ não tem seus melhores interesses no coração. (-)
- P22 O XYZ não possui horário de funcionamento conveniente para todos os seus clientes. (-)