

**UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
DOUTORADO INTERINSTITUCIONAL – DINTER USCS/IMED**

Suzi Darli Zanchett Wahl

**ANTECEDENTES E CONSEQUENTES DA DESCONFIANÇA
NOS SERVIÇOS MÉDICOS: Um Estudo Probabilístico em Passo
Fundo (RS)**

**São Caetano do Sul
2018**

SUZI DARLI ZANCHETT WAHL

**ANTECEDENTES E CONSEQUENTES DA DESCONFIANÇA
NOS SERVIÇOS MÉDICOS: Um Estudo Probabilístico em Passo
Fundo (RS)**

**Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Administração da
Universidade Municipal de São Caetano
do Sul como um dos requisito para a
obtenção do título de Doutor (a) em
Administração.**

**Área de concentração: Gestão
Organizacional**

Orientador: Prof. Dr. Leandro Campi Prearo

**São Caetano do Sul
2018**

FICHA CATALOGRÁFICA

WAHI, Suzi Darli Zanchett Wahl.

Antecedentes e Consequentes da Desconfiança nos Serviços Médicos: Um Estudo Probabilístico em Passo Fundo (RS) – São Caetano do Sul: USCS/ Universidade Municipal de São Caetano do Sul, 2018.
171 f.

Orientador: Prof. Leandro Campi Prearo.

Tese (Doutorado) – USCS- Universidade Municipal de São Caetano do Sul, Programa de Pós-Graduação em Administração, 2018.

1. Desconfiança.
2. Antecedentes de Desconfiança.
3. Consequentes de Desconfiança.
4. Gestão Organizacional Universidade Municipal de São Caetano do Sul-USCS.

Reitor da Universidade Municipal de São Caetano do Sul
Prof. Dr. Marcos Sidnei Bassi

Pró-reitora de Pós-graduação e Pesquisa
Prof^a. Dra. Maria do Carmo Romeiro

Gestora do Programa de Pós-graduação em Administração
Prof^a. Dra. Raquel da Silva Pereira

Banca Examinadora constituída pelos professores:

Prof. Dr. Leandro Campi Prearo (USCS)

Prof.^a. Dra. Maria do Carmo Romeiro (USCS)

Prof. Dr. Marco Antonio Pinheiro da Silveira (USCS)

Prof.^a. Dra. Maria Aparecida Gouvêa (USP)

Prof. Dr. Kenny Basso (IMED)

Para Rhuy e Valter.

Agradecimentos

Agradeço ao Rhuy, pela paciência, por aguentar minhas crises de desespero,
pelo companheirismo de todas as horas.

Ao meu filho canino Valter, pelas várias e várias vezes que não dei a merecida
atenção.

À minha família, pela ajuda incondicional na minha ausência.

Ao meu querido orientador Prof. Dr. Leandro Prearo, pela competência,
comprometimento, bom humor, que mesmo com as inúmeras tarefas que fazem
parte de vida de professor e pró-reitor, sempre me ajudou. Quisera eu um dia
conseguir ser um pouquinho parecida com você; muito obrigada!

“Não é possível gerir o que não se pode medir
....e, se não se pode gerir, não se poderá melhorar”.

Willian Hewlett

Resumo

O construto desconfiança tem sido pouco estudado, pois a maioria dos autores a conceituam a partir de perspectivas negativas da confiança, assim como seus antecedentes e consequentes, gerando dificuldades no entendimento tanto da construção como da redução da confiança. Em relação aos serviços médicos o crescimento da desconfiança tem consequências potencialmente graves e negativas para muitos aspectos do cuidado médico e para seus sistemas. Diante disso, essa tese objetiva identificar os antecedentes e os consequentes da desconfiança com os serviços médicos, enquanto elemento adicional de gestão do desempenho das organizações de saúde. Para realização dessa pesquisa, usou-se o método misto, dividindo o estudo em duas fases: a primeira fase de cunho exploratório-qualitativo, a qual buscou-se identificar os antecedentes e consequentes da desconfiança nos serviços médicos, através de dois grupos focais, objetivando desenvolver um instrumento que mensure essa desconfiança e a segunda fase descritiva-quantitativa, que por meio de uma amostra de probabilística de 391 respondentes e usando a modelagem de equações estruturais (PLS), examinou-se o efeito de cada antecedente e consequente no comportamento dos clientes em relação ao serviço médico. Foram identificados seis antecedentes: comunicação, qualificação, empatia, infraestrutura, idade, competência, sendo que o construto qualificação não foi estatisticamente suportado. Considerando as moderações realizadas por variáveis socioeconômicas, a variável idade do entrevistado (45 a 59 anos) apresentou o maior coeficiente de explicação (72,8%), sugerindo maior eficiência do modelo nesse grupo. De modo geral, os resultados sugerem uma adequada capacidade explicativa (0,475) entre os antecedentes e a desconfiança e entre a desconfiança e os consequentes pesquisados (0,651).

Palavras-chave: Desconfiança. Antecedentes da Desconfiança. Consequentes da Desconfiança. Serviços Médicos.

Abstract

The study of distrust has been neglected, since most authors consider that a mere negative valence of trust, as well as its antecedents and consequents, threatening the understanding of the loss or building trust. When considering medical services, the growth of distrust has potentially serious and negative consequences for many aspects of medical care. Therefore, this thesis aims to identify the antecedents and consequences of the distrust in physicians, as an additional element of the management performance of health organizations. To do this research, a mixed method approach was set, dividing the study into two stages: the first qualitative-exploratory. We sought to identify the antecedents and consequences of distrust in physicians, through two focus groups, aiming to develop an instrument that measures distrust and the second quantitative-descriptive, using a probabilistic sample with 391 participants and the structural equation modeling approach (PLS), aims to measure the effect of the antecedents and consequents on consumers towards the physician. Six antecedents were identified: communication, qualification, empathy, infrastructure, age, competence, although the qualification construct was not statistically supported. Considering the variations performed by socioeconomic variables, the variable age of the interviewee (45 to 59 years) presented the highest coefficient of explanation (72.8%), suggesting a higher model efficiency in this group. In general, the results suggest an adequate explanatory capacity (0.475) between the antecedents and the distrust and between the distrust and the consequent researched ones (0.651).

Keywords: Distrust. Antecedents. Consequents. Medical services.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Antecedentes e Consequentes da Desconfiança nos Serviços Médicos	71
Figura 2 - Tipos de estratégias do método misto	73
Figura 3 - Diagrama metodológico completo.	75
Figura 4 - Modelo utilizado para construção de escala.....	76
Figura 5 - Perfil dos grupos focais.	77
Figura 6 - Faixa etária da amostra e da população de Passo Fundo.....	96
Figura 7 - Modelo de mensuração inicial	115
Figura 8 – Diagrama de caminho: Construto Competência.	116
Figura 9 – Diagrama de caminho: Construto Comunicação.	117
Figura 10 – Diagrama de caminho: Construto Empatia.	118
Figura 11 – Diagrama de caminho: Construto Infraestrutura.	120
Figura 12 – Diagrama de caminho: Construto Qualificação.....	121
Figura 13 – Diagrama de caminho: Construto Idade.	122
Figura 14 – Diagrama de caminho: Construto Competência.	123
Figura 15 - Modelo estrutural.....	132

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Quadro Teórico	49
Quadro 2 - Diferenças entre as técnicas MEE-CB e PLS	84
Quadro 3 - Amostra Inicial de Itens do Antecedente Competência	90
Quadro 4 - Amostra Inicial de Itens do Antecedente Comunicação.....	91
Quadro 5 - Amostra Inicial de Itens do Antecedente Empatia	92
Quadro 6 - Amostra Inicial de Itens do Antecedente Infraestrutura de Atendimento.....	92
Quadro 7 - Amostra Inicial de Itens do Antecedente Qualificação do Médico	93
Quadro 8 - Amostra Inicial de Itens do Antecedente Idade.....	93
Quadro 9 - Amostra Inicial de Itens dos Consequentes.....	94
Quadro 10 - Amostra Inicial de Itens da Desconfiança	94

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de artigos encontrados em bases de periódicos.....	33
Tabela 2- Despesas com saúde dos municípios do estado do Rio Grande do Sul (RS), nos anos de 2008 a 2015.	36
Tabela 3 - Especialidade do Médico.....	96
Tabela 4 – Formas de como as pessoas costuma escolher os seus médicos ...	98
Tabela 5 - Estatística descritiva dos antecedentes da desconfiança.....	99
Tabela 6 - Estatística descritiva do construto Competência	100
Tabela 7 - Estatística descritiva do construto Comunicação Técnica.....	101
Tabela 8 - Estatística descritiva do construto Comunicação Afetiva.....	102
Tabela 9 - Estatística descritiva do construto Empatia Emocional.....	103
Tabela 10 - Estatística descritiva do construto Preocupação Empática.....	105
Tabela 11 - Estatística descritiva dos construtos Características Físicas.....	106
Tabela 12 - Estatística descritiva do construto Atendimento da Secretária	107
Tabela 13 - Estatística descritiva do construto Atendimento do Médico	108
Tabela 14 - Estatística descritiva do construto Qualificação do Médico	109
Tabela 15 - Estatística descritiva do construto Idade.....	110
Tabela 16 - Estatística descritiva dos consequentes	111
Tabela 17 - Estatística descritiva da Desconfiança.....	112
Tabela 18 - Avaliação do modelo de mensuração.....	124
Tabela 19 - Avaliação das hipóteses do modelo.....	126
Tabela 20 - Moderação pela variável idade do entrevistado.....	135
Tabela 21 – Moderação pelo variável sexo do entrevistado.....	137
Tabela 22 – Moderação pela variável renda familiar do entrevistado.....	140
Tabela 23 – Moderação pela variável motivo da consulta.	142
Tabela 24 – Moderação pela variável tipo da consulta.....	144

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
FINBRA	Finanças do Brasil
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MEE	Modelagem de Equações Estruturais
PIB	Produto Interno Bruto
PNS	Plano Nacional de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	19
LISTA DE QUADROS	21
LISTA DE TABELAS	23
1 INTRODUÇÃO.....	31
1.1 DELIMITAÇÃO DO TEMA E DEFINIÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA	32
1.2 OBJETIVOS.....	37
1.2.1 Objetivo Geral	37
1.2.2 Objetivos Específicos.....	37
1.3 ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO	38
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	39
2.1 COMPORTAMENTO DO CONSUMIDOR	39
2.2 CONFIANÇA.....	41
2.3 CONFIANÇA <i>versus</i> DESCONFIANÇA.....	45
2.4 DESCONFIANÇA	51
2.5 ANTECEDENTES DA DESCONFIANÇA	57
2.5.1 Antecedentes da desconfiança ligados à confiança	58
2.5.1.1 Competência.....	58
2.5.2 Antecedentes ligados à desconfiança.....	60
2.5.2.1 Comunicação	60
2.5.2.2 Empatia.....	61
2.5.2.3 Infraestrutura de Atendimento.....	62
2.5.2.4 Qualificação do médico.....	64
2.6 CONSEQUENTES DA DESCONFIANÇA	64
2.6.1 Consequentes ligados à confiança	65
2.6.1.1 Recomendação.....	65
2.6.2 Consequentes ligados à desconfiança	66
2.6.2.1 Segunda Opinião	66
2.6.2.2 Automedicação	67
2.6.2.3 Aderência ao tratamento.....	68
2.6.2.4 Troca de médico	69
2.6.2.5. Boca-a-boca negativo	69
2.6 APRESENTAÇÃO DO MODELO.....	71

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	72
3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	72
3.2 PRIMEIRA FASE: EXPLORATÓRIA-QUALITATIVA	75
3.2.1 Sujeitos Participantes da Pesquisa	76
3.2.2 Instrumento da Pesquisa e Coleta de Dados	77
3.2.3 Procedimentos para a Análise dos Resultados	78
3.3 SEGUNDA FASE: DESCRITIVA-QUANTITATIVA.....	79
3.3.1 População e Amostra	79
3.3.2 Coleta de Dados.....	80
3.3.3 Instrumentos de Coleta de Dados	81
3.3.4 Método de Análise dos Dados	83
3.3.4.1 Modelagem de Equações Estruturais – MEE	83
4 RESULTADOS.....	87
4.1 PRIMEIRA FASE: EXPLORATÓRIA-QUALITATIVA	87
4.1.1 Desenvolvimento da escala	87
4.1.1.1 Antecedente Idade	88
4.1.2 Análise dos dados	89
4.1.2.1 Caracterização da amostra	89
4.1.2.2 Análise Fatorial Exploratória (AFE)	89
4.2 SEGUNDA FASE: DESCRITIVA – QUANTITATIVA.....	95
4.2.1 Caracterização da amostra	95
4.2.1.1 Variáveis sociodemográficas.....	95
4.2.1.2 Variáveis das relações médicas	96
4.2.2 Medidas descritivas.....	98
4.2.2.1 Antecedentes	98
4.2.2.1.1 Competência	99
4.2.2.1.2 Comunicação	101
4.2.2.1.3 Empatia	103
4.2.2.1.4 Infraestrutura de Atendimento	105
4.2.2.1.5 Qualificação do Médico	108
4.2.2.1.6 Idade	109
4.2.2.2 Consequentes	110
4.2.2.3 Desconfiança.....	112

4.2.3	Preparação do banco de dados para aplicação das técnicas de estatísticas de análise multivariada	113
4.2.4	Modelagem de Equações Estruturais (PLS)	114
4.2.4.1	Avaliação do modelo de mensuração	114
4.2.4.1.1	Competência	116
4.2.4.1.2	Comunicação	117
4.2.4.1.3	Empatia	118
4.2.4.1.4	Infraestrutura	119
4.2.4.1.5	Qualificação	121
4.2.4.1.6	Idade	121
4.2.4.1.7	Consequentes	122
4.2.4.2	Avaliação do modelo estrutural	125
4.2.4.2.1	Testes de hipóteses	125
4.2.4.2.2	Efeito moderador nas relações entre antecedentes e desconfiança e entre desconfiança e consequentes	133
4.2.4.2.2.1	Avaliação do modelo estrutural moderado pela variável idade do entrevistado.	133
4.2.4.2.2.2	Avaliação do modelo estrutural moderado pela variável sexo do entrevistado.	137
4.2.4.2.2.3	Avaliação do modelo estrutural moderado pela variável renda familiar do entrevistado.	138
4.2.4.2.2.4	Avaliação do modelo estrutural moderado pela variável motivo da consulta.	142
4.2.4.2.2.5	Avaliação do modelo estrutural moderado pela variável tipo da consulta.	143
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	146
5.1	Conclusões a partir da discussão dos resultados e implicações acadêmicas	146
5.2	Implicações gerenciais	148
5.3	Limitações do estudo e sugestões para pesquisas futuras	149
	REFERÊNCIAS	150
	APÊNDICE A – ROTEIRO DOS GRUPOS FOCAIS	159
	APÊNDICE B – INSTRUMENTO PRÉ-TESTE	162
	APÊNDICE C – INSTRUMENTO PARA PESQUISA	167

1 INTRODUÇÃO

Os aspectos relacionados ao marketing, tais como a confiança, a satisfação e a retenção dos clientes, têm despertado o interesse do setor de serviços médicos (TERRES; PIZZUTTI, 2013). Com o objetivo de obter maior retorno financeiro e por estarem inseridos nos negócios hospitalares e de planos de saúde, esses profissionais necessitam preocupar-se com o parecer positivo dos clientes, a fim de fidelizá-los, da mesma maneira que as empresas de varejo tradicional (LEISEN; HYMAN, 2004; TERRES; PIZZUTTI, 2015).

Sirdeshmukh et al. (2002) afirmam que a crescente importância do marketing de relacionamento tem acentuado o interesse no papel da confiança na promoção de relações mais longas e sólidas. Dessa forma, estudos sobre confiança e desconfiança tornam-se fundamentais, nesse contexto.

A confiança do consumidor pode ser definida, como a conservação das expectativas que o provedor de serviços será responsável e cumprirá seus compromissos (SINGH; SIRDESHMUKH, 2000). Conforme Sirdeshmukh et al. (2002), a confiança desempenha um papel crítico nas relações cliente-empresa, bem como melhora a satisfação e a lealdade do consumidor. Acerca disso, Reichheld e Scheffer (2000, p. 6) observam que “para ganhar a lealdade de clientes, você deve primeiro ganhar sua confiança”.

No que tange à desconfiança, esta resulta de expectativas negativas de um consumidor referente à conduta lesiva de um prestador de serviço, que se caracteriza como suspeita, dúvida e medo de realizar transações (LEE et al., 2012; CHANG e FANG, 2013; KIM, 2013). Segundo Lewick et al. (1998), a desconfiança é a crença de que um parceiro será incompetente, cujo comportamento será irresponsável e suspeito, violador das obrigações e indiferente sobre a negativa de suas ações. Além disso, Singh e Sirdeshmukh (2000) atentam ao fato de que as informações negativas tendem a ser mais perceptíveis em uma decisão comportamental do que as informações positivas de uma magnitude semelhante.

Chama a atenção, contudo, que, de acordo com as referências pesquisadas, diferentemente do construto confiança, os antecedentes e consequentes da desconfiança têm sido pouco investigados. Para Kim (2013),

isso é parcialmente provocado pelo fato da pesquisa do construto desconfiança estar ainda em uma fase inicial, já que a abordagem de parcela dos estudos sobre desconfiança, dá-se a partir de perspectivas negativas da confiança. Ademais, Kim (2013) observa que a ausência de esclarecimento dos antecedentes e consequentes, gera dificuldades no entendimento tanto da construção como da redução da desconfiança.

Sob a ótica de Rose et al. (2004), o construto desconfiança relacionado aos cuidados em saúde tem crescido significativamente. Alguns autores atribuem esse crescimento à falta de gestão médica, que restringe a busca de cuidados, à publicidade em torno de erros e da negligência médica, à divulgação de atos médicos antiéticos anteriores, ao crescente acesso à informação médica fora do consultório médico e o menor contato pessoal com os médicos (ROSE et al., 2004; MASCARENHAS et al., 2006; SHEA et al., 2008). Rose et al. (2004) ressaltam ainda que o crescimento da desconfiança tem consequências potencialmente graves e negativas para muitos aspectos do cuidado médico e para sua gestão. Diante disso, essa tese assume o objetivo de discutir os antecedentes e consequentes do construto desconfiança, como um construto diferente da confiança no contexto médico.

1.1 DELIMITAÇÃO DO TEMA E DEFINIÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

A confiança tem sido considerada chave para a gestão de relacionamentos e objeto de estudo de vários autores, conforme destaca Cho, (2006). Por essa razão, distintas áreas de conhecimento, como a psicologia, a sociologia, a psicologia social e a economia, atribuem definição própria ao termo (LEWICKI et al., 1998; MCKNIGHT; CHERVANY, 2001). No entanto, essas definições concordam que a confiança é fundamental para favorecer relacionamentos, reduzir a incerteza e o risco, e aumentar a confiabilidade (CHANG; FANG, 2013).

Pesquisando-se o termo confiança em bases de periódicos, como Proquest, Portal Capes, *Science Direct*, *Spell* e *Web of Science*, verifica-se, de 2006 a 2017, um grande número de artigos que tratam desse construto, em

diferentes contextos e abordagens (Tabela 1). Assim como o conceito tem sido amplamente abordado e testado pela literatura, seus antecedentes, seus consequentes, como ela pode ser desenvolvida e sustentada, também têm sido largamente discutidos por diversos pesquisadores (MORGAN; HUNT, 1994; MCALLISTER, 1995; LEWICKI et al., 1998; KRAMER, 1999; MCKNIGHT; CHERVANY, 2001; SIRDESHMUKH et al., 2002; DARKE et al., 2010; CHEN et al., 2011; JIANG et al., 2011; BASSO, 2012; CHANG; FANG, 2013; TERRES; PIZZUTTI, 2013; EBERLE, 2014; SECKLER et al., 2015). Todavia, realizando essa mesma pesquisa com a palavra desconfiança (*distrust*), o número de artigos encontrados é reduzido, bem como a identificação dos seus antecedentes e consequentes (CHO, 2006; DIMOKA, 2010; BENAMATI et al., 2010, LEE et al., 2012; CHANG; FANG, 2013; SECKLER et al., 2015).

Tabela 1 - Número de artigos encontrados em bases de periódicos

Portais/Termos pesquisados	Confiança	<i>Trust</i>	Desconfiança	<i>Distrust</i>
Proquest	76	75.492	3	4.203
Portal Capes	4.164	199.151	249	6.119
<i>Science Direct</i>	2.046	387.227	308	22.858
Spell	107	22	0	0
<i>Web of Science</i>	2.404	102.368	111	5.629

Fonte: Elaborado pelo autor.

De acordo com Cho (2006), a falta de investigação do construto desconfiança pode estar relacionada ao fato de a literatura tê-la tratado, implicitamente, como o fim da confiança, no mesmo aspecto conceitual, já que muitos trabalhos consideram evidências de alta confiança, como sendo resultados idênticos de baixa desconfiança ou que a ausência de antecedentes de confiança geram a desconfiança (LIU; WANG, 2010). Porém, alguns estudiosos têm rejeitado tais conceituações, ou seja, a ausência de confiança não significa, necessariamente, que exista a desconfiança (LEWICKI et al., 1998; KRAMER, 1999; SIRDESHMUKH et al., 2002; CHO, 2006). Consoante a esses autores, a desconfiança pode levar a efeitos muito mais amplos e dramáticos sobre as

decisões do que apenas uma possível falta de confiança (LEWICKI et al., 1998; KRAMER, 1999; SIRDESHMUKH et al., 2002; CHO, 2006).

Essa imprecisão acontece também em relação aos antecedentes e consequentes dos construtos confiança e desconfiança. Vários antecedentes têm sido propostos como potenciais geradores de confiança e os mais tratados na literatura são a competência, a integridade e a benevolência (MORGAN; HUNT, 1994; MCALLISTER, 1995; SIRDESHMUKH et al., 2002; JOHNSON; GRAYSON, 2005; DIMOKA, 2010; BASSO, 2012). No que se refere ao construto desconfiança, há poucas pesquisas que investigam seus antecedentes. Alguns estudos usaram bases de confiança como sendo antecedentes de desconfiança, (KRAMER, 1999; MCKNIGHT; CHERVANY, 2001; OU; SIA, 2009), por exemplo, questões de benevolência, não são pontuadas na pesquisa. Em outros estudos, o ponto de vista negativo da confiança, como, por exemplo, a não benevolência (CHO, 2006; CONCHIE; DONALD, 2008; DIMOKA, 2010).

Ressalta-se ainda que alguns autores afirmam que a desconfiança e a confiança, são construtos diferentes, não opostos e não interligados, mas, em suas metodologias, discutem seus antecedentes apenas de maneira oposta, como por exemplo, a competência é antecedente de confiança e a incompetência é antecedente de desconfiança (CHO, 2006; KOMIAK; BENBASAT, 2008; BENEMATI et al., 2010; DIMOKA, 2010; CHANG; FANG, 2013; LOWRY et al., 2014; SECKLER et al., 2015).

Segundo Lee e Choi (2011), entender a confiança e a desconfiança, seus antecedentes e consequentes, tal como emergem, diminuem e como estão relacionadas é uma das grandes prioridades de pesquisadores e profissionais devido ao seu efeito fundamental sobre as empresas. Cho (2006) afirma que conhecer melhor os construtos confiança e desconfiança, como são construídos e alcançados serve para orientar as organizações na tarefa de aumentar a confiança e evitar a desconfiança.

Cumprido destacar, dessa maneira, algumas perspectivas de estudos sobre a confiança em diferentes contextos, como no setor de turismo (DE RUYTER et al. apud EBERLE, 2014, p. 20), nos serviços financeiros (JOHNSON; GRAYSSON, 2005), nos serviços on-line (REICHHELD; SCHEFTER, 2000;

CHANG; YANG, 2013; SECKLER et al., 2014) e nos provedores de serviço de saúde (LEISEN; HYMAN, 2004; TERRES; PIZZUTTI, 2013), ao passo que, no construto desconfiança, a literatura registra poucos trabalhos que tratam do tema como um construto diferente da confiança, saliente-se ainda que a maioria desses estudos concentra-se apenas no contexto on-line (CHO, 2006; OU; SIA, 2010; LEE et al., 2012; CHANG; FANG, 2013; SECKLER et al., 2014).

Nesse trabalho, o contexto escolhido para trabalhar os antecedentes e consequentes da desconfiança nesta tese, advém do fazer médico, uma vez que a área em si demonstra crescente interesse em compreender melhor as abordagens do marketing para a retenção dos clientes (TERRES; PIZZUTTI, 2013). A cidade escolhida para a realização do estudo, foi cidade de Passo Fundo/RS, visto que a cidade é um polo de saúde, referência regional em hospitais e clínicas.

Para Costa e Azevedo (2010), a confiança, a familiaridade e a colaboração na relação médico-paciente é fundamental para realização dos processos terapêuticos e de diagnósticos, substanciais no resultado médico. Segundo esses autores, a confiança na conduta médica se consolida com a prática da empatia (COSTA; AZEVEDO, 2010). Leisen e Hyman (2004) asseguram a importância pessoal e o alto envolvimento nessa relação, pois, dessa forma, as pessoas tendem a preferir permanecer com o mesmo médico. Esses autores advertem acerca da competitividade do setor médico e de uma estreita relação do seu sucesso financeiro com o gesto de recomendação e da fidelização dos pacientes (LEISEN; HYMAN, 2004)

A relevância econômica do setor (TERRES, 2011) também configura o contexto, já que, de acordo com a Conta-Satélite de Saúde Brasil (2010-2013), divulgada pelo Instituto Brasileiro de Pesquisas (IBGE), em 2013, o consumo final de bens e serviços de saúde no Brasil foi de R\$ 424 bilhões (em reais), deste total, R\$ 223 bilhões representam despesas de consumo de famílias, R\$ 190 bilhões de consumo do governo e R\$ 6 bilhões de consumo de instituições sem fins lucrativos a serviços das famílias. Nesse mesmo período, o consumo de bens e serviços de saúde, corresponde a 8,2% do Produto Interno Bruto (PIB) e em relação às despesas *per capita* do governo brasileiro, o consumo desses bens e serviços foi de R\$ 946.

Da mesma forma, o relatório das contas anuais das Finanças do Brasil (FINBRA), sobre despesas e receitas de cada município brasileiro, mostra o aumento das despesas com saúde dos municípios do estado do Rio Grande do Sul (RS), nos últimos anos, conforme tabela 2.

Tabela 2- Despesas com saúde dos municípios do estado do Rio Grande do Sul (RS), nos anos de 2008 a 2017.

Ano	População do Rio Grande do Sul	Despesas (R\$) *	Despesas per capita (R\$)
2008	10.855.214	2.048.530.539,20	188,71
2009	10.914.128	2.324.262.000,49	212,96
2010	10.659.250	2.618.909.210,13	245,69
2011	10.727.067	3.149.025.919,32	293,56
2012	10.759.237	4.027.025.968,26	374,29
2013	11.164.043	3.355.390.140,15	300,53
2014	11.204.274	3.895.579.787,91	347,69
2015	11.207.274	4.468.606.268,13	398,72
2016	11.247.972	5.288.006.789,09	470,12
2017	11.286.500	5.591.863.141,61	495,45

Fonte: Adaptado de FINBRA (2008 - 2017).

Nota: *Valores deflacionados de acordo com o IPCA – Índice Nacional de Preço ao Consumidor.

Por fim, a rara abordagem nos estudos de comportamento do consumidor (BOTTI et al., 2009), somada à ausência de pesquisas que explorem o construto desconfiança na relação médico-paciente, demonstram a pertinência da seleção do contexto, posto que há impactos tanto nos resultados dos processos de diagnóstico e terapêuticos quanto no fator de gestão na construção do desempenho das organizações de saúde.

Há que se dizer que, no levantamento bibliográfico inicial, nas bases de pesquisas citadas anteriormente, não foram encontrados estudos que tratem do tema desconfiança em serviços médicos. Desse modo, destaca-se a relevância de verificar os antecedentes geradores de desconfiança e as consequências que a desconfiança pode causar. Note-se que ambos os construtos de confiança e desconfiança servem como mecanismos de análises, mas, segundo Singh e Sirdeshmukh (2000) e McKnight e Choudhury (2006), a desconfiança pode exercer um papel mais representativo do que o da confiança nas decisões, pois informações negativas tendem a ser mais perceptíveis em uma decisão

comportamental do que as informações positivas, logo os antecedentes de desconfiança merecem atenção.

Diante do exposto, este estudo pretende preencher essas lacunas. Para isso, conduzirá-se uma pesquisa a fim de esclarecer quais são os antecedentes que geram a desconfiança em provedores de serviço de saúde, especificamente serviços médicos, e quais as consequências disso. Para tanto, a questão que norteia esta pesquisa é: **Quais são os antecedentes e os consequentes da desconfiança em serviços médicos?**

1.2 OBJETIVOS

Levando em consideração o problema de pesquisa, definem-se os objetivos norteadores para a realização desta pesquisa, os quais estão divididos em objetivo geral e objetivos específicos.

1.2.1 Objetivo Geral

O objetivo geral é identificar os antecedentes e os consequentes da desconfiança com os serviços médicos.

1.2.2 Objetivos Específicos

Os objetivos específicos estabelecidos para esta pesquisa são:

- a) Descrever situações ou eventos associados com o construto desconfiança nas relações médico-paciente, identificando sua antecedência ou consequência em relação ao objeto de estudo.
- b) Mensurar os efeitos individuais de cada antecedente sobre a desconfiança;
- c) Examinar o efeito da desconfiança no comportamento dos clientes a partir da mensuração de seus possíveis consequentes.

1.3 ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO

No empenho de dar conta do conteúdo desta tese, optou-se por distribuí-lo em quatro momentos. O capítulo 1 apresenta a introdução, o problema de pesquisa norteador desta investigação, a justificativa e as contribuições do estudo, bem como o objetivo geral e os objetivos específicos da pesquisa.

Por conseguinte, o capítulo 2 refere-se à fundamentação teórica da tese. Nele, apresentam-se os conceitos da confiança e da desconfiança à luz de diversos autores, em diferentes contextos, para que, assim, se possa confrontar os termos. Na sequência, serão discutidos, de um lado, os antecedentes do construto desconfiança e, de outro, seus consequentes e as hipóteses da pesquisa.

O capítulo 3 aborda os aspectos relacionados aos procedimentos metodológicos do estudo. Nesse capítulo, é feita uma descrição detalhada do método de abordagem mista, o qual é dividido em duas fases, a fase exploratória-qualitativa e a fase descritiva-quantitativa. Essa descrição inclui questões relativas ao desenvolvimento da escala do construto estudado, o processo de amostragem, da coleta de dados e das técnicas de estatística usadas nas duas fases. Além disso, no capítulo, também é apresentado o teste das hipóteses do modelo.

O capítulo 4 apresenta os resultados da pesquisa. Em um primeiro momento, foram descritas as etapas para o desenvolvimento da escala de desconfiança, iniciando pela caracterização da amostra não-probabilística do pré-teste, seguida da análise exploratória fatorial, para purificação dos itens gerados. A segunda seção trata da fase descritiva-quantitativa, que aborda a caracterização da amostra probabilística da pesquisa, as medidas descritivas dos construtos da escala desenvolvida, a preparação dos dados para aplicação das técnicas estatísticas multivariadas, apresentação e discussão do modelo de mensuração e a validação do modelo estrutural, com a análise das hipóteses e multigrupos.

Por fim, o capítulo 5 traz as conclusões a partir da discussão dos resultados, as implicações acadêmicas e gerenciais, as limitações do estudo e as sugestões para pesquisas futuras.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo apresenta uma revisão da literatura sobre os principais construtos da pesquisa, dos antecedentes e dos consequentes da desconfiança e as hipóteses do estudo. Para entender os construtos da pesquisa há, inicialmente, uma seção com uma breve explanação sobre o comportamento do consumidor de serviços, bem como o comportamento das escolhas de alto e baixo envolvimento.

Para estudar o construto desconfiança é importante, primeiramente, entender o construto confiança isoladamente, já que muitos autores tratam a desconfiança como sendo apenas um construto oposto à confiança (LIU; WANG, 2010). Por essa razão, este capítulo discorrerá sobre o conceito da confiança, a partir de diferentes pontos de vista e contextos. Feito isso, confrontar-se-á a confiança *versus* desconfiança, e o conceito da desconfiança.

Subsequente a isso, apresentar-se-á os antecedentes e consequentes do construto desconfiança e também dos ligados à confiança, que serão analisados na pesquisa. Cumpre registrar que durante as discussões teóricas as hipóteses de pesquisa serão apresentadas.

2.1 COMPORTAMENTO DO CONSUMIDOR

O comportamento do consumidor pode ser definido como um processo de atividades, quando indivíduos ou grupos selecionam, dispõem, compram ou usam produtos e serviços para satisfazer necessidades e desejos (BLACKWELL; MINIARD; ENGEL, 2005; SOLOMON, 2002).

Os serviços são atividades de natureza parcialmente intangível que, normalmente, ocorrem interações entre clientes e empregados de serviço e/ou recursos físicos e/ou bens e/ou sistemas do fornecedor de serviços que são fornecidos para solucionar o problema do cliente (BITNER, et. al., 1997; GRÖNROOS, 2004). Dessa forma, os serviços são consumidos, mas não possuídos pelos consumidores (BERRY, 1980), ou seja, difere-se das situações de compra de bens tangíveis (LOVELOCK, WHIGHT, 2001), por esse motivo,

sendo considerados, então, intangíveis (LOVELOCK, 1980). Devido à sua intangibilidade, a empresa pode ter dificuldades para compreender como os consumidores percebem os serviços prestados e avaliam a sua qualidade (ZEITHAML, 1981), sendo julgados pelo desempenho e pela experiência de quem os utiliza, havendo interpretação e julgamentos de forma diferente, conforme o prestador e o usuário (PENA et. al., 2013). Além da intangibilidade, os serviços apresentam outras três características; inseparabilidade, variabilidade e perecibilidade (LOVELOCK; WIRTZ, 2007; PENA et. al., 2013).

A intangibilidade caracteriza-se pelas atividades que não podem ser vistas, sentidas, ouvidas ou provadas anteriormente à compra (HOFFMAN; BASTON, 2003; LOVELOCK; WIRTZ, 2007). A dependência entre a produção e consumo de serviço torna necessário a presença do cliente no ato da entrega do serviço (BERRY, 1980), os profissionais encarregados de prestar o serviço são parte dele, e a interação com os usuários é uma característica essencial dos serviços (PENA et. al., 2013). A variabilidade diz respeito a quem, onde e quando os serviços são fornecidos, reforçando que os serviços não podem ser previamente estocados (HOFFMAN; BASTON, 2003), portanto é necessário que as estratégias sejam estabelecidas para o equilíbrio entre a demanda existente e a prestação do serviço (PENA et. al., 2013).

Devido os serviços serem menos padronizados entre os prestadores dele, o consumidor inclina-se a avaliar um número menor de alternativas (ZEITHAML, 1981), procurando indícios tangíveis que possam ajudar na comparação das opções disponíveis (BERRY, 1980). Durante o processo de solução dos problemas, os consumidores passam a experimentar diferentes situações de compra, e isso levará a três fatores distintos: grau de envolvimento, grau de diferenciação entre as alternativas e disponibilidade de tempo para deliberação (BLACKWELL; MINIARD; ENGEL, 2005).

O grau de envolvimento é o grau de importância pessoal percebida ou interesse, por um estímulo ou situação específica, determinando a importância do serviço percebido pelo cliente, quanto mais importante é o produto ou serviço mais motivado o consumidor ficará a buscar informações e se envolver na tomada de decisão, sendo, dessa forma, classificado em baixo envolvimento e alto envolvimento (BLACKWELL; MINIARD; ENGEL, 2005).

O baixo envolvimento é caracterizado pela busca de informações gerais pelo consumidor, sem preocupar-se com elaborações mentais durante a análise do processo de decisão de compra, com maior probabilidade de mudança de atitude do consumidor. A compra pela mesma marca torna-se uma rotina (POPADIUK, 1993).

Em contrapartida, o grau de alto envolvimento é caracterizado em uma busca maior de informações sobre produto e marca, sendo a percepção do consumidor mais apurada, ocorrendo um maior processamento de informações para a tomada de decisão, havendo, assim, dificuldades de ocorrer mudança de atitude, já que, com a comunicação mais elaborada em termos de conteúdo, ocorre uma tendência maior de lealdade à marca, levando a uma dissonância nos pós compra (POPADIUK, 1993). O grau de envolvimento tende a ser maior quando o resultado da tomada de decisão afeta diretamente o consumidor, alterando os fatores pessoais como, saúde, beleza ou condição física (BLACKWELL; MINIARD; ENGEL, 2005). Diante disso, cabe ressaltar que, nesse trabalho, o contexto escolhido para estudar os antecedentes e consequentes da desconfiança, advém do serviço médico, em que o cliente demonstra um alto envolvimento, observando de forma mais atenta o serviço prestado.

2.2 CONFIANÇA

A confiança está na vida de um indivíduo em vários momentos e relações, com consequências que afetam, de maneira significativa, a sua trajetória e a dos que o cercam. À vista disso, a confiança é considerada a base de qualquer relacionamento, sendo um fator significativo para o sucesso ou fracasso de diversas relações (LEWIS, 1985). De acordo com Lewis (1985), a decisão de confiar ou não em alguém é influenciada pelo julgamento racional do indivíduo, com base nas “boas razões” da pessoa. Contudo, para essa decisão ser avaliada, é importante que o indivíduo disponha de uma base de informações, que se dá tanto por experiências quanto por informações prévias.

Nesse sentido, definições sobre a confiança têm sido amplamente abordadas por diversas áreas do conhecimento, como a psicologia, a sociologia e

a economia (MORGAN; HUNT, 1994; LEWICKI et al., 1998; MCKNIGHT; CHERVANY, 2001; SIRDESHMUKH et al., 2002; JIANG et al., 2011; CHANG; FANG, 2013). Isso posto, observa-se que nos relacionamentos comerciais entre as organizações, a confiança refere-se à “propensão em depender de um parceiro do relacionamento no qual se tem segurança” (MOORMAN, 1993, p.82), à medida que, no contexto de serviços, a confiança do consumidor é explicada, em grande parte, pelo nível de satisfação do mesmo (MORGAN; HUNT, 1994).

Pearson e Raeke (2000) distinguem o conceito de confiança em dois: confiança social e confiança interpessoal. Para os autores, a confiança social trata-se da confiança nas instituições e a interpessoal refere-se à confiança construída por meio de interações repetidas, em que as expectativas sobre o comportamento de uma pessoa podem ser testadas ao longo do tempo.

Segundo Morgan e Hunt (1994, p.23), existe confiança “quando uma das partes tem segurança na confiabilidade e na integridade da outra parte do relacionamento”. Na perspectiva dos autores, a confiança exerce um papel significativo nas variáveis comportamentais, principalmente, na propensão do consumidor em permanecer com o mesmo fornecedor de serviços ou em trocá-lo (MORGAN; HUNT, 1994).

Alguns autores associam a confiança à crença de que o parceiro de troca é capaz de cumprir as suas obrigações de forma confiável e segura, motivado a buscar ganhos benéficos e abster-se de abusos no relacionamento (MORGAN; HUNT, 1994; MCKNIGHT; CHERVANY, 2001; SIRDESHMUKH et al, 2002). De acordo com Sirdeshmukh et al (2002), a confiança possui um papel fundamental para fazer com que o cliente se sinta seguro para depender do prestador de serviço. Já para Lee et al. (2012), a confiança é uma expectativa de que a outra parte não se comportará de forma oportunista, aproveitando-se da situação. Nesse sentido, eles relatam que a confiança é essencial para negócios on-line, pois ela reduz a complexidade e facilita as transações comerciais (LEE et al., 2012).

Assim como o conceito de confiança tem sido amplamente explorado pela literatura, seus antecedentes e consequentes têm sido largamente discutidos pelos pesquisadores (MORGAN; HUNT, 1994; MCALLISTER, 1995; LEWICKI et

al., 1998; MCKNIGHT; CHERVANY, 2001; SIRDESHMUKH et al., 2002; JOHNSON; GRAYSON, 2005; DIMOKA, 2010; BASSO, 2012; CHANG; FANG, 2013; EBERLE, 2014; TERRES; PIZZUTTI, 2015; SECKLER et al., 2015). Diante disso, vários antecedentes têm sido propostos como potenciais de confiança, destacando-se na literatura a competência, a integridade e a benevolência (MORGAN; HUNT, 1994; MCALLISTER, 1995; SIRDESHMUKH et al., 2002; JOHNSON; GRAYSON, 2005; DIMOKA, 2010). Na relação dos consequentes principais do desenvolvimento de confiança, tem-se o comprometimento (JOHNSON; GRAYSON, 2005), a lealdade (SIRDESHMUKH et al., 2002) e a recomendação (TERRES; PIZZUTTI, 2013).

Para Terres e Pizzutti (2015), os antecedentes da confiança podem ser tanto afetivos quanto cognitivos. Todavia para Mcallister (1995), a confiança é iniciada pela cognição e não pelo afeto. Corroborando com essa afirmação, Dimoka (2010) declarou que a confiança está associada a áreas do cérebro ligadas à antecipação, a recompensas, a prever o comportamento dos outros e de calcular incerteza. Assim, essas características indicam que a construção da confiança é uma situação ativada cognitivamente (DIMOKA, 2010). Luhmann (1979) afirma que, com o desenvolvimento da sociedade, a confiança passou a ter pouco envolvimento emocional, ficou mais baseada no sistema.

Estudos sobre a confiança na área da saúde consideram que o construto é essencial na relação médico-paciente, pois, sem confiança, o processo de consentimento de uma pequena intervenção se tornaria tão demorado quanto a prescrição de uma cirurgia (HALL et al., 2001). Para Goold (2002) e Gupta et al. (2014), a confiança é um pré-requisito mínimo para quem está à procura de cuidados médicos, já que, muitas vezes, esses pacientes estão vulneráveis emocional, física, espiritual e, às vezes, financeiramente. Segundo Pearson e Raeke (2000), em qualquer relação interpessoal, a confiança é um elemento determinante, mas para o relacionamento entre médico e paciente ela é um construto fundamental.

Pearson e Raeke (2000) ressaltam que a confiança interpessoal dos pacientes em médicos, leva em conta o ambiente geral das instituições de saúde, como hospitais e planos. Da mesma forma, Goold (2002) comenta que para obter a confiança no médico, o paciente busca informações individuais e, também, da

equipe médica das instituições de saúde. Nas palavras de Hall et al. (2001) e Yang et al. (2015), a confiança pode influenciar a percepção dos indivíduos na utilização do sistema de saúde.

Conforme os artigos que tratam da confiança em serviços de saúde, (PEARSON; RAEKE, 2000; HALL et al., 2001; THOM, 2001; LEISEN; HYMAN, 2004; HUPCEY; MILLER, 2006; TERRES; PIZZUTTI, 2013; TERRES; PIZZUTTI, 2015), os principais antecedentes da confiança dos consumidores são a competência, a privacidade, a segurança, a honestidade e a reputação. Já os consequentes da confiança, mais pesquisados nesse contexto, são a aderência ao tratamento, a recomendação, o comprometimento e a lealdade. Hall et al. (2001) evidenciam que a confiança promove o uso eficiente do tempo e aumenta a eficácia do tratamento indicado. Eles consideram ainda que em cuidados médicos primários a comunicação é um antecedente fundamental da confiança, uma vez que experiências negativas relacionadas à comunicação, diminuíram a confiança dos pacientes nesses cuidados.

Percebe-se com Leisen e Hyman (2004) que a confiança dos pacientes em seu médico está positivamente correlacionada ao relacionamento, à satisfação e à competência, já que os resultados indesejáveis são altamente problemáticos e até mesmo fatais. Na visão desses autores, o comportamento oportunista afeta negativamente a confiança do paciente, implicando na satisfação e na duração da relação entre o médico e o paciente (LEISEN; HYMAN, 2004). Os autores acreditam que “a construção da confiança não é o objetivo final de um relacionamento, é apenas uma condição necessária para resultar uma relação positiva.” (LEISEN; HYMAN, 2004, p.991), pois se os médicos almejam a fidelização e a recomendação de seus pacientes, eles precisam obter sua confiança, construindo um relacionamento entre eles.

Hall et al. (2001) afirmam que a confiança é fortemente influenciada por experiências anteriores, por conhecimentos secundários e pelas organizações. Como exemplo disso, os autores observam que, para haver confiança em uma técnica cirúrgica estéril, o local não pode estar sujo; para confiar que a informação é segura, não deve haver, com frequência, erros no agendamento (HALL et al., 2001). De acordo com Pearson e Raeke (2000), a maioria das mudanças organizacionais podem ser produtivas para aumentar a confiança nos

profissionais de saúde. Já para Hupcey e Miller (2006), se a confiança no provedor de serviços for perdida é praticamente impossível reconstruí-la.

Leisen e Hyman (2004) consideram que conhecer os antecedentes da confiança dos pacientes em seus médicos ajuda os gestores de saúde a selecionar o seu corpo clínico e desenvolver materiais de formação para a gestão do relacionamento médico – paciente. Eles avaliam também que esse tipo de informação faz com que os pacientes compartilhem seus sentimentos, diminuam a ansiedade, aceitem o tratamento e as mudanças prescritas, incentivem a recomendação e, sobretudo, desencorajem-se a mudar de médicos (LEISEN; HYMAN, 2004). Dito isso, passa-se à seção subsequente, a qual faz-se um paralelo entre a confiança, já discutida nessa seção, e a desconfiança.

2.3 CONFIANÇA *versus* DESCONFIANÇA

A confiança e a desconfiança são amplamente reconhecidas por serem importantes ou até mesmo vitais nos esforços de cooperação em todos os aspectos da vida (MCKNIGHT; CHERVANY, 2001), mas pesquisas mostram que o construto desconfiança tem sido menos estudado, se comparado com o construto confiança. Isso talvez se deva à tradição de interpretá-los como construtos opostos (CHO, 2006; DIMOKA, 2010; CHANG; FANG, 2013).

Alguns estudiosos consideram a confiança e a desconfiança como construtos de funcionalidade equivalentes, substitutos ou antônimos (LEWIS, 1985). Já outros pesquisadores tratam a desconfiança como um termo diferente da confiança e argumentam que os construtos devem ser pensados como fenômenos qualitativamente distintos, devendo ser conduzidos de forma diferente (RIQUELME; ROMÁN, 2014). Tem-se como um exemplo simples dessa diferença, a relação de amizade entre as pessoas, pois não ser amigo de alguém, não significa necessariamente ser seu inimigo.

Inicialmente, pesquisas postularam que a desconfiança é simplesmente uma forma de baixa confiança e, portanto, a desconfiança poderia ser superada através do desenvolvimento de confiança (MCKNIGHT et al., 1998). Fox é um dos autores que se refere à desconfiança como sendo apenas uma definição oposta

da confiança: "Eu confio em meus amigos e desconfio de meus inimigos" (FOX apud MCKNIGHT; CHERVANY, 2001, p. 15). Alguns anos depois, em contraste com esse trabalho, McKnight e Choudhury (2006) mostraram que a confiança e a desconfiança são distintas, porém pouco correlacionadas.

Em pesquisas mais recentes, a maioria dos autores tem argumentado que a desconfiança é um construto diferente de baixa confiança (DIMOKA, 2010; CHANG; FANG, 2013), como Chang e Fang (2013), que sustentam a confiança e a desconfiança enquanto construtos afetados por diferentes antecedentes. No entanto, Fang et al. (2015) continuam tratando a confiança e a desconfiança como construtos opostos. Para os autores, a desconfiança é a imagem da confiança, refletida em um espelho, e os dois construtos são determinados por aspectos impessoais, tendo como antecedentes a benevolência, a integridade, a competência e a previsibilidade (FANG et al., 2015).

Consoante a Cho (2006), a desconfiança não é apenas a falta de confiança, mas a expectativa ativa que a outra parte irá se comportar de uma maneira que viola o bem-estar e segurança. Para McKnight e Chervany (2001), as decisões muitas vezes envolvem partes que confiam e desconfiam entre si ao mesmo tempo. Em contrapartida, Singh e Sirdeshmukh (2000) trabalham a confiança e a desconfiança em extremos lineares opostos, qualitativamente diferentes e mantidas por situações distintas, mas que explicam determinados comportamentos dos clientes.

Os autores Sengun e Wasti (2009) exemplificam a diferença dos construtos, comparando-os à traição. Como a traição não é o oposto da lealdade, a desconfiança não é, necessariamente o oposto da confiança. Sitkin e Roth também sugerem que a confiança e a desconfiança são construtos diferentes, assim, referem-se à confiança como "a crença na competência de uma pessoa para executar uma tarefa específica, em circunstâncias específicas" e à desconfiança como a "crença de que os valores ou motivos de uma pessoa vai levá-los a se aproximar de todas as situações de uma forma inaceitável" (SITKIN; ROTH apud KOMIAK; BENBASAT, 2008, p. 730).

A alta desconfiança é caracterizada pelo medo, pela suspeita ou cinismo. (LEWICKI et al., 1998; MCKNIGHT; CHOUDHURY, 2006), enquanto a baixa

confiança é melhor vista como uma falta de fé ou esperança, ao invés de alta suspeita ou medo. Da mesma forma, a baixa desconfiança é vista como a ausência de suspeita ou medo, em vez de uma indicação de alta fé ou esperança. Por isso, a desconfiança deve ser vista distintamente de confiança, uma vez que não pode ser reduzida para o final de um ciclo de confiança (LEWICKI et al., 1998). Para Sengun e Wasti (2009), algumas ações que possam impedir a desconfiança, nem sempre promoverão a confiança.

De acordo com Cho (2006), tanto a confiança quanto a desconfiança, têm a função de simplificar a complexidade dos fenômenos sociais, pois ajudam na redução da incerteza e da vulnerabilidade, associadas como consequências de decisões. Considera-se, desse modo, que a confiança remove a conduta indesejável e faz com que a conduta desejável seja vista como certa, enquanto que a desconfiança antecipa a probabilidade, ou mesmo a certeza do indesejável, permitindo, assim, um olhar racional, defensivo, com ações preventivas baseadas em tais expectativas (LUHMANN, 1979). Embora ambos sirvam como mecanismos de enfrentamento de riscos, a desconfiança pode exercer um papel preponderante sobre a confiança nas decisões de consumo. Estudiosos notaram que a informação negativa tende a ser mais perceptível e pesar mais em uma decisão comportamental do que a informação positiva de uma magnitude semelhante (SINGH; SIRDESHMUKH, 2000).

Para Lewicki et al. (1998), seria um equívoco imaginar que indicadores positivos de confiança agem necessariamente como indicadores negativos de desconfiança, ou que as consequências positivas de confiança seriam negativas de desconfiança. Além disso, se a desconfiança é significativa sobre os resultados analisados, um estudo ignorando essa desconfiança, tenderia a uma “falsa” estimativa do efeito de confiança, devido à ausência dessa variável. Logo, a falta de atenção na confiança ocasionaria um desperdício de informações, já que todas as suas ações seriam interpretadas negativamente. Por assim ser, uma investigação de ambos os construtos, confiança e desconfiança, poderia gerar maior equilíbrio na busca e na solução de possíveis problemas na relação (MCKNIGHT; CHERVANY, 2001).

Benemati et al. (2010) estudaram a confiança e a desconfiança em serviços de bancos on-line, em uma amostra de 500 universitários, e asseguram que o

excesso de confiança sem fatores de desconfiança faz um investidor correr um risco desnecessário e o excesso de desconfiança faz com que um investidor se torne superprotetor, indisposto a perceber os possíveis benefícios de um serviço de banco on-line. Nessa perspectiva, Benemati et al. (2010) consideram que tanto a confiança quanto a desconfiança reduzem a complexidade de ações, mas a confiança faz com que o indivíduo tome decisões que o exponha ao risco e a desconfiança alerta o indivíduo a se proteger, reduzindo um possível risco.

Cho (2006), usando a recomendação e a lealdade como consequências da confiança e da desconfiança, provou que o efeito da desconfiança na redução da recomendação é maior do que o aumento da confiança. Para ele, a desconfiança afeta o comportamento de alto risco (CHO, 2006). Conforme Ou e Sia (2010), a desconfiança influencia na intenção de compra mais do que a confiança. Lee et al. (2012) fazem notar que a fidelidade do cliente pode ser aumentada através de uma gestão eficaz, mediada pela confiança e desconfiança.

Para conceituar a confiança e a desconfiança, Lee et al. (2012) investigam os aspectos psicológicos de ambos os construtos e propõem que confiança é cognitivamente ativada, enquanto a desconfiança é afetivamente ativada. Por exemplo, no contexto de serviços on-line, a confiança incentiva a compra de produtos, enquanto que a desconfiança impede os clientes de comprar (LEE et al., 2012). Benemati et al. (2010) consideram que a confiança está concentrada em reações emocionais positivas (esperança, confiança e garantia) e a desconfiança está baseada em emoções negativas (suspeita, desconfiança e medo).

Dimoka (2010) investigou as atividades do cérebro de seres humanos para distinguir os dois construtos. No desenvolvimento de seus estudos, a autora utilizou ferramentas avançadas da neurociência, para provar essas diferenças. Segundo Dimoka (2010), os resultados desses exames mostraram que a confiança e a desconfiança são construtos distintos, associados a diferentes processos neurológicos. Especificamente, a confiança está associada a áreas cognitivas do cérebro, enquanto a desconfiança associa-se a áreas emocionais. Destaca-se o valor dessa pesquisa a fim de esclarecer os construtos (DIMOKA, 2010). Nessa mesma linha de ação encontra-se Bewsell (2012, p. 4), para quem

“a confiança é mais cognitiva e a desconfiança é mais emotiva”, contudo, falta-lhe explicitar quais são os antecedentes do construto.

Ou e Sia (2010) ressaltam que o esclarecimento dos construtos confiança e desconfiança é fundamental, pois, se a confiança e a desconfiança forem apenas construtos opostos, gerir a confiança do consumidor mostra-se suficiente para acabar com a desconfiança, no entanto, se são construtos diferentes, controlar a confiança não será suficiente para impedir a desconfiança. Diante disso, os autores endossam a necessidade de estudos para diferenciar esses construtos e os seus antecedentes, uma vez que esses têm implicações significativas à gestão (OU; SIA, 2010). Além disso, de acordo com Chang e Fang (2013), os construtos confiança e desconfiança devem ser reexaminados para determinar se há diferentes antecedentes e consequentes.

O quadro 1, apresenta alguns artigos sistematizados, a fim de analisar o contexto trabalhado, interessando também sua definição, ou seja, se o construto desconfiança foi tratado de forma oposta ou distinta à confiança. A partir dele, também pode-se observar o grande número de estudos que trabalham a desconfiança no contexto de serviços on-line.

Quadro 1 – Quadro Teórico

Estudo	Contexto do estudo	Conceito de confiança e desconfiança
Sitkin e Roth (1993)	Artigo Conceitual	Distintos
Lewicki et al. (1998)	Artigo Conceitual	Distintos e Coexistentes
Kramer (1999)	Artigo Conceitual	Distintos
McKnight e Chervany (2001)	Serviços On-line	Distintos
Goold (2002)	Sistemas de Saúde	Opostos
Rose et al. (2004)	Sistemas de Saúde	Opostos
Cho (2006)	Serviços On-line	Distintos
Jason e Dastmalchian (2006)	Setor Bancário	Distintos
McKnight e Choudhury (2006)	Serviços On-line	Distintos, mas modestamente correlacionados

Komiak e Benbasat (2008)	Serviços On-line	Distintos
Schul et al. (2008)	Vários	Opostos
Shea et al. (2008)	Sistemas de Saúde	Distintos
Sengun e Wasti (2009)	Setor Farmacêutico	Distintos
Benemati et al. (2010)	Setor Bancário	Distintos
Chau (2010)	Serviços On-line	Distintos
Darke et al (2010)	Setor de Varejo	Opostos
Dimoka (2010)	Serviços On-line	Distintos
Liu e Wang (2010)	Setor de Varejo	Distintos, mas correlacionados
Ou e Sia (2010)	Serviços On-line	Distintos, mas fortemente correlacionados
Dubois et al. (2011)	Serviços On-line	Opostos
Yang et al. (2011)	Sistema de Saúde	Distintos
Bewsell (2012)	Serviços On-line	Opostos
Lee et al. (2012)	Serviços On-line	Distintos
Schenker et al. (2012)	Sistema de Saúde	Distintos
Chang e Fang (2013)	Serviços On-line	Distintos e Coexistentes
Kim (2013)	Serviços On-line	Distintos
Van de Walle e Six (2014)	Artigo Conceitual	Distintos
Moody et al. (2014)	Serviços On-line	Distintos
Lowry et al. (2014)	Serviços On-line	Distintos
Riquelme e Román (2014)	Serviços On-line	Distintos
Saunders et al. (2014)	Serviços On-line	Distintos
Gupta et al. (2014)	Sistemas de Saúde	Oposto
Fang et al. (2015)	Sistemas de Saúde	Opostos
Seckler (2015)	Serviços On-line	Distintos
Yang et al. (2015)	Sistemas de Saúde	Opostos

Fonte: Elaborado pelo autor

2.4 DESCONFIANÇA

Na literatura, vários estudos têm proposto definições diferentes para a desconfiança. Segundo Kim (2013), isso deve-se ao fato de que estudiosos conceituam a desconfiança, de acordo com suas próprias perspectivas disciplinares. No entanto, para o autor, há um consenso geral na literatura de serviços de que a desconfiança diz respeito à expectativa do comportamento de troca do parceiro (KIM, 2013). Além disso, Kim (2013) ressalta que, apesar da importância do construto desconfiança, pesquisas sobre a sua dimensão, antecedentes e consequentes ainda estão em fase emergente. Corroborando com isso, Cho (2006) atenta para o limitado número de trabalhos empíricos que tratam desse assunto, torna-se, por isso, difícil delinear as características e efeitos do construto desconfiança, potencialmente diferentes do construto confiança.

Diante disso, para definir e entender o construto desconfiança, buscou-se em bases de periódicos, como Proquest, Portal Capes, *Science Direct*, *Spell* e *Web of Science*, estudos que abordaram esse construto. Em uma depuração desses artigos, foram selecionadas 36 pesquisas que trataram a desconfiança de maneira empírica, em diferentes contextos e abordagens, conforme quadro 1.

Artigos que tratam o construto desconfiança como um construto oposto à confiança não foram usados para definir a desconfiança, já que importa para esta pesquisa que a desconfiança seja vista como um construto distinto da confiança, que não advém dos mesmos antecedentes. Dos artigos restantes, fez-se um apanhado das principais definições trabalhadas. Com isso, pode-se considerar que algumas dessas pesquisas definem a desconfiança como um construto distinto da confiança, mas usam apenas os antecedentes ligados à confiança. (CHO, 2006; Ou; SIA, 2009; BENEMATI et al., 2010; DIMOKA, 2010; CHANG; FANG, 2013; LOWRY et al., 2014; SECKLER et al., 2014). Dessa forma, há espaço e importância para se construir um estudo dessa natureza, cuja contribuição inscreve-se na definição dos antecedentes e consequentes da desconfiança de uma maneira distinta da confiança.

Sitkin e Roth (1993) afirmam que a confiança e a desconfiança possuem conceitos muito diferentes, porque a confiança é a crença de que o outro será

competente na realização de tarefas e a desconfiança é a crença de valores ou motivos que levam a pessoa a abordar situações de maneira inaceitável (SITKIN; ROTH, 1993).

Em consonância com essas posições, Lewicki et al. (1998), na área de gestão, definem a desconfiança como um forte sentimento negativo sobre a conduta de outra pessoa, visto que a desconfiança não se trata apenas de uma redução do nível de confiança, mas sim de algo distinto, cuja existência pode ocorrer simultaneamente dentro de múltiplas relações. Segundo Lewicki et al. (1998), a coexistência dos construtos é apenas um estado temporário, uma condição desequilibrada que deve ser considerada em um processo instantâneo. Nesse prisma, a confiança e a desconfiança possuem diferentes antecedentes e consequências (LEWICKI et al., 1998). Kramer (1999) reitera que a desconfiança tem antecedentes e consequências diferentes, contudo descreve a desconfiança num viés de paranoia e baseada no medo.

Alguns pesquisadores propõem que a suspeita e o ceticismo não refletem falta de confiança, mas sim de desconfiança (LEWICKI et al., 1998; BENEMATI et al., 2010; RIQUELME, 2014). De acordo com McKnight e Chervany (2001), a desconfiança é gerada quando as expectativas de competência e benevolência de um parceiro são violadas. Para McKnight e Choudhury (2006), a desconfiança tem como características o medo, a vingança e a frustração e essas características, por sua vez, trazem impactos distintos da confiança, pois suprimem transações e resultam em falhas de negócio.

McKnight e Chervany (2001), em seu estudo com estudantes universitários, no contexto on-line, consideraram a desconfiança como sendo um construto bidimensional, baseada na incredibilidade (competência, honestidade e confiabilidade) e na má vontade (compromisso com o bem-estar do outorgante). Soma-se a isso, a consideração de que o construto confiança está mais associado a áreas do cérebro ligadas em prever comportamentos e calcular incertezas, e a desconfiança a áreas ligadas a emoções negativas (MCKNIGHT; CHERVANY, 2001).

Outro trabalho que merece atenção é o de Rose et al. (2004), nele, desenvolve-se e testa-se uma escala de desconfiança em sistemas de saúde, com

o objetivo de avaliar e facilitar a investigação desse construto nessa organização. Os autores tratam o sistema de saúde como instituições de saúde, que incluem hospitais, laboratórios, clínicas e empresas farmacêuticas, não compreendendo serviços médicos. A escala trata a competência, a honestidade, a fidelidade e a confidencialidade como dimensões de desconfiança e considera como variáveis independentes a raça, a idade, o gênero e a escolaridade. Na visão dos autores, o aumento da desconfiança nos sistemas de saúde tem consequências muito graves e negativas na relação médico-paciente e na adesão de intervenções médicas.

O estudo de Shea et al. (2008) acerca da desconfiança em sistemas de saúde dos Estados Unidos, na cidade de Filadélfia, demonstra a desconfiança como um construto multidimensional, distinto da confiança. As dimensões usadas no trabalho foram a competência técnica, definida pela capacidade de fazer o necessário e a congruência de valor, definida pelo desejo de fazer o que é necessário. Além disso, os pesquisadores consideraram como congruência de valor a honestidade, a equidade e a motivação. Segundo seus apontamentos, a desconfiança nos sistemas de saúde pode impedir as pessoas de buscar assistência adequada, aderir as recomendações médicas e continuar o tratamento recomendado. Ressalta-se, com isso, que a desconfiança nos sistemas de saúde é um importante contribuinte para as disparidades raciais na saúde (SHEA et al., 2008).

Thompson et al. (2004) observaram as questões raciais em seu estudo, considerando a suspeita, a desigualdade na prestação de serviços e a disparidade racial como antecedentes da desconfiança, por essa razão, sugerem que esse construto é um fator significativo na obtenção de cuidados médicos de rotina. A exemplo disso registra-se o fato de as mulheres negras sentirem desconfiança em médicos brancos, acreditando que sua comunicação ocorre de forma diferente dos afro-americanos (THOMPSON et al., 2004). Esta abordagem é compartilhada por Schenker et al. (2012), cujo estudo da desconfiança em sistemas de saúde e coleta de dados, via acompanhantes dos pacientes internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), faz ver que a desconfiança é maior em pacientes negros. Para os autores, a desconfiança pode desempenhar um papel importante na UTI porque está diretamente ligada à vulnerabilidade dos pacientes e, normalmente,

quem assume as decisões necessárias são os membros da família. Diante disso, a desconfiança é citada como uma fonte de conflito na relação entre o médico e o familiar do paciente (SCHENKER et al., 2012).

O estudo de Cho (2006) ocupa-se da tarefa de testar as diferenças entre a confiança e a desconfiança em compras on-line. Para a realização da pesquisa, o autor vale-se de produtos que representam os bens de busca (livros) e os bens de experiência (vestuário). Segundo Cho (2006), a escolha dessas categorias deve-se ao volume de aquisições pela internet nos Estados Unidos. Assim, a competência e a benevolência são consideradas como antecedentes da confiança e da desconfiança e como consequentes a recomendação e a lealdade, porém, mesmo usando os mesmos antecedentes e consequentes para ambos os construtos, o autor os avalia como distintos.

Cho (2006) concebe a preferência ao risco e propensão ao relacionamento as variáveis de controle do modelo. Sendo assim, a preferência ao risco indica uma orientação do indivíduo em relação ao risco. Essa variável, no estudo, é controlada, pois muitos indivíduos são avessos ao risco, influenciando negativamente o comportamento em compras on-line. No que respeita à variável propensão ao relacionamento, ela indica uma predisposição do indivíduo em envolver-se em relacionamentos, comprometendo-se a longo prazo com a empresa (CHO, 2006).

Nos resultados do seu estudo, Cho (2006) conclui que o boca-a-boca negativo tem um maior impacto sobre a desconfiança, fazendo com que o boca-a-boca positivo seja insignificante. Já o comprometimento do consumidor tem maior impacto na confiança do que na desconfiança. O autor considera também que a dimensão motivacional (benevolência) promove a confiança e a dimensão instrumental (competência) reduz a desconfiança (CHO, 2006).

Por outro lado, Dimoka (2010), em seu estudo com exames de neuroimagem, afirma que as áreas emocionais do cérebro, são ativadas pela desconfiança e as áreas cognitivas, pela confiança. Para a autora, a desconfiança apresenta duas características principais. A primeira envolve sentimentos de preocupação, devido ao medo da perda, causados por um comportamento nocivo do mandatário, trata-se de ativar uma área do cérebro associada ao medo da

perda e à previsão de risco. A segunda característica envolve intensas emoções negativas de cautela, defesa, vigilância e cuidado, trata-se de ativar a parte do cérebro associada à segurança (DIMOKA, 2010).

Conforme Lee et al. (2012), desconfiança é a preocupação de que a outra pessoa não se importa sobre o próprio bem-estar e, portanto, pode agir de maneira prejudicial. De acordo com Lee et al. (2012, p. 4), “a desconfiança é um construto ativado afetivamente que gera uma força repulsiva entre as duas partes”, que surge, muitas vezes, com pouca ou nenhuma cognição. Ela tem um impacto negativo sobre o comportamento do consumidor, posto que a suspeita da competência e da intenção do prestador interfere em seus medos e preocupações, conseqüentemente, diminui a sua lealdade. A desconfiança, então, não se baseia na avaliação da capacidade ou habilidade da pessoa, ao contrário, ela é apenas relacionada com a sinceridade e motivação em continuar o relacionamento (LEE et al., 2012).

Segundo Bigley e Pearce (apud LEE et al., 2012, p. 1), transações econômicas podem ser suprimidas entre as partes, pois a desconfiança pode bloquear novos intercâmbios comerciais, em especial nos negócios on-line, onde não há transação interpessoal. Para Lee et al. (2012), a desconfiança inativa clientes, bloqueia e inibe transações, faz com que, mesmo sem nenhuma razão evidente de danos, as atitudes passem à passividade, sem investir no prestador. Os autores asseveram esse impacto destrutivo sobre a imagem das empresas, nos últimos dez anos, é provocador do aumento no número de pesquisadores que se dedicam a estudar a presença de desconfiança no contexto de negócios on-line.

Somando se a isso, Chang e Fang (2013), em uma amostra de 1.153 consumidores on-line, estudaram os diferentes antecedentes da confiança e da desconfiança em relação ao consumidor e as características do site. Os autores afirmam que é inadequado pensar que os antecedentes positivos da confiança on-line são necessariamente antecedentes negativos da desconfiança, ou que as conseqüências positivas da confiança são necessariamente conseqüências negativas de desconfiança. Há, no entanto, a evidência de que a literatura existente negligencia essas diferenças, por isso os construtos devem ser reexaminados. Ressaltam também, que a confiança e a desconfiança sendo

construtos distintos, esforços para construir a confiança nem sempre eliminaram a desconfiança e que consumidores com desconfiança são menos propensos a se envolver em comportamentos de alto risco, do que aqueles com confiança (CHANG; FANG, 2013). A reflexão desenvolvida por Chang e Fang (2013) demonstra que a confiança e a desconfiança são baseadas em emoções diferentes, influenciando, assim, o nível de comportamento de risco. Portanto, quando há um comportamento de menor risco, a confiança possui um maior peso, e, quando há um envolvimento de alto risco, a desconfiança é mais importante (MCKNIGHT; CHERVANY, 2001; CHANG; FANG, 2013).

Nesse mesmo estudo, Chang e Fang (2013) consideraram como antecedentes de desconfiança on-line a integridade, a benevolência, a segurança, a força da marca, as características do site, entre outros. Os resultados encontrados no estudo desses pesquisadores afirmam que as características do site não têm influência sobre a desconfiança e a força da marca tem efeito negativo sobre a desconfiança. A privacidade e a segurança não afetaram significativamente a desconfiança e as medidas de confiança e da desconfiança on-line mostram fortes diferenças e convergências, sugerindo, assim, que os construtos são distintos e separados. Os autores ressaltam que esse estudo tem sua relevância na literatura sobre confiança e desconfiança do B2C e-commerce (CHANG; FANG, 2013).

Riquelme e Román (2014) também se dedicam ao estudo da desconfiança em ambientes on-line. Eles afirmam que a desconfiança deve ser pensada de maneira distinta da confiança, pois a desconfiança não é apenas a ausência da confiança, mas sim a expectativa negativa da conduta do outro. Para os autores, a desconfiança em ambientes on-line tem atraído o interesse de pesquisadores em virtude do forte impacto negativo sobre as transações comerciais, isso porque a desconfiança possui um efeito mais intenso do que a confiança nesses tipos de compras, visto que os consumidores consideram essas transações, como de alto risco (RIQUELME; ROMÁN, 2014).

Em relação aos antecedentes do construto desconfiança, Riquelme e Román (2014) afirmam que a benevolência promove a confiança, enquanto a competência reduz a desconfiança. Desse modo, os autores ressaltam que contrariedades nas características do site, na divulgação de segurança, na força

da marca, nas experiências antigas do consumidor e na reputação do vendedor podem gerar a desconfiança no ambiente on-line. Por essa razão, os vendedores atuantes nessa plataforma além de incentivar a confiança, precisam principalmente gerenciar a suspeita e a preocupação dos seus clientes (RIQUELME; ROMÁN, 2014).

A partir dessa literatura revisada em relação ao construto desconfiança, verificou-se que a maioria dos autores considera a desconfiança um construto diferente da confiança, mas não tem o mesmo entendimento em relação aos principais antecedentes que geram essa desconfiança e o que isso pode acarretar. Diante disso, na seção seguinte, apresentar-se-á uma discussão sobre os antecedentes e consequentes da desconfiança encontrados na pesquisa empírica desse estudo.

2.5 ANTECEDENTES DA DESCONFIANÇA

Nesta seção, descrevem-se os antecedentes da desconfiança advindos da literatura e da pesquisa exploratória-qualitativa, com grupos focais. Os antecedentes da desconfiança identificados na literatura depois do extenso exame bibliométrico realizado, sugerem que esses antecedentes são, também, ligados à confiança (FALCONE, 1999; SINGH; SIRDESHMUKH, 2000; JONSON; GRAYSON, 2005; CHO, 2006; OU; SIA, 2010; COSTA; AZEVEDO, 2010; DIMOKA, 2010; CHACRA, 2012). Os antecedentes exclusivos da desconfiança foram encontrados na pesquisa exploratória-qualitativa.

Observa-se na literatura que muitos autores tratam a desconfiança como um construto diferente da confiança, contudo em suas pesquisas usam os mesmos antecedentes da desconfiança (CHO, 2006; Ou e SIA, 2009; BENEMATI et al., 2010; DIMOKA, 2010; CHANG; FANG, 2013; LOWRY et al., 2014; SECKLER et al., 2014). Dessa forma, optou-se por separar os antecedentes da desconfiança em dois grupos: os antecedentes da desconfiança e os antecedentes da desconfiança ligados à confiança, já que compõem a parte exploratória-qualitativa da pesquisa (grupos focais). Percebeu-se também que antecedentes da desconfiança, ligados à confiança, estão mais envolvidos com os

aspectos cognitivos, os antecedentes da desconfiança, são antecedentes mais afetivos ou comportamentais.

Além disso, nesta seção é proposto um conjunto de hipóteses que retratam as possíveis relações dos antecedentes com o construto desconfiança, as quais serão testadas posteriormente.

2.5.1 Antecedentes da desconfiança ligados à confiança

2.5.1.1 Competência

Existem várias definições para o termo “competência”. A maioria dos autores a define relacionando à capacidade, à aptidão, à habilidade e ao conhecimento (PARRY, 1996; MEISTER, 1999; SINGH; SIRDESHMUKH, 2000; SIRDESHMUKH et al., 2002; TERRES, 2009). Parry (1996) trata a competência como sendo um conjunto de habilidades, atitudes e conhecimentos correlacionados com a atuação de uma pessoa no seu trabalho, podendo ser medida e melhorada, através de treinamentos e desenvolvimentos. Para Sirdeshmukh et al. (2002), uma pessoa dita “competente” apresenta facilidade em discernir situações, explicar ideias e resolver problemas.

Segundo Terres (2009, p. 26), “A competência se refere à habilidade e ao conhecimento da firma percebidos pelo cliente em relação a um comportamento esperado, podendo ser ligada a características como a proficiência da firma, a aptidão e *expertise*”. Singh e Sirdeshmukh (2000) consideram competência a habilidade, a capacidade e a intenção de um parceiro em manter promessas e acordos, entregando o serviço de forma segura. Os autores demonstram que a competência, tanto do consumidor quanto da organização, em uma troca relacional, pode ter influência na confiança, de forma que o controle sobre os recursos e atos pode estar relacionado à detenção de competência (SINGH; SIRDESHMUKH, 2000).

Meister (1999) diz que a competência é a soma de qualificações, de conhecimento e de conhecimento implícito, que leva à superação do desempenho da concorrência. O autor descreve que há sete competências básicas no ambiente

de negócios, são elas: aprendendo a aprender, comunicação e colaboração, raciocínio criativo e resolução de problemas, conhecimento tecnológico, conhecimento de negócios globais, desenvolvimento de liderança e autogerenciamento de carreira.

Fleury e Fleury (2001, p. 21) referem-se à competência como “(...) um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recurso, habilidades, que agreguem valor econômico a organização e valor social ao indivíduo”. Swieringa e Wierdsma (1995) definem competência, não apenas por aquilo que as pessoas sabem e compreendem, mas também pelo que podem fazer (capacidades), o que tem vontade de fazer e o que são (personalidade e atitude). Ruas (1999) corrobora a questão, pois a competência não se reduz apenas ao saber, é, sobretudo, a habilidade de mobilizar e aplicar conhecimentos e capacidades numa condição particular.

No caso da competência na prestação dos serviços médicos, alguns autores abordam-na como habilidades técnicas do médico, capacidade de ser eficaz, de evitar erros e de produzir os melhores resultados. (HALL et al., 2001; SHEA et al., 2008). Hall et al. (2001) afirmam que a maioria dos pacientes tem dificuldade em avaliar a competência técnica, sendo assim, a competência é fortemente influenciada pela competência interpessoal. Para Cho (2006), o desempenho negativo gera mais desconfiança do que o desempenho positivo na construção da confiança. Dessa forma, relacionando a competência com o estudo proposto, inscreve-se a primeira hipótese da pesquisa:

Hipótese 1 (H1): A competência demonstrada pelo médico impactará negativamente na desconfiança do paciente, ou seja, quanto maior a competência, menor a desconfiança.

2.5.2 Antecedentes ligados à desconfiança

2.5.2.1 Comunicação

A comunicação é uma troca de informações, entre indivíduos e organizações para tornar as mensagens mais claras (DA SILVA, 2005). Segundo De Camargo Silva et al (2007), a comunicação tem duas finalidades: o repasse de informações para que as pessoas possam realizar as tarefas com eficiência (nesse trabalho chamada de comunicação técnica) e o desenvolvimento da motivação e da cooperação das pessoas (chamada de comunicação afetiva).

Existem duas formas de comunicação: as verbais e as não verbais. A comunicação verbal compreende qualquer forma de expressão escrita ou falada, ao passo que a comunicação não verbal é expressa por meio da linguagem corporal, por expressões faciais, gestos, emoções e contato visual, atuando de maneira complementar à comunicação verbal (DE ASSUNÇÃO FERREIRA, 2006). Para De Assunção Ferreira (2006), a comunicação remete à capacidade criativa e reflexiva do pensar, imprimindo marcas nos sujeitos.

Na perspectiva de Terres e Pizzutti (2015), um provedor de serviços ao demonstrar sentimentos positivos em relação ao consumidor, com uma comunicação clara, honesta e amistosa, evidencia sua preocupação com o consumidor. Da mesma maneira, De Assunção Ferreira (2006) afirma que a forma com que o profissional se dirige e se comunica com o cliente, demonstra mais ou menos atenção e carinho. A autora observa que a comunicação é a base para que a relação de cuidado se estabeleça de forma eficaz e efetiva (DE ASSUNÇÃO FERREIRA, 2006).

No contexto médico, Shea et al. (2008) compreende que a comunicação clara, habilidosa e técnica beneficia a impressão dos pacientes com seus médicos. Conforme referendam Gupta et al. (2014), a inabilidade na comunicação, como o não contato visual ou não ser um ouvinte compassivo, pode afetar a eficácia dos cuidados e influenciar a forma como os pacientes percebem a competência dos seus médicos. Segundo Rose et al. (2004), para o paciente, ouvir demonstra preocupação e certa humildade. Nas palavras de Assunção Ferreira (2006, p. 3),

“a qualidade da comunicação estabelecida no cuidado com o cliente reflete-se nas suas atitudes, reações e participação no seu tratamento, implicando na eficácia dos cuidados para a recuperação da sua saúde”.

Dessa forma, Gupta et al. (2014) estabelecem que a comunicação ineficaz entre médico-paciente, sobre as decisões e recomendações de tratamento, pode contribuir para uma maior desconfiança a respeito do médico. Diante disso, constrói-se a segunda hipótese da pesquisa:

Hipótese 2 (H2a): Uma comunicação técnica clara impactará negativamente na desconfiança do paciente, ou seja, quanto mais clara a comunicação técnica, menor a desconfiança.

Hipótese 2 (H2b): Uma comunicação afetiva impactará negativamente na desconfiança do paciente, ou seja, quanto maior a comunicação afetiva, menor a desconfiança.

2.5.2.2 Empatia

A empatia consiste em tentar compreender sentimentos e emoções, experimentando o que o outro indivíduo sente, de forma objetiva e racional (FALCONE, 1999). De acordo com Formiga (2012), a empatia decorre de uma inquietação emocional, negativa ou positiva. Para Costa e Azevedo (2012), a empatia está mais relacionada aos aspectos emotivos, desconsiderando o lado cognitivo em seus estudos.

Falcone (1999) define empatia como a capacidade de se colocar no lugar do outro, de sentir o que sentiria uma outra pessoa caso estivesse na mesma situação vivenciada por ela. Quando há empatia entre duas pessoas, isso significa que houve um grande envolvimento, uma identificação imediata. O contato com a outra pessoa gerou prazer, alegria e satisfação. Houve, portanto, compatibilidade (FALCONE, 1999; COSTA; AZEVEDO, 2010; CHACRA, 2012).

Alguns autores definem a empatia como uma habilidade de comunicação que inclui três componentes: um componente cognitivo, caracterizado pela

capacidade de compreender os sentimentos e perspectivas de outra pessoa; um componente afetivo, identificado por sentimentos de compaixão, simpatia e preocupação com o bem-estar do outro; um componente comportamental, que consiste em transmitir um entendimento explícito do sentimento e da perspectiva da outra pessoa, fazendo com que esta se sinta profundamente compreendida (FALCONE, 1999). Dessa forma, a compreensão empática inclui prestar atenção e ouvir sensivelmente (CHARON, 2001; CHACRA, 2012).

Para Larson e Yao (2005), a empatia é um marco das profissões que cuidam da saúde das pessoas, não apenas dos profissionais do contato diário, mas engloba, sobretudo, os profissionais que diagnosticam e tratam o paciente. A empatia entre o médico e o paciente é de extrema importância, para que haja segurança e disposição por parte do paciente em informar seus sintomas e dúvidas (COSTA; AZEVEDO, 2010). Para Costa e Azevedo (2010), a empatia enriquece a prática médica, tem uma espécie de “efeito placebo”, por isso é um alicerce à atividade médica. Diante disso, apresenta-se a terceira hipótese da pesquisa:

Hipótese 3 (H3a): A empatia emocional demonstrada pelo médico impactará negativamente na desconfiança do paciente, ou seja, quanto maior a empatia emocional, menor a desconfiança.

Hipótese 3 (H3b): A preocupação empática demonstrada pelo médico impactará negativamente na desconfiança do paciente, ou seja, quanto maior a preocupação empática, menor a desconfiança.

2.5.2.3 Infraestrutura de Atendimento

Neste trabalho, a infraestrutura de atendimento consiste nas características físicas do seu local de trabalho, o atendimento da secretária e, também, o atendimento do médico.

Em relação às características do local de trabalho, Ferrer e Villarouco (2012) compreendem que cada vez mais o ser humano disponibiliza altos

investimentos em busca de um abrigo ideal, visando melhoria no desempenho do espaço. Esses autores, em pesquisa sobre a visão ergonômica de um estabelecimento assistencial de saúde, verificaram o que os entrevistados consideram como atributos ideais de uma clínica, observe-se: um ambiente confortável, acolhedor e organizado; um ambiente limpo e higiênico, com uma boa decoração e pintura; uma recepção eficiente, com um bom atendimento dos funcionários (FERRER; VILLAROUCO, 2012).

Assim, é consenso na projeção arquitetônica a necessária atenção à recepção de um consultório, já que esse é espaço de apresentação de boas-vindas ao paciente. Além disso, é fundamental a presença de uma equipe profissional bem treinada, capaz de dar conta da qualidade dos serviços oferecidos, desde o agendamento da consulta à sua recepção no local e atendimento de suas necessidades de bem-estar da saúde.

Em pesquisa sobre a influência de fatores para a escolha de instituições hospitalares, Yu e Kim (2015) identificaram que o tamanho e o luxo das instalações hospitalares têm um efeito positivo na escolha do paciente. Soma-se a isso, o conhecimento e as características externas do médico, como atributos que afetam a seleção do paciente. Os autores relatam que os pacientes não têm uma boa impressão do médico quando precisam esperar longas horas pelo atendimento, aumentando, assim, o risco percebido (YU; KIM, 2015). Dito isso, pontua-se a quarta hipótese da pesquisa:

Hipótese 4 (H4a): As características físicas favoráveis do seu local de atendimento impactarão negativamente na desconfiança do paciente, ou seja, quanto mais favoráveis as características físicas do seu local de trabalho, menor a desconfiança.

Hipótese 4 (H4b): O bom atendimento da secretária impactará negativamente na desconfiança do paciente, ou seja, quanto melhor o atendimento da secretária, menor a desconfiança.

Hipótese 4 (H4c): O bom atendimento do médico impactará negativamente na desconfiança do paciente, ou seja, quanto melhor o atendimento do médico, menor a desconfiança.

2.5.2.4 Qualificação do médico

A qualificação de um médico pode ser percebida de diversas maneiras. Para YU e KIM (2015), a experiência profissional dos médicos tem um efeito negativo sobre o risco percebido, o que indica que menor nível de especialização (expertise) ou confiabilidade leva a maior percepção de risco. A qualificação também pode ser percebida pela reputação do médico.

A reputação pode ser representada de diferentes maneiras, como sendo um sinal, uma marca, uma imagem, uma identidade e/ou um recurso baseado em experiências passadas positivas, cujo objetivo é enxergar o futuro (BARNETT et al., 2006). Johnson e Grayson, (2005) asseguram que a reputação é tanto um símbolo de valor percebido, como uma expressão de empatia com o cliente.

No contexto de serviços médicos, a qualificação médica tem sido cada vez mais observada, posto que erros, conflitos de interesse e casos de negligência médica, são divulgados frequentemente pela mídia, influenciando, assim, a reputação do serviço médico (PEARSON; RAEKE, 2000; GUPTA 2014). Nesse sentido, Shea et al (2008) confirmam que a qualificação do médico é essencial para a confiança do paciente, pois o paciente só buscará cuidados, em tempo hábil à cura, se tiver confiança no serviço médico. Deste modo, relacionando a antecedente qualificação, com o presente estudo, situa-se a quinta hipótese da pesquisa:

Hipótese 5 (H5): A qualificação do médico impactará negativamente na desconfiança do paciente, ou seja, quanto maior a qualificação do médico, menor a desconfiança.

2.6 CONSEQUENTES DA DESCONFIANÇA

Nesta seção os possíveis consequentes da desconfiança em serviços médicos recebem sua descrição. A escolha desses consequentes, deu-se da mesma forma que os antecedentes, por meio das referências de pesquisas

(ARRAIS, 1997; FLORES et al., 2001; MCKNIGHT; CHERVANY, 2001; OBELD et al., 2005; CHO, 2006; MATOS, 2009; LUMINEAU, 2014) e da pesquisa qualitativa-exploratória com grupos focais.

Além disso, esta seção apresenta um conjunto de hipóteses que retratam as possíveis relações dos consequentes com o construto desconfiança, as quais serão testadas posteriormente e o modelo teórico desenvolvido.

2.6.1 Consequentes ligados à confiança

2.6.1.1 Recomendação

A recomendação pode ser definida como sendo um conselho, um aviso ou uma indicação, tanto de uma marca, de um produto ou de um serviço oferecido para venda. Percebe-se que a recomendação recebida por um consumidor pode influenciar as suas percepções e sua decisão de compra, representando fontes de alta credibilidade, pois são transmitidas frequentemente por pessoas ou grupos de referência (MATOS, 2009).

Resultados de estudos demonstram que quanto maior é o nível de confiança, mais favorável é a recomendação da empresa para outros consumidores (MATOS, 2009), geralmente, as boas recomendações a outros indivíduos são repassadas quando há alguma experiência positiva. McKnight e Chervany (2001) afirmam que à medida que os clientes se encontram menos motivados a buscar outras alternativas, há engajamento em comunicações positivas e menor propensão de persuasão pelos concorrentes. No entanto, o cliente que perceber suas expectativas contrariadas pode redefinir seu julgamento sobre a empresa e não a recomendar.

Segundo Cho (2006), a desconfiança não apenas impede a recomendação, mas também tem um efeito muito mais extremo do que a confiança, visto que ela gera um boca-a-boca negativo em relação à empresa e ao serviço prestado. Para o autor, erradicar uma possível desconfiança é de suma importância, já que a recomendação real e honesta dos consumidores é crucial para o sucesso de uma

operação comercial, principalmente, as de comportamento de alto risco (CHO, 2006).

Nos serviços médicos, normalmente, a escolha do médico é dada através da recomendação de amigos, familiares e profissionais da área. Para Shea et al. (2008), a desconfiança depositada nos médicos impede, a busca de assistência adequada e aderência das recomendações médicas. Posto isso, inscreve-se a sexta hipótese:

Hipótese 6 (H6): A desconfiança no médico impactará negativamente nas intenções de recomendação do paciente, ou seja, quanto maior a desconfiança, menor são as intenções de recomendação do paciente.

2.6.2 Consequentes ligados à desconfiança

2.6.2.1 Segunda Opinião

O termo segunda opinião, na área da saúde, refere-se ao direito do paciente de decidir o seu tratamento, isto é, o direito de receber e escolher o tratamento e o médico de sua preferência (OBELD et al., 2005). Conforme Sutherland e Verhoef (1994), segunda opinião é um termo usado pelas organizações médicas para designar uma consulta adicional com outro profissional ou com grupo de médicos, solicitada pelo paciente ou pelo médico que o atende.

Para Mamdani (1997), a segunda opinião refere-se à prática de um segundo médico avaliar o paciente para o mesmo problema médico, apresentando uma outra opinião sobre o diagnóstico ou o plano proposto de cuidados. O paciente pode buscar uma segunda opinião por estar desconfiando do procedimento invasivo sugerido ou infeliz com o cuidado a ser prestado (MAMDANI, 1997). Outros autores referem que a procura de segunda opinião está associada a sintomas crônicos, inabilidade por parte dos médicos em explicar, desconfiança no diagnóstico e falta de empatia do profissional. Outro motivo é a

persistência dos sintomas e a dificuldade em manter uma relação entre médico e paciente (OBELD et al., 2005).

Devido ao crescente nível de conscientização e conhecimento dos pacientes quanto aos seus problemas de saúde, complexidade científica e técnica da medicina, problemas legais e econômicos associados à prática médica, estudos sobre a busca de segunda opinião tornaram-se cada vez mais importantes (SUTHERLAND; VERHOEF, 1994), disso resulta a sétima hipótese:

Hipótese 7 (H7): A desconfiança no médico impactará positivamente nas intenções de busca de uma segunda opinião pelo paciente, ou seja, quanto maior a desconfiança, maior são as intenções de busca de uma segunda opinião pelo paciente.

2.6.2.2 Automedicação

A automedicação é um procedimento caracterizado pela iniciativa de um indivíduo em usar um produto que acredita ser benéfico para o tratamento de doenças ou alívio de sintomas (ARRAIS, 1997). Quando a automedicação é inadequada, bem como uma prescrição imprópria, pode ter como consequências efeitos indesejáveis, enfermidades e mascaramento de doenças, representando um problema que deve ser prevenido (FLORES et al., 2001).

Segundo Segall (1990), o risco dessa prática está correlacionado ao grau de instrução e informação dos usuários sobre medicamentos, com a acessibilidade ao sistema de saúde, a atenção médica despersonalizada, bem como a desconfiança no diagnóstico do médico. O teórico assente o fato de que o uso alterado de medicamentos prescritos é um aspecto importante do comportamento de automedicação. Estes resultados têm implicações claras para os profissionais de saúde (FLORES et al., 2001; SEGALL, 1990).

Diante disso, este estudo pretende analisar se a desconfiança em médicos, pode gerar a automedicação, seja pela alteração da dose do remédio prescrito

seja modificando o tipo do medicamento indicado pelo médico. Dessa forma, emerge-se a oitava hipótese:

Hipótese 8 (H8): A desconfiança no médico impactará positivamente na automedicação do paciente, ou seja, quanto maior a desconfiança, maior será a automedicação do paciente.

2.6.2.3 Aderência ao tratamento

A aderência ao tratamento é um problema enfrentado por muitos profissionais de saúde, uma vez que abrange vários comportamentos do paciente, como terminar antes a terapia, implementar apenas parte das instruções e prescrições do médico e não aderir ao programa de tratamento recomendado (TERRES; PIZZUTI, 2015). Rose et al. (2004) acrescentam que o crescimento da desconfiança tem consequências muito negativas para vários aspectos do cuidado médico, como a relação médico-paciente, a satisfação do paciente e a adesão do tratamento e de intervenções médicas. Para HALL et al. (2001), se o paciente confiar e acreditar nas avaliações do médico, ele seguirá suas orientações e prescrições do tratamento.

Segundo Safran et al., (1998), um fator decisivo para a eficácia do tratamento é a continuidade do mesmo, já que muitos pacientes finalizam as medicações antes do tempo ou não aderem a posologia indicada, comprometendo, então, o resultado do tratamento e, conseqüentemente, as indicações do médico. Leisen e Hyman (2004) enfatizam que se preocupar com a relação entre o paciente e os provedores de serviço médico é fundamental, porque a não aderência do tratamento indicado, pode causar sérios problemas ao paciente, até mesmo levá-lo a óbito. Shea et al. (2008) afirmam que a desconfiança do paciente sobre os médicos pode impedir os indivíduos de buscarem a assistência médica adequada, aderir recomendações médicas e manter o tratamento indicado. Diante disso, apresenta-se a nona hipótese da pesquisa:

Hipótese 9 (H9a): A desconfiança no médico impactará negativamente na aderência ao tratamento do paciente, ou seja, quanto maior a desconfiança, menor será a aderência ao tratamento do paciente.

2.6.2.4 Troca de médico

Alguns autores afirmam que se o paciente desconfia do seu médico, ele se sente mais propenso a trocar de profissional (ROSE et al., 2004; SHEA et al., 2008). Segundo Hall et al. (2001), a confiança correlaciona-se positivamente com o menor desejo de mudar de prestador de serviço. Para Terres e Pizzutti (2015), pacientes que estão enfrentando situações mais complicadas ficam mais predispostos a mudar de profissional da saúde.

Corroborando com isso, Shea et al. (2008) asseguram que a maioria dos pacientes preferem se relacionar com o mesmo médico por muitos anos, a mudança de profissional só ocorre por algum motivo muito forte. Face a isso, estabelece-se a décima hipótese da pesquisa:

Hipótese 10 (H10): A desconfiança no médico impactará positivamente nas intenções de troca de médico do paciente, ou seja, quanto maior a desconfiança, maior será a intenção de troca de médico pelo paciente.

2.6.2.5. Boca-a-boca negativo

A desconfiança pode levar a efeitos muito mais amplos do que apenas uma falta de confiança (SIRDESHMUKH et al., 2002 CHO, 2006). Para Cho (2006), em sua pesquisa de compras on-line, consumidores que desconfiam de um provedor de serviço são mais propensos a escrever comentários negativos, tornando o boca-a-boca da confiança insignificante. Consoante a Liu e Wang (2010), a raiva provoca, muitas vezes, a intenção de punição e retaliação, por meio do boca-a-boca negativo.

No contexto de serviços médicos, uma falha pode ocasionar consequências graves ou até mesmo fatais (LEISEN; HYMAN, 2004). Diante disso, o consumidor procura o máximo de informações disponíveis para guiar-se no processo de escolha de um médico, fazendo com que esse serviço invista cada vez mais em aspectos relacionados ao marketing, para evitar, por exemplo, o boca-a-boca negativo dos clientes (LEISEN; HYMAN, 2004; TERRES; PIZZUTTI, 2015).

Para Gupta et al. (2014), a mídia progressivamente retrata erros, casos de negligência médica e pareceres negativos, ação que influencia a percepção pública do sistema médico. Sendo assim, apresenta-se a décima primeira hipótese da pesquisa:

Hipótese 11 (H11): A desconfiança no médico impactará positivamente nas intenções de boca-a-boca negativo do paciente, ou seja, quanto maior a desconfiança, maior as intenções de boca-a-boca negativo do paciente.

2.6 APRESENTAÇÃO DO MODELO

A figura 1, sintetiza as proposições do presente estudo.

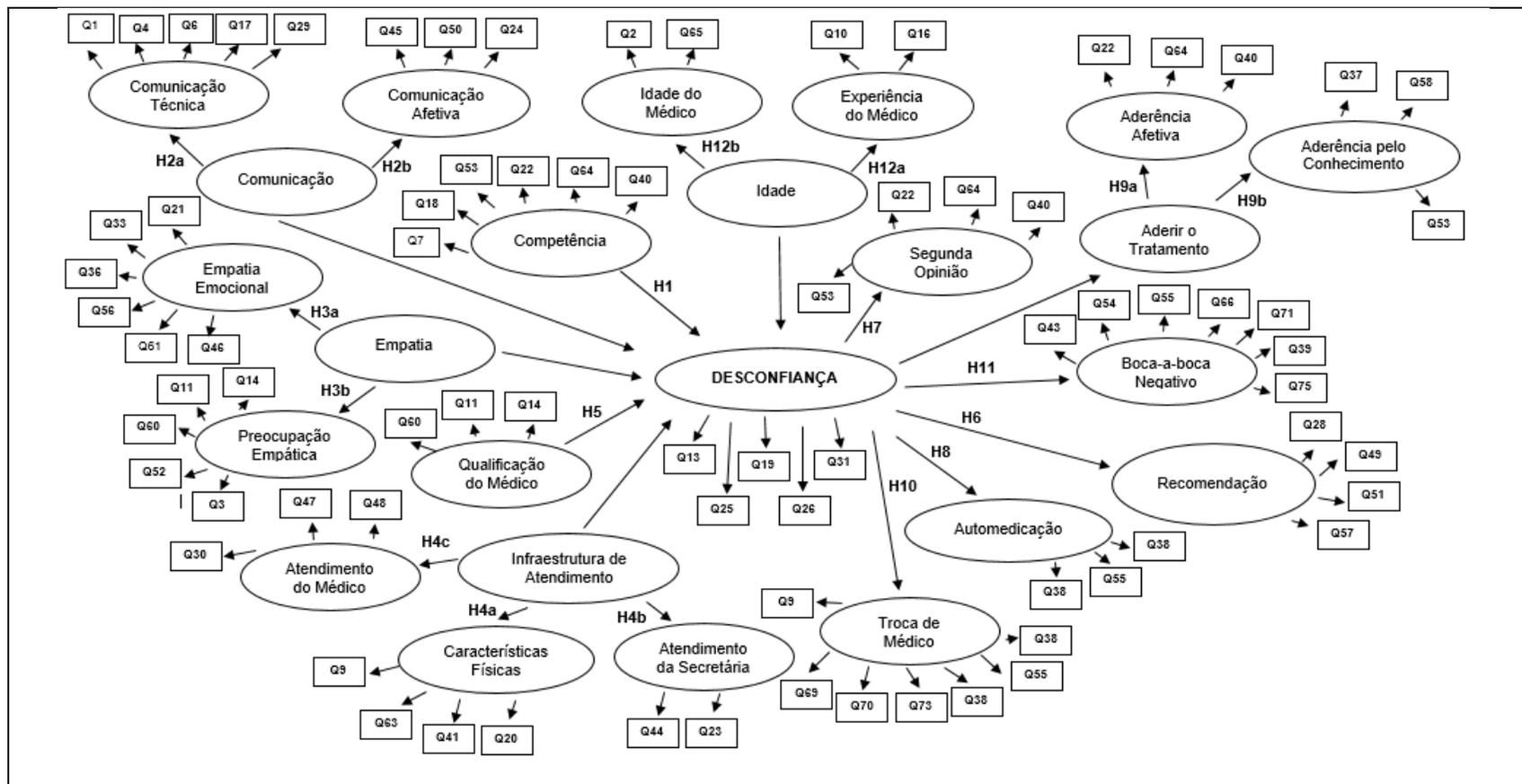


Figura 1- Antecedentes e Consequentes da Desconfiança nos Serviços Médicos

Fonte: Elaborado pelo autor.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo, apresentam-se os procedimentos metodológicos que foram empregados neste estudo.

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

A fim de atingir os objetivos propostos para esta pesquisa, usou-se a abordagem mista. O método misto fundamenta-se no pragmatismo (CRESWELL, 2007; SAMPIERI et al., 2013), o que implica em coletar e analisar dados qualitativos e dados quantitativos, para estudar um fenômeno, em um único trabalho (CRESWELL, 2007). Segundo Sampieri et al. (2013), o método misto apresenta muitos benefícios, tais como: a perspectiva mais ampla e profunda do fenômeno, maior teorização, dados mais “ricos” e variados, indagações mais dinâmicas, maior solidez e rigor, e melhor exploração e aproveitamento de dados. Para Creswell (2007), uma abordagem mista pode minimizar e até mesmo neutralizar algumas desvantagens de outros métodos.

O método misto emprega estratégias de investigação que podem envolver coletas de dados simultânea ou sequencial, com a intenção de melhorar o entendimento do problema a ser estudado, tornando-se mais fácil a implementação e a descrição da pesquisa (CRESWELL, 2007). De acordo com Sampieri et al. (2013), nessas estratégias, chamadas de desenhos, o pesquisador pode definir o número de fases e decidir qual o enfoque tem maior peso (qualitativo ou quantitativo).

Consoante a Creswell (2007), o método misto pode ser dividido em seis tipos de estratégia: a estratégia explanatória sequencial, a estratégia exploratória sequencial, a estratégia transformadora sequencial, a estratégia triangulação concomitante, a estratégia aninhada concomitante e a estratégia transformadora concomitante, conforme ilustrado na figura 2. Nesse trabalho, utiliza-se a estratégia exploratória sequencial, que consiste em dividir a pesquisa em duas fases sequenciais. Na primeira fase são coletados e analisados os dados qualitativos e, em seguida, são coletados e analisados os dados quantitativos da pesquisa. Essa

estratégia julgou-se como sendo a mais adequada para o estudo, já que se pretende, primeiramente, identificar os antecedentes e os consequentes da desconfiança em serviços médicos (etapa qualitativa) e, depois, mensurar e examinar o efeito de cada antecedente e consequente no comportamento dos consumidores, em relação ao médico (etapa quantitativa).

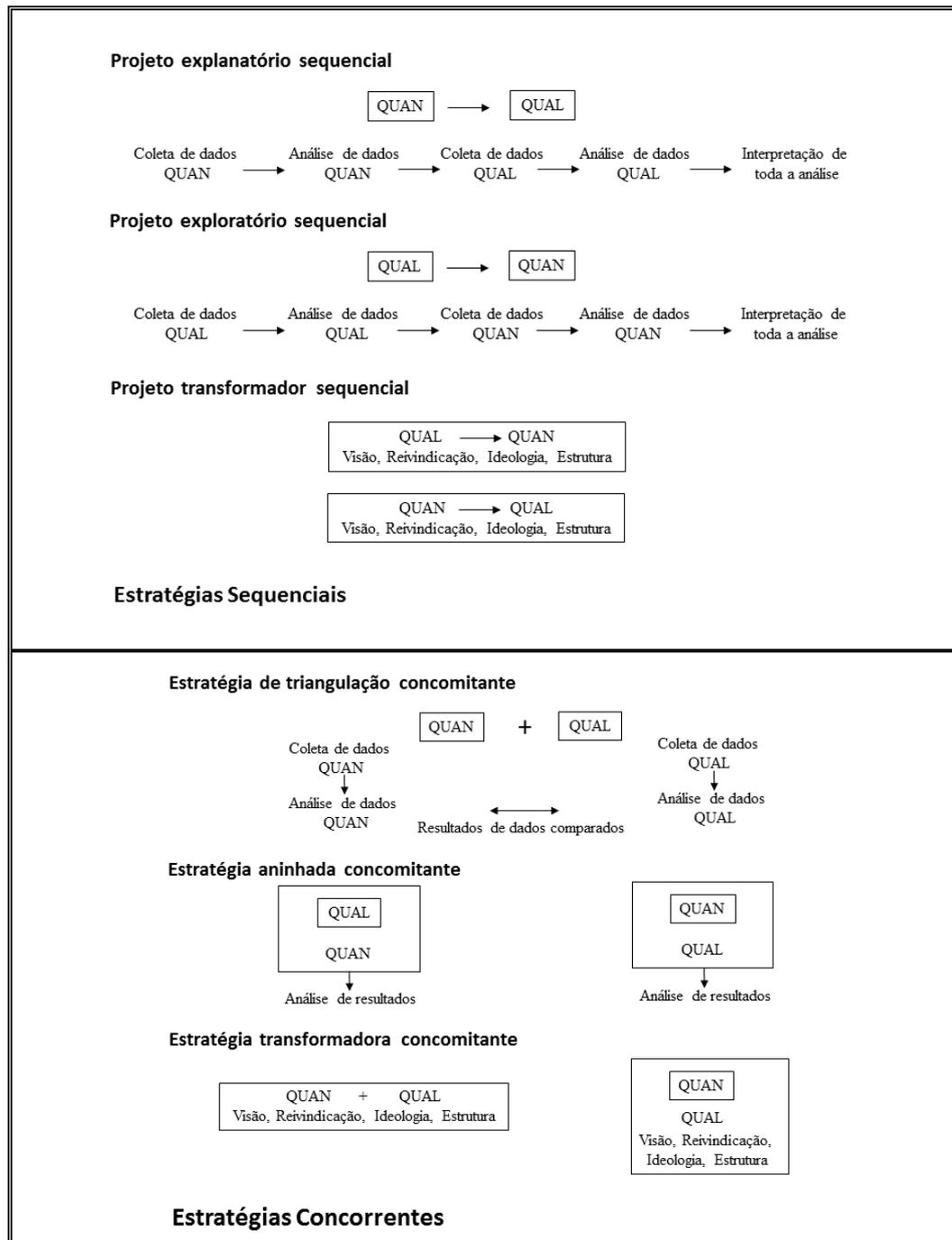


Figura 2 - Tipos de estratégias do método misto

Sampieri et al. (2013) constatam que a estratégia exploratória sequencial deve ser utilizada quando as ferramentas existentes não são adequadas ou não estão à disposição, de modo que cabe ao pesquisador desenvolver um instrumento apropriado. Para Creswell (2007, p. 218), a estratégia exploratória sequencial

É útil para o pesquisador que quer explorar um fenômeno, mas que também quer expandir os resultados qualitativos. Esse modelo é especialmente vantajoso quando o pesquisador está construindo um novo instrumento.

Assim, na primeira fase desse trabalho, realizou-se pesquisa exploratória-qualitativa, com grupos focais, a fim de identificar os antecedentes e consequentes da desconfiança em serviços médicos, por meio das opiniões dos participantes, objetivando desenvolver um instrumento que mensure essa desconfiança, nesse contexto. A escolha por grupos focais deu-se pelo fato de que, segundo Iervolino e Pelicioni (2001), as pessoas têm tendência de formar opiniões na interação com outros sujeitos, já que, para esses autores, os indivíduos, em geral, precisam ouvir opiniões dos outros antes de fundamentar a sua própria.

Na segunda fase, o estudo é de cunho descritivo-quantitativo, tendo como objetivo principal mensurar os dados através de análises estatísticas adequadas. Conforme Gil (1994), as pesquisas descritivas têm a finalidade de descrever características de determinada população ou fenômeno, ou estabelecer relações entre variáveis, utilizando técnicas padronizadas de coleta de dados. Nessa fase realizou-se um levantamento de dados em corte transversal, ou seja, a coleta das informações deu-se apenas em um determinado momento do tempo, enfatizando a seleção de uma amostra significativa da população-alvo (HAIR JR et al., 2009).

Nesse sentido, para melhor compreender o desenvolvimento da metodologia empregada, a figura 3 ilustra o esquema metodológico proposto neste estudo.

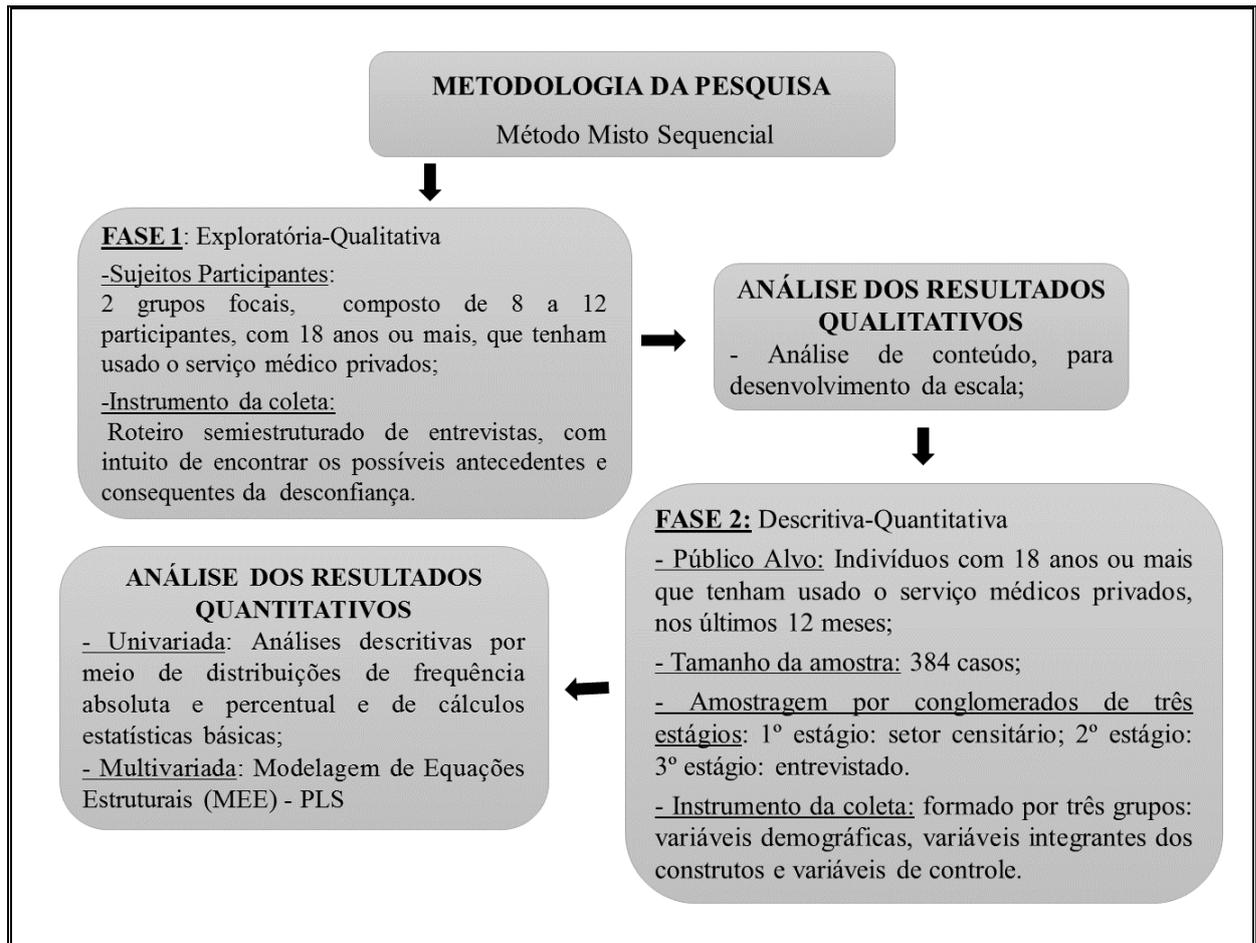


Figura 3 - Diagrama metodológico completo.

Fonte: Elaborado pelo autor.

3.2 PRIMEIRA FASE: EXPLORATÓRIA-QUALITATIVA

Nesta primeira fase, realizou-se pesquisa exploratória-qualitativa. Para Holloway, (1997, p. 12), “a pesquisa qualitativa é uma forma de investigação social que enfatiza a forma como as pessoas interpretam e dão sentido às suas experiências e do mundo em que vivem”.

A fim de identificar os antecedentes e consequentes do construto desconfiança, considerando-o como um construto diferente de confiança, essa fase foi realizada. Além disso, ela é importante para o levantamento de subsídios que, somados aos achados na literatura consultada, servirão de base para a construção de uma escala de desconfiança em serviços médicos.

Para construção da escala desse estudo, adotou-se o método sugerido por Churchill (1979), uma das técnicas de construção e validação de escalas mais utilizadas, a qual apresenta oito etapas para o desenvolvimento e recomenda técnicas estatísticas apropriadas, conforme figura 4.

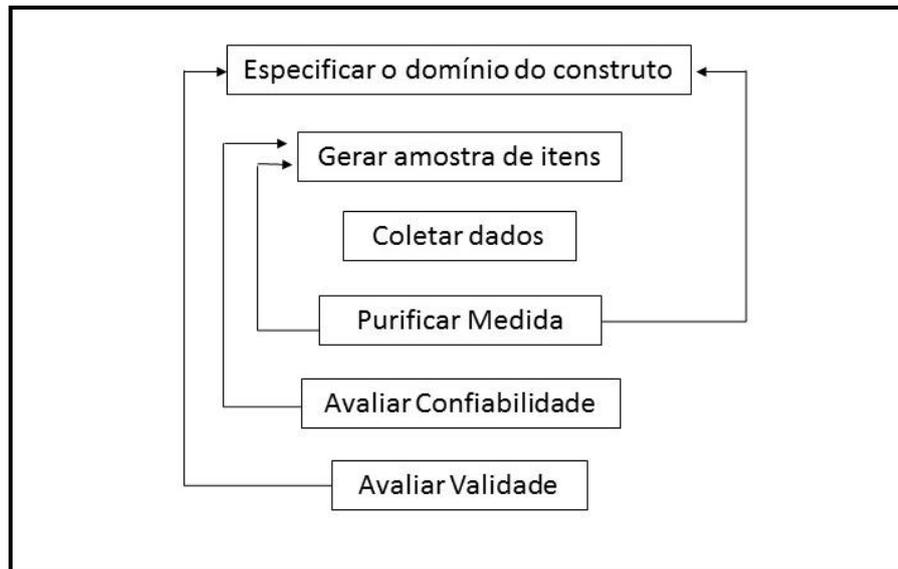


Figura 4 - Modelo utilizado para construção de escala

Fonte: Adaptado Churchil (1979, p. 66).

3.2.1 Sujeitos Participantes da Pesquisa

Nesta fase, os sujeitos participantes da pesquisa, que integraram os grupos focais, constituem-se de alunos e professores da Faculdade Meridional – IMED, com 18 anos ou mais, que, em algum momento, usaram serviços médicos privados. Para Gatti (2012), um critério importante da técnica de grupo focal é a quantidade de grupos, já que o emprego de mais de um grupo permite a diversidade do conteúdo e ampliação da análise do fenômeno. Sob a ótica de Sampieri et al. (2013), geralmente, há complexidade em predeterminar o número de grupos focais. Segundo o autor, normalmente, o que se faz é acreditar em uma aproximação, uma vez que a evolução do trabalho é que irá determinar a quantidade necessária de grupos (SAMPIERI et al, 2013). Na perspectiva de Gaskell (2002), em algum determinado momento do estudo novas entrevistas passam a acrescentar pouco para o resultado da pesquisa, devido

às repetições de conteúdo, visto que, embora as experiências pareçam individuais, elas são consequências de um processo social. Diante disso, fez-se dois grupos focais, com os perfis ilustrados na figura 5.



Figura 5 - Perfil dos grupos focais.

Fonte: Elaborado pelo autor.

De forma arbitrária, optou-se por dividir os grupos a partir da segmentação por idade, gênero e classes econômicas. Dessa forma, o grupo 1 foi formado por 10 pessoas, entre 18 a 30 anos de idade, de diferentes classes econômicas e de ambos os gêneros – participaram 3 pessoas do sexo masculino e 7 do sexo feminino. O grupo 2 foi formado por 12 pessoas acima de 30 anos, também de diferentes classes econômicas e de ambos os gêneros – participaram 5 pessoas do sexo masculino e 7 do sexo feminino.

3.2.2 Instrumento da Pesquisa e Coleta de Dados

Na coleta de dados qualitativos, a amostragem dos dados é proposital, pois são selecionadas as pessoas que já experimentaram o fenômeno central (SAMPIERI et al., 2013). Nesta pesquisa, como mencionado anteriormente, a coleta dos dados deu-se por meio de grupos focais. Um grupo focal é um grupo de discussão informal, composto por 8 a 12 pessoas, com o propósito de obter dados e informações qualitativas (IERVOLINO; PELICIONI, 2001; FLICK, 2009; SAMPIERI et al., 2013).

Para Iervolino e Pelicioni (2001, p. 116), o grupo focal “Pode ser considerado uma espécie de entrevista de grupo, embora não no sentido de ser um processo onde se alternam perguntas do pesquisador e respostas dos participantes”.

A escolha pela realização dessa técnica de coleta de dados, justifica-se porque a mesma permite reunir um grupo de pessoas e trabalhar com os conceitos, as experiências, as emoções, as crenças, as categorias ou os temas de interesse da pesquisa (SAMPIERI et al., 2013).

Os grupos focais foram moderados pelo autor do trabalho, em conjunto com uma psicóloga com experiência na técnica. Os participantes foram convidados para uma conversa no final do dia de trabalho. Cada grupo teve duração em torno de 2 horas e foram realizados em dias diferentes. Para o início das sessões dos grupos, esclareceu-se o objetivo do encontro, a forma de registro, bem como a garantia de sigilo dos nomes e dos apontamentos, para, dessa forma, deixar os participantes à vontade para expressar as suas opiniões. O local de encontro foi a Faculdade Meridional – IMED, onde os sujeitos da pesquisa foram filmados e gravados, com a devida autorização, para posterior transcrição, permitindo uma avaliação qualitativa dos dados obtidos.

O instrumento usado para a coleta de dados foi um roteiro de entrevistas semiestruturado, montado com base na literatura estudada (Apêndice A). Segundo Creswell (2007), esse tipo de roteiro envolve entrevistas com perguntas não-estruturadas e, geralmente, abertas, pretendendo extrair visões e opiniões dos participantes do estudo. Além disso, essa fase serviu para se ter uma perspectiva detalhada dos participantes, considerando suas experiências no contexto e desenvolvendo algo com os respectivos pontos de vista daqueles que participam e não o do pesquisador (SAMPIERI et al., 2013).

3.2.3 Procedimentos para a Análise dos Resultados

A análise de conteúdo da pesquisa qualitativa é um conjunto de técnicas de investigação que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos para descrever o conteúdo das comunicações, enriquecendo a leitura dos dados coletados (BARDIN, 2011). FLICK (2009, p. 29) afirma que a análise de conteúdo “é um dos procedimentos

clássicos para analisar o material textual, não importando qual a origem desse material”. Sampieri et al. (2013) consideram que na pesquisa qualitativa não se observa, obrigatoriamente, uma sequência definida nas etapas do processo de análise dos resultados. A análise parte do primeiro documento, com a primeira observação ou com a primeira entrevista (SAMPIERI et al, 2013). Na visão de Bardin (2011), a análise de conteúdo é dividida em três estágios: pré-análise (organização, identificação e determinação das unidades de análise); exploração do material (descrição, classificação e representação de categorias); e inferência e interpretação do conteúdo (tratamento dos resultados e análise dos conteúdos).

Assim, seguindo as orientações de Bardin (2011), nesta fase do estudo, os dados colhidos com a utilização da técnica de grupo focal, foram classificados e codificados, buscando facilitar a análise e a interpretação dos dados, para atingir o objetivo proposto. Em um primeiro momento, foram transcritas as entrevistas dos grupos e feita a leitura dos materiais, para sistematizar as ideias iniciais. Posteriormente, com a análise em profundidade, foram descritas e classificadas as categorias. Após a identificação e estruturação das categorias de análise, os dados foram transformados em questões que serviram como base para a construção da escala.

3.3 SEGUNDA FASE: DESCRITIVA-QUANTITATIVA

3.3.1 População e Amostra

A população determinada para esta pesquisa é composta por pessoas de Passo Fundo – Rio Grande do Sul, que buscam serviços médicos. A escolha por Passo Fundo deve-se ao fato da cidade ser um polo de saúde, referência regional em hospitais e clínicas. O público-alvo do estudo compõem-se de indivíduos com 18 anos ou mais que tenham usado os serviços médicos privados, nos últimos 12 meses.

O planejamento da amostragem buscou responder às seguintes questões: (a) O estudo pressupõe a utilização de censo, ou uma amostra de casos pode atender aos seus objetivos? (b) Qual a abordagem amostral para atender aos objetivos? (c)

Qual o tamanho da amostra que permite a geração de resultados confiáveis diante dos objetivos propostos, considerando a técnica estatística de tratamento dos dados prevista para aplicação? Levando em conta os objetivos da pesquisa, um levantamento amostral de carácter probabilístico atendeu às propostas (HAIR Jr. et al., 2009). Contudo, o formato em que as unidades da população estavam disponíveis para acesso impôs a aplicação da técnica de amostragem por conglomerados de três estágios (descrito na próxima seção).

Para o cálculo do tamanho da amostra, foram utilizados os procedimentos teóricos da amostragem casual simples para a proporção, mediante a fixação de alguns parâmetros e a fórmula:

$$n_0 = \frac{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{e^2} \quad (1)$$

onde, n_0 =tamanho estimado para a amostra; Z =valor da função da distribuição normal para o nível de confiança desejado; p =frequência populacional estimada e e = margem de erro estimada.

Os parâmetros fixados foram: margem de erro projetado para o intervalo do resultado de pontos percentuais; nível de confiança do intervalo de 95%; proporção máxima admitida para a variável principal da pesquisa de 50% e fator de correção para a população finita não aplicado, dado que o tamanho da população equivale ao padrão de população infinita, o que resulta em uma amostra de aproximadamente 384 casos, tendo como filtro, ter consultado nos últimos 12 meses. Essa amostra segue Kline (2011), tendo em vista a utilização do método de equações estruturais e de sua complexidade, o qual sugere que a amostra seja composta por mais de 200 casos válidos.

3.3.2 Coleta de Dados

Para a coleta de dados foi empregada a técnica de amostragem por conglomerados, em três estágios: Primeiro estágio: setor censitário (sorteado dos setores censitários desenvolvidos pelo IBGE no Censo 2010 em Passo Fundo); segundo estágio: domicílio (sorteado a partir do setor censitário sorteado); terceiro

estágio: entrevistado (sorteado a partir de tabela de números aleatórios, com idade a partir de dezoito anos). Os dados foram coletados por meio de entrevistas. Nela, o entrevistador abordou as pessoas selecionadas, apresentando o termo de consentimento e o instrumento de pesquisa que foi desenvolvido. Houve um filtro para o entrevistado, para selecionar apenas os que utilizaram algum serviço médico não emergencial, particular ou pelo plano de saúde, nos últimos 12 meses.

Gil (1994) considera entrevista a técnica de interrogação que apresenta a maior flexibilidade, uma vez que ela pode ser aplicada em um número maior de pessoas, inclusive nas que não sabem ler ou escrever. Por outro lado, ele salienta que o entrevistador deve estar bem treinado, já que ele estará presente, e caso não esteja preparado, pode inibir o entrevistado.

3.3.3 Instrumentos de Coleta de Dados

A elaboração do instrumento de coleta de dados, ou seja, o questionário de pesquisa, é composto de um conjunto de perguntas escritas ou verbais, ordenadas de acordo com um critério predeterminado e que tem por objetivo coletar dados de um grupo de respondentes, de forma padronizada (HAIR Jr. et al., 2009). O instrumento deve conter uma apresentação explicando ao entrevistado as razões e o objetivo do estudo, garantindo o sigilo das informações e agradecendo antecipadamente pela participação (HAIR Jr. et al., 2005).

Os itens de mensuração dos antecedentes e consequentes utilizados nesse estudo foram desenvolvidos e adaptados com base nos instrumentos usados na literatura (ROSE et al., 2004; CHO, 2006; MCKNIGHT; CHOUDHURY, 2006; SHEA et al., 2008; DIMOKA, 2010; CHAU et al., 2013, LOWRY et al., 2014) e na primeira fase da pesquisa. Os indicadores do construto desconfiança foram descritos a partir de estudo empírico, apresentados na primeira fase. O instrumento foi composto por três grupos: variáveis demográficas, variáveis integrantes dos construtos e variáveis de controle.

As variáveis demográficas serviram para caracterizar o perfil do respondente da pesquisa. Fizeram parte deste grupo as questões sobre idade do entrevistado, gênero, bairro que reside, escolaridade, renda mensal familiar, motivo da busca ao

médico (tipo da doença), forma de pagamento da consulta médica (plano de saúde ou particular), modo de escolha do médico, especialidade e idade do médico consultado.

No segundo grupo, os entrevistados manifestaram o seu grau de opinião sobre as variáveis integrantes do construto desconfiança, seus antecedentes (alguns ligados à confiança e outros advindos dos achados da primeira fase) e seus consequentes (alguns ligados à confiança e outros advindos dos achados da primeira fase). Neste estudo, com o apoio da fase exploratória-qualitativa, desenvolveu-se uma escala que mensura o construto desconfiança, já que, na literatura além de haver poucos trabalhos que tratam deste assunto, nos serviços médicos não se encontrou nenhuma pesquisa que se adaptasse ao estudo. Essa escala foi elaborada utilizando o método proposto por Churchill (1979), descrito na fase 1. A escala foi do tipo diferencial semântica com nota de 0 a 10 (Discordo totalmente/Concordo totalmente).

Algumas variáveis foram controladas para evitar efeitos intervenientes no resultado do estudo. As variáveis moderadoras foram a idade do entrevistado, sexo do entrevistado, renda familiar do entrevistado, motivo da consulta e tipo de consulta (plano de saúde, particular, plano de saúde ou particular). Segundo Chang e Fang (2013), quando um consumidor se envolve em um comportamento de menor risco, ele coloca mais peso na confiança, já em comportamentos de maior risco, a desconfiança pesa mais. Para Thom (2001), controlar pacientes acometidos por uma doença grave é de extrema importância à pesquisa, já que estes irão observar de forma mais atenta o serviço médico, uma vez que desejam averiguar se este é suficientemente cuidadoso e acessível para expor dúvidas e receios sobre a doença. Em relação às doenças crônicas, elas também foram controladas a fim de demonstrar o alto envolvimento desse tipo de paciente com os serviços médicos.

De acordo com o Ministério da Saúde, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são aquelas que apresentam desenvolvimento lento, com duração longa ou incerta, que, em geral, apresentam múltiplas causas e cujo tratamento, em alguns casos, não tem cura. Conforme o levantamento realizado pelo Ministério da Saúde em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), essas enfermidades são responsáveis por mais de 70% das causas de mortes no Brasil (Plano Nacional de Saúde – PNS 2013). A hipertensão arterial, a doença crônica de coluna, as doenças cardiovasculares, o colesterol, a asma, o diabetes, a depressão e o câncer são as que apresentam maior prevalência no País.

3.3.4 Método de Análise dos Dados

Inicialmente, deu-se atenção primordial à preparação dos dados, já que esta atenção pode identificar possíveis erros de digitação e dados omissos (*missings*) que poderiam comprometer a qualidade das análises. Um cuidado na preparação dos dados proporciona ao pesquisador poder analítico que garantirá a sustentação desses e a confirmação teórica (HAIR Jr. et al., 2009).

Destaca-se que os tratamentos e análises foram feitos com auxílio do *software SPSS Statistics*. Foram utilizadas análises univariadas e multivariadas. Para caracterização da amostra da pesquisa, foram feitas análises descritivas por meio de distribuições de frequência absoluta e percentual e de cálculos estatísticos básicos, como média, mediana, desvio padrão e coeficientes de variação.

Para as análises multivariadas, foi adotada a técnica de Modelagem de Equações Estruturais (MEE). Antes de executar essa análise, foram verificadas todas as premissas necessárias para o emprego dessa técnica, como a normalidade, homocedasticidade, linearidade dos dados, os dados ausentes e os valores atípicos, por meio de cálculos estatísticos (HAIR Jr. et al., 2009).

3.3.4.1 Modelagem de Equações Estruturais – MEE

A MEE, também conhecida como SEM (*Structural Equation Modeling*), é um método estatístico de segunda geração (BARBIN et al., 2008) que combina aspectos de regressão linear múltipla (examinando relações de dependência) e análise fatorial (representando fatores não medidos com múltiplas variáveis), capaz de estimar uma série de relações de dependência inter-relacionadas simultaneamente (HAIR Jr et al., 2009). Segundo Hair Jr. et al. (2014), essa técnica multivariada, além de ser adequada para investigar relações complexas entre vários construtos, vem sendo cada vez mais utilizada como um método para desenvolvimento e conceituação de aspectos teóricos, nas ciências sociais aplicadas. O autor ressalta também que, em geral, a MEE oferece uma transição de análise exploratória para análise confirmatória, servindo para

determinar se um certo modelo é válido, e não para descobrir um modelo adequado (HAIR Jr et al., 2009).

De acordo Kline (1998), a MEE é uma técnica que depende de uma série de especificações previamente estabelecidas pelo pesquisador. Para Hair et al. (2014), as técnicas baseadas em MEE são úteis para o desenvolvimento e expansão da teoria, pois ela envolve a avaliação simultânea de múltiplas variáveis e seus relacionamentos, até mesmo de fatores de segunda e terceira ordem, que muitas vezes proporcionam uma melhor compreensão dessas relações, mas que, inicialmente, não estão visíveis.

A MEE examina a estrutura de inter-relações que são expressas em uma série de equações estruturais. Essas equações modelam todas as relações entre construtos, dependente e independentes. Na MEE, os construtos são fatores não observáveis ou latentes que são representados por diversas variáveis, levando em conta o erro de mensuração (HAIR Jr et al., 2009).

A MEE distingue-se de outras técnicas de análise multivariadas pelas seguintes características: uso da representação dos construtos como fatores não observáveis em relações de dependência, mantendo uma eficiência estatística; estimação de várias relações de dependência inter-relacionadas e incorporadas a um modelo integrado; incorporação do erro de mensuração de maneira explícita; e explicação de covariância entre as variáveis observadas (HAIR Jr et al., 2009).

Na MEE, os dois modelos prevalentes nas pesquisas, são os modelos baseados em covariância (MEE-BC) e os baseados em Mínimos Quadrados Parciais (PLS – *Partial Least Square*) (HAIR Jr et al, 2014). Ainda que cada método tenha suas vantagens e limitações, nesse trabalho optou-se em usar a MEE em Mínimos Quadrados Parciais (PLS – *Partial Least Square*) usando o *software* SmartPLS 2.0. O Quadro 2, resume as principais diferenças entre as técnicas MEE-CB e PLS.

Quadro 2 - Diferenças entre as técnicas MEE-CB e PLS

Item	PLS	MEE – CB
Objetivos	Predição	Testes de teoria; Modelos causais

Abordagem	Baseado em variância	Baseado em covariância
Precisão	Consistente quanto maior o tamanho da amostra e a quantidade de indicadores	Bom para amostras grandes
Tipos de variáveis observadas	Contínuas, discretas ordinais ou ordenadas	Contínuas ou discretas ordinais (utilizando correlações especiais)
Variáveis latentes	Combinações lineares dos indicadores. Os escores fatoriais são estimados explicitamente.	Indeterminação fatorial: diversos modelos podem reproduzir a matriz de covariância
Modelo de mensuração	Indicadores reflexivos e formativos	Indicadores reflexivos
Requisitos quanto à teoria	Mais flexível. Contexto mais exploratório	Fortemente dependente da teoria
Distribuição dos dados	-	Dependendo do método de estimação, as variáveis devem apresentar distribuição normal
Tamanho da amostra	10 vezes o maior número de preditores. O mínimo recomendado é de 30 a 100 casos	Depende do método de estimação
Identificação	Para modelos recursivos é sempre identificado	Depende do modelo e deve ter pelo menos de 3 a 4 indicadores por VL.
Significância dos parâmetros	Estimado por métodos não-paramétricos, por exemplo, bootstrapping	Geralmente estimada por modelos paramétricos
Complexidade	Capaz de lidar com alta complexidade (100 construtos e 1000 indicadores)	Complexidade de média a moderada (menos de 100 indicadores)
Inclusão de restrições nos parâmetros do modelo	Não é possível impor restrições aos parâmetros do modelo	É possível impor restrições em qualquer parâmetro do modelo, fixando-se valores ou relação entre valores.
Tipos de modelos	Recursivos	Recursivos e não recursivos
Fatores por indicador	Variáveis observadas podem indicar somente uma variável latente	Uma variável observada poderá indicar mais de uma variável latente
Correlações entre os erros de medidas podem ser modelados	Não	Sim

Testes estatísticos disponíveis	Inferências requerem o bootstrapping	Disponíveis e válidos se atendidas todas as premissas do modelo
--	--------------------------------------	---

Fonte: Mendes (*apud* Prearo, 2013, p.97); Zwicker *et al* (*apud* Prearo, 2013)

4 RESULTADOS

A proposta deste capítulo é apresentar os resultados das duas fases da pesquisa. A primeira seção trata da fase exploratória-qualitativa, em que é relatada as etapas para o desenvolvimento da escala da desconfiança. Nessa seção, a análise de dados se dá, inicialmente, pela caracterização da amostra não-probabilística do pré-teste, seguida da análise exploratória fatorial, para purificação dos itens gerados.

A segunda seção trata da fase descritiva-quantitativa, organizada em 5 subseções. A primeira subseção aborda a caracterização da amostra probabilística em que é descrito o perfil dos respondentes nos aspectos sócio demográficos e as variáveis das relações médicas. A segunda apresenta as medidas descritivas dos construtos da escala desenvolvida. A terceira subseção aborda da preparação dos dados para aplicação das técnicas estatísticas multivariadas. A quarta trata da apresentação e discussão do modelo de mensuração. A quinta trata da validação do modelo estrutural, da análise das hipóteses e análise multigrupos, a partir das variáveis selecionadas como possíveis moderadoras do modelo proposto no estudo.

4.1 PRIMEIRA FASE: EXPLORATÓRIA-QUALITATIVA

4.1.1 Desenvolvimento da escala

Para construção da escala desse estudo, adotou-se o método de Churchill (1979), conforme descrito na fase 1 dos procedimentos metodológicos. Seguindo as etapas deste método, iniciou-se a construção da escala com a elaboração do instrumento de coleta de dados e a geração e amostras de itens, com base na literatura pesquisada e nos grupos focais realizados. Nesta etapa, foram gerados 84 itens (Apêndice B) sobre o construto desconfiança, seus antecedentes e consequentes.

A próxima etapa trata-se da coleta de dados, que tem como objetivo testar os itens gerados, visando reduzir seu número e verificar sua confiabilidade. A partir dos itens gerados, realizou-se um pré-teste, com uma amostra não-probabilística por

conveniência, com 60 estudantes de graduação, de diversos cursos, da Faculdade Meridional – IMED. Antes do início da aplicação do instrumento, perguntou-se aos estudantes se, nos últimos 24 meses, eles haviam consultado com um médico pela primeira vez, utilizando plano de saúde ou consulta particular. Essa pergunta intencionou excluir os estudantes que consultaram apenas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), já que, diante disso, obtiveram opção sobre a escolha do médico. Após a apresentação da pesquisadora e do estudo, os entrevistados foram solicitados a responder acerca da concordância ou não com cada item, utilizando uma escala do tipo diferencial semântica com nota de 0 a 10 (Discordo totalmente/Concordo totalmente).

Cabe ressaltar que na análise das transcrições dos grupos focais, o antecedente idade do médico surgiu em vários momentos. Segundo Bardin (2011), a definição de uma categoria pode obedecer ao conceito definido no referencial teórico ou ser fundamentada nas verbalizações relativas aos temas. Ainda segundo a autora (BARDIN, 2011), as categorias podem ser criadas a priori ou a posteriori, isto é, a partir apenas da teoria ou após a coleta de dados. Diante disso, a próxima seção trata desse antecedente, encontrado na fase qualitativa da pesquisa.

4.1.1.1 Antecedente Idade

Muitos participantes dos grupos focais acreditam que para determinados procedimentos, a idade do médico é um fator importante para a escolha do profissional, pois um médico com menos idade, pode dispor de mais atenção na consulta, mas tem menos experiência para um procedimento mais complexo. Corroborando com isso, Hall et al. (2001) identificaram em sua pesquisa que a idade é um antecedente que está modestamente correlacionado à confiança na escolha de um serviço médico. Para os autores, os pacientes podem confiar em um médico inexperiente, mas muito carinhoso, contudo desconfiam de um médico altamente competente, e grosseiro (HALL et al., 2001). Diante disso, apresenta-se a décima segunda hipótese da pesquisa:

Hipótese 12 (H12a): A experiência do médico impactará negativamente na desconfiança do paciente, ou seja, quanto maior a experiência do médico, menor a desconfiança.

Hipótese 12 (H12b): A idade do médico impactará negativamente na desconfiança do paciente.

4.1.2 Análise dos dados

Após a aplicação dos questionários, os dados foram tabulados e analisados por meio do *software SPSS Statistics*, caracterizando a amostra dos estudantes e, também a análise fatorial exploratória, com rotação VARIMAX, para o agrupamento e redução dos itens da escala. Cabe ressaltar que, antes da realização das análises, os dados foram preparados a fim de identificar possíveis erros de digitação e dados omissos (*missings*) comprometedores da qualidade das análises.

4.1.2.1 Caracterização da amostra

Nesta etapa do estudo, a média etária dos 60 estudantes entrevistados foi de 25 anos, variando entre 17 e 65 anos, destes, 43,3% são homens e 56,7% são mulheres. A maioria dos respondentes (71,6%) possui uma renda familiar superior a R\$ 4.401,00. Em relação à forma como realizam a consulta médica, 46,7% relataram usar plano de saúde, 25% particular e 28,3% ambas as formas.

4.1.2.2 Análise Fatorial Exploratória (AFE)

Na análise fatorial exploratória, para purificação das medidas, utilizou-se o método de análises dos componentes principais. A utilização desse método de extração tem como propósito determinar os componentes principais de forma a explicar o máximo possível da variação total dos dados com menor número possível de componentes (HAIR et al, 2009). A rotação ortogonal escolhida foi a VARIMAX, já

que esse método busca fatores distintos e não correlacionados entre si (HAIR et al., 2009).

Os itens de cada antecedente e consequente, propostos no instrumento, foram analisados individualmente, ou seja, foi aplicada a análise fatorial exploratória por fator, já que o tamanho da amostra seria insuficiente para focalizar todas as variáveis de uma vez só (Quadros 3-10). Além disso, levou-se em consideração as outras premissas necessárias para o emprego da técnica indicada no estudo (AFE).

O critério de corte utilizado foi o de autovalores (*eigenvalue*) superiores a um. Os autovalores mostram a proporção da variância que cada fator é capaz de reter. Outro critério de exclusão refere-se cargas fatoriais inferiores a 0,50, visto que, segundo Hair et al. (2009), para uma amostra de 60 respondentes, as cargas fatoriais devem ser iguais ou superiores a 0,50, para haver significância de 0,05 e um nível de poder de 80%, mas, tratando-se de um pré-teste não probabilístico, optou-se por ser menos conservador, excluindo apenas cargas fatoriais inferiores a 0,50, permanecendo, assim, um maior número de frases.

O índice KMO (Kaiser-Mayer-Olkin), Teste Bartlett de Esfericidade e a MSA (Medida de adequação da Amostra) também foi observado. Foram aceitos os itens que possuíam KMO e MSA iguais ou superiores a 0,50 e Teste Bartlett de Esfericidade com significância menor que 0,05. Verificou-se também a comunalidade dos fatores, considerando-se as variáveis com comunalidades iguais ou superiores a 0,50. Os itens que não se adequaram aos critérios acima foram excluídos, conforme os quadros a seguir. Além disso, na análise das cargas fatoriais, alguns antecedentes apresentaram dois fatores, fazendo com que fossem subdivididos em dimensões diferentes.

Quadro 3 - Amostra Inicial de Itens do Antecedente Competência

<u>COMPETÊNCIA</u>	
Q7-O (a) médico era muito competente.	Mantida
Q18-O (a) médico fez o melhor por mim.	Mantida
Q22- O (a) médico me provou o conhecimento que ele tem.	Mantida
Q31- O (a) médico parece ser o mais competente da área.	Mantida

Q40- O (a) médico me indicou várias soluções para o meu problema.	Mantida
Q49-O (a) médico falou com muita firmeza as informações que eu buscava.	Mantida
Q13- O (a) médico não era muito competente, porque não me pediu exames para fazer.	Excluída (Comunalidade=0,224)

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quadro 4 - Amostra Inicial de Itens do Antecedente Comunicação

<u>COMUNICAÇÃO</u>	
Comunicação Técnica	
Q1-O (a) médico demonstrou muita segurança em passar as informações para mim.	Mantida
Q4-O (a) médico transmitiu seu conhecimento de maneira muito clara.	Mantida
Q6-O (a) médico prestou muita atenção nas coisas que eu disse.	Mantida
Q17-O (a) médico fez muitas perguntas sobre as queixas que tinha.	Mantida
Q50 - O (a) médico falou pausadamente comigo.	Mantida
Comunicação Afetiva	
Q24-O (a) médico era muito competente, mas tinha muito arrogância;	Mantida
Q29-O (a) médico me tratou com muita grosseria.	Mantida
Q45-O (a) médico explicou sobre o meu problema de forma bastante carinhosa.	Mantida
Q26-O (a) médico nem me examinou, só receitou um remédio.	Excluída (MSA=0,42)

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quadro 5 - Amostra Inicial de Itens do Antecedente Empatia

<u>EMPATIA</u>	
Empatia Emocional	
Q21-O (a) médico compreendeu meus sentimentos e me fez sentir melhor.	Mantida
Q36-O (a) médico sempre entendeu meus sentimentos.	Mantida
Q51-O (a) médico estava de bom humor, contribuído com os meus resultados clínicos.	Mantida
Q42-O (a) médico me faz sentir muita admiração por ele.	Mantida
Q46-O (a) médico me trata muito bem.	Mantida
Preocupação empática	
Q3-O (a) médico demonstrou muita preocupação comigo.	Mantida
Q11-O (a) médico mudaria a data da consulta, se eu precisasse.	Mantida
Q14-O (a) médico está sempre disposto a me atender.	Mantida
Q33-O (a) médico demonstrou muito cuidado por mim.	Mantida
Q37- O (a) médico conhecia muito bem meu histórico.	Mantida
Q25-O (a) médico tem conhecimento, mas ele não demonstrou para mim.	Excluída (Comunalidade 0,426)
Q42-O (a) médico dificilmente se coloca em meu lugar.	Excluída (Comunalidade 0,196)

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quadro 6 - Amostra Inicial de Itens do Antecedente Infraestrutura de Atendimento

<u>INFRAESTRUTURA DE ATENDIMENTO</u>	
Características físicas	
Q9-O consultório médico possuía um espaço físico agradável.	Mantida
Q41- O (a) médico tem um consultório muito bonito.	Mantida
Q20-O (a) médico tem um consultório muito desorganizado.	Excluída (Comunalidade 0,326)

Atendimento da secretária	
Q23-A secretária do (a) médico era muito grosseira.	Mantida
Q44- A secretária do (a) médico era muito desorganizada.	Mantida
Atendimento do médico	
Q30-O (a) médico me atendeu com muita pressa.	Mantida
Q35- O (a) médico tem uma aparência física agradável.	Mantida
Q47- O (a) médico me atendeu no horário marcado, não atrasou.	Mantida
Q48- O (a) médico trabalha sempre em equipe.	Mantida
Q31-O (a) médico me forneceu amostras grátis de medicamentos.	Excluída (Comunalidade = 0,287)

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quadro 7 - Amostra Inicial de Itens do Antecedente Qualificação do Médico

<u>QUALIFICAÇÃO DO MÉDICO</u>	
Q5-O (a) médico que escolhi, sempre frequenta congressos.	Mantida
Q12- O (a) médico que eu escolhi, parece que está sempre se atualizando.	Mantida
Q34-O (a) médico que escolhi (que consultei), sempre se especializa.	Mantida

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quadro 8 - Amostra Inicial de Itens do Antecedente Idade

<u>IDADE</u>	
Experiência Médica	
Q10-O (a) médico aparentava ser muito experiente.	Mantida
Q16- A experiência do (a) médico teve muita importância para mim.	Mantida
Idade do médico	
Q2-A idade que o (a) médico aparentava ter, não teve nenhuma importância para mim.	Mantida
Q32 -A juventude do médico não importa muito para mim.	Mantida

Q19-O (a) médico parecia ser bastante jovem para me atender.	Excluída (Carga fatorial 0,36)
--	--------------------------------

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quadro 9 - Amostra Inicial de Itens dos Consequentes

<u>RECOMENDAÇÃO</u>	Q28 - Eu recomendaria o (a) médico para outras pessoas.	Mantida
<u>SEGUNDA OPINIÃO</u>	Q27 - Eu senti vontade de buscar uma segunda opinião, antes de iniciar o tratamento que o (a) médico recomendou.	Mantida
<u>AUTOMEDICAÇÃO</u>	Q38 - Eu senti muita vontade de tomar remédios por conta própria.	Mantida
<u>ADERIR AO TRATAMENTO</u>	Q8-Segui o totalmente o tratamento indicado pelo o (a) médico.	Mantida
<u>TROCAR DE MÉDICO</u>	Q15 - Eu senti muita vontade de trocar de médico (a).	Mantida
<u>BOCA-A-BOCA NEGATIVO</u>	Q39 - Eu escreveria coisas ruins sobre o (a) médico nas redes sociais.	Mantida
	Q43 - Eu falaria mal do (a) médico para as pessoas.	Mantida

Fonte: Elaborado pelo autor.

Quadro 10 - Amostra Inicial de Itens da Desconfiança

<u>DESCONFIANÇA</u>	
Q13-Eu acho que o (a) médico escondeu alguma coisa de mim.	Mantida
Q19-Eu percebi que o (a) médico errou no meu tratamento.	Mantida
Q25-Eu senti que o (a) médico não cuidou de mim como deveria.	Mantida
Q26-Eu duvido que o (a) médico se preocupou comigo.	Mantida
Q52-O (a) médico estava interessado apenas no meu dinheiro.	Mantida
Q80-O (a) médico que eu fui, se aproveitou da minha situação.	Excluída (Comunalidade = 0,234)

Fonte: Elaborado pelo autor

Após essa análise, chegou-se a um conjunto de 51 itens referentes ao construto desconfiança, seus antecedentes e seus consequentes. A partir desse questionário reduzido, Churchill (1979) recomenda que seja realizada uma nova coleta de dados, para avaliar a confiabilidade e validade da escala, utilizando a análise fatorial confirmatória, o que é apresentado na próxima seção.

4.2 SEGUNDA FASE: DESCRITIVA – QUANTITATIVA

Nesta fase da pesquisa, foram coletados 391 questionários, de maneira probabilística, na cidade de Passo Fundo/RS. A descrição dessa amostra segue nas seções a seguir.

4.2.1 Caracterização da amostra

A caracterização da amostra foi dividida em duas partes: variáveis sociodemográficas, em que é descrito o perfil dos respondentes em relação à idade, ao gênero e à renda mensal; e variáveis das relações médicas, que apresenta as formas de como o respondente costuma escolher e como escolheu o médico citado na pesquisa, a forma que realiza a consulta médica (particular, plano de saúde ou ambos), o motivo da busca ao médico consultado, a especialidade e a idade aproximada do médico.

4.2.1.1 Variáveis sociodemográficas

Nesta etapa do estudo, a média etária dos 391 entrevistados foi de 38,25 anos (DP = 15,13 anos), variando entre 18 e 86 anos, desses 44,5% são homens e 55,5% são mulheres. De acordo com os dados do IBGE/2015, essa amostra reflete o perfil real da população de Passo Fundo (figura 6). Em relação à renda familiar, a maioria dos respondentes (83,3%) possui uma renda familiar superior a R\$ 2641,00 e apenas 8 respondentes possui uma renda familiar inferior a R\$ 880,00.

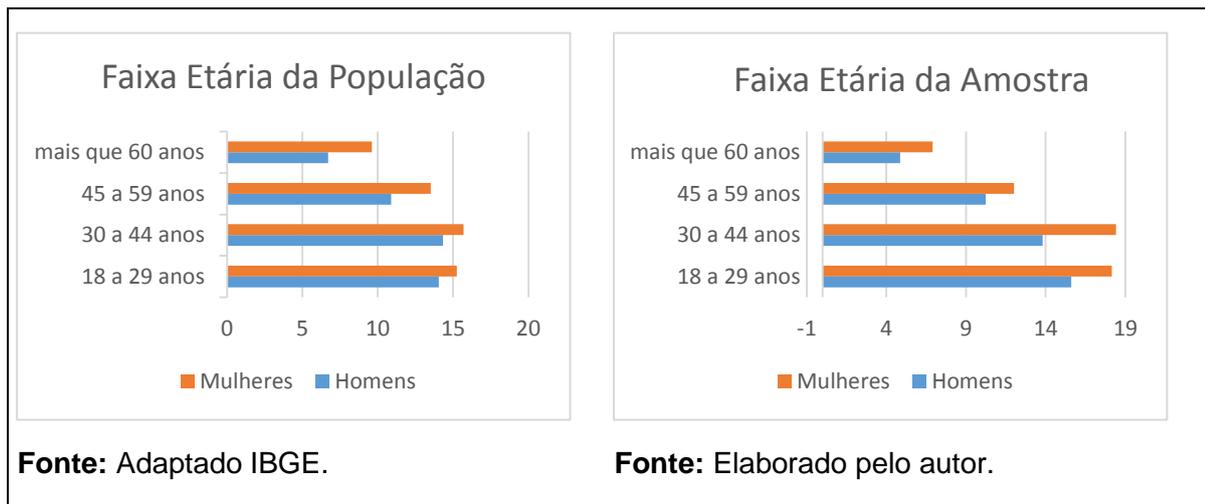


Figura 6 - Faixa etária da amostra e da população de Passo Fundo.

4.2.1.2 Variáveis das relações médicas

Nesta seção, são analisadas as variáveis da relação médica entre o entrevistado e o médico consultado. Em relação à forma como realizam a consulta médica, 43,2% relataram usar plano de saúde, 31,5% particular e 25,3% ambas as formas. A maioria dos respondentes (56,5%) buscaram o serviço médico para uma avaliação de rotina, sendo que 39,1% por motivo de doença e apenas 4,3% por motivos estéticos. A média de idade aparente do médico pesquisado foi de 45,41 anos (desvio-padrão = 10,25 anos). A especialidade médica mais citada foi clínico geral (19,63%), seguida por ginecologia (17,65%) e oftalmologia (11,50%), conforme tabela 3.

Tabela 3 - Especialidade do Médico

Especialidade	Respostas	Percentual
Clínico Geral	76	19,43%
Ginecologista	69	17,65%
Oftalmologista	45	11,50%
Cardiologista	41	10,49%
Ortopedista	26	6,65%
Psiquiatra	24	6,14%
Gastrologista	15	3,83%
Neurologista	11	2,81%

Endocrinologista	10	2,56%
Cirurgião Plástico	10	2,56%
Dermatologista	10	2,56%
Otorrino	9	2,30%
Urologista	8	2,04%
Geriatra	7	1,79%
Pneumologista	7	1,79%
Pediatra*	6	1,53%
Cirurgião Vascular	6	1,53%
Obstetra	3	0,77%
Oncologista	2	0,51%
Cirurgião Geral	1	0,26%
Alergista	1	0,26%
Hematologista	1	0,26%
Infectologista	1	0,26%
Mastologista	1	0,26%
Nefrologista	1	0,26%
Total	391	100%

Fonte: Elaborado pelo autor.

Notas: *Pais que levaram seus filhos ao médico.

Outra variável pesquisada foi como o entrevistado costuma escolher e como escolheu o médico consultado (tabela 4). A maioria deles costuma escolhe-los por meio da indicação de familiares (média = 7,11), seguido pela indicação de amigos (média = 6,54) e indicação de outro médico (média = 6,54). Entretanto, para a escolha do último médico consultado nos últimos 12 meses, o qual todas as questões foram respondidas, a disponibilidade da agenda médica obteve a maior média (5,36), seguido pela indicação de amigos (média = 4,91). Essa diferença sugere que o indivíduo quando necessita de atendimento médico, altera o padrão de escolha e considera essencial o pronto-atendimento. Verifica-se, também, que a escolha do médico por meio da pesquisa pela internet apresentou a menor média para ambas as perguntas (2,75 e 1,86).

Tabela 4 – Formas de como as pessoas costumam escolher os seus médicos

	Como costuma escolher o médico			Como escolheu o médico consultado		
	Média	Mediana	Coeficiente de Variação	Média	Mediana	Coeficiente de Variação
Indicação de Familiares	7,11	8,00	47,81%	4,69	5,00	90,61%
Indicação de Amigos	6,54	8,00	54,58%	4,91	5,00	87,16%
Indicação de Outro Médico	6,54	8,00	57,38%	3,79	0,00	112,40%
Disponibilidade Do Médico (Agenda)	5,86	7,00	63,10%	5,36	5,00	74,62%
Preço (Fator Econômico)	5,26	5,0	76,04%	4,46	5,00	92,82%
Lista do Plano de Saúde	5,24	7,00	83,01%	4,75	5,00	93,89%
Indicação de Colegas de Trabalho	4,63	5,00	83,58%	2,56	0,00	137,50%
Pesquisa pela Internet	2,75	0,00	126,09%	1,86	0,00	176,12%

Fonte: Elaborado pelo autor.

4.2.2 Medidas descritivas

Nessa subseção, as estatísticas descritivas das variáveis que compõem a escala de desconfiança, proposta por este estudo, está organizada por construtos. Cada construto apresenta as distribuições de média, mediana, coeficiente de variação de Pearson, percentual *floor-box* (percentual das notas 0, 1 e 2) e percentual *top-box* (percentual das notas 8, 9 e 10), conforme as tabelas a seguir.

4.2.2.1 Antecedentes

As medidas descritivas dos antecedentes do construto desconfiança, de forma geral, estão apresentados na tabela 5.

Tabela 5 - Estatística descritiva dos antecedentes da desconfiança

Antecedentes	Média	Coefficiente de Variação	Mediana	Percentual <i>Floor-Box</i> Nota (0,1,2)	Percentual <i>Top-Box</i> Nota (8,9,10)
Comunicação Técnica	8,62	21,92%	9,4	1,80%	76,70%
Comunicação Afetiva	8,55	30,30%	10,00	5,9%	74,70%
Características Físicas	8,31	26,15%	9,00	3,30%	60,90%
Atendimento da Secretária	8,21	35,03%	10,00	5,40%	69,10%
Experiência Médica	8,04	27,11%	8,50	2,30%	63,90%
Empatia Emocional	7,95	29,89%	8,83	3,10%	59,60%
Qualificação do Médico	7,77	30,11%	8,33	2,30%	59,10%
Competência	7,74	24,93%	8,16	2,30%	56,12%
Idade do Médico	7,47	34,93%	8,00	5,60%	52,70%
Preocupação Empática	7,14	32,24%	7,40	4,30%	33,08%
Atendimento do Médico	6,94	27,59%	7,00	2,00%	65,60%

Fonte: Elaborado pelo autor.

O antecedente comunicação técnica foi o que obteve a maior média (8,62) entre todos os que envolveram a desconfiança. Já o antecedente atendimento médico, apresentou a menor média, com apenas 6,94. Todos eles, serão detalhados nas seções a seguir.

4.2.2.1.1 Competência

Sobre o construto competência (tabela 6), observa-se que, dos seis itens que o construto é composto, quatro desses apresentam média acima de 8,29, sinalizando uma alta adesão nessas afirmações. A assertiva “O (a) médico era muito competente.” obteve média de 8,79, mediana com pontuação máxima (10,0), percentual *floor-box* de apenas 2,8% e percentual *top box* de 84,4%, sugerindo uma alta concordância dos entrevistados nessa afirmação. Por outro lado, a assertiva “O (a) médico parece ser o

mais competente da área.” e “*O (a) médico me indicou várias soluções para o meu problema.*” obtiveram uma média de apenas 6,77 e 5,50 (respectivamente), com alta dispersão nos dados (43,54% e 74,83%) e baixo percentual *top box* (52,80% e 48,10%), sinalizando uma baixa concordância nessa afirmação. Cabe ressaltar sobre essas assertivas que, no momento da coleta dos dados, vários respondentes afirmaram que o médico era competente, mas não sabiam se era o mais competente da área. Isso também ocorreu na assertiva “*O (a) médico me indicou várias soluções para o meu problema.*”, em que os entrevistados observaram que o médico indicou uma solução para o problema, não várias soluções, como está na assertiva.

Tabela 6 - Estatística descritiva do construto Competência

		Média	Coefficiente de Variação	Mediana	Percentual Floor-Box Nota (0,1,2)	Percentual Top-Box Nota (8,9,10)	
Competência	Q7	O (a) médico era muito competente.	8,79	23,20%	10	2,80%	84,4%
	Q49	O (a) médico falou com muita firmeza as informações que eu buscava.	8,55	27,69%	10	4,30%	80,10%
	Q22	O (a) médico me provou o conhecimento que ele tem.	8,55	27,41%	10	3,60%	80,10%
	Q18	O (a) médico fez o melhor por mim.	8,29	30,95%	10	5,40%	75,2%
	Q31	O (a) médico parece ser o mais competente da área.	6,77	43,54%	8	10,7%	52,80%
	Q40	O (a) médico me indicou várias soluções para o meu problema.	5,50	74,83%	7	33,80%	48,10%
Resultado do Construto – COMPETÊNCIA		7,74	24,93%	8,16	2,30%	56,12%	

Fonte: Elaborado pelo autor

4.2.2.1.2 Comunicação

A antecedente comunicação foi dividida em dois tipos: o repasse de informações para que as pessoas possam realizar as tarefas com eficiência (nesse trabalho chamada de comunicação técnica); e o desenvolvimento da motivação e da cooperação das pessoas (chamada de comunicação afetiva).

Em relação ao construto comunicação técnica (tabela 7), observa-se que a média das cinco assertivas desse construto encontram-se entre 8 e 9, sugerindo que os entrevistados consideram a comunicação técnica do médico adequada. Destaca-se também que há pouca variação em todo o construto (percentual *floor-box* e *top box*), com pontuação máxima (10,0) para a mediana em todos os itens.

Tabela 7 - Estatística descritiva do construto Comunicação Técnica

		Média	Coefficiente de Variação	Mediana	Percentual <i>Floor-Box</i> Nota (0,1,2)	Percentual <i>Top-Box</i> Nota (8,9,10)	
Comunicação Técnica	Q4	O (a) médico transmitiu seu conhecimento de maneira muito clara.	8,71	25,85%	10,00	3,8%	83,3%
	Q6	O (a) médico prestou muita atenção nas coisas que eu disse.	8,67	24,68%	10,00	2,6%	82,1%
	Q1	O (a) médico demonstrou muita segurança em passar as informações para mim.	8,65	25,89%	10,00	4,1%	81,8%
	Q50	O (a) médico falou pausadamente comigo.	8,44	26,89%	9,00	5,90%	79,50%

Q17	O (a) médico fez muitas perguntas sobre as queixas que tinha.	8,31	31,28%	10,00	6,9%	79,5%
Resultado do Construto – COMUNICAÇÃO TÉCNICA		8,62	21,92%	9,4	1,80%	76,70%

Fonte: Elaborado pelo autor.

No que se refere ao construto comunicação afetiva, nota-se, na tabela 8, que sua média é elevada (8,55), com destaque a assertiva *O (a) médico me tratou com muita grosseria*, com média de 8,77 e um percentual *top-box* de 84,1%. Já a assertiva *“O (a) médico explicou sobre o meu problema de forma bastante carinhosa”*, apresenta a menor pontuação, com uma alta dispersão nos dados (36,45%) (BUSSAB; MORETIN, 2017).

Registra-se também que a pontuação das duas assertiva *“O (a) médico me tratou com muita grosseria”* e *O (a) médico era muito arrogante (acha que sabe tudo, que é superior aos outros)* foi invertida de forma a manter maiores notas no construto comunicação afetiva.

Tabela 8 - Estatística descritiva do construto Comunicação Afetiva

		Média	Coeficiente de Variação	Mediana	Percentual <i>Floor-Box</i> Nota (0,1,2)	Percentual <i>Top-Box</i> Nota (8,9,10)	
Comunicação Afetiva	Q29	O (a) médico me tratou com muita grosseria*	8,77	29,53%	10,00	7,2%	84,1%
	Q24	O (a) médico era muito arrogante (acha que sabe tudo, que é superior aos outros).*	8,32	36,05%	10,00	10,20%	77,20%
	Q45	O (a) médico explicou sobre o meu problema de forma bastante carinhosa.	8,07	36,45%	9,00	8,40%	70,0%

Resultado do Construto – COMUNICAÇÃO AFETIVA	8,55	30,30%	10,00	5,9%	74,70%
---	------	--------	-------	------	--------

Fonte: Elaborado pelo autor.

Nota: * Assertiva Invertida

4.2.2.1.3 Empatia

O construto empatia também foi dividido em duas variáveis: a empatia identificada por sentimentos de compaixão, simpatia e preocupação com o bem-estar do outro (nesse trabalho chamada de empatia emocional); e a empatia em relação ao prestar atenção, ouvir sensivelmente e agir em prol do outro (chamada de preocupação empática).

Sobre o construto empatia emocional (tabela 9), nota-se que a pontuação média geral do construto é de 7,95, sugerindo que os entrevistados consideram que o médico possui sentimentos de compaixão e de preocupação com o bem estar do paciente, destacando-se a assertiva “O (a) médico me trata muito bem.”, com mediana máxima (10,0) e média de 8,55. Destaca-se também a assertiva “O (a) médico sempre entendeu meus sentimentos.” (7,53) e a assertiva “O (a) médico me faz sentir muita admiração por ele.” (7,21), as duas questões com menores médias e com alta dispersão nos dados (41,56% e 45,74%).

Tabela 9 - Estatística descritiva do construto Empatia Emocional

			Média	Coefficiente de Variação	Mediana	Percentual Floor-Box Nota (0,1,2)	Percentual Top-Box Nota (8,9,10)
Empatia Emocional	Q46	O (a) médico me trata muito bem.	8,55	26,66%	10,00	3,60%	77,70%
	Q51	O (a) médico estava de bom humor, contribuído com os meus resultados clínicos.	8,25	31,75%	10,00	6,40%	75,7%
	Q21	O (a) médico compreendeu meus	7,96	35,67%	9,00	7,70%	72,1%

	sentimentos e me fez sentir melhor.					
Q36	O (a) médico sempre entendeu meus sentimentos.	7,53	41,56%	9,00	10,20%	62,9%
Q42	O (a) médico me faz sentir muita admiração por ele.	7,21	45,74%	8,00	12,50%	61,90%
Resultado do Construto – EMPATIA EMOCIONAL		7,95	29,89%	8,83	3,10%	59,60%

Fonte: Elaborado pelo autor.

O construto preocupação empática apresentou médias menores em relação ao construto empatia emocional, para a maioria dos itens do construto (tabela 10). Observa-se que a assertiva “*O (a) médico demonstrou muito cuidado por mim.*” apresentou a maior média (8,18) das questões do construto, mas com uma alta dispersão nos dados (31,90%) e com mediana de 9,0 pontos. Observa-se também que todos os itens apresentaram alta dispersão, com destaque para a assertiva “*O (a) médico conhecia muito bem meu histórico.*” que teve um altíssimo coeficiente de variação (73,26%), menor média do construto (5,63).

Outro ponto de destaque nesse construto é a assertiva “*O (a) médico está sempre disposto a me atender.*”, que apresenta um percentual *top-box* de apenas 58,60%, sinalizando que os respondentes não consideraram extremos altos para essa questão. A assertiva “*O (a) médico mudaria a data da consulta, se eu precisasse.*”, além de mostrar alta dispersão nos dados (55,87%), aponta um percentual *floor-box* e *top-box* muito próximos, se comparados com os outros itens da pesquisa, sugerindo que variabilidade nas respostas.

Tabela 10 - Estatística descritiva do construto Preocupação Empática

		Média	Coefficiente de Variação	Mediana	Percentual Floor-Box Nota (0,1,2)	Percentual Top-Box Nota (8,9,10)
Q33	O(a) médico demonstrou muito cuidado por mim.	8,18	31,90%	9,00	5,90%	74,4%
Q3	O (a) médico demonstrou muita preocupação comigo.	7,85	36,05%	9,00	7,40%	69,10%
Q14	O (a) médico está sempre disposto a me atender.	7,47	38,24%	8,00	6,60%	58,60%
Q11	O (a) médico mudaria a data da consulta, se eu precisasse.	6,64	55,87%	8,00	21,50%	54,70%
Q37	O (a) médico conhecia muito bem meu histórico.	5,63	73,26%	7,00	32,50%	45,5%
Resultado do Construto – PREOCUPAÇÃO EMPÁTICA		7,14	32,24%	7,40	4,30%	33,08%

Fonte: Elaborado pelo autor

Nota: * Assertiva Invertida

4.2.2.1.4 Infraestrutura de Atendimento

O construto infraestrutura de atendimento foi dividido em três variáveis: características físicas, que corresponde as características físicas do médico e do seu local de trabalho; atendimento da secretária e atendimento do médico. Observando o construto infraestrutura de atendimento, de forma geral, nota-se que o construto características físicas apresenta a média (8,31) mais elevada das variáveis que compõem esse construto, sendo que a menor média está nos itens do construto atendimento médico, pontuando apenas 6,94.

Sobre as características físicas (tabela 11), destaca-se a assertiva “O consultório médico possuía um espaço físico agradável.”, que apresenta média de 8,79, sinalizando que os respondentes consideram que o espaço físico do consultório tinha tais características. Outro ponto de destaque, nessa assertiva, é o percentual *floor-box* e *top-box*, mostra que poucos entrevistados pontuaram notas 0,1 e 2 (2,0%) e a grande maioria pontuaram as notas máximas (83,10%), concordando com a afirmação do item. Ainda sobre as características físicas, nota-se que a assertiva “O médico tem um consultório muito bonito.”, apresenta média de 7,84, sinalizando que os respondentes também concordam com essa afirmação.

Tabela 11 - Estatística descritiva dos construtos Características Físicas

			Média	Coefficiente de Variação	Mediana	Percentual <i>Floor-Box</i> Nota (0,1,2)	Percentual <i>Top-Box</i> Nota (8,9,10)
Características Físicas	Q9	O consultório médico possuía um espaço físico agradável.	8,79	22,75%	10,00	2,00%	83,10%
	Q41	O (a) médico tem um consultório muito bonito.	7,84	35,39%	9,00	6,40%	83,10%
Resultado do Construto – CARACTERÍSTICAS FÍSICAS			8,31	26,15%	9,00	3,30%	60,90%

Fonte: Elaborado pelo autor

O construto atendimento da secretária apresenta média elevada (8,21) e mediana máxima (10,0) para todos os itens do construto (tabela 12). Observa-se também que o coeficiente de variação é maior que 35%, para todos os itens, sugerindo um alto grau de dispersão nos dados.

Tabela 12 - Estatística descritiva do construto Atendimento da Secretária

			Média	Coeficiente de Variação	Mediana	Percentual <i>Floor-Box</i> Nota (0,1,2)	Percentual <i>Top-Box</i> Nota (8,9,10)
Atendimento da Secretária	Q23	A secretária do (a) médico era muito grosseira.*	8,26	35,59%	10,00	5,90%	75,20%
	Q44	A secretária do (a) médico era muito desorganizada.*	8,17	37,33%	10,00	11,30%	74,20%
Resultado do Construto – ATENDIMENTO DA SECRETÁRIA			8,21	35,03%	10,00	5,40%	69,10%

Fonte: Elaborado pelo autor

Nota: * Assertiva Invertida

Em relação ao atendimento médico (tabela 13), que foi o construto que menos pontuou em relação as demais variáveis do construto (6,94), pode-se destacar a assertiva “O (a) médico trabalha sempre em equipe.”, que apresenta uma média baixa (5,92) e um altíssimo coeficiente de variação dos dados (64,35%). Ressalta-se, também, nessa assertiva, que o percentual *floor-box* e *top-box* estão muito próximos e pouco pontuados. Nota-se também que a assertiva “O (a) médico me atendeu com muita pressa.” é o único item do construto atendimento médico que obteve mediana máxima (10,0). A assertiva “O médico (a) tem uma aparência física agradável”, foi a assertiva que apresentou a maior média 8,24, sinalizando que os respondentes concordam com a afirmação do item.

Tabela 13 - Estatística descritiva do construto Atendimento do Médico

			Média	Coeficiente de Variação	Mediana	Percentual Floor-Box Nota (0,1,2)	Percentual Top-Box Nota (8,9,10)
Atendimento do Médico	Q35	O (a) médico tem uma aparência física agradável.	8,24	29,91%	9,00	4,60%	72,90%
	Q30	O (a) médico me atendeu com muita pressa.*	7,82	41,43%	10,00	12,00%	69,60%
	Q47	O (a) médico me atendeu no horário marcado, não atrasou.	6,58	52,22%	7,00	17,40%	49,1%
	Q48	O (a) médico trabalha sempre em equipe.	5,92	64,35%	7,00	25,10%	37,30%
Resultado do Construto – ATENDIMENTO DO MÉDICO			6,94	27,59%	7,00	2,00%	65,60%

Fonte: Elaborado pelo autor

Nota: * Assertiva Invertida

4.2.2.1.5 Qualificação do Médico

O construto qualificação do médico (tabela 14) mostra média de 7,77 para as três assertivas que a compõem, além de uma alta dispersão nos dados (30,11%). A assertiva “O (a) médico que eu escolhi, parece que está sempre se atualizando.”, apresenta a maior média (8,15) dos itens do construto, o que sugere que os entrevistados concordam com a afirmação do item. Em relação à assertiva “O (a) médico que escolhi, sempre frequenta congressos.”, verifica-se que o percentual *top-box* está com apenas 54,20%, sinalizando que a questão obteve pouca concordância entre os respondentes. Isso talvez tenha ocorrido pelo fato de o paciente não saber essa informação, uma vez que a maioria dos entrevistados apresentaram dúvidas ao responder as questões sobre esse construto.

Tabela 14 - Estatística descritiva do construto Qualificação do Médico

			Média	Coeficiente de Variação	Mediana	Percentual Floor-Box Nota (0,1,2)	Percentual Top-Box Nota (8,9,10)
Qualificação do Médico	Q12	O (a) médico que eu escolhi, parece que está sempre se atualizando.	8,15	29,93%	9,00	4,30%	70,60%
	Q34	O (a) médico que escolhi (que consultei), sempre se especializa.	7,83	33,46%	9,00	4,60%	64,20%
	Q5	O (a) médico que escolhi, sempre frequenta congressos.	7,34	36,90%	8,00	5,10%	54,20%
Resultado do Construto – QUALIFICAÇÃO DO MÉDICO			7,77	30,11%	8,33	2,30%	59,10%

Fonte: Elaborado pelo autor

4.2.2.1.6 Idade

O construto idade também foi dividido em dois antecedentes: experiência médica e idade do médico. A estatística descritiva do construto idade (tabela 15), de forma geral, mostra que o antecedente experiência médica obtém média maior (8,04) que a do antecedente idade do médico (7,47). Isso sugere que os entrevistados concordam que o médico possui experiência, destacando-se a assertiva “*O (a) médico aparentava ser muito experiente.*”, com média de 8,35. Em relação ao antecedente idade do médico, nota-se que houve uma alta dispersão dos dados nas duas assertivas que compõem a variável (34,93%), destacando a assertiva “*A juventude do médico não importa muito para mim*”, com coeficiente de variação de 44,69%.

Tabela 15 - Estatística descritiva do construto Idade

			Média	Coeficient e de Variação	Median a	Percentual <i>Floor-Box</i> Nota (0,1,2)	Percentual <i>Top-Box</i> Nota (8,9,10)
Experiência Médica	Q10	O (a) médico aparentava ser muito experiente.	8,35	29,82%	10,00	5,40%	77,50%
	Q16	A experiência do (a) médico teve muita importância para mim.	7,73	36,35%	9,00	7,40%	68,00%
Resultado do Construto – EXPERIÊNCIA MÉDICA			8,04	27,11%	8,50	2,30%	63,90%
Idade do Médico	Q2	A idade que o (a) médico aparentava ter, não teve nenhuma importância para mim.	7,79	38,89%	9,00	9,00%	68,50%
	Q32	A juventude do médico não importa muito para mim.	7,15	44,69%	8,00	12%	58,80%
Resultado do Construto – IDADE DO MÉDICO			7,47	34,93%	8,00	5,60%	52,70%

Fonte: Elaborado pelo autor.

4.2.2.2 Consequentes

Nas variáveis da tabela 16, verifica-se que o boca-a-boca negativo apresentou a maior média (8,52), destacando-se a assertiva “*Eu escreveria coisas ruins sobre o (a) médico nas redes sociais.*”, com média de 8,82, o que indica que os entrevistados concordam com essa afirmação. Já, no consequente segunda opinião, observa-se a menor média das variáveis (7,57), uma alta dispersão os dados (47,02%), além de uma grande variabilidade nas repostas, como mostra o percentual *floor-fox* e *top-box* (tabela 16).

Além do conseqüente segunda opinião, os conseqüentes automedicação e trocar de médico, também obtiveram elevados coeficientes de variação (43,56% e 47,32%), com médias próximas (7,76 e 7,67). O conseqüente aderir ao tratamento e recomendação apresentaram uma média acima de 8,0, o que sugere que os entrevistados concordaram com as duas assertivas. Ressalta-se também que a mediana obteve pontuação máxima para todos os construtos da tabela 16.

Tabela 16 - Estatística descritiva dos conseqüentes

Construto			Média	Coef. de Variação	Mediana	Percentual Floor-Box Nota (0,1,2)	Percentual Top-Box Nota (8,9,10)
Boca-a-boca Negativo	Q39	Eu escreveria coisas ruins sobre o (a) médico nas redes sociais.*	8,82	31,17%	10,00	9,00%	85,40%
	Q43	Eu falaria mal do (a) médico para as pessoas.*	8,26	39,91%	10,00	8,70%	77,70%
Resultado do Conseqüente BOCA-A-BOCA NEGATIVO			8,52	31,80%	10,00	6,90%	75,70%
Aderir o Tratamento	Q8	Segui totalmente o tratamento indicado pelo o (a) médico.	8,29	32,53%	10,00	6,60%	76,20%
Recomendação	Q28	Eu recomendaria o (a) médico para outras pessoas.	8,07	35,84%	10,00	7,40%	72,4%
Automedicação	Q38	Eu senti muita vontade de tomar remédios por conta própria.*	7,76	43,56%	10,00	14,3%	69,3%
Trocar de Médico	Q15	Eu senti muita vontade de trocar de médico (a).*	7,67	47,32%	10,00	18,7%	71,9%

Segunda Opinião	Q27	Eu senti vontade de buscar uma segunda opinião, antes de iniciar o tratamento que o (a)médico recomendou. *	7,57	47,02%	10,00	16,40%	69,10%
--------------------	-----	---	------	--------	-------	--------	--------

Fonte: Elaborado pelo autor

Nota: * Assertiva Invertida

4.2.2.3 Desconfiança

Finalmente, o construto desconfiança (tabela 17) apresenta uma média superior a 8,12, sinalizando que os entrevistados concordam com os itens dele. Além disso, a mediana obteve pontuação máxima (10,0) para todas as assertivas. A assertiva “*Eu acho que o (a) médico escondeu alguma coisa de mim*” obteve a maior média (8,54) do construto, assim como um alto percentual *top-box* (81,30%), sugerindo que os entrevistados concordam com essa afirmação.

Tabela 17 - Estatística descritiva da Desconfiança

			Média	Coef. de Variação	Mediana	Percentual <i>Floor-Box</i> Nota (0,1,2)	Percentual <i>Top-Box</i> Nota (8,9,10)
Desconfiança	Q13	Eu acho que o (a) médico escondeu alguma coisa de mim.*	8,54	33,84%	10,00	5,90%	81,30%
	Q19	Eu percebi que o (a) médico errou no meu tratamento.*	8,25	38,42%	10,00	12,30%	78,50%
	Q26	Eu duvido que o (a) médico se preocupou comigo.*	8,18	38,14%	10,00	8,20%	74,70%
	Q25	Eu senti que o (a) médico não cuidou	7,91	42,22%	10,00	14,10%	73,10%

		de mim como deveria.*					
	Q52	O (a) médico estava interessado apenas no meu dinheiro.*	7,62	42,12%	10,00	10,70%	64,20%
Resultado do Construto – DESCONFIANÇA			8,12	36,04%	9,50	4,12%	65,00%

Fonte: Elaborado pelo autor

Nota: * Assertiva Invertida

Conhecida as estatísticas descritivas dos construtos presentes na escala de desconfiança, a próxima etapa da análise dos resultados apresenta a preparação dos dados para a aplicação das técnicas estatísticas multivariadas propostas.

4.2.3 Preparação do banco de dados para aplicação das técnicas de estatísticas de análise multivariada

Inicialmente, antes da aplicação das técnicas estatísticas de análise multivariada proposta, foi verificado a presença de dados ausentes e de dados extremos (*outliers*).

Em relação à presença de dados ausentes, não houve falha no preenchimento do instrumento, visto que a coleta foi realizada por um entrevistador, ao invés de autopreenchimento. Portanto, não existem dados faltantes. Já a verificação da presença de *outliers* foi realizada, a partir do ponto de vista univariado e multivariado, conforme Hair et al, 2014.

No ponto de vista univariado, as variáveis foram padronizadas e verificou-se a presença de z-escores acima de 3, para possível tratamento ou exclusão do caso. Foram retirados 60 questionários que possuíam um z-escore acima de 3, obtendo, assim, um banco com 331 respondentes.

Após a exclusão dos casos com *outliers* univariados, fez-se a análise dos extremos sob o ponto de vista multivariado. Para a identificação desses dados,

calculou-se a distância de Mahalanobis, em que 5 casos estavam com valores superiores ao nível de significância determinado (0,05), os quais foram excluídos, permanecendo um banco com 326 respondentes. Conhecido o banco de dados final, passou-se para aplicação das técnicas estatísticas multivariadas propostas.

4.2.4 Modelagem de Equações Estruturais (PLS)

Nessa seção, é apresentado o modelo de mensuração inicial da pesquisa, após a aplicação da análise fatorial exploratória. Além da visão geral do modelo, nessa seção é avaliado cada construto de forma individual, por meio de análises relacionadas à validade e à confiabilidade das cargas fatoriais (acima de 0,600), à confiabilidade composta (acima de 0,700), à consistência interna (*Alpha de Cronbach* acima de 0,600), à variância média extraída (AVE superior a 0,500) e à validade discriminante. Os valores adotados seguiram os critérios sugeridos por Prearo (2013).

4.2.4.1 Avaliação do modelo de mensuração

Depois da aplicação da análise fatorial exploratória, o modelo inicial tem a seguinte configuração (figura 7). A partir desse modelo, os construtos são avaliados de forma individual.

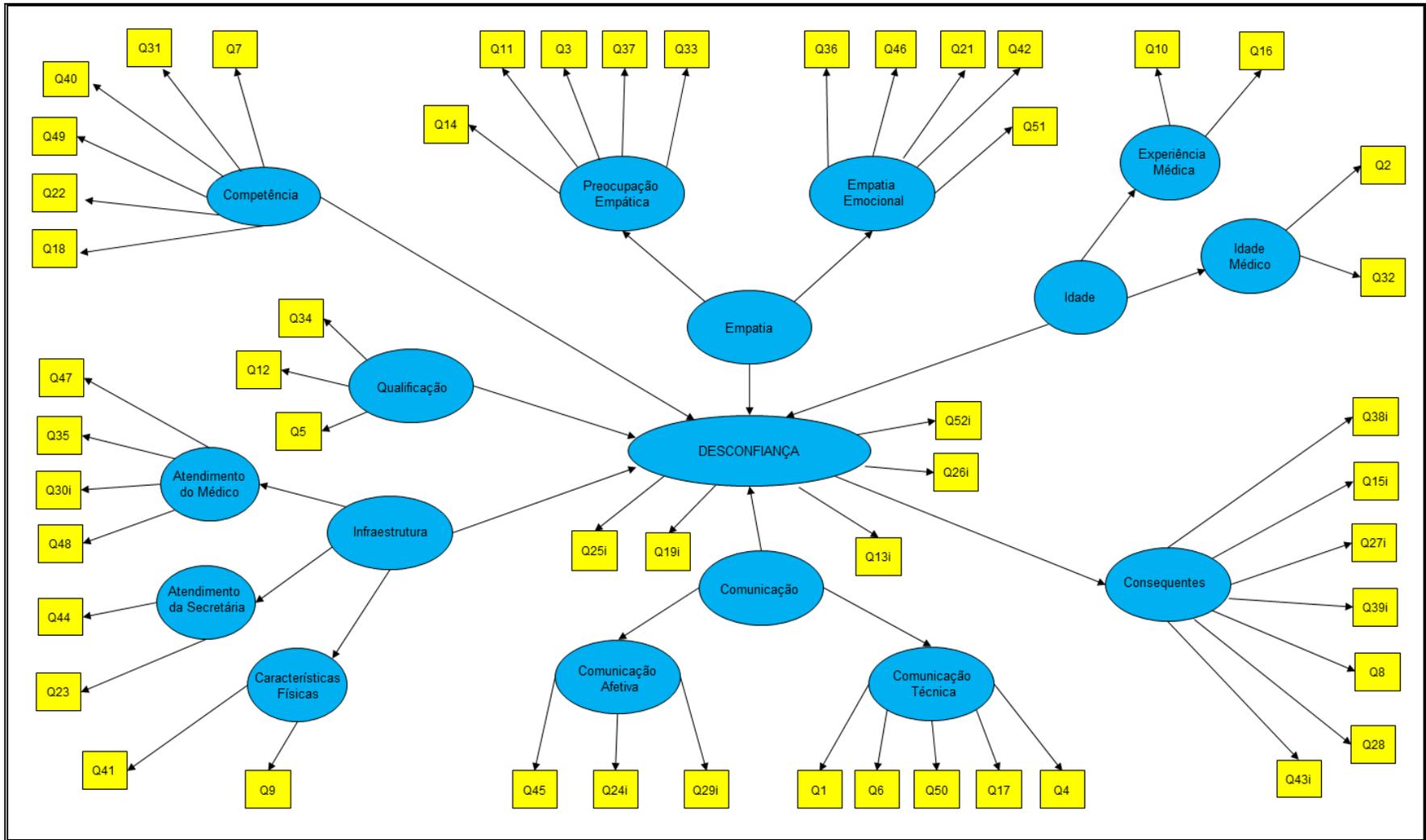


Figura 7 - Modelo de mensuração inicial

Fonte: Elaborado pelo autor.

4.2.4.1.1 Competência

O construto competência (figura 8) apresenta seis variáveis. Na primeira avaliação do modelo, a análise apresentou problemas de ajustamento. Duas variáveis Q31 “O (a) médico parece ser o mais competente da área.” e Q40 “O (a) médico me indicou várias soluções para o meu problema.” foram excluídos por, apresentarem carga fatorial abaixo de 0,600, atendendo os critérios propostos em Prearo (2013).

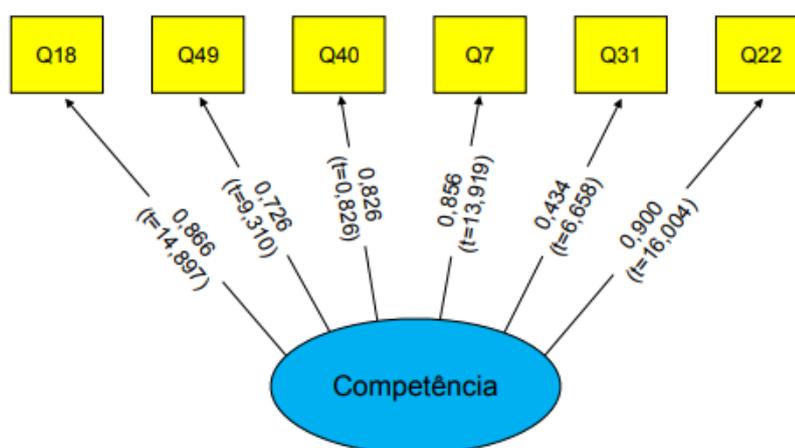


Figura 8 – Diagrama de caminho: Construto Competência.

Legenda: Q7-O (a) médico era muito competente; Q18-O (a) médico fez o melhor por mim; Q22-O (a) médico me provou o conhecimento que ele tem; Q31-O (a) médico parece ser o mais competente da área; Q40-O (a) médico me indicou várias soluções para o meu problema; Q49-O (a) médico falou com muita firmeza as informações que eu buscava.

Fonte: Elaborado pelo autor.

No que se refere à confiabilidade composta, o construto apresentou valor de 0,906, bem acima do valor mínimo exigido que é de 0,700 (PREARO, 2013). Em relação à consistência interna, o *alpha de Cronbach*, o valor foi de 0,862, também superior ao mínimo exigido para esse indicador que é de 0,600 (PREARO, 2013). Na análise da variância média extraída (AVE), o construto apresentou valor de 0,704, acima dos 0,500 sugeridos como mínimo aceitável na literatura (PREARO, 2013). Sobre a validade discriminante, para haver a validade, a raiz quadrada da variância média extraída (AVE) deve ser maior do que a correlação entre o construto e os outros

do modelo. Nesse trabalho, a validade discriminante também foi atendida em todos eles.

4.2.4.1.2 Comunicação

Na análise exploratória fatorial, o construto comunicação foi dividido em dois fatores: comunicação técnica e comunicação afetiva. A comunicação afetiva apresenta 3 variáveis, já a comunicação técnica apresenta 5 variáveis (figura 9).

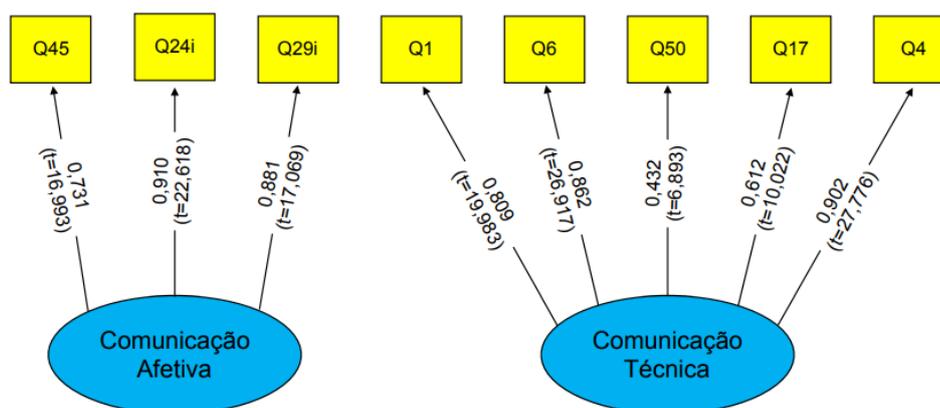


Figura 9 – Diagrama de caminho: Construto Comunicação.

Legenda: **Comunicação Afetiva:** **Q24i-O** (a) médico era muito arrogante (acha que sabe tudo, que é superior aos outros); **Q29i-O** (a) médico me tratou com muita grosseria; **Q45-O** (a) médico explicou sobre meu problema de forma bastante carinhosa. **Comunicação Técnica:** **Q1-O** (a) médico demonstrou muita segurança em passar as informações para mim; **Q4-O** (a) médico transmitiu seu conhecimento de maneira muito clara; **Q6-O** (a) médico prestou muita atenção nas coisas que eu disse; **Q17-O** (a) médico fez muitas perguntas sobre as queixas que eu tinha; **Q50-O** (a) médico falou pausadamente comigo.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Na avaliação inicial do modelo, o construto de primeira ordem comunicação afetiva não apresentou problemas no ajustamento. Suas cargas fatoriais tiveram valores entre 0,910 e 0,731, valores bem acima de 0,600, mínimo proposto na literatura (PREARO, 2013). Em relação à confiabilidade composta, à consistência interna e à análise da variância média extraída (AVE), também não houve exclusão de nenhuma variável, já que o construto apresentou valores acima do mínimo exigido

para essas análises (confiabilidade composta = 0,890, *alpha de Cronbach* = 0,754 e AVE=0,802). A validade discriminante também foi atendida.

Na avaliação do construto de primeira ordem comunicação técnica, a variável Q50 “O (a) médico falou pausadamente comigo.” foi excluída, pois apresentou uma carga fatorial de 0,432, valor abaixo do mínimo exigido (PREARO, 2013). Quanto a confiabilidade composta, a consistência interna e a análise da variância média extraída (AVE), não houve exclusão de nenhum indicador, já que o construto apresentou valores acima do mínimo exigido para essas análises (confiabilidade composta = 0,809, *alpha de Cronbach* = 0,843 e AVE=0,623). A validade discriminante também foi atendida nesse construto.

4.2.4.1.3 Empatia

O construto empatia foi dividido em dois fatores: preocupação empática e empatia emocional, cada fator com cinco variáveis (figura 10).

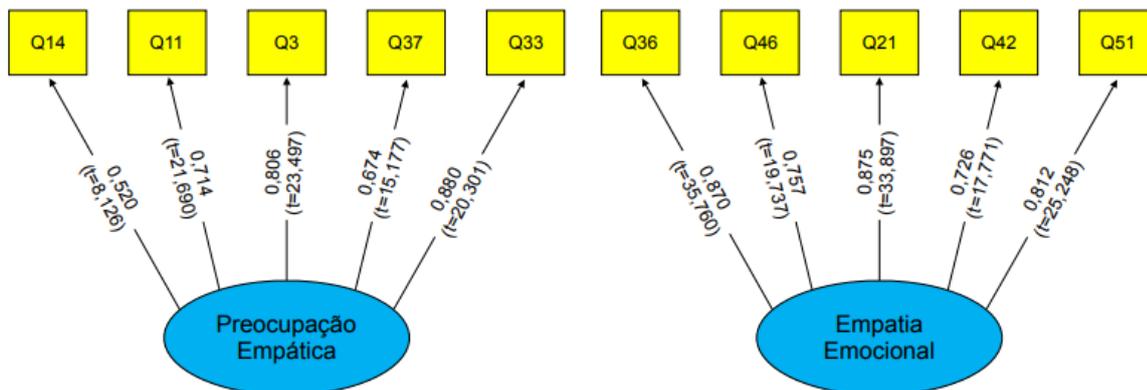


Figura 10 – Diagrama de caminho: Construto Empatia.

Legenda: Preocupação Empática: Q3-O (a) médico demonstrou muita preocupação comigo; Q11-O (a) médico mudaria a data da consulta, se eu precisasse. Q14-O (a) médico está sempre disposto a me atender; Q33- O (a) médico demonstrou muito cuidado por mim; Q37- O (a) médico conhecia muito bem meu histórico. **Empatia Emocional:** Q21- O (a) médico compreendeu meus sentimentos e me fez sentir melhor; Q36- O (a) médico sempre entendeu meus sentimentos; Q42-O (a) médico me faz sentir muita admiração por ele; Q46-O (a) médico me trata muito bem; Q51-O (a) médico estava de bom humor, contribuído com os meus resultados clínicos.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Na primeira análise de qualidade, o modelo apresentou problemas de ajustamento apenas no construto de primeira ordem preocupação empática, na variável Q14 “O (a) médico está sempre disposto a me atender.”, sendo excluída por apresentar carga fatorial abaixo de 0,600 (PREARO, 2013).

No que se refere à confiabilidade composta, os dois fatores apresentaram valores acima de 0,700, sendo 0,896 na empatia emocional e 0,832 na preocupação empática. Em relação à consistência interna, ao *alpha de Cronbach* foi de 0,844 na empatia emocional e 0,701 na preocupação empática, também, atendendo o valor de 0,600, mínimo exigido para esse indicador (PREARO, 2013).

Na análise da variância média extraída (AVE), os dois construtos de primeira ordem apresentaram valores acima dos 0,500 sugeridos como mínimo aceitável na literatura (PREARO, 2013), sendo 0,683 na empatia emocional e 0,626 na preocupação empática. A validade discriminante, também, foi atendida nesse construto.

4.2.4.1.4 Infraestrutura de atendimento

O construto infraestrutura de atendimento foi dividido em três fatores: características físicas, atendimento da secretária e atendimento do médico (figura 11). As características físicas e atendimento da secretária, apresenta duas variáveis cada. Já atendimento do médico é formado por quatro variáveis.

Na avaliação inicial do modelo, os construtos de primeira ordem características físicas e atendimento da secretária não apresentaram problemas no ajustamento. Suas cargas fatoriais tiveram valores entre 0,916 e 0,655, valores acima de 0,600, mínimo proposto na literatura (PREARO, 2013). Em relação à confiabilidade composta, à consistência interna e à análise da variância média extraída (AVE), também não houve exclusão de nenhuma variável desses construtos, pois apresentaram mínimo exigido para essas análises (Características Físicas: confiabilidade composta = 0,904, *alpha de Cronbach* = 0,787 e AVE=0,824; Atendimento da Secretária: confiabilidade composta= 0,853, *alpha de Cronbach* = 0,756 e AVE=0,744). A validade discriminante também foi atendida.

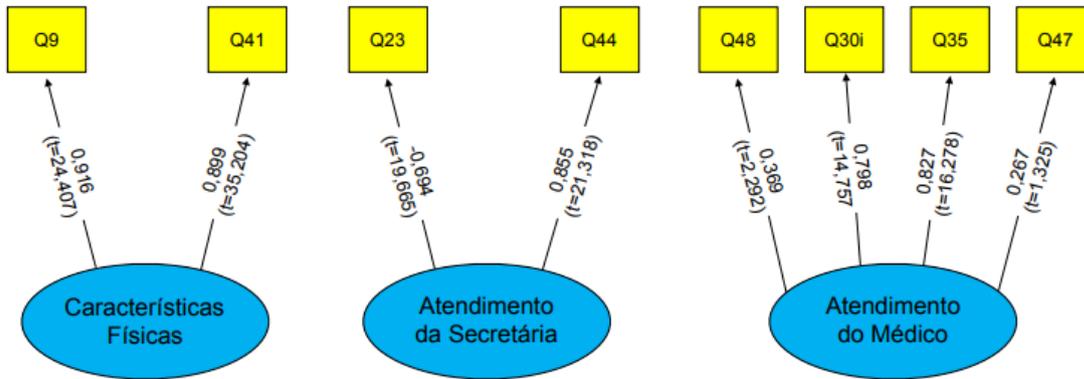


Figura 11 – Diagrama de caminho: Construto Infraestrutura de Atendimento.

Legenda: **Características Físicas:** **Q9**-O consultório médico possuía um espaço físico agradável; **Q41**-O (a) médico tem um consultório muito bonito. **Atendimento da Secretária:** **Q23i**-A secretária do (a) médico era muito grosseira; **Q44**-A secretária do (a) médico era muito desorganizada. **Atendimento do Médico:** **Q30i**-O (a) médico me atendeu com muita pressa; **Q35**-O (a) médico tem uma aparência física agradável; **Q47**-O (a) médico me atendeu no horário marcado, não atrasou. **Q48**-O (a) médico sempre trabalha em equipe.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Já na primeira avaliação do construto de primeira ordem atendimento do médico, houve problemas com as cargas fatoriais das variáveis, Q47 “O (a) médico me atendeu no horário marcado, não atrasou” e Q48 “O (a) médico trabalha sempre em equipe.” A variável Q47 apresentou uma carga fatorial de 0,199 e a Q48 uma carga fatorial 0,062, bem abaixo do mínimo (0,600) proposto em Prearo (2013), sendo dessa forma excluídas.

Em relação à confiabilidade composta, o construto atendimento médico apresentou um valor de 0,795, atendendo os valores exigidos na literatura. No que se refere à consistência interna, o *alpha de Cronbach* foi de 0,786, atendendo o valor de 0,600, mínimo exigido para esse indicador. Na análise da variância média extraída (AVE), o construto também atendeu o valor mínimo sugerido na literatura (PREARO, 2013), com um AVE de 0,666.

4.2.4.1.5 Qualificação

O construto qualificação (figura 12) foi formado por três variáveis. Na primeira avaliação do modelo, o construto apresentou carga fatorial acima de 0,600 em todas as variáveis, atendendo os critérios propostos em Prearo (2013).

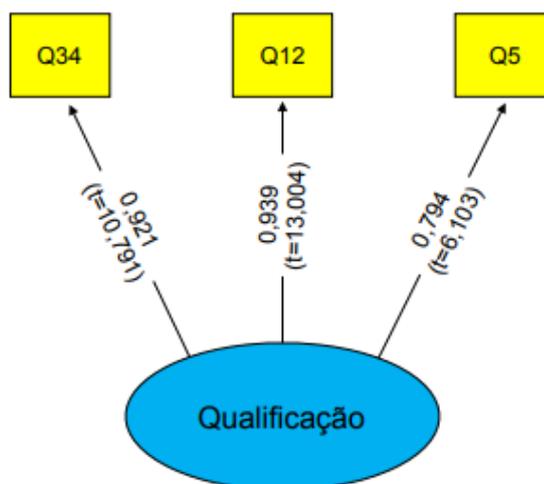


Figura 12 – Diagrama de caminho: Construto Qualificação.

Legenda: Q5 - O (a) médico que escolhi, sempre frequenta congressos; Q12 - O (a) médico que seu escolhi, parece que está sempre se atualizando; Q34 - O (a) médico que escolhi (que consultei), sempre se especializa.

Fonte: Elaborado pelo autor.

No que se refere à confiabilidade composta, o construto apresentou valor de 0,917, bem acima do valor mínimo exigido que é de 0,700 (PREARO, 2013). Em relação ao *alpha de Cronbach*, o valor foi de 0,866, também superior ao mínimo exigido para esse indicador. A variância média extraída (AVE) apresentou valor de 0,786, acima dos 0,500 sugeridos como mínimo aceitável na literatura (PREARO, 2013).

4.2.4.1.6 Idade

O construto idade foi dividido em dois fatores: experiência médica e idade do médico, com duas variáveis cada (figura 13).

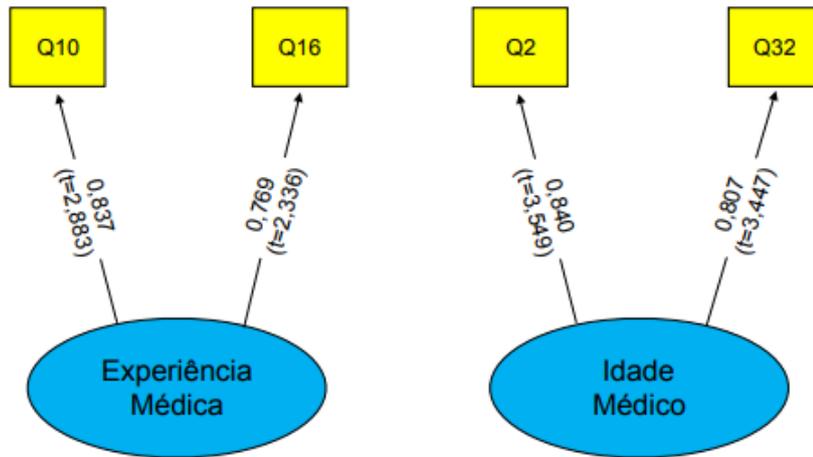


Figura 13 – Diagrama de caminho: Construto Idade.

Legenda: **Q7-O** (a) médico era muito competente; **Q18-O** (a) médico fez o melhor por mim; **Q22-O** (a) médico me provou o conhecimento que ele tem; **Q31-O** (a) médico parece ser o mais competente da área; **Q40-O** (a) médico me indicou várias soluções para o meu problema; **Q49-O** (a) médico falou com muita firmeza as informações que eu buscava.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Na avaliação inicial do modelo, o construto de primeira ordem comunicação afetiva não apresentou problemas no ajustamento. Suas cargas fatoriais tiveram valores entre 0,910 e 0,731, valores bem acima de 0,600, mínimo proposto na literatura (PREARO, 2013). Em relação à confiabilidade composta, à consistência interna e à análise da variância média extraída (AVE), também não houve exclusão de nenhuma variável, já que o construto apresentou valores acima do mínimo exigido para essas análises (confiabilidade composta = 0,890, *alpha de Cronbach* = 0,754 e AVE=0,802). A validade discriminante também foi atendida.

4.2.4.1.7 Consequentes

Os consequentes apresentam 6 variáveis (figura 14). Na primeira avaliação do modelo, a análise apresentou problemas de ajustamento nos consequentes. A variável Q8 “*Segui o totalmente o tratamento indicado pelo o (a) médico.*”, foi excluída do modelo, pois apresentou uma carga fatorial de 0,469, abaixo do critério proposto na literatura que é de 0,600 (PREARO, 2013). As cargas fatoriais das variáveis

restantes que compuseram os consequentes foram estatisticamente significantes, variando de 0,618 a 0,809.

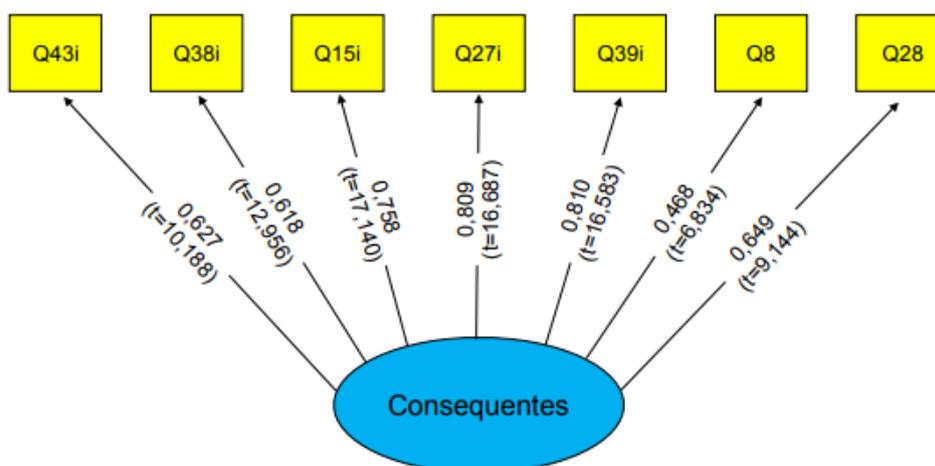


Figura 14 – Diagrama de caminho: Construto Consequentes.

Legenda: **Q39**-Eu escreveria coisas ruins sobre o (a) médico nas redes sociais. **Q43**- Eu falaria mal do (a) médico para as pessoas. **Q15**-Eu senti muita vontade de trocar de médico (a). **Q27**- Eu senti vontade de buscar uma segunda opinião, antes de iniciar o tratamento que o (a) médico recomendou. **Q38**- Eu senti muita vontade de tomar remédios por conta própria.**Q8**- Segui totalmente o tratamento indicado pelo o (a) médico. **Q28**- Eu recomendaria o (a) médico para outras pessoas.

Fonte: Elaborado pelo autor.

No que se refere à confiabilidade composta, à consistência interna e à análise da variância média extraída (AVE), não houve exclusão de nenhuma variável, já que o construto apresentou valores acima do mínimo exigido para essas análises (confiabilidade composta = 0,862, *alpha de Cronbach* = 0,740 e AVE = 0,514). Sobre a validade discriminante, para haver a validade, a raiz quadrada da variância média extraída (AVE) deve ser maior do que a correlação entre o construto e os outros do modelo, sendo que, nos consequentes, esse critério também foi atendido, não havendo exclusão de nenhum deles.

Depois da análise individual de cada um, a tabela 18 resume os resultados comentados sobre a avaliação do modelo de mensuração dos dados.

Tabela 18 - Avaliação do modelo de mensuração.

Construto	Variáveis	Cargas Fatoriais	AVE	Conf. Composta	Alpha de Cronbach
Competência	Q7	0,856	0,709	0,906	0,862
	Q18	0,866			
	Q22	0,901			
	Q31	0,432*			
	Q40	0,262*			
Qualificação	Q49	0,736	0,786	0,917	0,866
	Q5	0,794			
	Q12	0,939			
Experiência Médica	Q34	0,921	0,646	0,785	0,755
	Q10	0,837			
Idade Médica	Q16	0,769	0,679	0,809	0,728
	Q2	0,840			
Atendimento Médico	Q32	0,807	0,660	0,795	0,786
	Q30i	0,798			
	Q35	0,827			
	Q47	0,062*			
Atendimento Secretária	Q48	0,369*	0,744	0,853	0,756
	Q23	-0,650			
Características Físicas	Q44	0,855	0,824	0,904	0,787
	Q9	0,916			
Comunicação Afetiva	Q41	0,899	0,802	0,890	0,754
	Q24i	0,910			
	Q29i	0,881			
Comunicação Técnica	Q45	0,731	0,623	0,890	0,843
	Q1	0,809			
	Q4	0,902			
	Q6	0,862			
	Q17	0,612			
Empatia Emocional	Q50	0,432*	0,683	0,896	0,844
	Q21	0,875			
	Q36	0,870			
	Q42	0,726			
	Q46	0,757			
Preocupação Empática	Q51	0,812	0,626	0,832	0,701
	Q3	0,806			
	Q11	0,741			
	Q14	0,520*			
	Q33	0,880			
Desconfiança	Q37	0,674	0,546	0,856	0,789
	Q13i	0,672			
	Q19i	0,766			
	Q25i	0,806			
	Q26i	0,799			

	Q52i	0,634			
Consequentes	Q8	0,469	0,514	0,862	0,740
	Q15i	0,758			
	Q27i	0,809			
	Q28	0,649			
	Q38i	0,618			
	Q39i	0,810			
	Q43i	0,627			

Fonte: Elaborado pelo autor.

Nota: * carga fatorial < 0,5.

4.2.4.2 Avaliação do modelo estrutural

Após a validação do modelo de mensuração, com a exclusão de 7 variáveis, realiza-se a avaliação do modelo estrutural e a análise das hipóteses iniciais do modelo. Para essa avaliação, analisaram-se os coeficientes de determinação (R^2) e a significância dos coeficientes de caminho. Para verificar a significância estatística de cada construto, foi realizado um teste t de *Student*. Esse teste foi feito por meio do procedimento de *bootstrapping*, no qual os valores da estatística t acima de 1,96, sugerem parâmetros estatisticamente significantes (HAIR et al, 2014).

4.2.4.2.1 Testes de hipóteses

Dando continuidade à validação do modelo, foi realizado o teste de hipóteses, examinando-se a significância e a magnitude dos coeficientes estimados. Os coeficientes de caminho, medem a quantidade de mudança esperada na variável dependente para cada unidade de mudança da variável independente, sendo que o sinal desse coeficiente indica o sentido de correlação positiva ou negativa (HAIR Jr. et al., 2009). Outra forma para se verificar a efetividade do teste de hipóteses é por meio dos coeficientes de determinação (R^2), que indica a proporção de variância de uma variável dependente é explicada pelas variáveis independentes, ou seja, quanto maior o poder de explicação da equação da regressão, melhor a predição da variável dependente (HAIR Jr. et al., 2009). De forma geral, considera-se que $R^2 \geq 0,5$ é indicador de modelos com capacidade explicativa adequada e quanto mais próximo

de 1, melhor o poder explicativo (HAIR Jr. et al., 2009. Para a área de ciências sociais e comportamentais é considerado um efeito grande $R^2 \geq 0,26$ (COHEN, 1988).

As hipóteses, os coeficientes de caminhos, os *t-values*, os coeficientes de determinação (R^2) e a situação de cada hipótese são apresentados na tabela 19.

Tabela 19 - Avaliação das hipóteses do modelo.

Hipóteses		Coef. de caminho	t	R ²	Situação
Antecedentes					
Antecedentes				0,47	
H1	A competência demonstrada pelo médico impactará negativamente na desconfiança do paciente.	-0,284	2,296*		Suportada
Comunicação		-0,536			
H2	H2a Uma comunicação técnica clara impactará negativamente na desconfiança do paciente	0,944	89,717*	0.86	Suportada
	H2b Uma comunicação afetiva impactará negativamente na desconfiança do paciente	0,842	21,078*	0.50	Suportada
Empatia		-0,426			
H3	H3a A empatia emocional demonstrada pelo médico impactará negativamente na desconfiança do paciente	0,977	117,98*	0.90	Suportada
	H3b A preocupação empática demonstrada pelo médico impactará negativamente na desconfiança do paciente	0,945	53,514*	0,80	Suportada
Infraestrutura		-0,331			

H4	H4a	As características físicas do seu local de trabalho impactará negativamente na desconfiança do paciente	0,751	17,331*	0.57	Suportada
	H4b	O atendimento da secretária impactará negativamente na desconfiança do paciente	0,746	18.789*	0.54	Suportada
	H4c	O atendimento do médico impactará negativamente na desconfiança do paciente	0,801	33,308*	0,64	Suportada
H5		A qualificação do médico impactará negativamente na desconfiança do paciente	-0,062	0,832		Rejeitada
Idade		Desconfiança	-0,152			
H12	H12a	A experiência do médico impactará negativamente na desconfiança do paciente	0,716	3,436*	0.51	Suportada
	H12b	A idade do médico impactará negativamente na desconfiança do paciente.	-0,748	4,293*	0.56	Suportada

Consequentes

Consequente	Desconfiança	0,808		0,65	
H6	A desconfiança no médico impactará negativamente nas intenções de recomendação do paciente	0,649	14,132*		Suportada
H7	A desconfiança no médico impactará positivamente nas intenções de busca de uma segunda opinião pelo paciente	0,809	16,687*		Suportada
H8	A desconfiança no médico impactará positivamente na automedicação do paciente	0,618	12,956*		Suportada

H9	A desconfiança no médico impactará negativamente na aderência ao tratamento do paciente por questões afetivas	-	-		Rejeitada
H10	A desconfiança no médico impactará positivamente nas intenções de troca de médico do paciente	0,758	17,140*		Suportada
H11	A desconfiança no médico impactará positivamente nas intenções de boca-a-boca negativo do paciente	0,810	16,583*		Suportada
		0,627	10,188*		

Fonte: Elaborado pelo autor.

Nota: * $p < 0,5$.

De acordo com os resultados apresentados, verifica-se que, das doze hipóteses iniciais do estudo, apenas duas hipóteses não foram suportadas estatisticamente, sendo elas a H5 (A qualificação do médico impactará negativamente na desconfiança do paciente), que apresentou um valor t de 0,832, valor muito inferior ao recomendado por Hair et al (2014) e H9 (A desconfiança no médico impactará negativamente na aderência ao tratamento pelo paciente), que foi excluída ainda na fase de validação do modelo de mensuração.

Cabe ressaltar que a exclusão da hipótese 5 talvez tenha ocorrido pelo fato de o paciente não buscar informações sobre a educação continuada do médico, como congressos, especializações etc., já que a maioria dos entrevistados, apresentaram dúvidas ao responder as questões sobre esse construto. Em relação à exclusão da hipótese 9, que fala da aderência ao tratamento pelo paciente, nota-se que o paciente, mesmo desconfiando do médico, segue o tratamento recomendado por aquele profissional.

Quanto às hipóteses suportadas estatisticamente ($t > 1,96$), observa-se que o antecedente com maior impacto na desconfiança é a comunicação (-0,536), seguido pela empatia (-0,426), infraestrutura (-0,331), competência (-0,284) e idade (-0,153). Em relação aos consequentes, nota-se que a segunda opinião (0,809) e o boca-a-boca negativo (0,810) foram os consequentes mais influenciados pela desconfiança.

Como mencionado anteriormente, o maior impacto na desconfiança foi do antecedente comunicação (-0,536). Esse antecedente foi dividido em dois construtos: comunicação técnica e comunicação afetiva, os quais obtiveram altos coeficientes de caminho, sendo que obteve maior impacto foi a comunicação técnica com coeficiente de 0,944, seguido pela comunicação afetiva com coeficiente de 0,842. Observa-se, também, que 86,2% da comunicação é explicada (R^2) pela comunicação técnica e 48,6% pela comunicação afetiva. Estudos anteriores observaram que a comunicação clara, habilidosa e técnica beneficia a impressão dos pacientes com seus médicos (SHEA et al., 2008), da mesma forma que uma comunicação ineficaz entre médico-paciente, sobre decisões e recomendações de tratamento, pode contribuir para uma maior desconfiança a respeito dele (GUPTA et al., 2014). Para Hall et al. (2001) a comunicação em cuidados médicos primários é fundamental, uma vez que experiências negativas relacionadas à comunicação, diminuiriam a confiança dos pacientes nesses cuidados.

Em relação à empatia, esse antecedente obteve um impacto de -0,426 na desconfiança. Esse construto foi dividido em empatia emocional e preocupação empática, sendo a empatia emocional o construto mais forte no impacto da desconfiança (0,977), seguido pela preocupação empática, também com alto coeficiente de caminho (0,945). Verifica-se também que 90,7% da empatia é explicada pela empatia emocional e 80,7% pela preocupação empática. Estudos realizados por Costa e Azevedo (2010) sugerem que a empatia entre o médico e o paciente é de extrema importância, para que haja segurança e disposição por parte do paciente em informar seus sintomas e dúvidas. Os autores afirmam que ela enriquece a prática médica, tem uma espécie de “efeito placebo”, por isso é um alicerce à prática médica (COSTA; AZEVEDO, 2010).

O construto infraestrutura de atendimento foi dividido em três variáveis: características físicas do seu local de trabalho, atendimento da secretária e atendimento do médico. Entre esses antecedentes o que demonstrou o maior impacto na desconfiança foi o atendimento médico (0,801), seguido pelas características físicas (0,751) e atendimento da secretária (0,746). Observando o construto infraestrutura de atendimento, de forma geral, ele tem influência negativa de 0,297 na desconfiança, que segundo Yu e Kim (2015), esses atributos afetam a escolha do paciente. Nota-se também que 64,2% da infraestrutura é explicada pelo atendimento

do médico, 57,7% pelas características físicas e 54,0% pelo atendimento da secretária.

O antecedente competência e o antecedente idade foram os construtos que tiveram o menor impacto na desconfiança, -0,284 e -0,152, respectivamente. Cabe ressaltar que nessa pesquisa, a competência é um antecedente da desconfiança, ligado à confiança, já que compõem a parte exploratória-qualitativa da pesquisa (grupos focais) e o antecedente idade, surgiu nas transcrições dos grupos focais, porque muitos acreditam que para determinados procedimentos médicos, a idade do profissional é um fator importante para a escolha desse.

Ainda quanto o construto idade, esse foi dividido em idade do médico e experiência médica, tendo impacto semelhantes na desconfiança, -0,748 e 0,716, respectivamente. Observa-se, também, que 56,0% do construto idade é explicado (R^2) pela idade do médico e 51,3% pela experiência médica. Estudos anteriores realizados por Hall et al. (2001), os autores relatam que os pacientes podem confiar em um médico inexperiente, mas carinhoso; contudo, desconfiam de um médico altamente competente, e grosseiro. Eles identificaram também que a idade é um antecedente que está modestamente correlacionado à confiança na escolha de um serviço médico (HALL et al., 2001).

Em relação aos consequentes, eles são impactados pela desconfiança em 0,808, com um coeficiente de explicação de 65,1%, sendo a segunda opinião (0,809) e o boca-a-boca negativo (0,810) os mais influenciados, seguido pela troca de médico (0,758), recomendação (0,649) e automedicação (0,618). Estudos anteriores mostraram que pacientes buscam uma segunda opinião por estarem desconfiados de procedimentos invasivos sugeridos ou infelizes com os cuidados prestados (MAMDANI, 1997). Estudo de Cho 2006 considera também que a desconfiança não apenas impede a recomendação, mas também gera um boca-a-boca negativo em relação à empresa e ao serviço prestador (CHO, 2006).

Em relação ao coeficiente de determinação (R^2) do modelo, verifica-se que ele possui uma adequada capacidade explicativa (0,475), ou seja, a hipótese de existência de uma relação positiva entre os antecedentes, consequentes e a desconfiança foi confirmada.

A figura 15 apresenta o modelo estrutural depois de avaliado os construtos de forma individual, e com a exclusão das variáveis e dos construtos não suportados estatisticamente.

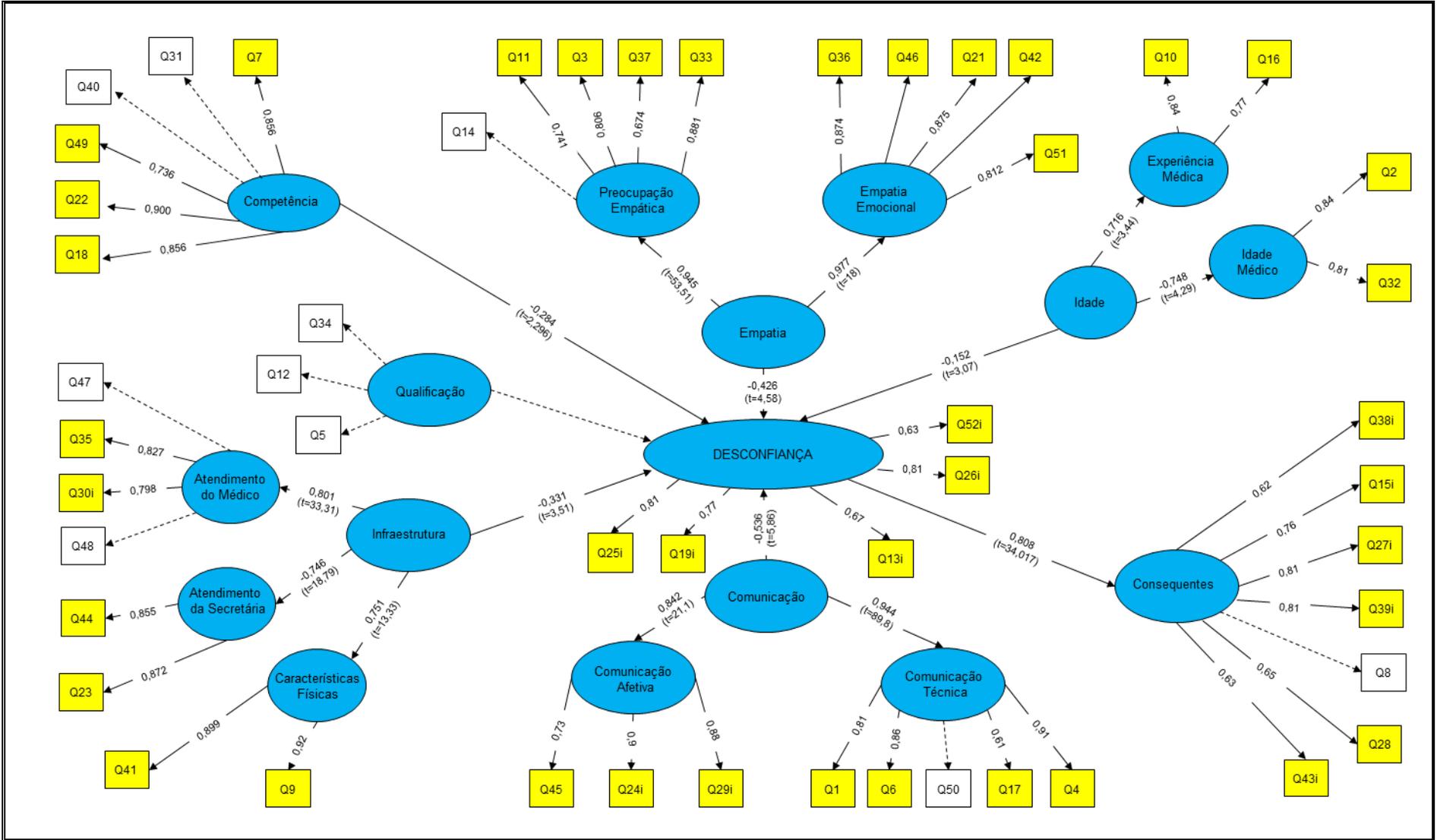


Figura 15 - Modelo estrutural

Fonte: Elaborado pelo autor.

4.2.4.2.2 Efeito moderador nas relações entre antecedentes e desconfiança e entre desconfiança e consequentes

As variáveis idade do entrevistado, sexo do entrevistado, renda familiar do entrevistado, motivo da consulta e tipo de consulta (plano de saúde, particular, plano de saúde ou particular) foram selecionadas para verificar seu efeito moderador entre os antecedentes e a desconfiança; e entre a desconfiança e seus consequentes. Essa avaliação foi realizada a partir de teste paramétrico e o teste não paramétrico PLS-MGA. As próximas subseções apresentam o detalhamento dos resultados para cada variável moderadora.

4.2.4.2.2.1 Avaliação do modelo estrutural moderado pela variável idade do entrevistado.

A variável idade do entrevistado apresentou-se como moderadora significativa do modelo estrutural para o construto comunicação afetiva (entre as faixas 1 e 4 e as faixas 3 e 4), empatia (entre as faixas 1 e 2; as faixas 1 e 3 e as faixas 1 e 4), infraestrutura (entre as faixas 2 e 3 e as faixas 2 e 4) e competência (entre as faixas 1 e 3; as faixas 1 e 4; as faixas 2 e 3 e as faixas 2 e 3), conforme tabela 20.

Em relação ao construto comunicação, nota-se que a comunicação afetiva apresentou diferença significativa, no teste não paramétrico PLS-MG entre a faixa 1 (18 a 29 anos) e a faixa 4 (mais que 60 anos), sendo que os respondentes de 18 a 29 anos observam a comunicação afetiva com maior intensidade (0,892) do que os com idade acima de 60 anos (0,623). Essa diferença também acontece entre a faixa 3 (45 a 59 anos) e a faixa 4 (mais que 60 anos), sendo que os respondentes de 45 a 59 anos apontam a comunicação afetiva com maior força (0,854) do que os com mais de 60 anos (0,623).

No construto empatia, verifica-se que esse apresentou diferença significativa no teste paramétrico *t* e no teste não paramétrico PLS-MGA entre a faixa 1 (18 a 29 anos) e 2 (30 a 44 anos), a faixa 1 (18 a 29 anos) e a faixa 3 (45 a 59 anos) e a faixa 1 (18 a 29 anos) e a faixa 4 (60 anos ou mais). Nota-se que os respondentes mais

jovens observam a relação entre a desconfiança e o construto empatia, e com maior força (-0,722) do que os respondentes das outras idades (faixa 2 - 0,273; faixa 3 - 0,152; faixa 4 - 0,103). Já para o construto infraestrutura de atendimento, observa-se que há diferença significativa no teste paramétrico *t* e no teste não paramétrico PLS-MGA, entre as faixas 2 (-0,148) e 3 (-0,586) e as faixas 2 e 4 (-0,540), mostrando que as pessoas com mais idade observam a relação entre a infraestrutura de atendimento e desconfiança com maior intensidade. Destacam-se também que, entre as variáveis formadoras do construto infraestrutura, as características físicas são percebidas diferentemente pela faixa 2 e pela faixa 4, sendo que os respondentes de 30 a 44 anos observam com mais intensidade do que os respondentes com mais de 60 anos.

Outro construto que apresentou moderação significativa no teste paramétrico *t* e no teste não paramétrico PLS-MGA foi o construto competência. Observa-se diferença entre a faixa 1 (-0,657) e a faixa 3 (-0,181) e a faixa 1 (-0,657) e a faixa 4 (-0,008), sendo os mais jovens tratam a relação entre a desconfiança e a competência com maior intensidade. Nota-se, também, que há diferença entre a faixa 2 (-0,661) e a faixa 3 (-0,181) e a faixa 2 (-0,661) e faixa 4 (-0,008), observando que as pessoas com mais idade observam com menos importância a relação entre a competência e a desconfiança.

Destaque-se também que a faixa 3 (45 a 59 anos) apresentou o maior coeficiente de explicação, em relação aos antecedentes que explicam a desconfiança (72,8%) e quanto a desconfiança leva aos consequentes (74,9%), sugerindo maior eficiência do modelo nesse grupo de entrevistados.

Tabela 20 - Moderação pela variável idade do entrevistado.

Construtos		Coeficiente estrutural					Testes paramétricos (test t) e não paramétricos PLS - MGA
		Orig.	De 18 a 29 anos	De 30 a 44 anos	De 45 a 59 anos	Mais que 60 anos	
Comunicação	Desconfiança	-0,536	-0,351	-0,342	-0,573	-0,344	Diferença não significativa
Comunicação	C. Afetiva	0,842	0,892	0,822	0,854	0,623	Diferença estatisticamente significativa no PLS-MGA entre faixa 1 e faixa 4 / 3 e 4
Comunicação	C. Técnica	0,944	0,961	0,962	0,853	0,619	Diferença não significativa
Empatia	Desconfiança	-0,426	-0,722	0,273	0,152	0,103	Diferença estatisticamente significativa no PLS-MGA e no teste paramétrico entre faixa 1 e faixa 2 / 1 e 3 / 1 e 4
Empatia	Empatia Emocional	0,977	0,981	0,949	0,965	0,987	Diferença não significativa
Empatia	Preocupação Empática	0,945	0,949	0,974	0,965	0,987	Diferença não significativa
Infraestrutura	Desconfiança	-0,331	-0,419	-0,148	-0,586	-0,540	Diferença estatisticamente significativa no PLS-MGA e no teste paramétrico entre faixa 2 e faixa 3 / 2 e 4
Infraestrutura	Atendimento Médico	0,801	0,758	0,784	0,877	0,842	Diferença não significativa
Infraestrutura	Atendimento Secretária	0,746	0,727	0,597	0,851	0,870	Diferença não significativa
Infraestrutura	Características Físicas	0,751	0,794	0,890	0,618	0,523	Diferença estatisticamente significativa no PLS-MGA e no teste paramétrico entre faixa 2 e faixa 4

Competência	Desconfiança	-0,284	-0,657	-0,661	-0,181	-0,008	Diferença estatisticamente significativa no PLS-MGA e no teste paramétrico entre faixa 1 e faixa 3 / 1 e 4 / 2 e 3 / 2 e 4
Idade	Desconfiança	-0,152	-0,041	-0,029	-0,029	-0,067	Diferença não significativa
Idade	Experiência Médica	0,716	0,647	0,915	0,689	0,700	Diferença não significativa
Idade	Idade Médica	-0,748	-0,816	-0,514	-0,813	-0,856	Diferença não significativa
Consequentes	Desconfiança	0,808	0,817	0,742	0,873	0,800	Diferença não significativa
Coeficiente de Explicação Ajustado (R ² ajustado)	Desconfiança	0,475	0,492	0,459	0,728	0,319	
	Consequência	0,651	0,666	0,554	0,749	0,642	

Fonte: Elaborado pelo autor.

4.2.4.2.2 Avaliação do modelo estrutural moderado pela variável sexo do entrevistado.

A variável sexo do entrevistado apresentou-se como moderadora significativa do modelo estrutural, para o construto empatia e infraestrutura de atendimento, conforme tabela 21.

Em relação ao construto empatia, nota-se que esse apresentou diferença significativa no teste não paramétrico PLS-MGA (0,042) entre o sexo masculino e feminino. Os homens observam a relação entre o construto empatia e desconfiança com maior força (0,594) do que as mulheres (0,314), logo serviços médicos que demonstram menos empatia, levam mais a desconfiança dos homens do que das mulheres. Já para o construto infraestrutura de atendimento, observa-se que há diferença significativa no teste paramétrico *t* de *student* (0,02) e não para o teste não paramétrico PLS-MGA (0,085). Nesse construto, os homens também consideram a relação entre a infraestrutura de atendimento e desconfiança com maior força (-0,554) do que as mulheres (-0,167).

Ressalta-se, também, que o sexo masculino apresentou o maior coeficiente de explicação em relação aos antecedentes e à desconfiança (57,2%) e em relação aos consequentes (65,8%), sugerindo maior eficiência do modelo nesse grupo de entrevistados.

Tabela 21 – Moderação pelo variável sexo do entrevistado.

Construtos		Coeficiente estrutural			Significância do Teste Não Paramétrico PLS- MGA	Significância do Teste Paramétrico (<i>t</i> de <i>student</i>)
		Construto ----> Desconfiança				
		Original	Sexo Masculino	Sexo Feminino		
Comunicação	Desconfiança	-0,536	-0,403	-0,536	0,278	0,568
Comunicação	Comunicação Afetiva	0,842	0,853	0,832	0,274	0,567
Comunicação	Comunicação Técnica	0,944	0,939	0,953	0,811	0,388
Empatia	Desconfiança	-0,426	0,594	0,314	0,042*	0,114

Empatia	Empatia Emocional	0,977	0,979	0,976	0,291	0,605
Empatia	Preocupação Empática	0,945	0,948	0,947	0,458	0,453
Infraestrutura	Desconfiança	-0,331	-0,554	-0,167	0,085	0,020*
Infraestrutura	Atendimento Médico	0,801	0,821	0,773	0,174	0,366
Infraestrutura	Atendimento Secretária	0,746	0,767	0,721	0,307	0,690
Infraestrutura	Características Físicas	0,751	0,732	0,766	0,636	0,715
Competência	Desconfiança	-0,284	-0,405	-0,265	0,729	0,548
Idade	Desconfiança	-0,152	-0,218	-0,092	0,105	0,228
Idade	Experiência Médica	0,716	0,778	0,663	0,426	0,788
Idade	Idade Médica	-0,748	-0,713	-0,778	0,665	0,765
Consequentes	Desconfiança	0,808	0,813	0,801	0,413	0,819
Coeficiente de Explicação Ajustado (R ² ajustado)	Desconfiança	0,475	0,572	0,376		
	Consequências	0,651	0,658	0,640		

Fonte: Elaborado pelo autor.

Nota: * $p < 0,5$.

4.2.4.2.2.3 Avaliação do modelo estrutural moderado pela variável renda familiar do entrevistado.

A variável renda familiar do entrevistado apresentou-se como moderadora significativa do modelo estrutural, para o construto empatia, infraestrutura de atendimento e idade do médico, conforme tabela 22.

No construto empatia, verifica-se que este construto apresentou diferença significativa no teste não paramétrico PLS-MGA entre a faixa 1 (até R\$ 2640,00) e a faixa 4 (acima de R\$ 6161,00), sendo que os respondentes com menor renda familiar observam a relação entre a desconfiança e a empatia com maior intensidade (-0,768) do que os respondentes com maior renda (-0,242).

Em relação ao construto infraestrutura de atendimento, esse construto apresentou diferença significativa no teste não paramétrico PLS-MGA com o atendimento da secretária, entre a faixa 1 (até R\$ 2640,00) e faixa 4 (acima de R\$ 6161,00), sendo que os respondentes com menor renda familiar observam a relação entre a infraestrutura de atendimento e o atendimento da secretária com maior intensidade (0,842) do que os respondentes com maior renda (0,565). Essa diferença também acontece entre a faixa 2 (R\$ 2641,00 a R\$ 4440,00) e a faixa 4 (acima de R\$ 6161,00), logo os respondentes com renda familiar entre R\$ 2641,00 a R\$ 4440,00 também apontam a relação entre a infraestrutura de atendimento e o atendimento da secretária com maior força (0,845) do que os respondentes com maior renda (0,565).

O construto idade também apresentou diferença significativa no teste não paramétrico PLS-MGA entre a faixa 2 (R\$ 2641,00 a R\$ 4440,00) e a faixa 4 (acima de R\$ 6161,00), sendo que os respondentes com renda familiar entre R\$ 2641,00 a R\$ 4440,00, observam a relação entre a idade e a idade do médico com maior força (-0,921) do que os respondentes com maior renda (-0,704).

Destaque-se também que a faixa 2 (R\$ 2641,00 a R\$ 4440,00) apresentou o maior coeficiente de explicação (60,1%), sugerindo maior poder de explicação do modelo nesse grupo de entrevistados.

Tabela 22 – Moderação pela variável renda familiar do entrevistado.

Construtos		Coeficiente estrutural					Testes paramétricos (test t) e não paramétricos PLS - MGA
		Orig.	Até R\$ 2640,00	De R\$ 2641,00 a R\$ 4440,00	De R\$ 4441,00 a R\$6160,00	Acima de R\$ 6161,00	
Comunicação	Desconfiança	-0,536	-0,680	-0,521	-0,494	-0,615	Diferença não significativa
Comunicação	Comunicação Afetiva	0,842	0,830	0,835	0,873	0,874	Diferença não significativa
Comunicação	Comunicação Técnica	0,944	0,941	0,948	0,943	0,955	Diferença não significativa
Empatia	Desconfiança	-0,426	-0,768	-0,415	-0,692	-0,242	Diferença estatisticamente significativa no PLS-MGA entre faixa 1 e faixa 4
Empatia	Empatia Emocional	0,977	0,978	0,981	0,980	0,978	Diferença não significativa
Empatia	Preocupação Empática	0,945	0,946	0,944	0,949	0,957	Diferença não significativa
Infraestrutura	Desconfiança	-0,331	-0,345	-0,518	-0,497	-0,085	Diferença não significativa
Infraestrutura	Atendimento Médico	0,801	0,894	0,788	0,831	0,832	Diferença não significativa
Infraestrutura	Atendimento Secretária	0,746	0,842	0,849	0,704	0,565	Diferença estatisticamente significativa no PLS-MGA entre faixa 1 e faixa 4 / faixa 2 e 4
Infraestrutura	Características Físicas	0,751	0,680	0,544	0,820	0,865	Diferença não significativa
Competência	Desconfiança	-0,284	-0,601	-0,069	-0,456	-0,129	Diferença não significativa
Idade	Desconfiança	-0,152	-0,213	-0,070	-0,103	-0,069	Diferença não significativa
Idade	Experiência	0,716	0,733	0,454	0,728	0,846	Diferença não significativa

	Médica						
Idade	Idade Médica	-0,748	-0,756	-0,920	-0,770	-0,704	Diferença estatisticamente significativa no PLS-MGA entre faixa 2 e 4
Consequentes	Desconfiança	0,808	0,837	0,841	0,784	0,799	Diferença não significativa
R ² ajustado	Desconfiança	0,475	0,561	0,601	0,484	0,305	
	Consequências	0,651	0,702	0,703	0,606	0,632	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Nota: * $p < 0,5$.

4.2.4.2.2.4 Avaliação do modelo estrutural moderado pela variável motivo da consulta.

A variável motivo da consulta não apresentou efeito de moderação significativa para nenhum construto da pesquisa, conforme tabela 23. Cabe ressaltar que na análise descritiva da variável motivo da consulta, os respondentes buscaram o serviço médico para uma avaliação de rotina, por motivo de doença e por motivos estéticos; mas como o fator busca da consulta por motivos estéticos apresentou uma amostra pequena (4,3%), esse motivo não foi avaliado no modelo estrutural moderado.

Destaque-se também que a avaliação de rotina apresentou o maior coeficiente de explicação em relação aos antecedentes que explicam a desconfiança (53,2%) e quanto a desconfiança impacta os consequentes (68,4%), sugerindo maior eficiência do modelo nesse grupo de entrevistados.

Tabela 23 – Moderação pela variável motivo da consulta.

Construtos		Coeficiente estrutural Construto ---- > Desconfiança			Significância do Teste Não Paramétrico PLS- MGA	Significância do Teste Paramétrico (t de <i>student</i>)
		Original	Avaliação de Rotina	Doença		
Comunicação	Desconfiança	-0,536	-0,556	-0,526	0,546	0,724
Comunicação	Comunicação Afetiva	0,842	0,819	0,888	0,988	0,068
Comunicação	Comunicação Técnica	0,944	0,947	0,948	0,526	0,966
Empatia	Desconfiança	-0,426	-0,544	-0,325	0,119	0,195
Empatia	Empatia Emocional	0,977	0,977	0,979	0,651	0,723
Empatia	Preocupação Empática	0,945	0,951	0,947	0,406	0,773
Infraestrutura	Desconfiança	-0,331	-0,425	-0,285	0,750	0,480
Infraestrutura	Atendimento Médico	0,801	0,831	0,798	0,497	0,967
Infraestrutura	Atendimento Secretária	0,746	0,758	0,753	0,304	0,540
Infraestrutura	Características Físicas	0,751	0,786	0,691	0,155	0,281
Competência	Desconfiança	-0,284	-0,253	-0,336	0,371	0,724

Idade	Desconfiança	-0,152	-0,119	-0,221	0,796	0,367
Idade	Experiência Médica	0,716	0,746	0,866	0,823	0,714
Idade	Idade Médica	-0,748	-0,763	-0,509	0,175	0,454
Consequentes	Desconfiança	0,808	0,827	0,806	0,323	0,659
Coeficiente de Explicação Ajustado (R ² ajustado)	Desconfiança	0,475	0,532	0,449		
	Consequências	0,651	0,684	0,648		

Fonte: Elaborado pelo autor.

4.2.4.2.2.5 Avaliação do modelo estrutural moderado pela variável tipo da consulta.

A variável tipo da consulta médica foi dividida em plano de saúde, particular e ambas as formas. Essa variável apresentou-se como moderadora significativa do modelo estrutural para o construto comunicação afetiva, comunicação técnica e preocupação empática, conforme tabela 24.

O construto comunicação afetiva apresentou diferença significativa no teste não paramétrico PLS-MGA entre o tipo particular (0,849) e ambos (0,784); e entre o tipo plano de saúde (0,882) e ambos. O construto comunicação técnica apresentou diferença significativa no teste não paramétrico PLS-MGA entre o plano de saúde (0,955) e ambos (0,889); e diferença significativa entre particular (0,954) e ambos no teste paramétrico.

O construto preocupação empática mostrou diferença significativa no teste não paramétrico PLS-MGA entre o tipo particular e ambos, sendo que os respondentes do tipo particular, observam a relação entre a empatia e a preocupação empática com maior força (0,958) do que os respondentes do tipo ambos (0,932).

Destaque-se, também, que a variável plano de saúde apresentou o maior coeficiente de explicação em relação aos antecedentes que explicam a desconfiança (56,8%); enquanto que a variável particular mostrou o maior coeficiente de explicação, no quanto a desconfiança impacta os consequentes (66,3%).

Tabela 24 – Moderação pela variável tipo da consulta.

Construtos		Coeficiente estrutural				Testes paramétricos (test t) e não paramétricos PLS - MGA
		Orig.	Particular	Plano de Saúde	Particular e Plano de Saúde (ambos)	
Comunicação	Desconfiança	-0,536	-0,386	-0,872	-0,420	Diferença não significativa
Comunicação	C. Afetiva	0,842	0,849	0,882	0,784	Diferença estatisticamente significativa no PLS-MGA entre faixa particular e ambos / entre plano de saúde e ambos
Comunicação	C. Técnica	0,944	0,954	0,955	0,889	Diferença estatisticamente significativa no PLS-MGA entre plano de saúde e ambos – entre particular e ambos no teste paramétrico
Empatia	Desconfiança	-0,426	-0,421	-0,351	-0,488	Diferença não significativa
Empatia	Empatia Emocional	0,977	0,978	0,979	0,973	Diferença não significativa
Empatia	Preocupação Empática	0,945	0,958	0,938	0,932	Diferença estatisticamente significativa no PLS-MGA entre particular e ambos
Infraestrutura	Desconfiança	-0,331	-0,352	-0,362	-0,514	Diferença não significativa
Infraestrutura	Atendimento Médico	0,801	0,790	0,807	0,825	Diferença não significativa
Infraestrutura	Atendimento Secretária	0,746	0,729	0,815	0,714	Diferença não significativa
Infraestrutura	Características Físicas	0,751	0,716	0,769	0,801	Diferença não significativa

Competência	Desconfiança	-0,284	-0,391	-0,107	-0,319	Diferença não significativa
Idade	Desconfiança	-0,152	-0,148	-0,108	-0,214	Diferença não significativa
Idade	Experiência Médica	0,716	0,799	0,619	0,612	Diferença não significativa
Idade	Idade Médica	-0,748	-0,654	-0,828	-0,836	Diferença não significativa
Consequentes	Desconfiança	0,808	0,816	0,766	0,859	Diferença não significativa
Coeficiente de Explicação Ajustado (R ² ajustado)	Desconfiança	0,475	0,442	0,568	0,542	
	Consequência	0,651	0,663	0,578	0,721	

Fonte: Elaborado pelo autor.

Nota: * $p < 0,5$.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse capítulo apresenta comentários e discussões finais sobre os resultados encontrados na pesquisa. No intuito de melhor organiza-lo, optou-se por distribuí-lo em três momentos: 1) conclusões a partir da discussão dos resultados e implicações acadêmicas; 2) implicações gerenciais e 3) limitações do estudo e sugestões para pesquisas futuras.

5.1 Conclusões a partir da discussão dos resultados e implicações acadêmicas

Apesar de diversos estudos abordarem amplamente o construto confiança, o construto desconfiança foi pouco investigado. Essa imprecisão dava-se também em relação aos antecedentes e consequentes dos construtos confiança e desconfiança. Vários antecedentes que tinham sido propostos como potenciais geradores de confiança, eram também propostos como sendo antecedentes de desconfiança, (KRAMER, 1999; MCKNIGHT; CHERVANY, 2001; OU; SIA, 2009). Diante do exposto, essa tese propôs-se a esclarecer quais são os antecedentes que geram a desconfiança, como um construto diferente da confiança, em provedores de serviço de saúde, especificamente serviços médicos, e quais as consequências disso.

Inicialmente, a pesquisa apresentou uma discussão conceitual sobre os principais construtos da pesquisa, dos antecedentes e dos consequentes da desconfiança e as hipóteses do estudo. Subsequente a isso, realizou-se uma pesquisa exploratória-qualitativa, com grupos focais, a fim de identificar os antecedentes e consequentes da desconfiança em serviços médicos, objetivando desenvolver um instrumento que mensure essa desconfiança, nesse contexto. Foram gerados 84 itens, que posteriormente foram testados através de uma amostra não-probabilística por conveniência. Após análises dessa coleta, chegou-se a um conjunto de 51 itens referentes ao construto desconfiança, seus antecedentes e seus consequentes. Por conseguinte, realizou-se uma nova coleta de dados de maneira probabilística, a fim de avaliar a confiabilidade, a validade da escala, os antecedentes e consequentes da desconfiança, e as hipóteses da pesquisa.

De forma geral, uma das contribuições acadêmicas desse trabalho está na construção do referencial teórico sobre a desconfiança, seus antecedentes e consequentes. Outra contribuição está na construção de uma escala que mede a desconfiança nos serviços médicos. Além disso, o trabalho apresentou, através de uma amostra probabilística, um modelo que mensura a desconfiança, com uma adequada capacidade explicativa (0,475), ou seja, a hipótese de existência de uma relação entre os antecedentes e a desconfiança foi confirmada. Foi confirmada, também, a hipótese de existência de uma relação entre a desconfiança e os consequentes, ou seja, o quanto à desconfiança impacta nos consequentes pesquisados (0,651).

A pesquisa também se propôs a identificar os antecedentes e os consequentes da desconfiança com os serviços médicos, enquanto elemento adicional de gestão do desempenho das organizações de saúde. Foram identificados seis antecedentes: comunicação, qualificação, empatia, infraestrutura, idade, competência, sendo que o construto qualificação não foi estatisticamente suportado, talvez pelo fato de o paciente não buscar informações sobre a educação continuada do médico. Dos construtos suportados estatisticamente, o construto comunicação foi o antecedente com maior coeficiente de explicação (-0,536), sendo a comunicação técnica o construto com maior impacto na desconfiança (0,944), seguido pela comunicação afetiva (0,842). Por conseguinte, a empatia foi o antecedente com o segundo maior coeficiente de explicação (-0,426), sendo que tanto a empatia emocional (0,977), quanto à preocupação empática (0,945) apresentaram um forte impacto na desconfiança. Já o construto idade foi o antecedente que apresentou o menor coeficiente de explicação (-0,152).

Em relação aos consequentes identificados na pesquisa, todos foram estatisticamente significativos, sendo a segunda opinião (0,809) e o boca-a-boca negativo (0,810) os mais influenciados, seguido pela troca de médico (0,758), recomendação (0,649) e automedicação (0,618).

Considerando as moderações realizadas por variáveis socioeconômicas, há estratos que apresentaram diferenças estatisticamente significantes em vários construtos. A variável idade do entrevistado foi moderadora significativa do modelo estrutural para o construto comunicação afetiva, infraestrutura de atendimento e competência. Para variável sexo do entrevistado, o construto empatia e infraestrutura

de atendimento, foram os antecedentes que apresentaram moderação. Em relação à variável renda familiar do entrevistado os construtos foram a empatia, a infraestrutura de atendimento e a idade do médico. A variável tipo de consulta apresentou diferenças estatisticamente significantes nos construtos competência técnica, competência afetiva e preocupação empática. Já a variável motivo da consulta não apresentou efeito de moderação significativa para nenhum construto da pesquisa. Observa-se também que a variável idade do entrevistado (45 a 59 anos) apresentou o maior coeficiente de explicação, em relação ao quanto os antecedentes explicam a desconfiança (72,8%) e em relação ao quanto a desconfiança leva aos consequentes (74,9%), sugerindo maior eficiência do modelo nesse grupo de entrevistados.

5.2 Implicações gerenciais

Do ponto de vista gerencial, em síntese, este estudo propiciou um entendimento mais amplo sobre os construtos que impactam na desconfiança e o que a desconfiança pode impactar, já que alguns autores, alegam que a desconfiança pode levar a efeitos muito mais amplos e dramáticos sobre as decisões do que apenas uma possível falta de confiança (LEWICKI et al., 1998; KRAMER, 1999; SIRDESHMUKH et al., 2002; CHO, 2006). Desse modo, identificados os antecedentes e consequentes da desconfiança, bem como seu grau de impacto, os gestores tem a possibilidade de focar sua gestão nos construtos que apresentam maior impacto nos seus negócios.

Tal acompanhamento possibilitará aos gestores, além dos subsídios básicos para gerir a desconfiança nos serviços médicos, simular impactos positivos e negativos desse construto, inclusive em estratos específicos como maior ou menor renda, sexo e motivo da consulta, por exemplo, visando obter maior retorno financeiro e parecer positivo dos clientes (LEISEN; HYMAN, 2004; TERRES; PIZZUTTI, 2015).

5.3 Limitações do estudo e sugestões para pesquisas futuras

De forma geral, o estudo desenvolvido possui algumas limitações, tanto metodológicas quanto teóricas, que são apontadas com o intuito de atingir uma melhor compreensão dos resultados descritos, já que esses poderão servir como direcionadores para o desenvolvimento de estudos futuros.

Mesmo adotando-se um rigor metodológico no desenvolvimento da pesquisa, uma das limitações refere-se ao uso da técnica de modelagem de equações estruturais. Inicialmente o modelo proposto para a análise dos resultados do estudo foi baseado em covariância (MEE-BC), mas no decorrer das análises, ele se mostrou inadequado, pois não houve a convergência dos dados, optando-se pela alteração do modelo para o baseado em Mínimos Quadrados Parciais (PLS). Outra limitação de cunho metodológico trata-se do levantamento de corte transversal, não permitindo que se verifiquem mudanças dos respondentes com o passar do tempo e sua influência sobre os construtos testados.

Para pesquisas futuras, sugere-se a replicação do modelo teórico para outros profissionais de saúde, como cirurgiões dentistas, fisioterapeutas, e fonoaudiólogos, por exemplo. Além da replicação na área da saúde, sugere-se, também, uma adaptação do instrumento de coleta, para reprodução em outros contextos.

REFERÊNCIAS

ABEP - Associação Brasileira Empresas de Pesquisa. Disponível em 30 de março de 2016 em <http://www.abep.org/criterio-brasil>

ARRAIS, Paulo S.; COELHO, Helena L.; BATISTA, Maria C.; CARVALHO, Marisa L.; RIGHI, Roberto E. Perfil da automedicação no Brasil. **Journal of Public Health**. v. 31, n. 1, p. 71-77, 1997.

BCB - Banco Central Do Brasil. Disponível em 01 de fevereiro de 2017 em <http://www.bcb.gov.br/Pec/metas/TabelaMetaseResultados.pdf>

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BARNETT, Michael L.; JERMIER, John M.; LAFFERTY, Barbara A. Corporate reputation: The definitional landscape. **Corporate reputation review**, v. 9, n. 1, p. 26-38, 2006.

BASSO, Kenny. **Violação e Recuperação da Confiança do Cliente após o Duplo Desvio**. 2012, 183 p. Tese (Doutorado em Administração) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.

BENAMATI, John “Skip”; SERVA, Mark A.; FULLER, Mark A. The productive tension of trust and distrust: the coexistence and relative role of trust and distrust in online banking. **Journal of Organizational Computing and Electronic Commerce**, v. 20, n. 4, p. 328-346, 2010.

BERRY, L. L. Services Marketing Is Different. **Business**, v. 30, Maio/Junho, p. 24-29, 1980.

BEWSELL, Glenn Robert. Distrust, fear and emotional learning: An online auction perspective. **Journal of theoretical and applied electronic commerce research**, v. 7, n. 2, p. 1-12, 2012.

BITNER, M. J., FARANDA, W., HUBBERT, A., ZEITHAML, V. Customer Contributions and Roles in Service Delivery. **Internacional Journal of Service Industry Management**, v. 8, n. 3, p. 193-205, 1997.

BLACKWELL, D. R., MINIARD, W. P., ENGEL, F. J. **Comportamento do Consumidor**. 9 ed. São Paulo: Cengage Learning, 2005.

BOTTI, Simona; ORFALI, Kristina; IYENGAR, Sheena S. Tragic choices: Autonomy and emotional responses to medical decisions. **Journal of Consumer Research**, v. 36, n. 3, p. 337-352, 2009.

BRASIL. Pesquisa nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. 2014.

MORETTIN, Pedro Alberto; BUSSAB, Wilton Oliveira. **Estatística básica**. Editora Saraiva, 2017.

CHACRA, Fernando C. **Empatia e Comunicação na Relação Médico-Paciente: uma Semiologia Autopoiética do Vínculo**. 2012, 355 p. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP.

CHANG, Yong-Sheng; FANG, Shyh-Rong. Antecedents and Distinctions between Online Trust and Distrust: Predicting High and Low-Risk Internet Behaviors. **Journal of Electronic Commerce Research**, v. 14, n. 2, p. 149-166, 2013.

CHARON, Rita. Narrative Medicine: A Model for Empathy, Reflection, Profession and Trust. **The Journal of the American Medical Association**. v. 286, n. 15, p. 1897-1902, 2001.

CHAU, Patrick YK; HO, Shuk. Ying.; HO, Kevin; YAO, Yihong. Examining the effects of malfunctioning personalized services on online users' distrust and behaviors. **Decision Support Systems**, v. 56, p. 180-191, 2013.

CHEN, Chao C.; SAPARITO, Patrick; BELKIN, Liuba. Responding to trust breaches: The domain specificity of trust and the role of affect. **Journal of Trust Research**, v. 1, n. 1, p. 85-106, 2011.

CHO, Jinsook. The mechanism of trust and distrust formation and their relational outcomes. **Journal of Retailing**, v. 82, n. 1, p. 25-35, 2006.

COHEN, J. **Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences**. 2. ed. New York: Psychology Press, 1988.

COSTA, Fabrício D.; AZEVEDO, Renata C. S.; Empatia, Relação Médico-paciente e Formação em Medicina: um Olhar Qualitativo. **Revista Brasileira de Educação Médica**. V. 34, n. 2, p. 261-269, 2010.

CRESWELL, John W. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto / John W.Creswell; tradução Luciana de Oliveira da Rocha. - 2. ed. - Porto Alegre: Artmed, 2007.

CHURCHILL JR, Gilbert A. A paradigm for developing better measures of marketing constructs. **Journal of marketing research**, p. 64-73, 1979.

CONCHIE, Stacey M.; DONALD, Ian J. The functions and development of safety-specific trust and distrust. **Safety Science**, v. 46, n. 1, p. 92-103, 2008.

DA SILVA, Maria Júlia Paes. **Comunicação tem remédio**. Edições Loyola, 2005.

DARKE, Peter R.; ASHWORTH, Laurence; MAIN, Kelley. Great expectations and broken promises: misleading claims, product failure, expectancy disconfirmation and consumer distrust. **Original Empirical Research**, v. 38, p. 347–362, 2010

DIMOKA, Angelika. What Does the Brain Tell Us about Trust and Distrust? Evidence from a Functional Neuroimaging Study. **MIS Quarterly**, v. 34, p. 373-396, 2010.

DE ASSUNÇÃO FERREIRA, Márcia. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 59, n. 3, p. 327-30, 2006.

DE CAMARGO SILVA, Ana Elisa Bauer et al. Problemas na comunicação: uma possível causa de erros de medicação. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 3, p. 272-6, 2007.

DUBOIS, Thomas; GOLBECK, Jennifer; SRINIVASAN, Aravind. Predicting trust and distrust in social networks. In: **Privacy, Security, Risk and Trust (PASSAT) and 2011 IEEE Third International Conference on Social Computing (SocialCom), 2011 IEEE Third International Conference on**. IEEE, 2011. p. 418-424.

EBERLE, Luciene. **Valor Percebido, Reputação, Confiança e Custo de Troca como Determinantes da Retenção de Clientes**. 2014, 190 p. Tese (Doutorado em Administração) – Universidade de Caxias do Sul, Caxias do Sul.

FALCONE, Eliane. A avaliação de um programa de treinamento da empatia com universitários. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, v. 1, n. 1, p.23-32, 1999.

FANG, Hui; GUO, Guibing; ZHANG, Jie. Multi-faceted trust and distrust prediction for recommender systems. **Decision Support Systems**, v. 71, p. 37-47, 2015.

FINBRA - Finanças Brasil. Disponível em 30 de outubro de 2018 em http://www.tesouro.fazenda.gov.br/pt_PT/contas-anuais.

FLEURY, Afonso; FLEURY, Maria Tereza Leme. **Aprendizagem e inovação organizacional: as experiências de Japão, Coréia e Brasil**. Atlas, 1997.

FLEURY, Afonso; FLEURY, Maria Tereza Leme. **Estratégias Empresariais E Formação de Competências: Um Quebra-cabeça Caleidoscópico Da Indústria Brasileira**. Editora Atlas SA, 2001.

FLICK, Uwe. **Desenho da pesquisa qualitativa: Coleção Pesquisa qualitativa**. Bookman Editora, 2009.

FLORES, René; KAGEYAMA, Luz; ERICE, Joaquina. How people respond to illness in Mexico: self-care or medical care? **Health policy**, v. 57, p. 15-26, 2001.

FOMBRUN, Charles. **Reputation: Realizing value from the corporate image**. 1996.

FORMIGA, Nilton Soares. Os estudos sobre empatia: Reflexões sobre um construto psicológico em diversas áreas científicas. **Revista eletrônica psicologia. com. pt-O Portal dos Psicólogos**, v. 1, p. 1-25, 2012.

GASKELL, George. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, Martin; GASKELL, George (orgs.). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002.

GATTI, B. A. Grupo focal em ciências sociais e humanas. Brasília: Líber Livro, 2012.
GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

GOOLD, Susan Dorr. Trust, distrust and trustworthiness. **Journal of General Internal Medicine**, v. 17, n. 1, p. 79-81, 2002.

GRÖNROOS, C. **Gerenciamento e Serviços**. 4. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2004.

GUPTA, Charu et al. Predictors of health care system and physician distrust in hospitalized cardiac patients. **Journal of health communication**, v. 19, n. sup2, p. 44-60, 2014.

HALL, Mark A. et al. Trust in physicians and medical institutions: what is it, can it be measured, and does it matter?. **Milbank Quarterly**, v. 79, n. 4, p. 613-639, 2001.

HAIR, Joseph F. Jr; BLACK, William C.; BABIN, Barrin J.; ANDERSON, Rolph E.; TATHAM, Ronald L. Análise Multivariada de Dados. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HAIR JR, Joseph F.; GABRIEL, Marcelo Luiz Dias Da Silva; PATEL, Vijay K. Modelagem de Equações Estruturais Baseada em Covariância (CB-SEM) com o AMOS: Orientações sobre a sua aplicação como uma Ferramenta de Pesquisa de Marketing. **REMark**, v. 13, n. 2, p. 43, 2014.

HOFFMAN, K. D.; BATESON, J.E.G. **Princípios de Marketing de Serviços**. 2 ed. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

HOLLOWAY, Immy. **Basic concepts for qualitative research**. Wiley-Blackwell, 1997.

HUPCEY, Judith E.; MILLER, Jamie. Community dwelling adults' perception of interpersonal trust vs. trust in health care providers. **Journal of clinical nursing**, v. 15, n. 9, p. 1132-1139, 2006.

IBGE - Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística. Disponível em 30 de março de 2016 em <http://www.ibge.gov.br/home/>.

IERVOLINO, SA.; PELICIONI, MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. *Rev Esc Enf USP*, v. 35, n.2, p.115-21, jun, 2001.

JASON HUANG, Heh; DASTMALCHIAN, Ali. Implications of trust and distrust for organizations: Role of customer orientation in a four-nation study. **Personnel Review**, v. 35, n. 4, p. 361-377, 2006.

JIANG, Zhizhong; HENNEBERG, Stephan C.; NAUDÉ, Peter. The importance of trust vis-à-vis reliance in business relationships: Some international findings. **International Marketing Review**, v. 28, n. 4, p. 318-339, 2011.

JOHNSON, Devon; GRAYSON, Kent. Cognitive and affective trust in service relationships. **Journal of Business Research**, v. 58, n. 4, p. 500-507, 2005.

KIM, Jin Baek. Understanding the Repurchase Abandonment Process of Consumers in the Online Environment: Integrating Dissatisfaction and Distrust. **Journal of Internet Commerce**, v. 12, n. 2, p. 154-194, 2013.

KLINE, Rex B. **Principles and Practice of Structural Equation Modeling**. 3.ed. The Guilford Press. New York: New York, 2011.

KOMIAK, Sherrie YX; BENBASAT, Izak. A two-process view of trust and distrust building in recommendation agents: A process-tracing study. **Journal of the Association for Information Systems**, v. 9, n. 12, p. 2, 2008.

KRAMER, Roderick M. Trust and Distrust in Organizations: Emerging Perspectives, Enduring Questions, **Annual Review of Psychology**, v. 50, p. 569–598, 1999.

LARSON, Eric B.; YAO, Xin. Clinical Empathy as Emotional Labor in the Patient-Physician Relationship. **The Journal of the American Medical Association**. v. 293, n. 9, p. 1100-1106, 2001.

LEE, Jae-Nam; CHOI, Byounggu. Effects of initial and ongoing trust in IT outsourcing: A bilateral perspective. **Information & Management**, v. 48, n. 2, p. 96-105, 2011.

LEE, Jung; LEE, Jae-Nam; TAN, Bernard CY. Antecedents of cognitive trust and affective distrust and their mediating roles in building customer loyalty. **Information Systems Frontiers**, p. 1-17, 2012.

LEISEN, Birgit; HYMAN, Michael R. Antecedents and consequences of trust in a service provider: The case of primary care physicians. **Journal of Business Research**, v. 57, n. 9, p. 990-999, 2004.

LEWICKI, Roy J.; MCALLISTER, Daniel J.; BIES, Robert J. Trust and Distrust: New Relationships and Realities. **The Academy of Management Review**, v. 23, n. 3, p. 438–458, 1998.

LEWIS; Weigert A. Trust as a social reality. **Social Forces**, v. 63, n. 4, p. 967-985, 1985.

LIU, Meina; WANG, Chongwei. Explaining the influence of anger and compassion on negotiators' interaction goals: An assessment of trust and distrust as two distinct mediators. **Communication Research**, v. 36, p. 443-472, 2010

LOWRY, Paul Benjamin; SCHUETZLER, Ryan; GIBONEY, Justin Scott; GREGORY, Thomas. Is Trust Always Better than Distrust? The Potential Value of Distrust in Newer Virtual Teams Engaged in Short-Term Decision-Making. **Group Decision and Negotiation**, p. 1-30, 2014.

LOWRY, Paul Benjamin; GASKIN, James. Partial least squares (PLS) structural equation modeling (SEM) for building and testing behavioral causal theory: When to

choose it and how to use it. **Professional Communication, IEEE Transactions on**, v. 57, n. 2, p. 123-146, 2014.

LOVELOCK, C. H. **Towards a Classification of Services**, in *Theoretical Developments in Marketing*, C. Lamb and P. Dunne, eds., Chicago: American Marketing, p. 72-76, 1980.

LOVELOCK, C., WIRTZ, L. **Serviços: Marketing e Gestão**. São Paulo: Saraiva, 2001.

LOVELOCK, C., WIRTZ, L. **Serviços: Marketing e Gestão**. 5 ed. São Paulo: Saraiva, 2007.

LUHMANN, Niklas. *Trust and power*, Wiley, New York, 1979.

LUMINEAU, Fabrice. How contracts influence trust and distrust. **Journal of Management**, p. 01-25, 2014.

MAMDANI, Meenal. Second Opinion: Is it desirable?. **Indian Journal of Medical Ethics**. v. 5, n. 3, p. 75-78, 1997.

MASCARENHAS, Oswald AJ et al. Hypothesized predictors of patient-physician trust and distrust in the elderly: implications for health and disease management. **Clinical interventions in aging**, v. 1, n. 2, p. 175, 2006.

MATOS, Carlos. A. **Comunicações Boca-a-Boca em Marketing: uma meta-análise dos antecedentes e dos moderadores**. 2009, 149 p. Tese (Doutorado em Administração) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.

MCALLISTER, Daniel J. Affect-and cognition-based trust as foundations for interpersonal cooperation in organizations. **Academy of management journal**, v. 38, n. 1, p. 24-59, 1995.

MCKNIGHT, Harrison; CUMMINGS, Larry L.; CHERVANY, Norman L. Initial trust formation in new organizational relationships. **Academy of Management review**, v. 23, n. 3, p. 473-490, 1998.

MCKNIGHT, Harrison; CHERVANY, Norman L. **Trust and Distrust Definitions: One Bite at a Time**. *Trust in Cyber-societies: Integrating the Human and Artificial Perspectives*. Berlin, Germany: Springer, p. 27–54, 2001.

MCKNIGHT, D. Harrison; CHOUDHURY, Vivek. Distrust and trust in B2C e-commerce: Do they differ?. In: **Proceedings of the 8th international conference on Electronic commerce: The new e-commerce: innovations for conquering current barriers, obstacles and limitations to conducting successful business on the internet**. ACM, p. 482-491, 2006.

MEISTER, Jeanne C. *Educação corporativa: a gestão do capital intelectual através das universidades corporativas*. 1999.

Ministério da Saúde. Disponível em 30 de março de 2016 em www.saude.gov.br/doencascronicas

MOORMAN, Christine; DESHPANDÉ, Rohit; ZALTMAN, Gerald. Factors Affecting Trust in Market Research Relationships. **Journal of Marketing**, v. 57, n.1, p.81-101, 1993.

MORGAN, Robert. M.; HUNT, Shelby D. The Commitment-Trust Theory of Relationship Marketing. **Journal of Marketing**, v. 58, n. 3, p.20-38, 1994.

OBELD, Wilson N.; VIEIRA, Luiz A.; FRANGLEH, Assad Y. Segunda Opinião em Oftalmologia. **Arquivos Brasileiros de Oftalmologia**. v. 68, n. 3, p. 11-16, 2005.

OU, Carol Xiaojuan; SIA, Choon Ling. To trust or to distrust, that is the question: investigating the trust-distrust paradox. **Communications of the ACM**, v. 52, n. 5, p. 135-139, 2009.

OU, Carol Xiaojuan; SIA, Choon Ling. Consumer trust and distrust: An issue of website design. **International Journal of Human-Computer Studies**, v. 68, n. 12, p. 913-934, 2010.

PARRY, Scott B. The Quest for Competencies. **Training**, v. 33, n. 7, p. 48, 1996.

PREARO, Leandro Campi. **Os serviços públicos e o bem-estar subjetivo da população: uma modelagem multigrupos baseada em mínimos quadrados parciais**. 2013. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

PEARSON, Steven D.; RAEKE, Lisa H. Patients' trust in physicians: many theories, few measures, and little data. **Journal of general internal medicine**, v. 15, n. 7, p. 509-513, 2000.

PENA, M. M., SILVA, S. M. E., TRONCHIN, R. M. D., MELLEIRO, M. M. **O emprego do modelo de qualidade de Parasuraman, Zeithaml e Berry em serviços de saúde**. Revista de Enfermagem da UPS, v. 47, n. 5, p. 1235-40, 2013.

POPADIUK, S. **O processo de envolvimento a compra de um produto**. Revista de Administração, v. 28, n. 2, p. 83-91, abril/junho, 1993.

REICHHELD, Frederick F.; SCHEFTER, Phil. E-Loyalty: Your Secret Weapon on the Web, **Harvard Business Review**, v. 78, p. 105–13, 2000.

RIQUELME, Isabel P.; ROMÁN, Sergio. The relationships among consumers' ethical ideology, risk aversion and ethically-based distrust of online retailers and the moderating role of consumers' need for personal interaction. **Ethics and Information Technology**, v. 16, n. 2, p. 135-155, 2014.

ROSE, Abigail; PETERS, Nikki, SHEA, Judy. A., ARMSTRONG, Katrina. Development and testing of the health care system distrust scale. **Journal of General Internal Medicine**, v. 19, n. 1, p. 57-63, 2004.

RUAS, Roberto. Reestruturação sócio-econômica, adaptação das empresas e gestão do trabalho. **GITAHY, Leda (organizadora). Reestructuración Productiva, Trabajo y Educación en America Latina. Campinas, SP: IG/UNICAMP, 1994.**

RUAS, Roberto. A problemática do desenvolvimento de competências e a contribuição da aprendizagem organizacional. **Seminário Internacional Competitividade Baseada no Conhecimento. São Paulo, 1999.**

SAMPIERI, Clara L. et al. Matrix metalloproteinases and their tissue inhibitors in gastric cancer as molecular markers. **Journal of cancer research and therapeutics**, v. 9, n. 3, p. 356, 2013.

SAUNDERS, Mark NK; DIETZ, Graham; THORNHILL, Adrian. Trust and distrust: Polar opposites, or independent but co-existing?. **Human Relations**, v. 67, n. 6, p. 639-665, 2014.

SAFRAN, Dana Gelb et al. Linking primary care performance to outcomes of care. **Journal of Family Practice**, v. 47, n. 3, p. 213-221, 1998.

SECKLER, Mirjam, SEAMUS FORDE, Silvia Heinz; KLAUS OPWIS, Alexandre, Trust and distrust on the web: User experiences and website characteristics. **Computers in Human Behavior**, v. 45, p. 39-50, 2015.

SEGALL, Alexander. A Community Survey of Self-Medication Activities. **Official Journal of the Medical Care Section**, v. 28, n. 4, p. 301-310, 1990.

ŞENGÜN, Ayşe Elif; WASTI, S. Nazli. Revisiting trust and control effects on perceived relationship performance. **International Small Business Journal**, v. 27, n. 1, p. 39-69, 2009.

SHEA, Judy A. et al. Development of a revised health care system distrust scale. **Journal of General Internal Medicine**, v. 23, n. 6, p. 727-732, 2008.

SCHENKER, Yael et al. Health-care system distrust in the intensive care unit. **Journal of critical care**, v. 27, n. 1, p. 3-10, 2012.

SCHUL, Yaacov; MAYO, Ruth; BURNSTEIN, Eugene. The value of distrust. **Journal of experimental social psychology**, v. 44, n. 5, p. 1293-1302, 2008.

SINGH, Jagdip; SIRDESHMUKH, Deepak. Agency and trust mechanisms in consumer satisfaction and loyalty judgments. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v. 28, n. 1, p.150–167, 2000.

SIRDESHMUKH, Deepak; SINGH, Jagdip; SABOL, Barry. Consumer trust, value, and loyalty in relational exchanges. **Journal of Marketing**, v. 66, n. 1, p. 15–37, 2002.

SOLOMON, R. M. **Comportamento do Consumidor: comprando, possuindo e sendo**. 5 ed. São Paulo: Bookman, 2002.

SUTHERLAND, Lloyd R.; VERHOEF, Marja J. Why do patient seek a second opinion or alternative medicine? **Journal of Clinical Gastroenterology**, v. 19, n. 3, p. 194 - 197, 1994.

TERRES, Mellina da Silva. Desenvolvimento de uma escala para mensuração das confianças cognitiva, afetiva e comportamental e verificação de seus impactos na lealdade no contexto business-to-consumer. 2009.

TERRES, Mellina. **A importância do afeto para a confiança do consumidor em trocas de serviços com consequências severas**. 2011. 156 p. Tese (Doutorado em Administração) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.

TERRES, Mellina; PIZZUTTI, Cristiane. Consumer trust in high-consequence decisions: a study of medical services. **International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing**, v. 7, n. 2, p. 120-141, 2013.

TERRES, Mellina; PIZZUTTI, Cristiane. O papel moderador das consequências na relação entre confiança e seus antecedentes e consequentes. **Rege revista de gestão**, v. 22, n. 2, p. 257-274, 2015.

THOMPSON, Hayley S. et al. The Group-Based Medical Mistrust Scale: psychometric properties and association with breast cancer screening. **Preventive medicine**, v. 38, n. 2, p. 209-218, 2004.

THOM, David H. Physician behaviors that predict patient trust. **Journal of Family Practice**, v. 50, n. 4, p. 323-323, 2001.

VAN DE WALLE, Steven; SIX, Frédérique. Trust and distrust as distinct concepts: why studying distrust in institutions is important. **Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice**, v. 16, n. 2, p. 158-174, 2014.

ZEITHAML, V. A. **How Consumer Evaluation Processes Differ between Goods and Services**, in Marketing of Services, J. Donnelly and W. George, eds., Chicago: American Marketing, 186-190, 1981.

YANG, Tse-Chuan; CHEN, I.-Chien; NOAH, Aggie J. Examining the Complexity and Variation of Health Care System Distrust across Neighborhoods: Implications for Preventive Health Care. **Research in the sociology of health care**, v. 33, p. 43, 2015.

YANG, Tse-Chuan; MATTHEWS, Stephen A.; HILLEMEIER, Marianne M. Effect of health care system distrust on breast and cervical cancer screening in Philadelphia, Pennsylvania. **American journal of public health**, v. 101, n. 7, p. 1297-1305, 2011.

YU, Seung; KIM, EunHee. The influence of factors in selection of medical institutions on perceived quality, perceived risk and use intention: with a focus on general hospitals. **Indian journal of science and technology**, v.8, n.25, p. 1-8, 2015.

APÊNDICE A – ROTEIRO DOS GRUPOS FOCAIS

ROTEIRO DOS GRUPOS FOCAIS

ABORDAGEM INICIAL

Sou aluna de Doutorado da Universidade Municipal de São Caetano do Sul/SP e estamos realizando um estudo sobre serviços médicos, daqui de Passo Fundo. Então, gostaria de conhecer a opinião de vocês sobre isso.

APRESENTAÇÃO

Então, para iniciar, gostaria de conhecer um pouco vocês. Vou pedir para cada um se apresentar, falar o nome, a idade, se são casados ou solteiros, sua origem, onde nasceram, a quanto tempo moram em Passo Fundo, o que gostam de fazer no final de semana

ANTECEDENTES

Então, como estamos falando de serviços médicos, vou pedir para vocês falarem um pouco sobre como é o processo de escolha de um médico em uma situação de **não** emergência.

Agora, vou pedir para vocês me contarem um pouco como foi o último processo de escolha de um médico que vocês realizaram.

- Qual foi a necessidade?
- Como você se informou? Houve alguma indicação? Se sim, como foi essa indicação?
- As expectativas foram atendidas?

Pensando um pouco mais sobre isso, o que você acha importante no atendimento médico? Por quê?

E que características você acha, que um médico deve apresentar para que você venha a escolhê-lo?

Para você, o valor da consulta, pode influenciar nessa escolha? E a idade? E o gênero, você escolhe o seu médico pelo gênero?

- E você acha que dependendo da doença tratada, há diferença na maneira de fazer a escolha do médico?

Agora vamos falar um pouco da relação entre o médico e o paciente:

- Como você pensa que é, geralmente, a relação entre o médico e o paciente?

Há alguma coisa que te desagrade nessa relação? O que te desagrade em um médico? Você poderia citar algumas situações?

Então, como você gostaria que fosse essa relação?

- E você acredita que a relação entre médico e paciente pode interferir no tratamento?

- Por exemplo?

CONSEQUENTES

- Se o médico não te agrada, o que você faz?

- Como você se comportaria ao interagir com um médico (mal-educado, incompetente)

- Você segue a orientação dada pelo médico?

CONFIANÇA e DESCONFIANÇA

Agora vamos conversar um pouco, sobre:

- Quando você pensa na palavra confiança que tipo de sentimentos surgem? E na palavra desconfiança, o que você sente?

- O que faz você confiar em um médico?

- Descreva-me um caso dessa situação.

- O que faz você desconfiar do seu médico?

- Descreva-me um caso dessa situação.

- Você considera que confiar é diferente de desconfiar?

APÊNDICE B – INSTRUMENTO PRÉ-TESTE

QUESTIONÁRIO DA PESQUISA

Prezado Senhor (a), sou estudante de doutorado em Administração da Universidade Municipal de São Caetano do Sul - USCS (DINTER/IMED) e estou realizando uma pesquisa para avaliação da área de Saúde. Este questionário é parte integrante da minha tese e gostaria muito de contar com sua colaboração. As informações desta pesquisa serão confidenciais e utilizadas somente para fins acadêmicos.

PARTE I

1. Qual seu sexo? () Masculino () Feminino

2. Qual sua idade? _____

3. Qual a renda mensal aproximada de sua família?

- () Até R\$ 880,00
 () De R\$ 881,00 a R\$ 2.640,00
 () De R\$ 2641,00 a R\$ 4.400,00
 () De R\$ 4.401,00 a R\$ 6.160,00
 () De R\$ 6.161,00 a R\$ 8.800,00
 () Acima de R\$ 8.800,00

4. Para a consulta médica, você utiliza: () PLANO DE SAÚDE
 () PARTICULAR
 () PLANO DE SAÚDE e PARTICULAR

PARTE II

Agora, gostaria que o Senhor (a) pensasse em um médico que consultou nos últimos 24 meses, pela primeira vez. Pensasse no último médico que visitou nos últimos 24 meses? É sobre esse que vamos falar:

1. Qual foi o motivo que fez o Senhor (a) buscar esse médico: () Avaliação médica de rotina (check-up)

() Doença. Qual? _____

() Motivos estéticos. O que? _____

() Outro. Qual? _____

2. A especialização do médico consultado: _____

3. A seguir, tem-se algumas formas de como as pessoas costumam escolher os seus médicos. Para cada uma delas, responda o quanto essa forma acontece com o Senhor (a), quando costuma escolher um médico e como o Senhor (a) escolheu esse médico que pensou, sendo 0 (Nunca) e 10 (Sempre).

		COSTUMA ESCOLHER										MÉDICO QUE CONSULTOU											
		NUNCA					SEMPRE					NUNCA					SEMPRE						
a)	Peço Indicação de AMIGOS	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
b)	Peço Indicação de FAMILIARES	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
c)	Peço Indicação de COLEGAS DE TRABALHO	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

d)	Peço indicação de outro MÉDICO	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
e)	Escolho pela lista do PLANO DE SAÚDE	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
f)	Escolho pelo PREÇO (Fator Econômico)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
g)	Escolho pela DISPONIBILIDADE DO MÉDICO (Agenda)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
h)	Pesquisa pela INTERNET	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
i)	Outro. Qual?																						

PARTE III

Leia as frases abaixo e marque com um X no número que representar o quanto você concorda com o que está sendo dito. OBS: <u>Continuar levando em consideração o médico consultado.</u>												
Qual seu grau de concordância com as frases abaixo?		Discordo Concordo Totalmente										
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	O(a) médico demonstrou muita segurança em passar as informações para mim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.	A idade que o (a) médico aparentava ter, não teve nenhuma importância para mim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.	O (a) médico demonstrou muita preocupação comigo.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4.	O (a) médico transmitiu seu conhecimento de maneira muito clara.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.	O (a) médico que escolhi, sempre frequenta congressos.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6.	O (a) médico prestou muita atenção nas coisas que disse.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7.	O (a) médico era competente.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8.	Segui o tratamento indicado, porque o (a) médico demonstrou muita atenção para mim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9.	O consultório médico possuía um espaço físico agradável.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10.	O (a) médico estava muito preparado para me atender, porque ele era mais experiente.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11.	O (a) médico mudaria a data da consulta, se eu precisasse.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12.	O (a) médico que não se especializa, eu não vou.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13.	O (a) médico não era competente, porque não me pediu exames para fazer.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14.	O (a) médico está sempre disposto a me atender.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15.	Segui o tratamento que o (a) médico me indicou, porque ele me tratou muito bem.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16.	A experiência do (a) médico teve muita importância para mim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

17.	O (a) médico fez muitas perguntas sobre as queixas que tinha.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18.	O (a) médico fez o melhor por mim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19.	O (a) médico parecia ser bastante jovem para me atender.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20.	O (a) médico tem um consultório muito desorganizado.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
OBS: Continue levando em consideração o médico consultado.												
21.	O (a) médico compreende meus sentimentos, fazendo eu me sentir melhor.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22.	O (a) médico me provou o conhecimento que ele tem.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23.	A secretária do médico era muito grosseira.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
24.	O (a) médico era muito competente, mas tinha muita arrogância (acha que sabe tudo, que é superior aos outros).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25.	O (a) médico tem conhecimento, mas ele não demonstrou para mim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26.	O (a) médico nem me examinou, só receitou um remédio.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
27.	Segui o tratamento que o (a) médico me indicou, porque ele foi bem-humorado.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
28.	Eu recomendaria o (a) médico, porque ele me tratou com muita atenção.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
29.	O (a) médico era muito competente, mas me tratou com muita grosseria;	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
30.	O (a) médico me atendeu com muita pressa.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
31.	O (a) médico me forneceu amostras grátis de medicamentos.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
32.	Segui o tratamento que o (a) médico me indicou, porque ele demonstrou muita atenção por mim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
33.	O (a) médico demonstrou muito cuidado por mim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
34.	O (a) médico que escolhi (que consultei), sempre se especializa.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
35.	Segui o tratamento que o (a) médico me indicou, porque ele foi muito compreensivo em relação aos meus sentimentos.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
36.	O (a) médico sempre entendeu meus sentimentos.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
37.	Segui o tratamento que o (a) médico me indicou, porque ele demonstrou muito conhecimento.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
38.	Eu tomei remédio por conta, porque o (a) médico não me passou muita confiança.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
39.	Eu escreveria coisas ruins sobre o (a) médico nas redes sociais, porque fui muito mal atendido por ele.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
40.	O (a) médico é muito competente, por que ele me indicou várias soluções para o meu problema.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
41.	O (a) médico tem um consultório muito bonito.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

42.	O (a) médico dificilmente se coloca em meu lugar.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
43.	Eu falaria mal do (a) médico para as pessoas, porque não gostei muito dele.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
44.	A secretária do médico era muito desorganizada.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
45.	O (a) médico explicou sobre o meu problema de forma bastante carinhosa.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
46.	O (a) médico me trata muito bem.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
47.	O (a) médico me atendeu no horário marcado, não atrasou.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
48.	O (a) médico trabalha sempre em equipe.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
49.	Eu indicaria o (a) médico, porque me senti muito seguro (a) com dele.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
50.	O (a) médico falou pausadamente comigo.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
OBS: Continue levando em consideração o médico consultado												
51.	Eu não recomendaria o (a) médico, porque não gostei muito dele.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
52.	O (a) médico estava interessado apenas no meu dinheiro.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
53.	O (a) médico é o mais competente da área.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54.	Eu falaria mal do (a) médico para as pessoas, porque fui muito mal atendido por ele.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
55.	Eu preferi tomar remédio por conta, porque não gostei muito do (a) médico que busquei orientação.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
56.	O (a) médico estava de bom humor, contribuindo com os meus resultados clínicos.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
57.	Eu indicaria o (a) médico, porque ele foi muito competente comigo.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
58.	Segui o tratamento que o (a) médico me indicou, porque ele demonstrou muita confiança em sua fala.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
59.	Eu falaria mal do (a) médico para as pessoas, porque ele foi muito arrogante comigo.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
60.	O (a) médico conhecia meu histórico e isso foi muito importante para mim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
61.	O (a) médico me faz sentir muita admiração por ele.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
62.	Eu preferi tomar remédio por conta, porque o (a) médico me tratou muito mal.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
63.	O (a) médico tem uma aparência física agradável.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
64.	O (a) médico falou com muita firmeza as informações que eu buscava.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
65.	A juventude do médico não importa muito para mim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

66.	Eu falaria mal do (a) médico para as pessoas, para elas evitarem consultar com esse (a) médico.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
67.	Eu busquei uma segunda opinião, antes de iniciar o tratamento que o (a) médico recomendou.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
68.	Eu procurei uma segunda opinião, porque desconfiei do (a) médico.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
69.	Eu troquei de médico (a), porque ele não me convenceu do que eu tinha.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
70.	Eu troquei de médico (a), porque ele não foi pontual na minha consulta.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
71.	Eu falaria mal do (a) médico para as pessoas, porque desconfiei muito dele.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
72.	Eu procurei uma segunda opinião, porque não acreditei no que o (a) médico me falou;	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
73.	Eu troquei de médico (a), mesmo ele sendo competente, porque ele me tratou com muita arrogância.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
74.	Eu procurei uma segunda opinião, porque o (a) médico não me convenceu do que eu tinha.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
75.	Eu troquei de médico (a), porque ele me atendeu com muita pressa.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
76.	Eu troquei de médico (a), porque a secretaria dele foi muito grosseira comigo.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
77.	Eu troquei de médico (a), porque ele me atendeu com muito atraso.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
78.	Eu troquei de médico (a), porque ele me atendeu com muita atenção.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
79.	Eu diria coisas positivas sobre esse médico (a) nas redes sociais.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
80.	O (a) médico que eu fui, se aproveitou da minha situação.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
81.	Eu duvido que o (a) médico se preocupou comigo.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
82.	Eu senti que o (a) médico não cuidou de mim como deveria.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
83.	Eu percebi que o (a) médico errou no meu tratamento.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
84.	Eu acho que o (a) médico escondeu alguma coisa de mim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Muito obrigada pela Sua Participação!

APÊNDICE C – INSTRUMENTO PARA PESQUISA

QUESTIONÁRIO DA PESQUISA

Prezado Senhor (a), sou estudante de doutorado em Administração da Universidade Municipal de São Caetano do Sul - USCS (DINTER/IMED) e estou realizando uma pesquisa para avaliação da área de Saúde. Este questionário é parte integrante da minha tese e gostaria muito de contar com sua colaboração. As informações desta pesquisa serão confidenciais e utilizadas somente para fins acadêmicos.

PARTE I

1. Qual seu sexo? () Masculino () Feminino
2. Qual sua idade? _____
3. Qual a renda mensal aproximada de sua família?
 - () Até R\$ 880,00
 - () De R\$ 881,00 a R\$ 2.640,00
 - () De R\$ 2641,00 a R\$ 4.400,00
 - () De R\$ 4.401,00 a R\$ 6.160,00
 - () De R\$ 6.161,00 a R\$ 8.800,00
 - () Acima de R\$ 8.800,00
4. Para a consulta médica, você utiliza: () PLANO DE SAÚDE
 () PARTICULAR
 () PLANO DE SAÚDE e PARTICULAR

PARTE II

Agora, gostaria que o Senhor (a) pensasse em um médico que consultou nos últimos 12 meses, pela primeira vez. Pensasse no último médico que visitou nos últimos 12 meses? É sobre esse que vamos falar:

1. Qual foi o motivo que fez o Senhor (a) buscar esse médico: () Avaliação médica de rotina (check-up)
 () Doença. Qual? _____
 () Motivos estéticos. O que? _____
 () Outro. Qual? _____
2. A especialização do médico consultado: _____
3. A idade aproximada do médico consultado: _____
4. A seguir, tem-se algumas formas de como as pessoas costumam escolher os seus médicos. Para cada uma delas, responda o quanto essa forma acontece com o Senhor (a), quando costuma escolher um médico e como o Senhor (a) escolheu esse médico que pensou, sendo 0 (Nunca) e 10(Sempre).

		COSTUMA ESCOLHER										MÉDICO QUE CONSULTOU											
		NUNCA					SEMPRE					NUNCA					SEMPRE						
a)	Peço Indicação de AMIGOS	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
b)	Peço Indicação de FAMILIARES	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
c)	Peço Indicação de COLEGAS DE TRABALHO	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

d)	Peço Indicação de outro MÉDICO	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
e)	Escolho pela lista do PLANO DE SAÚDE	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
f)	Escolho pelo PREÇO (Fator Econômico)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
g)	Escolho pela DISPONIBILIDADE DO MÉDICO (Agenda)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
h)	Pesquisa pela INTERNET	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
i)	Outro. Qual?																						

PARTE III

Leia as frases abaixo e marque com um X no número que representar o quanto você concorda com o que está sendo dito. OBS: **Continuar levando em consideração o médico consultado.**

Qual seu grau de concordância com as frases abaixo?		Discordo Totalmente					Concordo Totalmente					
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	O(a) médico demonstrou muita segurança em passar as informações para mim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2.	A idade que o (a) médico aparentava ter, não teve nenhuma importância para mim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.	O (a) médico demonstrou muita preocupação comigo.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4.	O (a) médico transmitiu seu conhecimento de maneira muito clara.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5.	O (a) médico que escolhi, parece sempre frequentar congressos.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6.	O (a) médico prestou muita atenção nas coisas que disse.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7.	O (a) médico era competente.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8.	Segui o totalmente o tratamento indicado pelo o (a) médico.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9.	O consultório médico possuía um espaço físico agradável.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10.	O (a) médico aparentava ser muito experiente.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11.	O (a) médico mudaria a data da consulta, se eu precisasse.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12.	O (a) médico que eu escolhi, parece que está sempre se atualizando.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13.	Eu acho que o (a) médico escondeu alguma coisa de mim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14.	O (a) médico está sempre disposto a me atender.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15.	Eu senti muita vontade de trocar de médico (a).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16.	A experiência do (a) médico teve muita importância para mim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17.	O (a) médico fez muitas perguntas sobre as queixas que tinha.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18.	O (a) médico fez o melhor por mim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19.	Eu percebi que o (a) médico errou no meu tratamento.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
OBS: Continue levando em consideração o médico consultado.												
21.	O (a) médico compreende meus sentimentos e me fez sentir melhor.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22.	O (a) médico me provou o conhecimento que ele tem.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23.	A secretária do (a) médico (a) era muito grosseira.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

24.	O (a) médico era muito arrogante (acha que sabe tudo, que é superior aos outros).	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25.	Eu senti que o (a) médico não cuidou de mim como deveria.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26.	Eu duvido que o (a) médico se preocupou comigo.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
27.	Eu senti vontade de buscar uma segunda opinião, antes de iniciar o tratamento que o (a) médico recomendou.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
28.	Eu recomendaria o (a) médico para outras pessoas.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
29.	O (a) médico me tratou com muita grosseria;	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
30.	O (a) médico me atendeu com muita pressa.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
31.	O (a) médico parece ser o mais competente da área.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
32.	A juventude do médico não importa muito para mim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
33.	O (a) médico demonstrou muito cuidado por mim.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
34.	O (a) médico que escolhi (que consultei), sempre se especializa.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
35.	O (a) médico tem uma aparência física agradável.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
36.	O (a) médico sempre entendeu meus sentimentos.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
37.	O (a) médico conhecia muito bem o meu histórico.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
38.	Eu senti muita vontade de tomar remédios por conta própria.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
39.	Eu escreveria coisas ruins sobre o (a) médico nas redes sociais.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
40.	O (a) médico me indicou várias soluções para o meu problema.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
41.	O (a) médico tem um consultório muito bonito.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
42.	O (a) médico me faz sentir muita admiração por ele.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
43.	Eu falaria mal do (a) médico para as pessoas.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
44.	A secretária do (a) médico (a) era muito desorganizada.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
45.	O (a) médico me explicou sobre o meu problema de forma bastante carinhosa.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
46.	O (a) médico me tratou muito bem.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
47.	O (a) médico me atendeu no horário marcado, não atrasou.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
48.	O (a) médico trabalha sempre em equipe.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
49.	O (a) médico falou com muita firmeza as informações que eu buscava.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
50.	O (a) médico falou pausadamente comigo.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
OBS: Continue levando em consideração o médico consultado												
51.	O (a) médico estava de bom humor, contribuindo com os meus resultados clínicos.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
52.	O (a) médico estava interessado apenas no meu dinheiro.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Muito obrigada pela sua participação!

Bairro: _____

Nome: _____

Telefone: _____