

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

Martina Gabriela Basile

**O EFEITO DA ESPERA SOBRE A AVALIAÇÃO GERAL DO  
SERVIÇO: UMA ABORDAGEM CONTINGENCIAL**

Porto Alegre  
2010

Martina Gabriela Basile

**O EFEITO DA ESPERA SOBRE A AVALIAÇÃO GERAL DO  
SERVIÇO: UMA ABORDAGEM CONTINGENCIAL**

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

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra. Cristiane Pizzutti dos Santos

Porto Alegre  
2010

**O EFEITO DA ESPERA SOBRE A AVALIAÇÃO GERAL DO SERVIÇO:  
UMA ABORDAGEM CONTINGENCIAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Administração da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em Administração.

Conceito Final \_\_\_\_\_

Aprovado em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Vinícius Sittoni Brasil – PUCRS

---

Prof. Dr. Luiz Antonio Slongo – UFRGS

---

Prof. Dr. Walter Meucci Nique – UFRGS

---

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra. Cristiane Pizzutti dos Santos – UFRGS

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de deixar meus sinceros agradecimentos àqueles que participaram dessa jornada e, de alguma forma, me deram suporte para concluí-la:

- Ao Programa de Pós-Graduação de Administração – PPGA/UFRGS e seus profissionais, pela oportunidade de aprimorar meus conhecimentos e pela qualidade do ensino oferecida;
- À minha orientadora Cristiane Pizzutti dos Santos, que foi uma grande incentivadora durante a realização deste trabalho, pela sua dedicação, competência e senso crítico, que contribuíram e foram indispensáveis para o engrandecimento deste estudo;
- Ao professor Hugo, que foi imprescindível para a realização das análises estatísticas, pela disposição e paciência durante essa árdua fase;
- Aos professores Luiz Antonio Slongo, Fernando Bins Luce e Carlos Alberto Vargas Rossi pelo incentivo e pelo conhecimento compartilhado;
- Aos professores da banca, Vinícius Sittoni Brasil, Luiz Antonio Slongo e Walter Meucci Nique pela participação e valiosas contribuições durante a avaliação do projeto;
- Aos colegas do Marketing, Christian, Cláudia, Cristine, Daniel, Francine, Oscar, Priscila, Renato, Ricardo, Simone e Tiago, pela amizade, que tornaram esse período do mestrado único, pela cumplicidade e pelos bons momentos que passamos juntos.
- À Marinês, pela companhia e pelas conversas construtivas na sala dos mestrandos;
- Aos meus pais, Daniel e Gabriela, que sempre me incentivaram a continuar estudando e são responsáveis por tudo que conquistei na minha vida, dedico esta dissertação e agradeço pelo apoio e amor incondicionais;
- Ao meu irmão, Piero, pelo suporte e paciência ao longo desses dois anos de convívio;
- Ao meu namorado, Marcelo, pelo amor e constante incentivo, que foram um estímulo durante o período do mestrado, e pela compreensão nos momentos em que precisei me ausentar;

## RESUMO

O presente estudo tem como principal objetivo avaliar o impacto de aspectos contingenciais no modelo básico do efeito da espera na avaliação geral de um serviço. Com base em estudos referentes à espera já realizados, o presente trabalho definiu o “modelo básico do efeito da espera na avaliação geral do serviço” que consiste no impacto negativo da espera na avaliação geral do serviço por meio da suscitação de emoções negativas. A influência de fatores contingenciais sobre o modelo é a principal contribuição do estudo, dado que essa abordagem não havia sido ainda estudada. Inicialmente, foi realizada uma etapa exploratória, qualitativa, para investigar as relações propostas no modelo teórico, assim como para compreender melhor os serviços de saúde, campo de estudo da pesquisa. Na sequência, a influência do envolvimento do consumidor, da singularidade do serviço, da pressão do tempo e do relacionamento interpessoal no modelo central foi investigada através da realização de uma survey com 382 pacientes. As hipóteses foram testadas por meio de modelagem de equações estruturais, com o *software* LISREL 8.51. Os resultados indicam que o envolvimento do consumidor tem impacto positivo no seu tempo de espera aceitável. Já o efeito da singularidade do serviço sobre essa mesma variável não foi confirmado. A pressão do tempo apresentou impacto positivo no tempo de espera percebido e o efeito moderador do relacionamento interpessoal na relação entre as respostas afetivas negativas e a avaliação geral do serviço também foi confirmada. Além das hipóteses propostas, foi realizado um teste exploratório segundo o qual se confirmou o efeito moderador da variável gravidade sobre as relações que compõe o modelo básico do efeito da espera da avaliação geral do serviço. No final, os resultados são discutidos, e as limitações do estudo e sugestões para futuras pesquisas são apresentadas.

**PALAVRAS-CHAVE:** espera, envolvimento, pressão de tempo, desconfirmação do tempo de espera aceitável, respostas afetivas negativas, avaliação geral do serviço.

## **ABSTRACT**

The most important objective of the present study is to evaluate the impact of the contingency aspects on the basic model of the waiting effect in the overall service evaluation. Based on studies in reference to the wait already carried out, this study defined the "basic model of the waiting effect on the general evaluation of the service" as being the negative impact of waiting in the general evaluation of the service because of the rise of negative emotions. The influence of contingency factors over the model is the most important contribution of the study as this approach has never been studied before. Initially, there was a qualitative exploratory to investigate the proposed relations in the theoretical model, as well as to have a better understanding of health care services, the field study of the research. Following that, the influence of the consumer involvement, the uniqueness of the service, the time pressure and the interpersonal relationship in the central model was investigated through a survey conducted among 382 patients. The hypotheses were tested using structural equation modeling with LISREL 8.51 software. The results showed that the consumer involvement have a positive impact in the acceptable waiting time. On the other hand the effect of the uniqueness of the service over the same variable was not confirmed. The time pressure indicated a positive impact on the perceived waiting time and the moderate effect of the interpersonal relationship of the connection between negative affective reactions and the overall service evaluation was also confirmed. Beyond the proposed hypotheses, it was performed a exploratory test whereby it was confirmed the moderator effect of the gravity variable on the relations that form the basic model of the waiting effect on the overall service evaluation. In the end the results are discussed, and the limitations of the study and suggestions for future surveys are presented.

**KEYWORDS:** waiting, consumer involvement, time pressure, acceptable waiting time, disconfirmation, affective reactions, overall service evaluation.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01 – Escala de entidades do mercado.....	17
Figura 02 – Modelo teórico proposto .....	40
Quadro 01 – Perfil das secretárias – Etapa qualitativa .....	45
Quadro 02 – Perfil dos pacientes – Etapa qualitativa.....	45
Quadro 03 – Escala de envolvimento.....	50
Quadro 04 – Escala de singularidade do serviço.....	51
Quadro 05 – Escala de pressão do tempo .....	52
Quadro 06 – Escala de relacionamento interpessoal .....	53
Quadro 07 – Escala de tempo de espera aceitável.....	53
Quadro 08 – Escala de tempo de espera percebido .....	53
Quadro 09 – Escala de respostas afetivas negativas.....	54
Quadro 10 – Escala de avaliação geral do serviço .....	55
Gráfico 01 – Gênero .....	72
Gráfico 02 – Grau de instrução.....	72
Gráfico 03 – Profissão .....	73
Gráfico 04 – Quantidade de consultas .....	73
Gráfico 05 – Expectativa de espera .....	74
Gráfico 06 – Profissional consultado.....	74
Gráfico 07 – Especialistas mais citados .....	75
Figura 03 – Modelo estrutural .....	81
Quadro 11 – Resumo das hipóteses.....	83

## LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Indicadores estatísticos .....	76
Tabela 02 – Estatísticas da análise fatorial confirmatória de cada construto .....	78
Tabela 03 – Confiabilidade e variância extraída .....	80
Tabela 04 – Matriz de avaliação da validade discriminante.....	80
Tabela 05 – Índices de ajuste do modelo estrutural geral.....	82
Tabela 06 – Estatísticas do modelo estrutural geral .....	83
Tabela 07 – Estatísticas – variável relacionamento interpessoal.....	84
Tabela 08 – Estatísticas da análise multi-grupo do relacionamento interpessoal.....	84
Tabela 09 – Estatísticas – variável gravidade.....	85
Tabela 10 – Estatísticas da análise multi-grupo da gravidade.....	86



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>10</b>
1.1	DELIMITAÇÃO DO TEMA E DEFINIÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA	11
1.2	OBJETIVOS	15
1.2.1	Objetivos Geral	15
1.2.2	Objetivos Específicos	15
<b>2</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b>	<b>16</b>
2.1	SERVIÇO	16
2.2	ESPERA	19
2.3	MODELO BÁSICO DO EFEITO DA ESPERA NA AVALIAÇÃO DO SERVIÇO	21
2.3.1	Tempo de espera aceitável	21
2.3.2	Tempo de espera percebido	22
2.3.3	Respostas afetivas negativas	23
2.3.4	Avaliação geral do serviço	24
2.4	ASPECTOS CONTIGENCIAIS	26
2.4.1	Envolvimento	27
2.4.2	Singularidade do Serviço	29
2.4.3	Pressão de tempo	30
2.4.4	Relacionamento interpessoal	32
<b>3</b>	<b>HIPÓTESES E MODELO TEÓRICO</b>	<b>35</b>
3.1	DESCONFIRMAÇÃO DO TEMPO ACEITÁVEL	35
3.2	RELAÇÃO ENTRE A DESCONFIRMAÇÃO DO TEMPO ACEITÁVEL E AS RESPOSTAS AFETIVAS NEGATIVAS	36
3.3	RELAÇÃO ENTRE RESPOSTAS AFETIVAS NEGATIVAS E AVALIAÇÃO GERAL DO SERVIÇO	36
3.4	RELAÇÃO ENTRE ENVOLVIMENTO E TEMPO ACEITÁVEL	37
3.5	RELAÇÃO ENTRE SINGULARIDADE DO SERVIÇO E TEMPO ACEITÁVEL	38
3.6	RELAÇÃO ENTRE PRESSÃO DE TEMPO E TEMPO PERCEBIDO	38
3.7	INFLUÊNCIA DO RELACIONAMENTO INTERPESSOAL NA RELAÇÃO ENTRE AS RESPOSTAS AFETIVAS NEGATIVAS E A AVALIAÇÃO GERAL DO SERVIÇO	39
<b>4</b>	<b>MÉTODO</b>	<b>41</b>
4.1	CAMPO DE ESTUDO	41
4.1.1	Setor da saúde	42
4.2	ETAPA EXPLORATÓRIA	43
4.3	ETAPA CONCLUSIVA	46
4.3.1	Procedimento de Coleta de Dados	46
4.3.2	População	48
4.3.3	Procedimento de Amostragem	48
4.3.4	Instrumento de coleta de dados	49
4.3.5	Preparação da base de dados	55
4.3.6	Procedimentos estatísticos de análise de dados	59
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	<b>63</b>
5.1	ETAPA QUALITATIVA	63
5.1.1	Secretárias	63
5.1.2	Pacientes	67

5.2	ETAPA DESCRITIVA.....	71
5.2.1	Caracterização da amostra.....	72
5.2.2	Análise do modelo de medidas .....	77
5.2.3	Análise do modelo estrutural.....	81
5.2.4	Análise multi-grupo.....	83
6	CONCLUSÕES .....	87
6.1	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E IMPLICAÇÕES ACADÊMICAS.....	87
6.2	IMPLICAÇÕES GERENCIAIS .....	90
6.3	LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES PARA FUTURAS PESQUISAS .....	92
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	95
	ANEXO A – ROTEIRO DA ENTREVISTA QUALITATIVA (SECRETÁRIAS) .....	104
	ANEXO B – ROTEIRO DA ENTREVISTA QUALITATIVA (PACIENTES) .....	105
	ANEXO C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	106

# 1 INTRODUÇÃO

A espera por parte do consumidor surge como resultado da heterogeneidade dos serviços aliada à perecibilidade (impossibilidade de estocagem dos serviços), dado que esses dois aspectos em conjunto dificultam o equilíbrio entre a oferta e demanda do negócio. Filas de espera para ser atendido em *call-centers*, hospitais, lojas e bancos entre outros serviços passaram a fazer parte da rotina do consumidor e, portanto, a espera por um serviço tem se tornado frequente na sociedade contemporânea, sendo considerada uma grande fonte de estresse para as pessoas.

Tendo em vista seus efeitos, o interesse pela espera tem sido crescente tanto no meio acadêmico quanto gerencial. Pesquisadores da área de marketing têm estudado os efeitos da espera no ambiente de serviços (e.g. MAISTER, 1985; TAYLOR, 1994; PRUYN; SMIDTS, 1998) com o intuito de encontrar soluções para minimizar respostas negativas do consumidor e oferecer um serviço de maior qualidade.

Espera-se por meio do presente estudo aprofundar o tema espera em encontros de serviços a partir da inclusão de variáveis contingenciais. Ainda neste capítulo, será apresentada uma seção para delimitação do tema e problema de pesquisa, dentro do qual são discutidas as justificativas teóricas e práticas do trabalho. Na sequência são propostos os objetivos geral e específicos.

Na fundamentação teórica, o leitor é introduzido brevemente ao ambiente de serviços e é discutida a espera e suas características. Logo, o modelo básico do efeito da espera na avaliação geral do serviço é delineado com base na literatura referente à espera e aos outros aspectos que fazem parte do modelo. São apresentados também, no mesmo capítulo, os conceitos de aspectos contingenciais, bem como são abordados cada um dos fatores contingenciais selecionados para análise de seus efeitos neste trabalho – envolvimento do consumidor, singularidade do serviço, pressão de tempo e relacionamento interpessoal.

No capítulo seguinte, são propostas hipóteses fundamentadas na revisão de literatura, que em conjunto dão origem ao modelo teórico proposto. Na sequência, é delineado o campo de estudo e o método utilizado para testar esse modelo, que inclui duas etapas: qualitativa e quantitativa.

O quinto capítulo traz os resultados encontrados nas duas etapas do estudo. Por último, são apresentadas as conclusões, as implicações acadêmicas e gerenciais, as limitações do estudo e sugestões para futuras pesquisas.

## 1.1 DELIMITAÇÃO DO TEMA E DEFINIÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

Uma das razões pelo qual o estudo da espera no ambiente de serviços tem se tornado relevante é a crescente importância do tempo na vida das pessoas. Além disso, tendo em vista a característica de variabilidade dos serviços e a dificuldade inerente ao setor em gerenciar a sua oferta e demanda, o atraso acaba muitas vezes sendo inevitável e, conseqüentemente, uma situação comum nesse contexto.

Por ser um recurso limitado e escasso (JACOBY; SZYBILLO; BERNING, 1976), o tempo tem se tornado precioso para os consumidores. Autores sugerem que economizar tempo significa realocar o tempo entre atividades para atingir maior eficiência (FIELDMAN; HORNICK, 1981). Segundo Berry e Grewal (2002), a literatura de marketing assumiu uma relação entre a escassez do tempo e o desejo dos consumidores por produtos e serviços que oferecem conveniência.

Becker (1965) reconheceu que o tempo, como o preço, pode definir a escolha por determinado produto ou serviço. Tendo isso em vista, muitas empresas já passaram a considerar esse aspecto e oferecer produtos ou serviços que facilitem a vida de seus clientes.

Restaurantes de grandes cidades começaram a oferecer novos serviços na casa dos clientes que querem evitar longas esperas por uma mesa (REVISTA DA SEMANA, 2003); lojas, cuja demanda é sazonal, evitam a formação de filas oferecendo novos meios para fazer as compras como através do site, fax ou telefone (REVISTA DA SEMANA, 2006); políticos prometem menos filas de espera para consultas médicas e outros serviços públicos (VEJA, 2008) e leis, estabelecendo um tempo máximo para atendimento, estão sendo criadas com o intuito de facilitar a vida do consumidor (VEJA, 2008). Todos os exemplos acima citados, ocorridos nos últimos anos, ilustram o grau de importância que as empresas e organizações estão dando à espera devido a sua difusão na sociedade moderna.

Segundo Maister (1985), os primeiros estágios de um encontro de serviço, dentre eles a experiência de espera, criam um *halo effect*, isto é, a avaliação de toda a experiência é determinada pela avaliação de uma ou algumas de suas dimensões ou etapas (SCHIFFMAN;

KANUK, 2007) e, devido a isso, é necessário que se dê maior atenção a cada uma dessas etapas.

A espera por um serviço pode ser definida como o tempo desde que um cliente está pronto para receber o serviço até o tempo em que o serviço começa (TAYLOR, 1994). De acordo com Taylor (1994), a espera pode ser caracterizada com base no momento do processo em que se inicia: pré-processo, no processo ou pós-processo. Para ilustrar os três tipos de espera, a autora cita o exemplo de um restaurante: a espera no pré-processo ocorre antes de conseguir uma mesa, a espera durante processo é o tempo de espera entre o pedido e a chegada do prato, e, por último, a espera pós-processo ocorre antes de receber e pagar a conta.

A espera no primeiro estágio, que parece ser a mais desagradável para o cliente (MAISTER, 1985), ainda pode ser subdividida em outros três tipos: espera de pré-agendamento, atraso e espera de fila (TAYLOR, 1994). A primeira ocorre quando o cliente chega antes do horário agendado e, portanto, essa espera se dá desde a chegada do cliente até o horário marcado. Já o atraso, ou espera pós-agendamento, é contado a partir do horário agendado até o processo do serviço ser iniciado. Por último, a espera na fila se refere às situações em que não há agendamento de horários e, assim sendo, o atendimento se dá por ordem de chegada (TAYLOR, 1994). Este trabalho tem foco na espera caracterizada como atraso e que, portanto, ocorre no pré-processo. A escolha se deve a que o atraso é o tipo de espera que causa maior desconforto ao cliente (TAYLOR, 1994) e que, geralmente, a culpa pela sua ocorrência é atribuída ao prestador de serviço e, portanto, acaba sendo prejudicial à imagem da empresa.

Os clientes avaliam a experiência de espera com base no tempo de espera percebido e tempo de espera aceitável ou tolerável (PRUYN; SMIDTS, 1998). O tempo percebido é a estimativa subjetiva do tempo de espera em minutos. Sua importância para o estudo da espera se deve a sugestão de que as reações dos clientes à espera estão mais associadas ao tempo percebido do que ao tempo real da espera (HORNIK, 1984). Já o tempo de espera aceitável se refere ao tempo máximo que o cliente está disposto a esperar para receber o serviço (PRUYN; SMIDTS, 1998). A fórmula que consiste na diferença entre o tempo de espera aceitável e o tempo de espera percebido é chamada de desconfirmação do tempo aceitável e o seu resultado indica a avaliação da espera, positiva ou negativa.

Pesquisadores apontam que a avaliação da espera por um serviço gera respostas afetivas, em geral negativas, pelos clientes. Essas respostas podem ser definidas como uma série de sentimentos e emoções dos consumidores que são provocadas pela espera de um serviço (YAN *et al.*, 2006). Taylor (1994) sugere que esses sentimentos negativos podem ser

agrupados em dois fatores: incerteza e raiva. Outros trabalhos ainda se referem ao sentimento de desprazer, quando a demora é muito longa, e de injustiça, quando o consumidor percebe que foi prejudicado pelo processo do serviço, ou seja, pelo processo desenvolvido para ordenar os atendimentos (RAFAELI; BARRON; HABER, 2002).

Autores sugerem que é possível minimizar os efeitos negativos influenciando o tempo de espera percebido (KATZ; LARSON; LARSON, 1991). Com base nisso, estudos trouxeram uma série de fatores que podem afetar a percepção do tempo. Maister (1985) cita a ocupação do indivíduo no período de espera, o estágio – pré-processo ou no processo – em que a espera ocorre e a incerteza da duração da espera como alguns dos fatores que influenciam o tempo de espera percebido pelo cliente, porém, não testa empiricamente suas suposições.

Esse conjunto de sentimentos negativos tende a afetar a satisfação do cliente com o serviço. O impacto da espera na avaliação geral do serviço tem sido estudado e suportado por diversos autores da área, trazendo implicações gerenciais importantes (e.g. MAISTER, 1985; TAYLOR, 1994; PRUYN; SMIDTS, 1998; YAN; LOTZ, 2006). Com base nesses estudos, a representação do efeito da espera na avaliação do serviço, por meio das relações entre o tempo percebido e tolerável, as reações afetivas e a avaliação geral do serviço, será tratada no presente trabalho como o ‘modelo básico do efeito da espera na avaliação do serviço’.

De acordo com o modelo de experiência de espera de Taylor (1994) é sugerido que um atraso afete a avaliação geral do serviço através de seu impacto na pontualidade, raiva, e incerteza. Além disso, outros fatores como a forma com que o cliente lida com a situação de espera (DURRANDE-MOREAU, 1999), as atitudes e o incômodo gerados na ocasião (RAFAELI *et al.*, 2002; IGLESIAS *et al.*, 2007), e a ambientação da loja (MCDONELL, 2007; BAILEY; ARENI, 2006) também podem influenciar a percepção de espera do cliente e, conseqüentemente, todo o modelo básico do efeito da espera na avaliação do serviço.

Alguns autores comprovaram o efeito desses fatores sobre o tempo de espera percebido e acreditam que ações podem ser adotadas pelo provedor de serviço para amenizar os efeitos da espera (MCDONELL, 2007; BAILEY; ARENI, 2006; RAFAELI *et al.*, 2002). Em contrapartida, outros autores não obtiveram suporte no efeito de alguns desses fatores. No estudo de Pruyn e Smidts (1998), por exemplo, a atratividade do ambiente de espera não afetou o tempo aceitável, assim como os elementos de distração disponíveis não apresentaram relação com o tempo percebido. Com base nisso, acredita-se que esses aspectos sejam contingenciais, isso é, que o impacto desses fatores no tempo percebido, tempo aceitável e na avaliação geral do serviço varie de uma situação para outra.

Assim, apesar de ser possível que um cliente ocupado sinta menos o passar do tempo, existem outros aspectos que podem estar presentes, como, por exemplo, a pouca disponibilidade de tempo do cliente. Acredita-se que um cliente sob **pressão de tempo** tenha um comportamento diferente daquele que tem muito tempo livre para dedicar ao serviço. Outro aspecto citado por Maister (1985), mas que ainda não foi testado empiricamente e que também pode influenciar a relação da espera com a avaliação geral do serviço é o quão valioso é o serviço para o cliente. Neste estudo essa variável será chamada de **singularidade do serviço**, pois acredita-se que quanto mais individual for o serviço, mais valor ele terá perante o cliente.

Tendo em vista que o **envolvimento do consumidor** influencia o seu comportamento durante um encontro de serviço (e.g. OSTROM; IACOBUCCI, 1995; HOFFMAN; KELLEY, 2000; GOLDSMITH, 2002) gerando uma motivação interna para dedicar mais esforço, tempo e atenção ao mesmo, acredita-se que esse fator também influencie a relação entre a espera e a avaliação geral do serviço.

O **relacionamento interpessoal** também é considerado um aspecto contingencial e, portanto, será avaliado no presente estudo. Dado que, de acordo com Berry (1995), clientes envolvidos em relacionamentos de serviço afetivos e sociais podem exibir maior tolerância quando ocorre uma falha, espera-se que o relacionamento interpessoal tenha impacto sobre o modelo supracitado.

A lógica desenvolvida acima apresenta uma nova abordagem para o estudo da relação entre espera e a avaliação geral do serviço, envolvendo variáveis ainda pouco investigadas. Essa nova perspectiva vê essa relação de modo mais complexo, em que é introduzida uma série de fatores antes pouco considerados, chamados de aspectos contingenciais, que podem incidir sobre a mesma. Ao acrescentar essas variáveis, espera-se que o modelo se torne mais completo e, portanto, mais próximo da realidade. Com isso, pretende-se estender a literatura existente sobre espera no ambiente de serviços e trazer novas contribuições acadêmicas e gerenciais.

Tendo isso em vista, o presente estudo procura responder a seguinte questão: Como variáveis contingenciais influenciam o modelo básico do efeito da espera na avaliação geral de um serviço?

## 1.2 OBJETIVOS

Vista a delimitação do tema e problema de pesquisa, são propostos abaixo os objetivos geral e específicos.

### 1.2.1 Objetivos Geral

Verificar a influência de variáveis contingenciais no modelo básico do efeito da espera na avaliação geral de um serviço.

### 1.2.2 Objetivos Específicos

- Avaliar a influência dos aspectos contingenciais – envolvimento do consumidor, singularidade do serviço – no tempo de espera aceitável do cliente;
- Verificar a influência do aspecto contingencial pressão de tempo no tempo de espera percebido pelo cliente;
- Verificar a influência da desconfirmação do tempo de espera aceitável nas respostas afetivas negativas do cliente em relação ao provedor de serviço;
- Identificar a influência das respostas afetivas negativas do cliente decorrentes da situação de espera na avaliação geral do serviço pelo cliente;
- Avaliar a influência do relacionamento interpessoal entre o cliente e o provedor de serviço na relação entre as respostas afetivas negativas do cliente e sua avaliação geral do serviço.



## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A seguir são apresentados resultados de estudos já realizados e conceitos relevantes para delineamento dos construtos que compõem o modelo teórico proposto.

### 2.1 SERVIÇO

Dado que o presente estudo se dá no ambiente de serviços, é importante entender um pouco mais a respeito das peculiaridades desse contexto. A definição do que é um serviço e as suas características são aspectos relevantes nesse sentido.

Segundo Zeithaml e Bitner (2003), serviços são ações, processos e atuações. Já Kotler e Keller (2006, p. 397) traz um conceito mais completo e define um serviço como “qualquer ato ou desempenho, essencialmente intangível, que uma parte pode oferecer à outra e que não resulta na propriedade de nada”. Ainda de acordo com o autor, a execução de um serviço pode estar ou não ligada a um produto concreto.

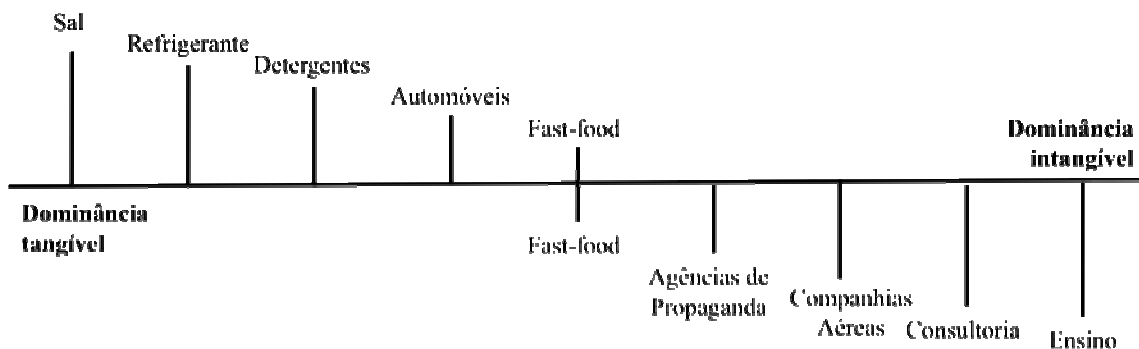
Os serviços se diferenciam dos produtos físicos com base em quatro características principais: intangibilidade, inseparabilidade, perecibilidade e variabilidade (KOTLER; KELLER, 2006).

A predominância de aspectos intangíveis constitui a diferença fundamental em relação aos produtos. Um serviço é uma experiência, não pode ser sentido, tocado ou experimentado (SHOSTACK, 1977). Essa dificuldade de avaliação pré-compra é a principal consequência da intangibilidade dos serviços, sobretudo em serviços baseados em pessoas (BRASIL, 1994).

Segundo Kotler e Keller (2006), os serviços podem se tornar menos abstratos por meio das evidências tangíveis, não-abstratas, atreladas a ele. Berry (1980) chama esse processo de tangibilizar o intangível. “A evidência física é o ambiente onde o serviço é executado e onde a empresa interage com o cliente, ou seja, qualquer componente tangível que facilite o desempenho ou a comunicação do serviço” (ZEITHAML; BITNER, 2003). A importância de apresentar evidências físicas se deve a que elas ajudam o consumidor a formar uma avaliação da qualidade do serviço.

Segundo Zeithaml e Bitner (2000), além das evidências físicas, os clientes buscam também evidências de qualidade nas pessoas que prestam o serviço (ações ou atitudes) e no processo de trabalho (como o trabalho está sendo organizado, o tempo de espera). De acordo com as autoras, o cliente em uma consulta médica vai reparar no atendimento da secretária (cordialidade, presteza, conhecimento), na organização do trabalho (sequência lógica, precisão do registros, tempo de espera aceitável) e nas condições do ambiente (limpeza, conforto, iluminação).

Os serviços não são apenas aqueles produzidos por empresas prestadoras de serviços, mas também aqueles prestados por fabricantes de produtos. No primeiro caso o serviço é a parte principal da oferta, já no segundo, o serviço é considerado como uma parte secundária. Shostack (1977), conforme pode-se observar na figura 1, distribui os diversos tipos de empresas em um contínuo. Uma extremidade representa empresas essencialmente tangíveis (produtoras de bens) e a outra empresas essencialmente intangíveis (serviço puro). A distribuição das empresa ao longo do contínuo se dá em função da proporção de aspectos tangíveis e intangíveis na sua oferta.



**Figura 1 – Escala de Entidades do Mercado**

Fonte: Adaptado de Shostack (1977)

A simultaneidade dos serviços se refere à característica da produção e consumo ocorrerem ao mesmo tempo. Enquanto os produtos geralmente são produzidos antecipadamente para depois serem vendidos e consumidos, os serviços, em geral, são primeiramente vendidos e, então, produzidos e consumidos simultaneamente.

A inseparabilidade entre a produção e o consumo torna necessária a presença do prestador de serviços no momento da ação. Além disso, na maioria das vezes, a presença do cliente também é indispensável enquanto o serviço está sendo produzido (ZEITHAML;

BITNER, 2003), como no caso de consultas médicas, aulas ou tratamento de beleza (BRASIL, 1994). Nestes casos, não apenas o local e o momento em que o serviço é prestado são importantes, mas também o comportamento e a conduta do prestador assumem papel fundamental na satisfação do cliente (BERRY<sup>1</sup> *apud* BRASIL, 1994).

A perecibilidade é decorrente do aspecto anterior, e se refere à impossibilidade de estocar, revender ou devolver um serviço. Esse aspecto não é um problema quando a demanda é estável, entretanto, quando há oscilação, a perecibilidade traz um problema crítico para a empresa prestadora do serviço (KOTLER; KELLER, 2006). Serviços como uma diária de hotel, um assento em um avião ou uma hora do tempo de um médico não podem ser estocados e revendidos em períodos de alta demanda, ao contrário dos produtos. Contudo, algumas estratégias podem ser utilizadas para equilibrar a oferta e demanda dos produtos, tais como o estabelecer preços diferenciados nos períodos de alta e baixa demanda, utilizar maior número de funcionários em horários de pico, ter funcionários trabalhando em horas-extras e adotar um sistema de reservas, dentre outras (ZEITHAML; PARASURAMAN; BERRY, 1985; KOTLER; KELLER, 2006). Em alguns casos, a espera é eliminada por meio de melhorias de processos ou adoção de tecnologias de serviço mais rápidas (DAVIS; HEINEKE, 2006).

A quarta dentre as principais características dos serviços é a variabilidade da produção. Os serviços são altamente variáveis, pois dependem de quem os presta, onde e quando são prestados (KOTLER; KELLER, 2006). A heterogeneidade associadas aos serviços ocorre principalmente em decorrência da interação humana (ZEITHAML; BITNER, 2003). Os prestadores do serviço mudam suas atuações de um dia para outro, seja em decorrência de aspectos técnicos (conhecimento, habilidades) quanto emocionais (ZEITHAML; BITNER, 2003). Os clientes também influenciam a performance do serviço, pois tem demandas exclusivas tornando cada experiência de serviço muito particular.

A influência dos funcionários na satisfação dos clientes são observados em muitas indústrias, mas são especialmente críticos em indústrias de serviço de alto contato como serviços médicos, legais e de consultoria (GOLDSTEIN, 2003). Nesses casos a satisfação do clientes está diretamente ligada ao profissional e seu comportamento (BROWN; SWARTZ, 1989).

Cabe ressaltar que Lovelock e Gummesson (2004) questionam a validade dessas características – intangibilidade, simultaneidade, perecibilidade e variabilidade – para

---

<sup>1</sup> BERRY, Leonard L. Services Marketing is different. **Business**, 30 (May-June), 24-28, 1980.

diferenciar os serviços dos produtos. Os autores afirmam que essa forma de caracterização não é suportada por evidências, pois foi verificada apenas em alguns tipos de serviços, bem como podem também ser aplicadas para alguns produtos. Contudo, dada a aceitação dessa caracterização na literatura sobre serviços, o presente trabalho adotará a mesma como base para delinear o contexto do estudo.

Conforme visto nesta seção, um serviço, em geral, se caracteriza por ser um processo em que o provedor e o cliente interagem para obter um resultado esperado. Esse processo pode ter variações de um cliente para outro e, portanto, dificulta a previsão exata do tempo necessário para cada encontro de serviço. Devido a essa característica do serviço, entre outros motivos, não é raro que os clientes tenham que, muitas vezes, esperar para receber o serviço. Na próxima seção será feita uma abordagem geral da literatura referente ao estudo da espera no ambiente de serviços.

## 2.2 ESPERA

Conforme visto na seção anterior, os serviços possuem quatro características principais que os diferenciam dos produtos: intangibilidade, simultaneidade, perecibilidade e variabilidade. A variabilidade dos serviços, decorrente da interação entre o cliente e o prestador de serviço, torna cada encontro de serviço diferente entre si. Essa heterogeneidade dificulta ao prestador prever com exatidão como se dará cada processo de serviço ou definir um processo padrão para todos os encontros.

Essa característica aliada à perecibilidade dos serviços (impossibilidade de estocagem dos serviços) são as principais responsáveis pela dificuldade das empresas de serviço equilibrarem a oferta e demanda de seu negócio. A espera surge como resultado dessa incapacidade de gerenciar os atendimentos de modo que sua sequência se dê no momento exato, conforme acordado com o cliente. Os médicos, por exemplo, determinam um período de tempo padrão para atender seus pacientes. Contudo, o tempo necessário varia de uma situação para outra e, muitas vezes, a consulta pode demorar mais do que o tempo que lhe havia sido pré-determinado, atrasando as consultas seguintes. Além disso, as oscilações na demanda também causam dificuldade no gerenciamento da oferta e demanda. Uma dermatologista, por exemplo, pode ter mais procura no inverno, dado que a maioria dos

procedimentos realizados na pele deve ser realizada nesse período, causando uma superlotação na sua agenda.

Esperar por um serviço é uma experiência normalmente inevitável para clientes e parece ser um forte determinante da satisfação geral com o serviço e lealdade do cliente (PRUYN; SMIDTS, 1998). O tempo de espera, segundo Hui e Tse (1996), é um fator decisivo na avaliação de muitos serviços. Em geral, conforme encontrado em estudos anteriores (KATZ, LARSON; LARSON 1991; TAYLOR, 1994) essa influência é negativa, pois o tempo perdido durante uma espera pode ser psicologicamente doloroso, dado que faz com que o consumidor abra mão de atividades produtivas e gratificantes e aumenta o investimento necessário para a obtenção de um produto ou serviço (MOWEN; LICATA; MCPHAIL, 1993).

Devido a esse alto impacto na avaliação do serviço, a espera tem sido estudada na literatura de marketing de serviços (e.g. TAYLOR, 1994; HUI; TSE, 1996; DAVIS; HEINEKE, 1998; PRUYN; SMIDTS 1998; DAVIS; HEINEKE, 1998; HOUSTON *ET AL.*, 1998). Esses estudos foram aplicados nos mais diversos contextos, como transporte aéreo, universidades, supermercados, hospitais, restaurantes e bancos.

A espera por um serviço pode dar-se em diferentes pontos do processo. Os clientes podem ter que esperar antes, durante e depois do processo do serviço, doravante chamados, respectivamente, de pré-processo, no processo, e pós-processo (DUBE-RIOUX; SCHMITT; LECLERC, 1989). Autores sugeriram que a gestão de marketing deve focar-se principalmente no primeiro processo, o que vêm ao encontro das proposições de Maister (1985), onde é sugerido que a espera no pré-processo tende a parecer mais longa que durante o processo e, por isso, talvez mereça mais atenção. Em corroboração com essa idéia de que a espera antes do processo é mais desagradável, Dube-Rioux *et al.* (1989) encontraram reações menos negativas dos sujeitos para a espera ocorrida durante o processo.

Devido à importância da espera no pré-processo, esta ainda foi dividida em outras três classificações: espera pré-agendamento, atraso ou espera pós-agendamento, e espera em filas (TAYLOR, 1994). A primeira se refere às situações em que o cliente chega antes do horário agendado e, por isso, deve esperar a hora marcada. O atraso é o tempo contado a partir do horário agendado até o início do processo do serviço. Já a espera em filas ocorre quando não há agendamentos e o atendimento se baseia na ordem de chegada. Conforme já dito, a espera, no presente estudo, será referente ao atraso do serviço, ou seja, a contagem da espera se dará a partir do horário agendado.

Na próxima sessão será apresentado o modelo baseado em estudo anteriores que representa a influência da espera na avaliação geral do serviço.

## 2.3 MODELO BÁSICO DO EFEITO DA ESPERA NA AVALIAÇÃO DO SERVIÇO

Dentro do estudo da espera no ambiente de serviços, fatores como o tempo percebido e tolerável, reações afetivas e avaliação geral do serviço, bem como suas relações têm sido investigadas (PRUYN; SMIDTS, 1998; HUI; TSE, 1996; TAYLOR, 1994; KATZ *ET AL.*, 1991). O conjunto dessas relações será chamado neste estudo de ‘modelo básico da espera’. A seguir serão apresentados detalhadamente cada um desses elementos.

### 2.3.1 Tempo de espera aceitável

Expectativa é definida por Zeithaml e Bitner (2003) como as crenças a respeito da entrega de um serviço que funciona como um ponto de referência com o qual a performance é julgada. O tempo de espera tolerável, ou aceitável, de acordo com Pruyn e Smidts (1998), funciona da mesma forma, é um ponto subjetivo de referência importante para o julgamento da qualidade do serviço e satisfação com o serviço, e deve ser considerado como o número máximo de minutos tolerável em uma situação de espera específica.

Para referir-se à expectativa de espera do cliente, Yan e Lotz (2006) usaram em seu modelo a zona de tolerância à espera. Esta, segundo eles, representa a medida com que clientes reconhecem e estão dispostos a aceitar o tempo de espera para receber o serviço. Eles propuseram que sua mensuração deveria basear-se na distância existente entre dois extremos, expectativa da espera desejada e expectativa da espera adequada. A primeira se refere ao tempo de espera mais favorável em que o cliente gostaria de receber o serviço e a segunda ao tempo de espera menos favorável aceitável. De acordo com essa proposta, quanto maior a distância entre os dois extremos, maior será a zona de tolerância do cliente. Essa proposta, apesar de aceitável teoricamente parece não ter muito sentido na prática, pois acredita-se que o cliente não deseje ter espera e, portanto, a expectativa de espera desejada seria igual a zero.

Sendo assim, a equação da zona de tolerância de Yan e Lotz (2006) ficaria baseada apenas na expectativa da espera adequada e, deste modo, sua definição seria similar ao tempo de espera tolerável de Pruyn e Smidts (1998) citado anteriormente. Com base nisso, o presente estudo adotará esse último construto para representar o tempo de espera considerado tolerável pelo cliente.

### 2.3.2 Tempo de espera percebido

Apesar de o tempo de espera objetivo ou real ser um fator importante para a avaliação da espera, o tempo de espera percebido pelo cliente tem sido apontado como tendo maior peso nas reações dos clientes à espera (HORNİK, 1984).

Para definir o tempo percebido no presente estudo adotou-se o conceito de Pruyn e Smidts (1998), segundo o qual o tempo percebido é a estimativa subjetiva do tempo de espera em minutos. Alguns autores mensuraram o tempo percebido com base na estimativa do intervalo de tempo em unidades de tempo (JONES; PEPPIATT, 1996; EVANGELIST *ET AL.* 2002), já outros utilizaram essa estimativa aliada a medidas de duração relativas à expectativa de algum contexto específico (TAYLOR, 1994; DAVIS; HEINEKE, 1998; HOUSTON *ET AL.*, 1998; PRUYN; SMIDTS, 1998; HEDGES *ET AL.* 2002).

De acordo com os resultados obtidos por Pruyn e Smidts (1998), a duração da espera percebida tem maior efeito sobre o componente cognitivo da avaliação da espera do que sobre as reações afetivas. Segundo eles, isso se deve a que a estimativa do tempo de espera está mais relacionada ao julgamento de curto ou longo do que às respostas afetivas decorrentes da espera.

O tempo percebido por uma pessoa está intimamente relacionado a alguns fatores situacionais. Segundo Zakay (2000), quanto mais atenção é dedicada à passagem do tempo, a duração percebida aumenta. Zakay e Hornik<sup>2</sup> (*apud* HUI; TSE, 1996, p.82) afirmam que uma pessoa, em uma situação de espera, naturalmente se ocupa com a passagem do tempo e, por isso, acaba se envolvendo com a estimativa do tempo.

---

<sup>2</sup> ZAKAY, Dan; HORNİK, Jacob. How Much Time Did You Wait in Line? A Time Perception Perspective. In: **Time and Consumer Behavior**. Jean-Charles Chebat and V. Venkatesan. eds. Montreal: Université du Québec à Montreal, 1991.

Quando o tempo é ocupado com outra atividade, sua atenção é desviada e o tempo acaba sendo menos percebido. Contudo, há evidências de que algumas atividades podem ser mais eficazes do que outras. Os resultados de Taylor (1994), onde se avaliaram as diferentes formas com que os passageiros preencheram o tempo de espera, mostram que aqueles que escolheram atividades envolvendo o pensamento, como leitura ou trabalho com documentos e relatórios, preencheram seu tempo com mais eficácia, ou seja, conseguiram manter sua atenção voltada para a atividade escolhida.

Elementos de distração no ambiente de espera também podem influenciar o tempo percebido, pois afetam o relógio interno – cognitivo (PRUYN; SMIDTS, 1998). A literatura referente ao impacto de aspectos ambientais, como a música (NORTH; HARGREAVES, 1999; BAILEY; ARENI, 2006; ARENI E GRANTHAM, 2009) e a televisão (PRUYN; SMIDTS, 1998), no tempo percebido tem trazido resultados relevantes nesse sentido.

### **2.3.3 Respostas afetivas negativas**

Hui e Tse (1996) afirmam que ao esperar por um serviço, os consumidores não perdem apenas um ativo valioso – tempo – mas também experimentam um estresse considerável. Um fator-chave por trás do estresse do consumidor é a incerteza de quanto tempo terão que esperar. O estresse citado por esses autores é apenas uma das reações afetivas que podem emergir de uma situação de espera.

Respostas afetivas negativas à espera são definidas por Yan e Lotz (2006) como uma série de sentimentos e emoções dos consumidores que são provocadas pela espera por um serviço. As reações afetivas negativas, no estudo da espera, foram investigadas também em outras formas como incerteza, raiva, frustração, aborrecimento e ansiedade (e.g. HOUSTON *ET AL.*, 1998, TAYLOR, 1994, DUBE-RIOUX *ET AL.*, 1989; KATZ *ET AL.*, 1991, MAISTER, 1985). Em vista disso, se torna difícil afirmar quais são as principais reações decorrentes da espera, apenas se sabe que, de modo geral, elas são emoções negativas.



### 2.3.4 Avaliação geral do serviço

Qualidade do serviço foi definida, nos primeiros estudos envolvendo o construto, como a comparação do cliente entre as expectativas e a performance do serviço (GRONROOS, 1985). Quando a performance corresponde às expectativas, o cliente fica satisfeito e a avaliação do serviço é positiva; porém, quando as expectativas não são atendidas, a avaliação é negativa. Em alguns casos a performance do serviço pode superar às expectativas, neste caso ocorre o encantamento do cliente. De acordo com Kotler e Keller (2006) as expectativas dos clientes são formadas a partir de várias fontes, como experiências anteriores, boca-a-boca e propaganda.

Brown e Swartz (1989) sugerem duas formas de obter expectativas e percepções de experiências mais consistentes, as quais estão inter-relacionadas: (1) alterar comportamentos e expectativas do provedor de serviço e (2) alterar as expectativas e experiências dos clientes. Sob o primeiro é mais fácil de obter o controle, e se torna possível se os profissionais se mantêm a par da ampla gama de fatores que seus clientes consideram ao avaliá-los e a qualidade dos serviços oferecidos. Depois de conhecidos esses fatores, as expectativas dos clientes podem ser alteradas por meio de educação e comunicação (BROWN; SWARTZ, 1989).

Há situações em que os clientes utilizam determinados serviços raramente ou apenas uma vez. Nesses encontros, os clientes podem não ter claras as suas expectativas em relação ao processo ou resultado da entrega do serviço. Essa falta de expectativa pode aumentar a probabilidade de o cliente perceber o serviço como pobre ou ficar insatisfeito (DASU; RAO, 1999). Dasu e Rao (1999) verificaram em seu estudo como as pessoas avaliam serviços não rotineiros, como de ambulância, e identificaram que, por serem serviços não usuais, há divergência nos níveis de expectativas. Entretanto, os autores salientam que os clientes podem receber educação – informação – para moldar suas expectativas e poder avaliar o serviço.

A avaliação de um serviço pode ser baseada não apenas na satisfação do consumidor (KATZ *ET AL.*, 1991; PRUYN; SMIDTS, 1998), como também é medida por outros autores com base na qualidade do serviço (TAYLOR, 1994). No presente trabalho a avaliação geral do serviço será usada no segundo sentido, segundo o qual a avaliação geral do serviço é formada pela avaliação dos principais aspectos considerados importantes pelos clientes em determinada situação.

A avaliação geral de um serviço pode variar de um contexto para outro. No estudo de Carman (1990) foi encontrado que expectativas da qualidade e dimensões preditoras de qualidade da escala SERVQUAL diferem dependendo do serviço. Na mesma linha, Mowen, Licata e McPhail (1993) sugerem em seu estudo que a dimensão da qualidade do serviço que possui a maior influência nas percepções do consumidor é determinada em parte pela situação.

Autores apontam que a avaliação de um encontro de serviço pode determinar a avaliação geral da qualidade desse serviço (BITNER, 1990; BOLTON; DREW, 1991; CRONIN; TAYLOR, 1992), tornando importante, assim, compreender quais os fatores que influenciam esse processo. De acordo com Brown e Swartz (1989), alguns serviços estão diretamente relacionadas ao profissional e, portanto, a qualidade do serviço pode estar baseada no seu comportamento, ou seja, a avaliação do cliente será formada com base nas suas interações com o profissional, na disponibilidade dele e no seu profissionalismo, dentre outros aspectos. Em outras situações, devido a intangibilidade e a complexidade técnica do serviço, o cliente busca indicadores de qualidade em fatores como comportamento do pessoal, ambiente do serviço e outros (BROWN; SWARTZ, 1989; MEYER; COLLIER, 1998).

Diversos estudos já tornaram evidente o efeito negativo de uma situação de espera sobre a avaliação geral do serviço (DAVIS; VOLLMANN, 1990; KATZ *ET AL.*, 1991; TAYLOR, 1994). Katz *et al.* (1991) investigaram a avaliação dos clientes de serviços bancários depois de esperar em fila e encontraram uma relação negativa entre o tempo de espera e avaliação da qualidade dos serviços. Taylor (1994), em uma pesquisa com passageiros de linhas aéreas que tiveram atraso em seus vôos, encontrou suporte para a hipótese de que atrasos mais longos resultam em avaliações de serviço mais baixas.

Estudos anteriores sugerem que a avaliação geral do serviço é afetada pelo atraso devido ao impacto negativo dessa situação na avaliação de um ou mais atributos do serviço (PARASURAMAN *ET AL.*, 1985, TAYLOR, 1994). Segundo Taylor (1994), o aspecto pontualidade deve ser o mais afetado pela espera, já que, por definição, se refere a avaliação da prontidão do profissional. O impacto na avaliação geral do serviço deve ocorrer, dado que a pontualidade é um importante componente da confiabilidade percebida (PARASURAMAN *ET AL.*, 1985), que por sua vez é um aspecto determinante na avaliação da qualidade geral do serviço (BERRY; PARASURAMAN, 1991).

## 2.4 ASPECTOS CONTIGENCIAIS

Stafford *et al.* (2002) afirmam que, em meados dos anos 70, estudos sobre os efeitos das variáveis situacionais no comportamento de compra começaram a surgir. Estas foram definidas por Belk (1975) como todos aqueles fatores particulares a um tempo e espaço que não seguem traços pessoais nem estímulos e que tem um efeito demonstrável e sistemático. Para compreender um pouco mais sobre essas variáveis, o autor dividiu as características situacionais em cinco grupos: (1) ambiente físico; (2) ambiente social, (3) perspectiva temporal, (4) objetivo da tarefa e (5) estado antecedente.

O ambiente físico são os atributos mais aparentes da situação, e inclui sons, aromas, localização, iluminação, entre outros estímulos. Já o ambiente social fornece uma descrição mais aprofundada da situação, está relacionada a características pessoais dos envolvidos, seus papéis e interações pessoais. A perspectiva temporal é uma dimensão descrita em unidades de tempo que podem ser desde o horário do dia até a estação do ano. A definição da tarefa de determinada situação é definida pelo propósito da compra e, portanto, inclui características como intenção de selecionar e obter informações a respeito de uma compra. Por fim, o estado antecedente se refere às características momentâneas, como estados de ansiedade e hostilidade ou condições de fadiga e indisposição, que o indivíduo traz à situação, ou seja, que são antecedentes à mesma. É importante salientar que este último difere dos traços individuais crônicos e dos estados decorrentes da situação de consumo.

Logo, surgiram estudos usando a abordagem contingencial. Similar a abordagem situacional, esta se baseia em uma importante teoria organizacional que estabelece que “não há uma estrutura organizacional única que seja altamente efetiva para todas as organizações” (DONALDSON, 1988, p.105). De modo geral, ela questiona a aplicação de leis universais, dando ênfase à importância de identificar efeitos do contexto na performance de variáveis (STAFFORD *ET AL.*, 2002). Desde então, muitas pesquisas de marketing passaram a usar essa teoria como base para seus estudos (e.g. JONES; MOTHERSBAUGH; BEATTY, 2000; KELLARIS; COX; COX 1993; HOFFMAN; KELLEY, 2000).

De acordo com Stafford *et al.* (2002), a relevância dos aspectos contingenciais nas comunicações de marketing foi verificada a partir dos anos 80. Entretanto, embora alguns trabalhos já trouxessem evidências, nessa época, de que o relacionamento entre características da propaganda e a eficácia dependiam do tipo de produto, pesquisadores começaram a usar a

abordagem contingencial nas suas avaliações da eficácia da propaganda de serviços apenas nos últimos anos (STAFFORD *ET AL.*, 2002).

O contexto situacional também já foi utilizado em estudos sobre espera. Davis e Vollmann (1990) perceberam que algumas variáveis moderam a relação inversa entre o tempo de espera e a satisfação do consumidor, como a experiência anterior dos clientes, a expectativa do tempo de espera, o contexto situacional, o horário do dia, dia da semana e, por último, a importância do tempo para o cliente.

Com base em estudos anteriores (e.g. MAISTER, 1985; TAYLOR, 1994; JONES *ET AL.*, 2000), foram identificados alguns aspectos que podem afetar o tempo percebido e aceitável e também moderar o efeito das respostas afetivas na avaliação do serviço. O presente estudo se concentrará na investigação do efeito de quatro aspectos contingenciais principais. São eles: (1) envolvimento; (2) singularidade do serviço; (3) pressão de tempo; (4) relacionamento interpessoal. A seguir será apresentada a literatura referente a cada um desses aspectos.

#### **2.4.1 Envolvimento**

Ostrom e Iacobucci (1995) afirmam que as avaliações de um encontro de serviço são influenciadas pela importância dada ao produto. Essa importância se refere ao envolvimento do consumidor no encontro do serviço (HOFFMAN; KELLEY, 2000). O conceito de envolvimento mais utilizado na literatura e, portanto, que será utilizado no presente estudo, é o de Zaichkowsky (1985, p. 342), segundo o qual envolvimento diz respeito, de modo geral, à relevância pessoal. De acordo com o autor, envolvimento se refere à “relevância do objeto percebida por uma pessoa baseada em necessidades, valores, e interesses inerentes”. Com o argumento de que o envolvimento com diferentes objetos pode levar a respostas diferentes, Zaichkowsky (1985) indicou três tipos de envolvimento, em relação a um produto, propaganda ou a uma situação de compra. Já Day, Stafford e Camacho (1995), mais recentemente, acrescentaram mais dois tipos: envolvimento com um(a) atividade/interesse/assunto e com serviço.

A relevância pessoal do objeto-estímulo que define o envolvimento possui três fatores antecedentes principais: as características da pessoa, que inclui o *self*, as características do estímulo e as características da situação (FEIEREISEN; BRODERICK; DOUGLAS, 2009).

O envolvimento é classificado também com base na sua duração, podendo ser tanto situacional como permanente (RICHINS; BLOCH, 1986). O envolvimento situacional é relacionado a uma situação específica como uma ocasião de compra, enquanto envolvimento permanente se refere a uma preocupação geral e permanente que afeta os níveis de envolvimento em relação a um objeto.

A influência do envolvimento do consumidor no seu comportamento em um encontro de serviço já foi suportada em diversos estudos (e.g. CELSI; OLSON, 1988; OSTROM; IACOBUCCI, 1995; HOFFMAN; KELLEY, 2000; GOLDSMITH, 2002).

O envolvimento do consumidor em relação a um produto ou serviço gera uma motivação interna forte para dedicar mais esforço, tempo e atenção ao mesmo. Segundo resultados de Celsi e Olson (1988), conforme o nível de envolvimento aumenta, consumidores dedicam mais atenção e tempo no processamento de informações. Na mesma linha, Hodkinson e Kiel<sup>3</sup> (*apud* DABHOLKAR; SHENG, 2008) propõe que o envolvimento do consumidor esteja relacionado positivamente à extensão de busca na internet.

Acredita-se também que respostas negativas podem ser minimizadas quando há um alto envolvimento. Dabholkar e Sheng (2008) propuseram que quanto maior o envolvimento do consumidor com uma página *web*, maior será o seu foco nas interações com a página *web* e, portanto, ele será menos influenciado pelas emoções negativas decorrentes da espera pelo *download*. Além disso, eles sugerem que, devido à distorção do tempo causada pelo alto envolvimento, é menos provável que o tempo de espera pelo *download* resulte em perda de controle ou na desistência de navegação por parte dos consumidores. Contudo, é importante salientar que essas proposições ainda não foram testadas.

Os aspectos relevantes para a decisão de uma compra também podem variar de acordo com o grau de envolvimento. Segundo Ostrom e Iacobucci (1995), o consumidor tende a valorizar propriedades diferentes quando a ocasião de compra é mais importante ou crítica para o consumidor do que quando é menos importante. Os autores sugerem que quanto mais crítico é o serviço, ou seja, quando os resultados do serviço são de alta importância para o

---

<sup>3</sup> HODKINSON, C.; KIEL, G. Understanding Web Information Search Behavior: An Exploratory Model. *Journal of End User Computing*, 15 (4), 27-48, 2004.

consumidor, este se torna menos sensível a preço. Isso significa que o aumento da importância do serviço faz com que os consumidores procurem reduzir a incerteza do seu resultado e comprem serviços que acreditam ser de alta qualidade, mesmo que para isso tenham que pagar preços mais altos.

Hoffman e Kelley (2000) utilizaram esse construto relacionando-o à reação dos clientes com as falhas do serviço, a qual acreditam que varia conforme a relevância da situação de compra. Segundo eles, a magnitude das conseqüências associadas à falha do serviço aumenta conforme a importância da ocasião de compra se intensifica. Eles propõem, portanto, que a importância do consumo influencia as avaliações de recuperação do serviço dos consumidores.

O reconhecimento da importância do encontro é especialmente relevante naquelas situações onde o componente serviço do total da oferta é o maior elemento da oferta (SOLOMON *ET AL.*, 1985). Dado que no presente estudo o serviço é o maior elemento da oferta, o envolvimento do cliente com o serviço será um dos aspectos contingenciais avaliado.

#### **2.4.2 Singularidade do Serviço**

Ray e Chiagouris (2008) definem a singularidade de uma loja como uma vantagem competitiva, que torna a mesma diferente das outras lojas da categoria. Os autores utilizaram o ambiente da loja como um diferencial frente à concorrência, contudo, no presente estudo pretende-se medir a singularidade do serviço de modo global, e não com base em apenas um aspecto. Ou seja, a singularidade do serviço é entendida aqui como o quanto a oferta de serviço no geral é superior à oferta da concorrência.

Com base nessa definição, pode-se dizer que a singularidade do serviço e a atratividade das alternativas sejam termos muito próximos. A atratividade das alternativas se refere à percepção dos consumidores em relação à extensão com que alternativas viáveis de competição estão disponíveis no mercado (JONES *ET AL.*, 2000).

A singularidade do serviço diante da concorrência pode ser determinante para que o cliente permaneça com o prestador. Segundo Jones et al. (2000), quando os consumidores percebem menos alternativas viáveis, os níveis de retenção aumentam, pois os benefícios de

troca percebidos serão relativamente baixos. Ray e Chiagouris (2008) corroboram com essa idéia e encontraram em seu estudo que a singularidade de uma loja tem impacto na lealdade do consumidor, dado que faz com que o consumidor desenvolva uma atitude favorável em relação à loja.

Contudo, é importante salientar que esse efeito é moderado pela satisfação do consumidor com o serviço: à medida que a satisfação aumenta, o efeito da atratividade das alternativas concorrentes nas intenções de recompra diminui (JONES *ET AL.* , 2000). Entretanto, ainda que a satisfação tenha efeito moderador, não garantem a lealdade do consumidor, pois o motivo da mudança de prestador de serviço pode dever-se apenas à opção de uma melhor alternativa e não necessariamente à insatisfação com o atual prestador (KEAVENEY, 1995). De acordo com esse estudo, clientes mudaram inclusive para prestadores de serviço mais caros e menos convenientes, argumentando que o serviço prestado compensava.

Os aspectos considerados pelos consumidores para avaliar as alternativas concorrentes podem ser tanto monetários quanto não-monetários (GASTAL, 2005). Portanto, uma alternativa da concorrência pode ser considerada mais atrativa, não apenas por oferecer preços mais baixos, mas também por oferecer mais status, por estar melhor localizada (ALVES, 2009) ou, conforme utilizado por Ray e Chiagouris (2009), por oferecer um ambiente único.

O efeito da singularidade do serviço é examinado no presente estudo dentro desse contexto.

### **2.4.3 Pressão de tempo**

A pressão de tempo, segundo Iyer (1989), é geralmente vista como um fator externo que influencia o comportamento do consumidor. O autor define pressão do tempo como a constrição do tempo disponível percebida por um indivíduo para desempenhar determinada atividade. Por ser uma variável intimamente relacionada à percepção do indivíduo e à atividade em questão, a pressão do tempo pode ser definida como uma variável situacional.

De acordo com Katz *et al.* (1991), os consumidores tem cada vez menos tempo para o lazer ou atividades pessoais. Essa menor disponibilidade de tempo fez com que os consumidores mudassem alguns valores, como passar a valorizar mais seu tempo livre.

A falta de tempo tornou-se uma característica da vida moderna. Kim e Kim (2008) afirmam que o provérbio ‘muito por fazer e sem tempo suficiente’ se tornou um mantra para a sociedade consumidora contemporânea. Tendo em vista essa mudança na percepção de tempo dos consumidores, pesquisadores passaram a dar mais importância a esse fator e verificaram sua influência no comportamento de consumo (WRIGHT, 1974; IYER, 1989; BEATTY; FERREL, 1998; VERMEIR; VAN KENHOVE, 2005).

Beatty e Smith (1987), por exemplo, encontraram que a pressão de tempo percebida é inversamente relacionada à quantidade de visitas ao shopping. Já Iyer (1989) mostrou que a pressão do tempo tem influência sobre a quantidade de compras não-planejadas. Estudos subsequentes (BEATTY; FERRELL, 1998; VERMIER; VAN KENHOVE, 2005) encontraram que a pressão de tempo percebida é inversamente relacionada ao tempo de busca sem compromisso.

A pressão de tempo percebida parece ter influência também sobre o preço considerado aceitável pelo consumidor. De acordo com Vermier e Van Kenhove (2005), consumidores sob pressão de tempo se envolverão menos na busca de promoções e preços. Corroborando com o estudo anterior, Jensen e Drozdenko (2008) encontraram que consumidores sob pressão de tempo evitam qualquer tipo de busca adicional e, para tanto, estão dispostos a pagar mais pela sua marca preferida.

Os efeitos da pressão do tempo também foram investigados em outras áreas como da psicologia e no estudo de processo de decisão. Estudos mostram que, dentro de determinado limite, há uma relação direta entre pressão do tempo e produtividade (LATHAM; LOCKE 1975). Ou seja, quanto menor é o tempo disponível, maior será o esforço do indivíduo para finalizar a tarefa. Já Gross (1994) mostra as reações quando esse limite da pressão do tempo é extrapolado e sugere que elas dependem do grau de intensidade da pressão de tempo objetiva (tempo real) e subjetiva (urgência percebida pelo indivíduo). De acordo com a classificação da autora, quando essas duas variáveis são consideradas altas a produtividade é reduzida e, em seu lugar, surge um sentimento de pânico.

Em relação à tomada de decisão, parece que a pressão de tempo tende a prejudicar a qualidade desse processo. De acordo com os resultados de Bronner<sup>4</sup> (*apud* GROSS, 1994, p.120), consumidores sob pressão de tempo reduzem a demanda por informações adicionais e, segundo Wright (1974) tendem a atribuir maior peso às informações negativas do produto.

---

<sup>4</sup>BRONNER, Rolf. Decision making under time pressure: an experimental study of stress behavior. In: **Business Management**, Lexington, Ma: Lexington, 1982.



Por outro lado, estudos mostram que consumidores pressionados pelo tempo tendem a adiar a decisão de compra, entretanto, diante de alternativas iguais o adiamento é menor sob pressão do que sem pressão (DHAR; NOWLIS, 1999). Lin e Wu (2005) salientam que consumidores que dispõem de muito tempo ou que não tem tempo suficiente para avaliar os produtos detalhadamente, não tomarão a decisão, entretanto, aqueles que se encontram sob pressão de tempo moderada têm mais probabilidade de tomar uma decisão.

Embora alguma pressão de tempo possa ser uma parte natural e saudável da vida de qualquer um, pressão de tempo é geralmente considerada uma fonte de estresse (GUNTORPE; LYONS, 2004). Quando a pressão de tempo se torna crônica, tem o potencial de se manifestar como uma fonte de estresse física e psicológica associada à fadiga, insônia, tensão, e o sentimento de ‘não ser capaz de lidar’ (LEHTO, 1998).

#### **2.4.4 Relacionamento interpessoal**

Relacionamento interpessoal, segundo Jones *et al.* (2000), se refere à força dos vínculos pessoais criados entre clientes e os empregados da prestadora de serviço. A importância dos relacionamentos interpessoais no ambiente de serviços se deve ao alto grau de interação pessoal, à natureza intangível do serviço, à heterogeneidade dos resultados do serviço, e ao papel proeminente do cliente na produção do serviço. O alto grau de interação pessoal é característico principalmente nos serviços “puros”, como serviços de consultoria, cabeleireira e serviços médicos (SOLOMON *ET AL.*, 1985).

Conforme um relacionamento progride ao longo do tempo, aumenta a familiaridade e interdependência entre as partes (DWYER *ET AL.*, 1987). Gwinner *et al.* (1998) encontraram três benefícios centrais decorrentes do relacionamento entre cliente e empresa: benefícios de confiança, sociais e de tratamento especial. O primeiro é considerado o mais importante dado que o cliente acredita na confiabilidade do provedor e já sabe o que esperar dele, reduzindo, assim, a percepção de ansiedade e risco. Burnham *et al.* (2003) destacam o aumento da ligação psicológica do cliente em relação à empresa conforme o contato com outros provedores de serviço diminui.

Gwinner *et al.* (1998), ao analisar a relação entre consumidor e provedor, afirmam que os benefícios obtidos a partir desses relacionamentos vão além da satisfação com o *core*

*service*. Jones *et al.* (2000) também investigaram essa relação e em corroboração com o estudo anterior verificaram que conforme os relacionamentos interpessoais se tornam mais fortes, a relação entre a satisfação com o *core service* e as intenções de recompra diminuem.

Os princípios fundamentais sobre os quais um relacionamento é baseado são a criação de valor mútuo, a confiança e o comprometimento, portanto, quanto maior o nível de satisfação do consumidor com o relacionamento, e não apenas com o produto ou serviço, maior será a probabilidade de que o cliente seja leal à empresa (CÁCERES; PAPAROIDAMIS, 2007). Além de aumentar a lealdade, o relacionamento interpessoal pode aumentar o custo de mudança do cliente. De acordo com Pólo e Sese (2009), a duração do relacionamento entre cliente e prestador de serviço influencia positivamente o custo de mudança, o que significa que quanto mais duradouro o relacionamento maior será o custo para mudar de prestador.

Por outro lado, existem evidências de que o relacionamento interpessoal, quando muito forte, também pode fazer com que o cliente espere mais do prestador de serviço e, portanto, faça mais exigências. A profundidade do relacionamento entre o cliente e o provedor de serviço é refletido no conteúdo afetivo do encontro do serviço (HOFFMAN; KELLEY, 2000). De acordo com os autores, o conteúdo afetivo reflete o grau com que o encontro é responsável por servir às necessidades emocionais do cliente. Quando o conteúdo afetivo do encontro do serviço é alto, clientes têm maiores expectativas da qualidade dos aspectos interpessoais do encontro do serviço e se sentem mais insatisfeitos quando as expectativas não são correspondidas.

O conceito de relações interpessoais utilizado no presente estudo será o mesmo usado por Jones *et al.* (2000), isto é, ligado a relacionamentos entre clientes e empregados da prestadora de serviços. Entretanto, é importante salientar que o termo pode ser usado de outras formas. Estudos como o de Grove e Fisk (1997) trazem a relevância da interação entre consumidor e os demais clientes da mesma empresa. As relações entre os próprios funcionários da empresa também podem ser objeto de estudo.

Ainda que não existam muitos estudos sobre os efeitos das relações interpessoais, espera-se que resultados obtidos na literatura referente ao relacionamento cliente-organização possam ser estendidos para as relações interpessoais. Muitos pesquisadores do marketing de serviços sugeriram que a qualidade do relacionamento entre o cliente e a organização afeta as respostas do cliente às falhas no serviço. Tax, Brown e Chandrashekar (1998) encontraram que experiências de serviço anteriores positivas amenizavam os efeitos de uma resolução

pobre à uma reclamação no comprometimento e confiança do cliente. Por outro lado, Goodman *et al.* (1995) mostraram que os relacionamentos baseados no envolvimento e laços sociais com o cliente podem aumentar as respostas negativas do cliente após uma falha.

Berry (1995) corrobora com Tax *et al.* (1998) e sugere que clientes envolvidos em relacionamentos de serviço afetivos e sociais podem exibir maior tolerância quando ocorre uma falha. Alinhados a esse resultado, Hess *et al.* (2003) concluem que os relacionamentos entre cliente e organização podem ajudar a proteger a organização provedora do serviço dos efeitos negativos decorrentes das falhas na satisfação do cliente.

### 3 HIPÓTESES E MODELO TEÓRICO

Com base na fundamentação teórica apresentada são elaboradas hipóteses, dando origem ao modelo que busca responder a questão de pesquisa deste estudo: o modelo básico do efeito da espera na avaliação geral de um serviço pode ser influenciado por variáveis contingenciais?

#### 3.1 DESCONFIRMAÇÃO DO TEMPO ACEITÁVEL

Pruyn e Smidts (1998) sugerem que o tempo de espera aceitável deve representar um padrão com o qual o tempo percebido será comparado, resultando em uma avaliação positiva ou negativa da espera (desconfirmação). Essa relação lembra a teoria da satisfação, onde a expectativa funciona como um padrão com o qual a performance percebida é comparada. A satisfação do cliente é calculada pela seguinte equação: percepção da performance menos expectativa (OLIVER, 1980).

Contudo, por ser a espera uma etapa negativa do serviço, e, portanto, quanto maior o tempo percebido mais negativa será a experiência, é sugerido que para calcular a avaliação dessa fase deve-se considerar a equação contrária. Deste modo, a avaliação do momento da espera será obtida pela seguinte fórmula: tempo de espera aceitável menos tempo de espera percebido. Portanto, quando a desconfirmação do tempo aceitável for positiva – ou seja, tempo de espera aceitável maior que o tempo percebido – a avaliação da espera será positiva; entretanto, quando a desconfirmação for negativa, o que significa que o tempo de espera aceitável é menor que o tempo percebido, a espera será avaliada negativamente.

### 3.2 RELAÇÃO ENTRE A DESCONFIRMAÇÃO DO TEMPO ACEITÁVEL E AS RESPOSTAS AFETIVAS NEGATIVAS

Estudos existentes mostram evidências de que a desconfirmação do tempo de espera aceitável influencia as respostas afetivas do consumidor (PRUYN; SMIDTS, 1998; YAN; LOTZ, 2006). É sugerido, portanto, que quando ocorre uma desconfirmação positiva a experiência de espera será positiva, e o cliente pode ter respostas afetivas positivas – surpresa, encanto. Por outro lado, quando a desconfirmação é negativa, espera-se que as respostas afetivas do cliente decorrentes dessa experiência também tendam a ser negativas – aborrecimento, frustração, raiva (YAN; LOTZ, 2006). Os achados de Pruyn e Smidts (1998) vão ao encontro dessa idéia. Eles demonstraram, em seu estudo, que a diferença entre o tempo de espera percebido e o tempo de espera aceitável afeta a avaliação da espera, especialmente nas suas respostas afetivas. A partir dessa linha de pensamento é sugerida a hipótese a seguir:

**H1: Quanto mais negativa for a desconfirmação do tempo de espera aceitável, maior serão as respostas afetivas negativas.**

### 3.3 RELAÇÃO ENTRE RESPOSTAS AFETIVAS NEGATIVAS E AVALIAÇÃO GERAL DO SERVIÇO

Autores sugerem que a relação negativa entre o tempo de espera e a avaliação geral do serviço se deve às respostas afetivas, em geral negativas, que decorrem da situação de espera e influenciam sua avaliação ao final do processo (e.g. TAYLOR, 1994; PRUYN; SMIDTS, 1998). Essa relação é esperada devido aos resultados encontrados em pesquisas que verificaram que o humor de uma pessoa tende a enviesar percepções e avaliações na sua direção, e portanto, pode afetar a qualidade percebida do serviço (TAYLOR, 1994). Clark e Isen<sup>5</sup> (*apud* TAYLOR, 1994, p. 59) afirmam que:

---

<sup>5</sup> CLARK, Margaret; ISEN, Alice. Toward understanding the relationship between feeling states and social behavior. In: **Cognitive Social Psychology**, Albert Hastorf e Alice Isen, eds. New York: Elsevier/ North-Holland, p. 73-108, 1985.

“Pessoas em estados de espírito negativos podem tender a ver o lado negativo das coisas e ser mais pessimistas que o usual, e seu comportamento deve refletir essas expectativas negativas e deve servir para mantê-las nesse estado negativo” (CLARK; ISEN, 1985, p. 78).

As respostas afetivas decorrentes da espera têm sido identificadas como uma variável mediadora na relação entre a avaliação do tempo de espera (desconfirmação entre o tempo de espera aceitável e o percebido) e a avaliação do serviço em diversos estudos (e.g. HUI; TSE, 1996; PRUYN; SMIDTS, 1998; YAN; LOTZ, 2006). Portanto, é proposto que:

**H2: As respostas afetivas negativas tem impacto negativo sobre a avaliação geral do serviço.**

### 3.4 RELAÇÃO ENTRE ENVOLVIMENTO E TEMPO ACEITÁVEL

De acordo com o que foi visto na revisão de literatura, o grau de envolvimento do consumidor no encontro de serviço tende a influenciar as dimensões valorizadas por ele. Os consumidores, em geral, se engajam em dezenas de atividades ou tarefas por dia, das quais poucas são de grande importância. Espera-se que ao envolver-se em uma atividade de maior relevância, este dedicará mais tempo e atenção à mesma. Com base nessa linha de raciocínio, é sugerido que quando o consumidor apresentar um alto grau de envolvimento com o serviço, ele será mais tolerante aos atrasos.

É importante destacar que Houston *et al.* (1998) não suportaram em seu estudo sobre a espera em bancos a hipótese que sugeria que quanto maior a importância da transação, mais aceitável seria a espera. Contudo, os próprios autores ressaltam que a importância da transação pode não ter sido mensurada adequadamente, dado que a medida utilizada por eles enfatizava a urgência ao invés da importância.

Com base na argumentação apresentada, é originada a terceira hipótese desse trabalho:

**H3: O envolvimento do consumidor com o serviço tem impacto positivo sobre o tempo de espera aceitável.**

### 3.5 RELAÇÃO ENTRE SINGULARIDADE DO SERVIÇO E TEMPO ACEITÁVEL

Embora existam evidências de que a singularidade do serviço pode ter um efeito sobre a tolerância do cliente à espera, não foram encontradas pesquisas empíricas que investigassem essa relação. Maister (1985) propôs que quanto mais valioso o serviço, mais tempo o cliente estará disposto a esperar. Segundo ele, os clientes estarão dispostos a esperar mais tempo em um restaurante de *haute cuisine* do que em um restaurante comum. O mesmo pode ocorrer com profissionais renomados, tendo em vista que pode ser considerado que a entrega de valor é maior. Poder-se-ia imaginar que em um salão de beleza o cliente seria mais tolerante ao esperar para ser atendido pela cabeleireira mais cobiçada do que por uma profissional nova e desconhecida. Com base nisso, é dada a seguinte hipótese:

**H4: A singularidade do serviço tem impacto positivo sobre o tempo de espera aceitável.**

### 3.6 RELAÇÃO ENTRE PRESSÃO DE TEMPO E TEMPO PERCEBIDO

Conforme já visto na literatura apresentada no capítulo anterior, a pressão de tempo, embora faça parte da vida de qualquer um (GUNTHORPE; LYONS, 2004), quando se torna crônica, tende a se manifestar como uma fonte de estresse relacionada à tensão e ao sentimento de não saber lidar (LEHTO, 1998).

Devido à íntima relação entre os dois termos, tensão e ansiedade são usados indiferentemente (SPIELBERGER, 1981). Freud (1987) considera a ansiedade como uma resposta à percepção de um perigo externo. Já Spielberger (1981) cita a tensão para referir-se às circunstâncias que impõem exigências físicas ou psicológicas ao indivíduo. Para ele, as reações a situações geradoras de tensão são influenciadas tanto pelos perigos potenciais como pelas avaliações feitas pelo indivíduo dessas situações. Portanto, ao interpretar uma situação como perigosa, o indivíduo experimenta sentimentos de tensão, apreensão e preocupação desencadeando a reação de ansiedade.

Spielberger (1981) acredita que as fontes de tensão podem ser desde desastres naturais ou provocados pelo homem até os aborrecimentos cotidianos como ter que enfrentar tráfego

intenso e permanecer em locais superlotados ou filas. O autor ainda afirma que o ritmo e as pressões aumentaram na civilização moderna e, como consequência disso, as pessoas estão mais suscetíveis a enfrentar situações causadoras de tensão.

Segundo Maister (1985), a ansiedade torna a percepção da espera mais longa. De acordo com o autor, qualquer tipo de preocupação com que o cliente esteja envolvido pode deixá-lo ansioso e, conseqüentemente, a percepção do tempo durante uma espera será maior. Com base na literatura apresentada é sugerido que quanto maior a pressão do tempo, maior será a ansiedade do consumidor e, portanto, maior será o tempo percebido.

**H5: A pressão de tempo do cliente tem impacto positivo sobre o tempo percebido.**

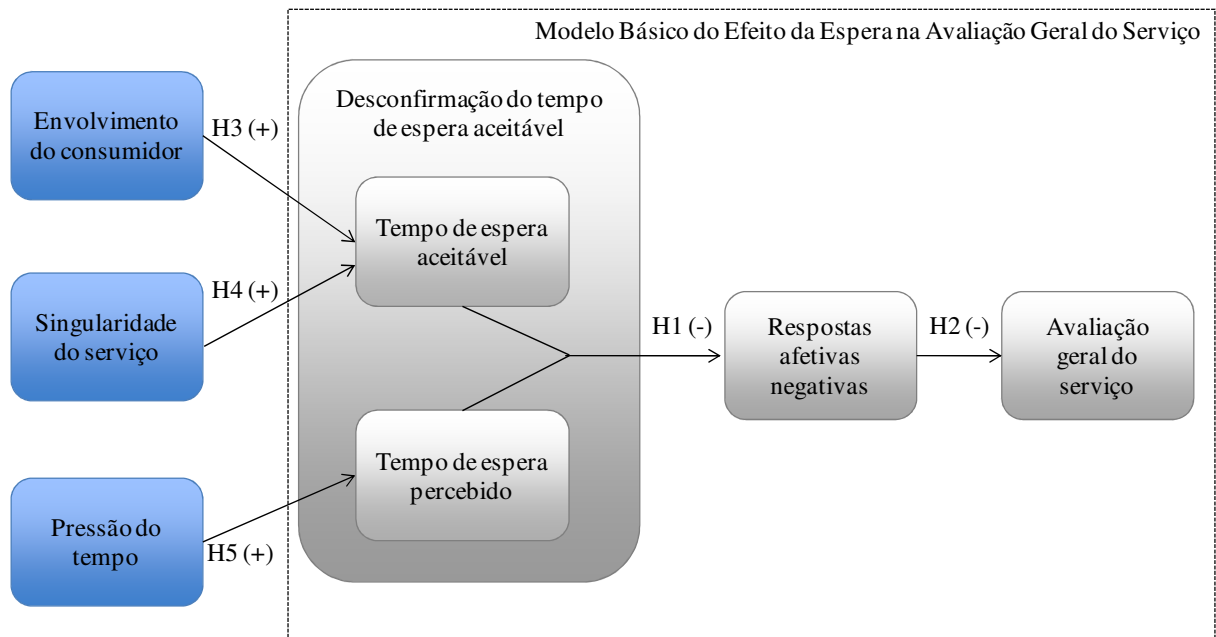
### 3.7 INFLUÊNCIA DO RELACIONAMENTO INTERPESSOAL NA RELAÇÃO ENTRE AS RESPOSTAS AFETIVAS NEGATIVAS E A AVALIAÇÃO GERAL DO SERVIÇO

Embora uma espera no serviço nem sempre possa ser vista como uma falha, acredita-se que muitos dos achados de pesquisas relacionadas à falha possam ser aplicáveis no contexto de espera. Sendo assim, espera-se que quando as relações interpessoais são mais fortes, os clientes sejam mais tolerantes com a empresa, e, portanto, os efeitos das respostas afetivas negativas sobre a avaliação do serviço sejam menores. Assim, tem-se que:

**H6: O nível de relacionamento interpessoal tem impacto sobre a relação entre as respostas afetivas negativas e a avaliação geral do serviço, sendo que quanto maior o relacionamento interpessoal, menor o impacto das respostas afetivas negativas na avaliação geral do serviço.**



Com base nas hipóteses sugeridas, é proposto o seguinte modelo teórico:



**Figura 02 – Modelo teórico proposto**

Fonte: Elaborado pelo autor

\* Resultante da diferença entre o tempo de espera aceitável e o tempo de espera percebido.

## 4 MÉTODO

Neste capítulo serão apresentados os aspectos metodológicos relacionados ao presente estudo. O desenvolvimento deste estudo foi realizado em duas etapas: a primeira foi exploratória, de natureza qualitativa, e a segunda foi uma pesquisa conclusiva do tipo *survey*. Este capítulo é formado, de modo geral, pelo delineamento do campo de estudo e pela descrição detalhada das duas etapas da pesquisa já citadas. Na descrição da segunda etapa, conclusiva, serão abordadas questões relativas à população, ao procedimento de pesquisa e de amostragem, ao desenvolvimento do instrumento de coleta de dados, incluindo a operacionalização das variáveis, à preparação da base de dados, e, por último, aos procedimentos estatísticos de análise de dados.

### 4.1 CAMPO DE ESTUDO

As pesquisas que avaliam a experiência de espera, em ambientes de serviços, têm sido realizadas nos mais diversos contextos. Os trabalhos da literatura referente à espera foram aplicados em serviços de transporte aéreo (TAYLOR, 1994), universidades (HUI; TSE, 1996), hospitais (PRUYN; SMIDTS, 1998), supermercados (TOM; LUCEY, 1997), restaurantes (JONES e PEPPIATT, 1996; DAVIS; VOLLMAN, 1990; DAVIS; HEINEKE, 1998), bancos (KATZ *ET AL.*, 1991; HOUSTON *ET AL.*, 1998) e vídeo locadora (EVANGELIST *ET AL.*, 2002).

De modo a avaliar o efeito da espera e verificar empiricamente as relações apresentadas nas hipóteses desse trabalho, tornou-se necessária a utilização de um setor em que geralmente há atraso no serviço e que houvesse a possibilidade de estarem presentes todos os fatores contingenciais incluídos no modelo teórico proposto. Tendo isso em vista, serviços em que o tempo de espera é relativamente curto e serviços prestados sem contato presencial foram excluídos das possíveis alternativas para campo de estudo, dentre eles incluem-se supermercados, vídeo locadoras e restaurantes de fast-food. Serviços em que não há agendamento de horário, como bancos e serviços de saúde emergenciais, também foram desconsiderados.

Taylor (1994) levantou em seu estudo alguns aspectos que deveriam ser considerados na escolha do campo de estudo. São eles: (1) que fosse um ambiente natural, (2) que tivesse permissão para aplicar o questionário durante o atraso e depois do serviço, e, por último, (3) que fosse um local em que o cliente pressionado pelo tempo não se recusasse a responder. No presente estudo procurou-se inicialmente manter essas três condições, contudo, devido às dificuldades que surgiram ao longo da aplicação da pesquisa, e que serão expostas na sessão Procedimento da coleta de dados (4.3.1), foi mantida apenas a primeira.

Com base nas limitações que o campo de estudo deveria respeitar, diversos ambientes de serviços ainda poderiam ser escolhidos. Contudo, definiu-se que o setor de saúde seria uma opção adequada, dado que ocorrem atrasos com frequência, há um alto grau de contato entre o profissional e o cliente, tornando possível um relacionamento de longo prazo, e os níveis de envolvimento, bem como de pressão de tempo podem variar de um caso para outro. A seguir o campo de estudo escolhido será apresentado com maior detalhes.

#### **4.1.1 Setor da saúde**

O setor da saúde neste estudo não se refere apenas a uma classe de profissionais, mas a serviços prestados tanto por médicos, como dentistas, fisioterapeutas, psicólogos dentre outros. Ao incluir diferentes classes de profissionais, mas que possuem semelhanças no que diz respeito ao processo do serviço, espera-se que os resultados da pesquisa sejam generalizáveis e não fiquem restritos a um serviço específico.

O primeiro aspecto a ser considerado para a escolha do ambiente para o presente estudo é a espera, foco principal deste trabalho. Neste quesito, os serviços referentes à saúde mostram ser bem adequados para servir como campo de estudo, já que é um setor conhecido pelas longas esperas no pré-processo e, normalmente, o agendamento de horário é necessário para o atendimento.

Ainda, para justificar a escolha desse setor como campo de estudo, deve-se analisar se o mesmo contempla todas as variáveis propostas no modelo teórico, de modo que todas as relações possam ser avaliadas. A variável pressão de tempo, por ser uma variável que depende da situação do cliente, não interfere na escolha do campo de estudo e, portanto, não será ponderada.

O envolvimento do cliente com o serviço em questão é um dos fatores observados no modelo teórico. Não há dúvidas de que uma consulta a qualquer profissional da saúde requer certo envolvimento por parte do cliente, ainda que esse fator possa variar em grau de um caso para outro. Em casos que envolvam uma doença, a situação pode ser considerada de alto envolvimento para o paciente (DUFFY, DUFFY e KILBOURNE, 2001), já no caso de uma consulta rotineira ao médico o envolvimento pode ser menor.

O relacionamento interpessoal certamente está presente em todos os serviços prestados pelos profissionais da saúde, dado que pode ser considerado um serviço de alto contato. De acordo com Goldstein (2003) serviços de alto contato envolvem relacionamento de longo prazo em que prestadores de serviço e clientes desenvolvem um relacionamento pessoal. Serviços prestados por hospitais podem ser considerados uma exceção, pois tem uma característica única dentre os serviços de alto contato: o relacionamento entre prestadores de serviço e clientes se desenvolve em um período de tempo relativamente curto, e não de longo prazo, como nos outros.

A partir de pesquisas já aplicadas em serviços de saúde, algumas características devem ser consideradas. Nesse setor, o atendimento do pessoal que interage com o cliente, como secretárias e assistentes, parece ter grande importância para a avaliação da experiência do serviço, dado que são responsáveis pela imagem da organização perante os clientes (HUTTON; RICHARDSON, 1995). Marquis e Huston (1999), em seu estudo realizado em hospitais, corroboram com essa idéia e afirmam que, além do conhecimento técnico da equipe, os pacientes desejam cortesia, atmosfera de alegria e atitudes dos funcionários que demonstrem sua sensibilidade diante do inconveniente da hospitalização.

Os serviços prestados por profissionais do setor da saúde parecem corresponder às principais condições impostas pelo estudo. Optou-se, então, por aplicar a etapa quantitativa do presente estudo em centro clínicos da cidade de Porto Alegre. A etapa exploratória também foi realizada no setor de saúde, entretanto, ficou restrita apenas aos serviços médicos.

## 4.2 ETAPA EXPLORATÓRIA

Com o intuito de investigar as hipóteses propostas, verificar se o campo de estudo escolhido é o mais adequado, e, ainda, procurar subsídios para a definição do método de

aplicação da pesquisa nesse contexto, realizou-se uma pesquisa exploratória, de cunho qualitativo. Essa etapa foi de extrema importância para fornecer subsídios para as etapas subsequentes da investigação e foi realizada por meio de 12 entrevistas em profundidade, sendo que metade foram feitas com secretárias de consultórios médicos e a outra metade com pacientes.

As entrevistas com as secretárias permitiram acessar o que elas pensam sobre o efeito dos aspectos contingenciais e da espera na avaliação do serviço e que mudanças já foram feitas nos seus locais de trabalho para amenizar esses efeitos. A opinião dessas profissionais é de grande valia pelo fato de terem contato direto com os clientes e, por isso, tendem a perceber determinadas atitudes e ouvir comentários ou reclamações a respeito do serviço. Por outro lado, as entrevistas com os pacientes tendem a mostrar o que os incomoda quando vão ao médico, como lidam com a espera e quais os fatores que influenciam seu comportamento nesse tipo de situação. Outro ponto explorado por meio das entrevistas são os atributos que devem ser utilizados para mensurar a avaliação desse tipo de serviço.

O recrutamento das secretárias entrevistadas foi feito pela escolha de consultórios médicos no caderno de telefones do plano de saúde com maior cobertura em Bento Gonçalves<sup>6</sup>, o Tacchimed. Foram escolhidos consultórios médicos de diferentes especialidades para evitar um viés nas respostas devido a alguma especificidade de determinada especialidade. As entrevistas foram realizadas no próprio consultório onde as secretárias trabalhavam. Entretanto, para evitar de interromper o trabalho delas e de prejudicar a concentração da respondente à entrevista, definiu-se um horário em que os médicos não estariam presentes e que, portanto, não houvesse atendimento.

Foram realizadas, no total, seis entrevistas em profundidade com secretárias, das quais a primeira foi o teste piloto. Depois de analisada a entrevista piloto, foram feitas pequenas alterações no roteiro, de modo que as perguntas ficassem mais claras às entrevistadas e, com isso, que as informações buscadas fossem acessadas com maior facilidade. Depois de adaptado o roteiro foram realizadas outras cinco entrevistas, as quais duraram, em média, aproximadamente 27 minutos. Na tabela a seguir está uma relação do perfil das secretárias entrevistadas.

---

<sup>6</sup> As entrevistas da etapa exploratória foram realizadas nessa cidade por conveniência da pesquisadora, entretanto, embora a mesma possa apresentar particularidades em relação a Porto Alegre, acredita-se que esse fato não influencia os resultados obtidos.

<b>Secretária</b>	<b>Idade</b>	<b>Especialidade do Consultório</b>
Piloto	24 anos	Dermatologia
Secretária 1	44 anos	Ginecologia
Secretária 2	28 anos	Dermatologia
Secretária 3	40 anos	Oncologia
Secretária 4	28 anos	Otorrinolaringologia
Secretária 5	28 anos	Oftalmologia

**Quadro 01 – Perfil das secretárias – Etapa qualitativa**

Fonte: elaborado pelo autor

Tendo em vista que, por questões éticas, os consultórios médicos não quiseram informar o contato de seus pacientes, a seleção deste público para as entrevistas foi feita por indicação de amigos. Dado que para a seleção dos elementos da amostra deve-se prezar pela variabilidade das opiniões dos entrevistados de modo que seja adquirido o máximo discernimento do problema de pesquisa (MALHOTRA, 2006), buscou-se diversificar a amostra, escolhendo homens e mulheres de diversas idades. Também foram entrevistadas pessoas que trabalham e que não trabalham, pois espera-se que a importância atribuída ao tempo de espera por aquelas que trabalham não seja a mesma dada pelas que não trabalham. A idade dos entrevistados variou de 23 a 58 anos. Na tabela a seguir é apresentado o perfil dos pacientes entrevistados.

O contato com os entrevistados foi feito por telefone ou pessoalmente. As entrevistas foram realizadas pessoalmente e, em geral, na casa do entrevistado ou no seu local de trabalho. O tempo médio de duração das entrevistas foi de aproximadamente 30 minutos.

<b>Pacientes</b>	<b>Idade</b>	<b>Profissão</b>
Piloto	30 anos	Analista econômico
Paciente 1	25 anos	Analista de pesquisa
Paciente 2	54 anos	Professora aposentada
Paciente 3	30 anos	Agente de viagem
Paciente 4	23 anos	Assistente administrativo
Paciente 5	58 anos	Advogado

**Quadro 02 – Perfil dos pacientes – Etapa qualitativa**

Fonte: elaborado pelo autor

Ainda na etapa exploratória, foi realizada também a observação do comportamento dos clientes in loco, para identificar alguma variável que possa influenciar o modelo proposto e não tenha sido incluída inicialmente. Esse procedimento visa evitar o erro de especificação, considerado por Hair *et al.* (2005a) como o mais crítico no desenvolvimento de modelos teóricos, que ocorre quando variáveis muito importantes são omitidas do modelo.

### 4.3 ETAPA CONCLUSIVA

O método utilizado no presente estudo consiste em uma pesquisa conclusiva descritiva de corte transversal, pelo método *survey*. O processo da pesquisa conclusiva é formal e estruturado e tem como objetivo testar as hipóteses sugeridas. Os estudos de corte transversal envolvem a coleta de informações de uma dada amostra de elementos da população em determinado ponto no tempo (MALHOTRA, 2006). A pesquisa *survey* é um método sistemático de coleta de informações (uma amostra) de respondentes com o propósito de compreender ou prever algum aspecto do comportamento de uma população de interesse (BAKER, 2001).

#### 4.3.1 Procedimento de Coleta de Dados

O método *survey* envolve a aplicação de um questionário estruturado a uma amostra da população para obtenção de informações. Embora a aplicação possa dar-se também via entrevistas telefônicas, por correio ou eletrônicas (MALHOTRA, 2006), neste estudo optou-se pelo método de entrevistas pessoais. Essa escolha se deve à necessidade de aplicar o questionário no próprio ambiente de serviço que tenha ocorrência de espera, neste caso centros clínicos, de modo que seja possível acessar as informações do cliente ainda quando estão sendo sentidas e, portanto, mais próximas da realidade.

Antes da aplicação oficial do questionário, foi realizado um pré-teste para garantir que as perguntas estivessem sendo bem compreendidas pelos entrevistados, bem como para avaliar a viabilidade do procedimento da coleta de dados. O pré-teste foi aplicado em dois consultórios médicos e em um total de 10 pacientes. Com base nessas entrevistas foram realizadas as alterações consideradas necessárias para aumentar a clareza das perguntas diante dos entrevistados.

Quanto à viabilidade do procedimento de coleta de dados, a intenção inicial para avaliar as relações propostas no modelo era que as medidas fossem acessadas em dois pontos no tempo, assim como fez Taylor (1994). Os entrevistados deveriam ser abordados depois da espera, porém, pouco antes do início do processo do serviço, e restaria uma única variável,

sobre avaliação geral do serviço, para ser respondida após o atendimento. O uso desse procedimento tinha o intuito de interferir o mínimo possível no processo natural da consulta. Contudo, o campo de estudo escolhido impôs algumas dificuldades que impossibilitaram a aplicação desse procedimento.

Um dos problemas que surgiram durante a aplicação do teste piloto é que não foi possível prever quando o paciente seria atendido. Em algumas situações o paciente foi chamado antes de terminar de responder a primeira etapa do questionário, em outras ele terminava de responder, porém, ficava esperando mais 10 ou 15 minutos para ser atendido, tempo esse que poderia mudar as respostas do entrevistado.

Outra dificuldade que se enfrentou diz respeito ao tempo necessário pelos entrevistadores para coletar a quantidade de entrevistas estipulada. Isso porque quando o profissional não estava atrasado, o entrevistador perdia muito tempo esperando para conseguir aplicar uma entrevista. Dado que ele poderia ficar apenas na sala de espera de determinado consultório, o número de entrevistados por entrevistador, nesses casos, acabava ficando muito limitado.

O comportamento das secretárias dos consultórios e dos médicos também acabaram se tornando um obstáculo para o sucesso desse procedimento de pesquisa. Ainda que os médicos aceitassem colocar seu consultório à disposição dos entrevistadores, as secretárias não mostraram comprometimento em colaborar com o processo de pesquisa, pois o mesmo requeria que elas avisassem ao entrevistador quem era o próximo paciente segundo a ordem de atendimento, o que parecia atrapalhar o andamento natural do seu trabalho. Já os médicos ao estarem cientes da aplicação da pesquisa no seu consultório, pareceram mudar seu comportamento normal. Alguns médicos que costumavam atrasar frequentemente suas consultas, passaram a atender pontualmente seus pacientes quando a pesquisa estava sendo aplicada. Em um dos consultórios a própria secretária disse não saber o que estava acontecendo, pois o médico sempre atrasava no mínimo 30 minutos.

Tendo em vista essas dificuldades, optou-se por aplicar todo o questionário na saída dos centros clínicos de Porto Alegre, e, portanto, depois da consulta, de modo que todos os empecilhos que apareceram na primeira tentativa de aplicação fossem solucionados. Acredita-se que essa escolha represente uma alternativa melhor, pois, embora apresente outras desvantagens, como ir contra dois dos pré-requisitos sugeridos por Taylor, ela facilitou a aplicação das pesquisas e, ainda, por ter sido aplicada logo na saída da consulta espera-se que



o respondente ainda tivesse presente na sua memória as emoções sentidas durante a espera, ainda que possam ter sido minimizadas depois do atendimento.

A coleta de dados foi realizada por quatro entrevistadores contratados, no período entre 15 de dezembro de 2009 e 07 de janeiro de 2010. Os centros clínicos onde foram aplicados os questionários foram: Hospital Santa Casa, Hospital de Clínicas, Hospital Mãe de Deus, Instituto de Cardiologia, Hospital Ernesto Dornelles e Policlínica Central.

### **4.3.2 População**

A população-alvo do presente estudo é formada por todas as pessoas que estivessem saindo de uma consulta com um profissional da área da saúde – como médico, dentista, psicóloga e fisioterapeuta – e tenha esperado no mínimo 10 minutos para ser atendido. A consulta deveria ter horário pré-agendado e não poderia ser pelo SUS. Os respondentes deveriam ter idade mínima de 15 anos.

### **4.3.3 Procedimento de Amostragem**

A amostra é um subgrupo dos elementos da população-alvo selecionado para participação no estudo (MALHOTRA, 2006). De acordo com Malhotra (2006), o tamanho da amostra é influenciado pelo número de variáveis e pelo tamanho médio de amostras em pesquisas semelhantes. Tendo isso em vista, para definir o tamanho da amostra, analisou-se diversos estudos com as mesmas características. Taylor (1994) entrevistou 287 passageiros de linhas aéreas, já Pruyne e Smidts (1998) coletaram uma amostra de 337 entrevistados e Hui e Tse (1996) obtiveram 135 casos. Quanto à amostragem com base no número de variáveis, Kline (1998) acredita que são necessários de 15 a 20 casos por item para que possam ser realizadas análises estatísticas multivariadas. O presente estudo possui nove variáveis, dentre as quais seis deverão ter em torno de 3 itens cada uma, e três – pressão de tempo, tempo percebido, tempo aceitável – deverão ter um único item cada, o que resulta em um total de 21 itens. Portanto, seriam necessários 315 entrevistados. Com base nessas considerações

acredita-se que uma amostra de aproximadamente 350 casos seja suficiente para testar o modelo proposto neste estudo.

Foi utilizada a técnica de amostragem não-probabilística, em que os elementos são selecionados por conveniência. De acordo com Malhotra (2006), a amostragem por conveniência procura obter uma amostra de elementos convenientes, sendo que a seleção dos mesmos é deixada a cargo do entrevistador. Em geral, a escolha dos entrevistados depende de estes se encontrarem no lugar e momento certo.

#### **4.3.4 Instrumento de coleta de dados**

Malhotra (2006) sugere algumas orientações para o processo de elaboração de questionários, as quais serão consideradas no desenvolvimento do instrumento a ser aplicado no presente estudo. Dada a necessidade de obtenção de dados quantitativos para futura análise dos dados, entende-se que o questionário estruturado é o mais adequado. A aplicação do questionário foi realizada por entrevistadores. A opção por esse método de aplicação visa a garantir que os entrevistados obtivessem a compreensão correta das perguntas, minimizando, assim, os erros de resposta.

Para elaboração do instrumento de coleta de dados neste estudo foi necessária a operacionalização de oito variáveis. São elas: envolvimento do consumidor, singularidade do serviço, pressão de tempo, relacionamento interpessoal, tempo de espera aceitável, tempo de espera percebido, respostas afetivas e avaliação geral da espera. A revisão de literatura permitiu a seleção de escalas para medir esses construtos, as quais serão apresentadas a seguir. É importante salientar que, para dar maior fidedignidade ao estudo e à coleta de dados, aquelas escalas que ainda não foram aplicadas no Brasil foram traduzidas pelo método de tradução reversa.

Em todas as perguntas de variáveis contínuas foram utilizadas escalas de cinco pontos Likert. O instrumento de coleta de dados utilizado neste estudo encontra-se no anexo C.

#### 4.3.4.1 Envolvimento

Foram encontradas três escalas de envolvimento (LAURENT; KAPFERER, 1985; ZAICHKOWSKY, 1985; MITTAL, 1989), dentre as quais foi escolhida a de Zaichkowsky (1985). Essa escala, chamada de *Personal Involvement Inventory* (PII), foi desenvolvida para capturar o conceito de envolvimento com produtos (ZAICHKOWSKY, 1985, p. 342). A adoção da escala PII parece ser a mais adequada ao contexto deste estudo, pois já foi validada por diversos estudos no Brasil (e.g. ESPINOZA, 2004; FREIRE, 2005). Da mesma forma que Espinoza (2004), serão utilizados itens da escala de envolvimento que, em estudos anteriores, constituíram a dimensão “relevância” dessa escala, que está intimamente relacionada ao conceito de envolvimento adotado neste estudo.

A escala, conforme pode-se observar no quadro 3, é composta de nove itens do tipo diferencial semântico, e os respondentes devem se posicionar entre os dois pólos antagônicos da escala (FREIRE, 2005). Entretanto, observou-se durante o pré-teste que os respondentes não identificaram diferença de significado entre os nove itens e marcavam o mesmo ponto da escala, ou pontos muito aproximados, em todos eles. Com base nessa observação e na necessidade de elaborar um questionário conciso, optou-se por manter apenas três itens, os quais estão destacados no quadro abaixo, vistos como tendo maior diferença semântica.

<b>Escala de Envolvimento</b>
1. Desnecessário/Necessário
2. Inútil/Útil
3. Supérfluo/Fundamental
4. Não-benéfico/Benéfico
5. Não-essencial/Essencial
6. Significa pouco para mim/Significa muito para mim
7. Não me preocupa/Me preocupa
8. Não tem valor para mim/Tem valor para mim
9. Não importa para mim/Importa para mim

**Quadro 03 – Escala de Envolvimento**  
Fonte: Espinoza (2004)

Durante a pesquisa exploratória, observou-se que os respondentes confundiram o conceito de envolvimento do consumidor, pois o nível de relevância foi associado ao grau de gravidade do seu problema. Para investigar essa associação, foi criada e acrescentada à escala

de envolvimento uma variável que medisse o nível de gravidade. Nesse novo item se perguntou diretamente ao entrevistado quão grave ele considerava o problema que o levou ao consultório.

#### 4.3.4.2 Singularidade do serviço

A singularidade do profissional para os entrevistados foi medida por meio de uma escala com base na da atratividade da concorrência. Espera-se que quanto maior for a singularidade do profissional em questão, menor será a atratividade das alternativas concorrentes, ou seja, menos os profissionais concorrentes seriam considerados como uma alternativa. Para mensurar esse construto foi utilizada a escala de Jones *et al.* (2000), já traduzida e refinada por Alves (2009). A escala é apresentada a seguir.

<b>Escala da Singularidade do Serviço</b>
Se eu tivesse que trocar de médico/dentista/profissional, existem outros bons profissionais para escolher.
Eu provavelmente ficaria feliz com os serviços de outro consultório.
Comparado com este médico/dentista/profissional, existem outros profissionais com os quais eu provavelmente estaria tão ou mais satisfeito.

**Quadro 04 – Escala da Singularidade do Serviço**

Fonte: Adaptado Alves (2009)

#### 4.3.4.3 Pressão de Tempo

A pressão do tempo tem sido mensurada de diversas formas. Kim e Kim (2008) utilizaram a escala de pressão de tempo de Lumpkin e Darden que mede o estado de pressão de tempo crônico de uma pessoa. Já Iyer (1989) mediu a pressão de tempo apenas pela presença ou ausência do fator no experimento apresentado, medindo, assim, a pressão de tempo no exato momento da entrevista.

Com base no estudo de Iyer (1989), perguntou-se diretamente ao entrevistado, durante o pré-teste, qual era sua situação no momento da espera em uma escala Likert, usando como âncoras “pouca pressão de tempo” e “muita pressão de tempo”. Entretanto, verificou-se uma

dificuldade por parte dos entrevistados em entender o significado do termo “pressão de tempo”.

Com base nessa constatação, optou-se por acessar a pressão de tempo por meio de duas perguntas. A primeira questiona quanto tempo o entrevistado dispunha para a consulta em uma escala de Likert, utilizando como âncoras “pouco tempo” e “muito tempo”. Já a segunda pergunta questiona o entrevistado em relação à quantidade de tarefas pendentes após a consulta, utilizando como âncoras “poucas coisas para fazer” e “muitas coisas para fazer”. Esta última foi baseada nos resultados da pesquisa exploratória, em que foi verificado que a pressão de tempo é subjetiva e, portanto, o sentimento de pressa pode ser gerado pela quantidade de tarefas pendentes que uma pessoa tem, não sendo necessário ter horário pré-agendado para concluí-las.

A mensuração deste construto se deu, portanto, com base em apenas duas variáveis. Ainda que o número preferido de indicadores seja três, o mínimo, segundo Hair *et al.* (2005a), é um. Portanto, acredita-se que dois itens para este construto sejam suficientes.

<b>Escala da Pressão do Tempo</b>
Indique quanto tempo disponível você tinha para essa consulta. (pouco tempo/ muito tempo)
Em relação ao que você tem para fazer agora (depois da consulta), você diria que tem... (poucas coisas para fazer/ muitas coisas para fazer)

**Quadro 05 – Escala da Pressão do Tempo**

Fonte: Elaborado pelo autor

#### 4.3.4.4 Relacionamento Interpessoal

Uma das hipóteses elaboradas é de que o relacionamento interpessoal pode ter um efeito moderador entre as reações afetivas e a avaliação geral do serviço. Para medir essa variável, a escala de Jones *et al.* (2000) já traduzida por Alves (2009) foi adaptada para o contexto do presente estudo.

<b>Escala de Relacionamento Interpessoal</b>
1. Eu me sinto como se existisse um elo entre mim e o profissional deste consultório.
2. Eu tenho, de certo modo, um relacionamento pessoal com o profissional deste consultório.
3. Eu tenho amizade com o profissional deste consultório.

**Quadro 06 – Escala de Relacionamento Interpessoal**

Fonte: Adaptado de Alves (2009)

#### 4.3.4.5 Tempo de Espera

Com o intuito de identificar o tempo de espera aceitável, adotou-se no presente estudo a medida de Pruyn e Smidts (1998), segundo a qual é solicitado ao respondente que indique o máximo de tempo de espera aceitável, em minutos. Visto que será necessário subtrair o tempo de espera aceitável pelo tempo de espera percebido para verificar a desconfirmação do tempo de espera aceitável, acredita-se que o uso de uma única medida é o mais indicado. A medida é apresentada no quadro a seguir.

<b>Escala do Tempo de Espera Aceitável</b>
1. Quanto tempo de espera você considera ser o máximo aceitável nesse médico/dentista/profissional?

**Quadro 07 – Escala do Tempo de Espera Aceitável**

Fonte: Pruyn e Smidts (1998)

O tempo de espera percebido foi medido por diversos autores (TAYLOR, 1994; HUI; TSE, 1996; KATZ *ET AL.*, 1991; MANTEL; KELLARIS, 2003). Com base nesses estudos, e em especial ao de Taylor (1994), optou-se por medir o tempo de espera percebido por meio de uma pergunta aberta, a qual é apresentada no quadro a seguir.

<b>Escala do Tempo de Espera Percebido</b>
1. Quanto tempo, em minutos, lhe pareceu que você ficou esperando?

**Quadro 08 – Escala do Tempo de Espera Percebido**

Fonte: Taylor (1994)

#### 4.3.4.6 Respostas Afetivas Negativas

Hui e Tse (1996) utilizaram duas medidas para acessar as respostas afetivas do cliente. Na primeira, foi pedido ao respondente que expressasse quanto a espera o deixou irritado e entediado, e a segunda consistiu de quatro itens com diferença semântica extraídos de Mehrabian e Russel (1974). Para acessar as respostas afetivas no presente estudo utilizou-se uma adaptação da escala de Hui e Tse (1996), em que se pergunta ao entrevistado o grau de irritação, aborrecimento e descontentamento causado pela espera. No quadro a seguir pode-se verificar a escala final para avaliar as respostas afetivas.

<b>Escala das Respostas Afetivas Negativas</b>
1. Quanto você diria que a espera fez você se sentir: irritado; aborrecido; descontente.

**Quadro 09 – Escala das Respostas Afetivas**

Fonte: Adaptado de Hui e Tse (1996)

#### 4.3.4.7 Avaliação Geral do Serviço

Para mensurar a avaliação geral do serviço foi adotada a escala de Taylor (1994), que solicitou, inicialmente, aos respondentes que avaliassem vários atributos do serviço – pontualidade, check-in, comissárias de bordo, lanche, condições da cabine – e depois que classificassem sua impressão geral da viagem, considerando todos os seus aspectos. A escolha se deu tendo em vista que a autora utilizou o mesmo método de análise de dados do presente estudo. Contudo, foi adotada apenas a primeira parte, em que o serviço é avaliado sob aspectos específicos. Essa escala faz com que o entrevistado relembre toda a experiência do serviço ao avaliar diversos atributos referentes à mesma. Avaliou-se o aspecto pontualidade, atendimento da secretária, ambiente de espera, cordialidade do médico e competência do médico. Os quatro últimos atributos foram definidos com base nos resultados da etapa exploratória.

<b>Escala da Avaliação Geral do Serviço</b>
1. Como você avaliaria os seguintes aspectos em relação a essa consulta: pontualidade, atendimento da secretária, ambiente de espera, cordialidade do médico, competência do médico.

**Quadro 10 – Escala da Avaliação Geral do Serviço**

Fonte: Adaptado de Taylor (1994)

#### **4.3.5 Preparação da base de dados**

Segundo Hair *et al.* (2005a), as técnicas multivariadas fornecem ao pesquisador um forte poder analítico, contudo, exigem maior responsabilidade, para garantir que a estrutura estatística e teórica na qual se baseiam estão sustentadas. A preparação dos dados é uma etapa fundamental na análise multivariada, pois é nesse momento que o pesquisador passa a ter uma visão crítica das características dos dados. Ao examinar os dados antes da aplicação de uma técnica multivariada, o pesquisador conquista uma compreensão básica dos dados, bem como das relações entre as variáveis.

De acordo com Tabachnick e Fidell (2001) esta etapa é essencial para garantir a validade dos pressupostos das análises e, conseqüentemente, dos resultados. Portanto, a etapa de tratamento dos dados foi realizada previamente às análises multivariadas. Esta etapa consiste na análise de valores omissos e outliers, bem como nos testes de normalidade, homoscedasticidade e linearidade das variáveis, os quais estão detalhados nos itens a seguir.

##### **4.3.5.1 Valores omissos**

Os valores omissos, segundo Hair *et al.* (2005a), se referem a uma informação não disponível de um indivíduo (caso) sobre o qual outra informação está disponível. De modo geral, ocorrem quando um respondente deixa de responder uma ou mais questões da pesquisa. Os valores omissos são uma realidade em análise multivariada, pois raramente o pesquisador consegue evitar esse tipo de problema. Além disso, de acordo com o mesmo autor, o impacto de valores omissos é prejudicial não apenas pelo seu potencial em gerar resultados



tendenciosos, mas também por seu impacto prático no tamanho da amostra disponível para análise.

Dentre os diversos tratamentos que podem ser utilizados para os casos omissos, Hair *et al.* (2005a) cita que a substituição pela média dos valores conhecidos de uma variável é o método mais utilizado. Contudo, Müller (2005) apoiado por Peters e Enders (2002), aponta que nesse processo a variância é subestimada e, por conseqüência, sua covariância com outras variáveis. O autor sugere, então, que uma abordagem mais complexa considera os dados incompletos como parte do problema de análise dos dados.

Com base nesses autores, os dados faltantes, no presente estudo, foram substituídos pela técnica de estimação por máxima verossimilhança, através da maximização da expectativa (EM). Essa técnica específica consiste na aplicação sucessiva de duas etapas, a de expectativa (etapa E) e a de maximização (etapa M). Na etapa E, um número conveniente de estatísticas incompletas é projetado para os dados incompletos e na etapa M os parâmetros desconhecidos dos dados completos são calculados por máxima verossimilhança. Na sequência, em uma nova etapa E, ocorre o refinamento das estimativas, e o ciclo segue até que algum critério de convergência estabelecido a priori seja atingido (MALHOTRA, 1987).

Dentre as vantagens reconhecidas no método EM, podem-se destacar a simplicidade e a amplitude de aplicações, o fato de ser considerado “seguro”, a flexibilidade e a capacidade de fornecer valores a serem inseridos no lugar de valores faltantes (MALHOTRA, 1987). O autor, entretanto, salienta também as limitações do método, que incluem a falta de uma estimativa dos erros-padrão e a possibilidade de convergência em um pequeno conjunto de máximos locais, descaracterizando a propriedade de máxima verossimilhança proposta na segunda etapa.

#### 4.3.5.2 Outliers

Observações atípicas (*outliers*) são observações substancialmente diferente das outras. Essas observações não podem ser classificadas como benéficas ou problemáticas, mas devem ser consideradas no contexto da análise e avaliadas pelo tipo de informação que possam fornecer (HAIR *ET AL.*, 2005a).

É importante salientar que Hair *et al.* (2005a) acreditam que os *outliers* devem ser mantidos, a menos que exista uma prova demonstrável de que estão verdadeiramente fora do normal e que não são representativos de quaisquer observações na população. Caso contrário, essas observações devem ser mantidas para garantir generalidade à população como um todo.

A identificação dos *outliers* pode se dar sob uma perspectiva univariada, bivariada ou multivariada. Esta última envolve uma avaliação multivariada de cada caso em um conjunto de variáveis. Para detecção de *outliers* no presente estudo foi realizada a análise multivariada de *outliers*.

A detecção multivariada de *outliers* foi realizada por meio do cálculo da distância de Mahalanobis. Esta é uma medida da distância de cada observação em relação ao centro médio das observações. Conforme sugerido por Hair *et al.* (2005a) utilizou-se um nível de significância muito conservador ( $p < 0,001$ ) para a eliminação de casos *outliers*. Todos os casos se mantiveram dentro da significância estipulada, portanto, não houve a necessidade de exclusão de casos nesta etapa.

#### 4.3.5.3 Normalidade, Linearidade e Homoscedasticidade

A necessidade de testar as suposições estatísticas é maior em aplicações multivariadas por duas características de análise multivariada: (1) a complexidade das relações, devido ao maior número de variáveis, torna as distorções potenciais e vieses mais significativos quando as suposições são violadas, e (2) a complexidade das análises e dos resultados pode mascarar os “sinais” de violações de suposições, que aparecem nas análises univariadas mais simples (HAIR *ET AL.*, 2005a). A seguir são descritos os testes de normalidade, homoscedasticidade e linearidade realizados.

A normalidade se refere à forma de distribuição dos dados para uma variável métrica individual e sua correspondência com a distribuição normal (HAIR *ET AL.*, 2005a). Segundo os autores, se a variação em relação à distribuição normal é suficientemente grande, todos os testes estatísticos resultantes são inválidos. Kline (1998) sugere o teste de assimetria e curtose para verificação da normalidade univariada dos dados e o teste de *Kolmogorov-Smirnov* para a normalidade multivariada.

A curtose se refere à “elevação” ou o “achatamento” da distribuição, comparada com a distribuição normal (HAIR *ET AL.*, 2005a). De acordo com Hair *et al.* (2005b), valores maiores que 3 indicam uma curva muito aguda, e valores menores que -3 indicam uma curva muito achatada. A assimetria, por outro lado, mede a partida de uma distribuição simétrica, onde a média, a mediana e a moda estão na mesma localização. Hair *et al.* (2005a) sugerem que valores entre -1 e 1 podem ser considerados normais. Alguns autores, entretanto, divergem quanto aos valores que indicam a anormalidade das variáveis. Kline (1998) é mais tolerante e sugere que a assimetria é indicada por valores absolutos acima de 3 e a curtose por valores absolutos acima de 10. Com base no teste de curtose e assimetria das variáveis, viu-se necessária a exclusão da variável AS4 que se refere à cordialidade do médico. Outras variáveis, entretanto, que apresentaram não-normalidade moderada segundo os parâmetros de West *et al.* (1995), foram mantidas.

No teste de Kolmogorov-Smirnov, no entanto, verificou-se a não-normalidade dos dados na maioria das variáveis. Esse resultado não surpreende dado o consenso entre os autores quanto à dificuldade de que dados provenientes de pesquisas sociais apresentem normalidade (CHOU; BENTLER, 1995; HAIR *ET AL.*, 2005a). Embora existam procedimentos de transformação dos dados para essas situações, preferiu-se não utilizá-los, pois geralmente as variáveis transformadas continuam com elevados níveis de não-normalidade após o emprego desses procedimentos (ULLMAN, 2000). Outro aspecto a ser considerado é que determinadas variáveis possuem de fato uma distribuição não-normal, e, portanto, não se deve esperar que as mesmas apresentem uma distribuição normal na população (ULLMAN, 2000).

Hair *et al.* (2005a) sugerem que a utilização de amostras maiores minimiza o impacto dos erros provenientes da violação da condição de normalidade. Para tanto, o número mínimo de casos por parâmetro deve ser em torno de 15. Dado que o presente estudo possui 382 casos no total, considera-se que o tamanho da amostra utilizada está adequado. Na etapa de análise foi possível verificar que a não-normalidade não prejudicou os resultados do estudo.

A homoscedasticidade se refere à suposição de que as variáveis dependentes exibem níveis iguais de variância ao longo do domínio da(s) variável(is) preditor(a)s. Ela é desejável porque a variância da variável dependente que está sendo explicada na relação de dependência não deveria se concentrar apenas em um domínio dos valores independentes (HAIR *ET AL.*, 2005a). O teste de homoscedasticidade, no presente estudo, foi realizado através do software SPSS 17.0 utilizando a Estatística de Levene. Para realização do teste foram utilizadas todas

as variáveis métricas e as variáveis não-métricas “gênero” e “grau de instrução”. Ao analisar os resultados dos testes obtidos com cada variável não-métrica, verificou-se que as variáveis que apresentaram heteroscedasticidade em um teste não foram as mesmas do outro. Dado que, segundo Hair *et al.* (2005a), não é necessária nenhuma alteração, a não ser que os casos heteroscedásticos fossem os mesmos ao longo das diferentes variáveis não-métricas, nenhuma variável foi excluída.

A linearidade é uma suposição implícita em todas as técnicas multivariadas baseadas em medidas correlacionais de associação. Isso porque as correlações representam apenas a associação linear entre as variáveis e, portanto, efeitos não-lineares não serão representados no valor de correlação, resultando em uma subestimação da força real da relação (HAIR *ET AL.*, 2005a). Apenas uma variável, a PT2, ficou abaixo do valor de significância 0,05, entretanto, optou-se por manter a variável e avaliar seu comportamento nas etapas subsequentes.

#### **4.3.6 Procedimentos estatísticos de análise de dados**

Inicialmente foram realizadas no pacote estatístico SPSS (versão 17.0) as análises descritivas para obter uma visão geral dos dados. Essa primeira etapa contempla o perfil dos respondentes, a distribuição de frequências, média e desvio-padrão das respostas.

Na sequência foram realizados os testes da análise fatorial, para avaliar se as variáveis estatísticas (itens) mediam o construto, conforme havia sido proposto, apresentando a confiabilidade e a validade das medidas utilizadas. O teste do modelo final, ou seja, a verificação de ocorrência das relações propostas, será feito com o uso da técnica de modelagem de equações estruturais, bem como de testes multi-grupos, através do software LISREL 8.51.

#### 4.3.6.1 Modelagem de equações estruturais

A técnica de modelagem de equações estruturais (MEE) é uma extensão de diversas técnicas multivariadas, principalmente da regressão múltipla e da análise fatorial (HAIR *ET AL.*, 2005a). A MEE examina uma série de relações de dependência simultaneamente, possibilitando ao pesquisador distinguir quais variáveis independentes prevêm cada variável dependente, enquanto fornece eficiência estatística. Devido a essa capacidade de lidar com múltiplas relações inter-dependentes, a técnica facilita a avaliação das relações de um modo geral, fornecendo uma visão holística do problema.

Uma razão pela qual a MEE é tão útil é que ela diferencia claramente medidas não-observáveis de medidas mensuráveis (STEENKAMP e BAUMGARTNER, 2000). A habilidade de incorporar conceitos não-observados na análise das relações é uma característica importante da MEE. Esses conceitos são chamados de variáveis latentes e podem apenas ser aproximados por variáveis manifestas – ou mensuráveis, aquelas reunidas a partir da coleta de dados. O uso de variáveis latentes se explica pela melhora da estimação estatística e da representação de conceitos teóricos, bem como pela devida explicação do erro de mensuração (HAIR *ET AL.*, 2005a).

De acordo com Steenkamp e Baumgartner (2000), MEE é uma abordagem para pesquisa guiada por três princípios centrais, de valor filosófico e prático para a construção de modelos. Primeiro, a maioria dos construtos científicos possui muitas facetas e não pode ser medida diretamente, tornando necessários múltiplos indicadores (medidas observáveis) para capturar um construto teórico. Segundo, as medidas observadas de construtos teóricos estão contaminadas por erros de mensuração, sendo assim, a relação entre os construtos e suas medidas deve ser um componente explícito dos modelos de marketing. Por último, modelos são representações simplificadas da realidade e, portanto, antes que qualquer conclusão seja feita, o grau com que o modelo está em concordância com os dados deve ser verificado.

A teoria, considerada como um conjunto sistemático de relações fornecendo uma explicação consistente e abrangente de um fenômeno, tem papel essencial para MEE, dado que a técnica deve ser quase que completamente especificada pelo pesquisador. Devido à flexibilidade da técnica, as chances de “superajustar” ou desenvolver um modelo com pouca generalização são bastante altas. Portanto, a justificativa teórica se torna fundamental para

alcançar o reconhecimento de MEE como um método confirmatório, que é orientado mais por teoria do que por resultados empíricos (HAIR *ET AL.*, 2005a).

A avaliação do ajuste se dá pela comparação do qui-quadrado ( $\chi^2$ ) do modelo com o valor padrão para o número de graus de liberdade do modelo e por um conjunto de índices que representam o ajuste do modelo teórico dos dados levantados (MÜLLER, 2005). Dentre as medidas de ajustes fornecidas pelo Software LISREL, pode-se destacar o índice de adequação do ajuste, GFI (*goodness-of-fit*) que possui valores entre 0 e 1, sendo que 1 indica o ajuste perfeito.

O conjunto de procedimentos apresentados torna mais precisa a avaliação do ajuste do modelo teórico aos dados coletados, dando suporte para a confirmação ou não das hipóteses levantadas.

#### 4.3.6.2 Análise Multi-grupo

De acordo com Kline (1998), a análise multi-grupo tem como principal objetivo verificar o efeito de uma variável numa relação entre outras duas variáveis, ou seja, essa técnica é utilizada quando se quer verificar se uma variável enfraquece ou fortalece uma relação.

A análise multi-grupo consiste inicialmente dividir a base de dados em dois grupos de acordo com as variáveis categóricas e os modelos são estimados simultaneamente. Após ter rodado os modelos pela primeira vez, se restringe o parâmetro que se quer avaliar. O modelo não-restrito ou livre será utilizado como parâmetro de comparação dos demais modelos restritos. Para verificar se a diferença entre os grupos é significativa, é calculada a diferença entre o qui-quadrado do modelo restrito e o qui-quadrado do modelo livre e a diferença entre os graus de liberdade do modelo restrito e do modelo livre (KLINE, 1998). Se a razão entre o qui-quadrado e os graus de liberdade resultantes for menor que 0,01 confirma-se a significância da diferença entre os grupos. Neste caso, é possível identificar a influência que a variável em questão tem sobre determinada relação com base nos parâmetros encontrados em cada grupo para essa relação.

A análise multi-grupo foi utilizada no presente estudo para avaliar o efeito moderador da variável relacionamento interpessoal sobre a relação entre as respostas afetivas negativas e a avaliação geral do serviço. Durante a realização dessa análise, decidiu-se analisar também, de modo exploratório, o efeito moderador da variável gravidade.

## 5 RESULTADOS

Nas sessões que seguem são apresentados os resultados referentes às etapas exploratória e conclusiva do presente estudo.

### 5.1 ETAPA QUALITATIVA

A seguir são apresentadas as análises das entrevistas em profundidade realizadas com secretárias de consultórios médicos e pacientes. Nas sessões subsequentes são apresentados, junto à análise das entrevistas, alguns trechos das entrevistas concedidas, tanto pelas secretárias como pelos pacientes, como forma de ressaltar alguns comentários relevantes e dar apoio aos resultados apresentados.

#### 5.1.1 Secretárias

Tendo como objetivo obter uma maior compreensão acerca dos aspectos contingenciais que podem influenciar o impacto do tempo de espera na avaliação geral do serviço, as secretárias entrevistadas foram questionadas a respeito do como percebem o comportamento dos pacientes na sala de espera e o que influencia esse comportamento.

As secretárias entrevistadas têm, em média, 33,6 anos e trabalham em consultórios médicos onde atendem de um a cinco médicos e cujas especialidades são dermatologia, oncologia, oftalmologia, otorrinolaringologia e ginecologia. Cinco delas não tem formação de ensino superior, mas fizeram cursos de curta duração relacionados a atendimento. Todas elas disseram gostar do seu trabalho, o que consideram ser fundamental para atender bem os pacientes e fazer suas atividades bem feitas.

O **tempo de atraso** diverge bastante entre os médicos. As secretárias disseram que os médicos atrasam, em geral, de 15 a 40 minutos, contudo, afirmam que eventualmente o atraso pode ser de até 1h30min.



Os **motivos pelos quais os médicos se atrasam** são similares entre os diferentes consultórios. Em geral, os atrasos se devem à demora no atendimento de casos mais complicados, ou porque o cliente fica conversando e tirando dúvidas com o médico além do horário programado. Em outros casos, o médico é chamado com urgência no hospital e acaba atrasando as consultas que tinha agendadas. Ainda, há casos em que são encaixados clientes, por urgência, entre as consultadas já marcadas ou por ter aumento sazonal de demanda, como no caso do otorrinolaringologista no período de inverno, gerando também atrasos. As visitas dos representantes de laboratórios que, normalmente, não tem horário agendado, também são citadas como causadoras de atrasos nas consultas dos médicos.

A quantidade de pacientes atendidos por dia é bem variada entre os consultórios analisados. Dependendo do médico e de sua especialidade são atendidos desde 10 até 60 pacientes por dia.

Ao referirem-se à **reação dos pacientes diante da espera** as secretárias afirmam que, embora nem todos reclamem, eles não gostam. Em alguns casos os pacientes não reclamam por já saber que o médico geralmente atrasa e, portanto, já esperam por essa situação, entretanto, muitas vezes o seu descontentamento é percebido pelos comentários que fazem a seus acompanhantes e pelo semblante fechado. Segundo as entrevistadas, nota-se também que os pacientes ficam ansiosos enquanto esperam pela consulta, pois ficam inquietos, principalmente quando não há conforto para esperar, como nos casos em que não há assento para todos os que estão na sala de espera. Muitas vezes, entretanto, essa ansiedade pode estar relacionada à personalidade da pessoa, por estar com medo da consulta ou até mesmo por já ir ao consultório com má pré-disposição.

*“Incomoda, eu acredito que a maioria se incomoda, tem uns que não são de falar. Porque eu acho que é chato, eu também não gosto de esperar.” (SECRETÁRIA 2)*

*“Ah, eles não falam, assim, direto com a gente, mas eles falam ‘bah tá demorando’, ‘o médico tá demorando’, não adianta eles não gostam de ficar esperando, é o normal deles. (...) Tem alguns clientes que reclamam bastante, talvez seja da personalidade da pessoa, não tem muita paciência.” (SECRETÁRIA 3)*

*“Ah, ‘o meu horário não tava marcado para as 4 horas?’, ‘vai demorar muito?’, ‘por que ele não tá me atendendo ainda?’, ‘por que ele atrasou tanto?’ aí tem que explicar, porque às vezes ele encaixa ou às vezes algum paciente demora mais na consulta. (...) Acho que tem gente que é mais tolerante que fica mais na dele, mas tem gente que não admite, não aceita, que vem pro consultório e quer ser atendido no horário marcado.” (SECRETÁRIA 4)*

*“Ele fica ansioso, a maioria não gosta de esperar. (...) Ficam com o rosto assim meio fechado entende. (...) Essa pessoa meio estressada não consegue ficar nem com a revista em mãos.” (SECRETÁRIA 5)*

Muitas vezes, enquanto esperam, os pacientes começam a conversar entre si a respeito do tempo que estão esperando, do horário que tinham agendado, entre outros assuntos. Essa conversa na sala de espera também parece potencializar o desconforto dos pacientes durante a espera. Ainda, ocorrem mal entendidos que enfurecem os pacientes, como, por exemplo, quando a secretária passa um paciente que chegou depois dos que já estavam esperando e esses se sentem injustiçados.

*“Quando a gente tá atrasada, eles começam a se perguntar, ‘que horário tu tem? Que horário tu tem?’ Só que, às vezes, é que nem nitrogênio né, nitrogênio a gente marca cinco minutos, porque a doutora entra na sala, aplica e já sai. Então a gente marca cinco, dez minutos. Aí eles dizem ‘ah mas tu tem às 9 e eu às 9:10, dez minutos, por isso que atrasa’. Mas na verdade não é por isso que atrasa, depende porque que ele veio.” (SECRETÁRIA 2)*

A **influência da importância da consulta para o paciente na tolerância do mesmo à espera** também foi avaliada pelas secretárias. Algumas respondentes disseram não saber avaliar a relação entre o envolvimento do paciente e a sua tolerância à espera, porque não atendem casos muito críticos ou porque há pouco tempo de espera no consultório. Entretanto, elas percebem que a tolerância à espera varia de um cliente para outro. Em geral, quando a situação é mais grave, os pacientes ficam mais ansiosos, pois querem conversar com o doutor o quanto antes. Esses clientes se mostram angustiados, seja pela dúvida da gravidade da situação ou pela preocupação com o problema e com o tratamento, o que os leva a ser menos tolerantes com à espera. O mesmo ocorre com os clientes que sentem dor, querem ser atendidos imediatamente, e, portanto, não tem tolerância à espera.

*“Porque acho que eles querem entrar pra conversar com ela, pra ter um diagnóstico certo do que realmente eles têm, tu entende? Sei lá acho que é um fato deles terem certeza de que não tem nada grave, de que aquilo vai ser um alívio pra eles, entrar ali dentro e ela dar essa resposta. Mesmo que seja ruim, pelo menos eles querem entrar, conversar com ela. (...) Menos tolerante. Eles ficam muito angustiados aqui sabe, porque eles tem um encaminhamento de um outro médico para uma oncologista, então o que que tu imagina de uma oncologista né?” (SECRETÁRIA 3)*

Ao refletir sobre os **atributos considerados pelos clientes para avaliar o serviço médico**, foram citados alguns fatores como o ambiente, o atendimento da secretária, a pontualidade, meios de distração disponíveis durante a espera (revistas, jornais) e a aparelhagem utilizada. O tempo de atendimento também pode influenciar a avaliação do cliente, pois alguns clientes o consideram ruim quando é muito rápido. Entretanto, o aspecto mais influente e, portanto, decisivo é o atendimento do médico. O valor monetário não foi citado por nenhuma das respondentes, inclusive uma afirmou não acreditar que esse seja um fator que afete a avaliação do paciente com o serviço. Contudo, é importante destacar que a

maioria dos pacientes é atendido por convênio, o que pode alterar o efeito do valor monetário na avaliação do cliente neste serviço específico.

*“Eu acho que é importante o meu atendimento aqui, tanto pelo telefone quanto pela hora que eles chegam aqui, e muito mais importante o atendimento do médico. (...) A gente trabalhava na 13 de Maio e o lugar era bem menor, e depois as pessoas que vieram, que eram pacientes lá, elas falaram ‘aqui é bem melhor né, lá era muito fechado’, elas falaram ‘lá era muito pequeno’. Era muito pequena a sala de recepção, cabiam três pessoas, e uma de pé. Depois que a gente mudou pra cá, as pessoas falaram ‘nossa! aqui ficou bem melhor!’. Não tinha nem janela lá né”.* (SECRETÁRIA 4)

*“Sim, comenta. Que tá bonito, diferente. E nós não temos essa chavezinha que liga e desliga, nós temos o sensor que alguém entra ou sai do banheiro, liga e desliga sozinha. Eles acham maravilhoso, assim, ‘meu Deus!’”.* (SECRETÁRIA 5)

As secretárias entendem que quando o cliente já conhece o médico e avalia seu serviço positivamente, ele tende a ser mais tolerante em relação à espera. Por esse motivo, uma das secretárias afirmou que quando há atraso na primeira consulta do paciente, ela explica a ele a situação para amenizar a primeira má impressão.

*“Às vezes, dependendo do paciente, eles são bem tolerantes. Depois que eles começam a vim, começam a conhecer o doutor, começam mais a se familiarizar com o consultório, eles ficam aqui, daí não tem... Tipo assim, eles são de esperar um pouco mais, se o doutor está atrasado, a gente explica né ‘olha, o doutor se atrasou devido a um paciente assim, assim’ aí ‘não, tudo bem’, eles sabem, eles ficam tranquilos, não tem problema nenhum.”* (SECRETÁRIA 3)

*“Porque eu acho assim, às vezes a pessoa reclama, reclama que atrasou, mas eles voltam, então se voltaram é porque gostaram de alguma coisa, acho que foi do atendimento do doutor. Vale a pena voltar e esperar pelo atendimento do doutor.”* (SECRETÁRIA 4)

A maioria dos pacientes quando estão sob pressão de tempo avisam as secretárias. Estas afirmam que nem sempre conseguem ajudar, mas quando possível procuram resolver o problema do paciente. Uma prática muito citada é que quando o médico está muito atrasado e o compromisso não tem hora marcada, a secretária diz ao cliente que vá fazer o que precisa e depois volte que o médico irá atendê-lo ou se o paciente estiver próximo ao consultório, ela liga quando o médico estiver liberado. É importante destacar que essa situação se torna possível em Bento Gonçalves, cidade onde foram aplicadas as entrevistas, por ser pequena e a locomoção de um lugar a outro ser mais fácil. Outras ainda disseram que, se o compromisso é outra consulta médica, elas ligam para o outro consultório para avisar que o paciente chegará atrasado. Entretanto, quando o compromisso do paciente tem horário marcado ou não pode ir de um lugar ao outro com tanta facilidade, essas práticas não funcionam. Alguns pacientes acabam tendo que remarcar a consulta para outro dia, contudo aqueles que ficam esperando, segundo as secretárias, reclamam mais, ficam chateados e demonstram ansiedade e

preocupação em perder o compromisso. Devido a essa ansiedade, elas acreditam que os pacientes percebem o tempo de espera como mais longo.

*“Sim, geralmente sim. Sim porque eles tem compromisso né, então a cada 10, 15 minutos eles vem e ‘vai demorar? Vai demorar? Têm muitos na minha frente?’. Então eles cobram mais do que aqueles que não tem.(...) Eu acredito que sim, que dá a impressão de ser mais tempo. Cinco minutos dá impressão de ser 10 min.” (SECRETÁRIA 2)*

*“Eles ficam um pouco preocupados sim (...). Uma coisa mais deles, porque eles estão atrasados pra uma outra consulta tu entende, e [se preocupam] de atrasar também lá, ou de o médico não esperar.” (SECRETÁRIA 3)*

*“Sim, eles ficam mais agitados, eles ficam toda hora... Eles se levantam, eles sentam, ficam olhando pro relógio, eles ficam olhando pra mim.” (SECRETÁRIA 4)*

A seguir, apresentam-se os resultados das entrevistas realizadas com pacientes de consultórios médicos.

### 5.1.2 Pacientes

No que tange a **frequência com que vão a consultórios médicos**, os pacientes entrevistados afirmam ir a algum médico no mínimo uma ou duas vezes por ano para fazer *check-ups*. As especialidades mais citadas foram clínico geral, ginecologista e oftalmologista. Uma das pacientes afirma ir ao otorrinolaringologista com mais frequência pelo fato de ser cantora, o que lhe causa problemas de garganta frequentemente. Ainda, outras visitas a consultórios médicos citadas se devem a problemas isolados, como dor no braço ou problema no pé.

A última vez que os entrevistados foram ao médico foi há um mês, com exceção de um que foi há três meses. Um dos empecilhos bastante citados ao descrever essa última consulta é a dificuldade em agendar a consulta, e mesmo a reconsulta, para a mesma semana. Em geral, só conseguem agendar um horário para a outra semana ou até para mais adiante. Segundo os entrevistados, as consultas correram bem, os médicos eram bons e não tiveram problemas no dia, exceto um que teve atraso de mais de uma hora.

O atendimento do médico é o **atributo mais importante para os pacientes na avaliação do serviço médico**. Esse aspecto envolve a simpatia do profissional, a comunicabilidade, a confiança que transmite, o diagnóstico realizado, o conhecimento a respeito do assunto e a sua atualização, tanto com a medicina como dos aparelhos que utiliza.

A secretária também tem grande influência na avaliação, pois ela é considerada a “cara do médico”, a primeira impressão. Quando o atendimento da secretária não corresponde às expectativas do paciente, ele entra na sala do médico com um conceito pré-formado a seu respeito. Portanto, ela deve ter uma postura profissional, ser cordial, simpática e deve dar satisfação aos pacientes a respeito do motivo da espera.

A pontualidade também foi citada como um fator considerado na avaliação do serviço, visto que nem sempre as pessoas têm disponibilidade para ficar esperando. Em relação ao ambiente, também considerado importante, deve estar limpo, organizado, ventilado e ser agradável, ter conforto. Ainda, quando a espera é inevitável, os pacientes apreciam ter algumas formas de entretenimento, como revistas, televisão e até cafezinho. O valor da consulta foi citado por apenas uma entrevistada.

*“Eu acho importante, porque, assim, se tu não é bem atendida pela secretária tu já entra na sala do médico, meio assim... ele pode ser o melhor de todos, mas lá fora te deixou um tanto a desejar. Teve uma ocasião que eu fui num médico, eu fui só para mostrar um exame e eu fiquei duas horas esperando, e aí quando eu percebi que as pessoas iam passando na minha frente, eu fui lá e voltei a conversar com ela, ela me falou assim ‘ah não, mas você tinha que ter falado com ela’, ‘mas quando eu vim, te entreguei o exame você não me falou isso’. Ela quis se justificar o motivo pelo qual eu tava esperando tanto tempo, mas as duas atendiam os dois médicos, e aí eu coloquei pro médico e não voltei mais pra lá também, por causa disso. Ele me atendeu, me consultou sem problema nenhum, me explicou o que tinha dado no exame. O médico, eu tinha amado ele, não era a primeira vez, várias vezes que eu tinha retornado lá não tinha problema nenhum, mas devido a aquela situação eu não retornei mais. É assim, eles marcam, marcam, marcam e depois te deixam esperando uma hora, uma hora e meia, até duas horas ali. Eu acho isso extremamente desagradável porque eu acho que a secretária tem que ter o controle. O médico talvez não saiba nem do que está acontecendo na sala de espera. Então eu acho isso desagradável. Se acontece de o médico ter que atrasar por situações de emergência, que sempre ocorre, aí é outra coisa”. (PACIENTE 2)*

*“Eu acho assim, bem essa questão da pontualidade, postura da secretária, do médico, eu sempre quero ter a sensação de que ele está atualizado (...) e sabe o que está te falando. Porque já fui em médicos que dava a impressão de que estava lá ultrapassado. (...) A questão de higiene sempre, em médicos que tu faz procedimentos lá. O ambiente também, com uma sensação de limpeza, de organizado, acho que dá uma segurança”. (PACIENTE 3)*

*“Se eu chegar lá for bem atendido pela secretária, eu ficar esperando 1h30min, e eu for bem atendido pelo médico e eu sair satisfeito com o resultado, a espera não vai influenciar tanto na futura formação da minha opinião. Mas se eu for lá eu for mal atendido pela secretária, ficar esperando 30min, e o diagnóstico não me convenceu, eu não senti confiança no médico, essa meia hora vai influenciar mais do que a 1h30min que eu esperei.” (PACIENTE 4)*

*“O atributo fundamental é a qualidade do profissional. O profissional tem que estar acima de tudo, é isso que define a minha escolha. (...) Vou ver se eu acho uma pessoa que tenha mais comunicabilidade, que, vamos dizer assim, interaja com o paciente, que dê boas explicações, então isso eu também levo em consideração. Tem que conseguir avaliar e passar com seriedade essa informação.” (PACIENTE 5)*

Quando **perguntados a respeito da espera**, os entrevistados afirmaram achar chato ter que esperar para ser atendido, e que vêm como uma falta de consideração com as pessoas expô-las a esse tipo de situação. A espera é compreensível, entretanto, quando o atraso ocorre por algum imprevisto ou chamada de urgência. Ainda assim, cada um reage à espera de uma forma diferente, alguns reclamam com a secretária, outros apenas esperam, embora não gostem, e ainda há aqueles que dizem ir embora se não tiver previsão de atendimento. Por já haver uma expectativa de espera, os pacientes evitam o estresse de ter que esperar, procurando marcar as consultas no início do dia, para serem os primeiros a serem atendidos, ou no final do dia, quando já estão liberados do trabalho e outros compromissos.

*“Ah sim, acho que até é uma questão de consideração com as pessoas. Até na última vez que eu fui fazer exames no hospital, eu tinha horário agendado quase dois meses antes, eu cheguei lá, fiquei mais de 40 minutos esperando a ecografia. Deixei minha sugestão (...), tipo, não tinha nada estragado, as pessoas estavam lá, tu via que tinha mais gente do que podiam atender. Mas bem ruim, além de demorar muito pra conseguir marcar, demorou pra caramba.” (PACIENTE 3)*

*“Isso pra mim é um caos. Eu sempre marco no final do dia pra já ficar liberado e vou pras minhas coisas. Mas eu acho chato, porque se eu marco é pra chegar naquela hora e ser atendido. Acho isso muito descômodo.” (PACIENTE 4)*

*“Eu não gosto de esperar nada. Então, por exemplo, eu não vou cortar o cabelo onde tem que esperar, quer dizer, se tiver que esperar eu não vou. Eu particularmente tenho essa postura, eu acho que os consultórios médicos onde têm 10, 12 cadeiras, isso pra mim já é um desastre. Se eu puder não ir num profissional desses eu não vou.” (PACIENTE 5)*

Ao referir-se à **influência da espera na satisfação geral** há unanimidade, todos afirmam que por ser no início do processo causa uma má impressão do serviço como um todo e, portanto, influencia a avaliação de todas as outras etapas. Entretanto, essa má impressão do serviço do consultório pode ser revertida se as outras etapas forem muito positivas.

*“Acho que sim, tu já entra meio de saco. Já aconteceu em outros médicos, tu entra ‘que sem consideração!’, aí quando tu vê que outras pessoas chegam depois e entram, daí tu já pensa se a pessoa ta te enrolando ou não.” (PACIENTE 3)*

*“Essa espera ela já é negativa porque pode influir no comportamento teu como paciente e em qualquer outra situação que possa vir a ocorrer, tu já não tá satisfeito, vamos dizer assim, tu já tá pré-disposto a não aceitar ou não gostar do atendimento, então, por isso que eu acho, como falei lá atrás, que a espera é de todas as formas prejudiciais.” (PACIENTE 5)*

Por outro lado, as respostas referentes às **emoções decorrentes da espera** são bastante similares e todos mencionaram sentimentos negativos. Os pacientes disseram sentir-se chateados, estressados, nervosos, irritados ou frustrados quando os deixam esperando. Outra expressão utilizada por uma entrevistada para descrever o que sente nesse momento foi “sentir-se palhaça” por ter mais o que fazer e ter que esperar pelo médico.

De acordo com os entrevistados, o **tempo de espera tolerável** varia entre 15 a 30 minutos, o que significa que a partir desse ponto o período de espera passa a se tornar desagradável. É importante salientar, porém, que a tolerância aumenta, segundo eles, quando o atraso se deve a algum motivo específico, quando não está sob o controle do médico ou ainda quando o seu próprio humor está melhor.

*“Eu tenho meus dias, dependendo de como tiver o meu humor, às vezes eu tô com TPM, às vezes tô com algum problema.” (PACIENTE 1)*

*“Pra mim não, eu não tenho nenhuma tolerância com a espera. Evidente que um profissional da área médica, dependendo da especialidade, ocorrem situações que não é culpa dele a demora, tem que saber distinguir quando o indivíduo foi pro hospital atender também.” (PACIENTE 5)*

A **relação entre envolvimento e tolerância** também foi explorada, contudo, verificou-se uma confusão por parte dos entrevistados, dado que associaram uma situação de alto envolvimento à uma situação grave. Os entrevistados disseram acreditar que quanto mais grave for a situação do paciente, menos tolerância ele terá com a espera. Isso porque ele quer resolver a situação o quanto antes. Se estiver aguardando um resultado a respeito de uma doença grave, estará mais preocupado, e se estiver sentindo dor, estará ansioso para tratar a causa desse sofrimento. Essa relação iria de encontro a hipótese proposta referente ao envolvimento, entretanto, acredita-se que essa contradição se deva ao fato de o conceito não ter sido bem compreendido pelos pacientes entrevistados.

*“Não tive nenhuma situação assim, mas acho que se é bem grave tu se preocupa mais, acho que menos tolerância. (...) Fica mais ansioso, pra tentar resolver logo.” (PACIENTE 3)*

*“Conseqüentemente tá mais ansioso. Se tem a dor, tu tem uma questão que tá te incomodando. (...) Menos tolerante. Bem menos tolerante porque tu não tá fazendo uma consulta de rotina, porque já tá com ansiedade.” (PACIENTE 4)*

Quando solicitado que fizessem uma **relação entre o valor do serviço e a tolerância à espera**, alguns não souberam responder, entretanto, ao longo da entrevista deixaram claro que quando o serviço é avaliado positivamente, ou “vale a pena” na linguagem usada por eles, a tolerância é maior. Contudo, a espera sempre contará como um fator negativo na avaliação do médico, e a sua credibilidade vai diminuindo de acordo com o tempo do atraso. Ou seja, fazendo um trade-off entre perdas e ganhos, os entrevistados acreditam que o atendimento do médico, atributo considerado mais importante na avaliação do serviço, bem como o atendimento da secretária e o conforto do ambiente, se avaliados positivamente, recompensam o tempo perdido durante a espera.

*“Depende do tempo de espera, mesmo que tu goste dele. Se por exemplo assim, mesmo que tu goste dele, mas ele vai te deixar aí esperando 1h ou 1h30min sabendo*

*que tens outros compromissos, o crédito dele vai caindo um pouquinho.” (PACIENTE 2)*

*“Aí entra numa questão de conceitos né, porque daqui a pouco tu pode ir no médico, mas ele ser um bom especialista, um bom médico e valer a pena a tua espera. (...) Então é bem delicado tu analisar isso, o quanto esse momento vai influenciar pra ti. Eu acho que até iria no mesmo, pelo médico que ele é, pela maneira como ele me atendeu, o diagnóstico que ele me passou. Acho que por esses pontos dele ser um bom médico, da forma como ele atende e do diagnóstico que ele passa se sobrepor à espera. (...) Mais tolerante sim, mas o aspecto espera vai aparecer. Vai aparecer como um fator em contra sempre. Acho que não pode passar despercebido. Tu ficou esperando, se tu marcou uma hora tem que ser atendido na hora. Eu vou considerar, mas aí, conforme variáveis do ambiente e da situação, o grau de importância dessa espera pode ser alto ou baixo.” (PACIENTE 4)*

Corroborando com a quinta hipótese sugerida no capítulo anterior, **a pressão de tempo, segundo os entrevistados, parece ter influência no tempo percebido**. Com base nas suas respostas fica claro que quando eles têm algum compromisso depois da consulta aumenta o estresse, a ansiedade, pois há uma preocupação em perder o horário marcado. Devido a essa ansiedade, o tempo de espera parece mais longo. Entretanto, há exceções nesta questão: um dos entrevistados afirma ter noção real do tempo, mesmo não usando relógio e, por isso, ao contrário das outras pessoas, o tempo não parece nem mais longo nem mais curto.

*“Me deixa bastante estressada, eu fico bem ansiosa. (...) Mais longo, no sentido de ‘nossa! Tô esperando a horas, mas já tá chegando, eu já tenho que ir, tô com pressa.” (PACIENTE 1)*

*“Acho que sim, talvez parece que demora mais. Não tem o que fazer, e tu fica lá esperando. Tu tem compromisso, daí pior ainda. Mais longo.” (PACIENTE 3)*

Na sequência são apresentados os resultados da etapa conclusiva.

## 5.2 ETAPA DESCRITIVA

Nesta sessão é delineada a caracterização da amostra da pesquisa, assim como são descritas as análises do modelo de medidas e do modelo estrutural. Finalmente, são apresentados os dados referentes à análise multi-grupo, em que se avaliou o efeito moderador do relacionamento interpessoal e da gravidade da situação.

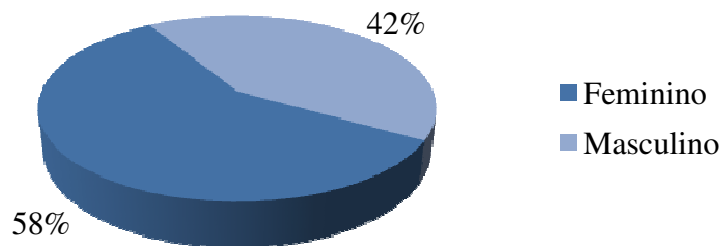


### 5.2.1 Caracterização da amostra

O perfil da amostra, composta por 382 casos, é projetado a partir de informações referentes à faixa etária, gênero, profissão e grau de instrução.

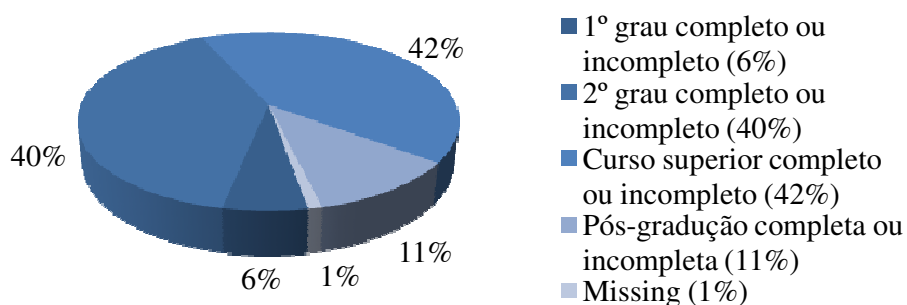
No que tange ao aspecto idade, a média dos entrevistados é de 41 anos, tendo seus extremos mínimo e máximo com idades de 15 e 82 anos, respectivamente.

Em relação ao gênero, houve uma predominância de respondentes do sexo feminino, representando 58,4% da amostra. A representatividade de cada grupo pode ser observada no gráfico 01.



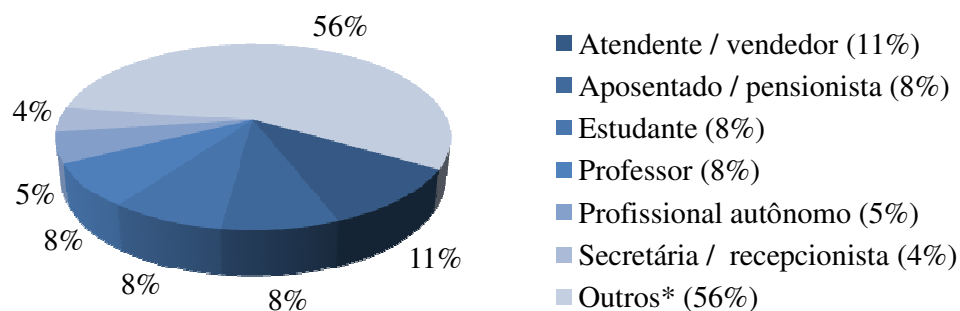
**Gráfico 01 – Gênero**  
Fonte: Processamento de dados

No aspecto grau de instrução, verifica-se uma concentração dos respondentes entre o as classes “2º grau completo ou incompleto” e “Curso superior completo ou incompleto”, os quais obtiveram representatividade de, respectivamente, 40% e 42%. Na sequência encontram-se as classes “Pós-graduação completa ou incompleta”, com 11%, e “1º grau completo ou incompleto”, com 6%. Apenas 1% dos entrevistados não respondeu essa questão.



**Gráfico 02 – Grau de instrução**  
Fonte: Processamento de dados

As profissões dos entrevistados ficaram muito variadas, sendo que cada uma delas ficou com pouca representatividade. Portanto, optou-se por apresentar apenas aquelas que foram mais citadas. No gráfico 03 são exibidos os percentuais de cada uma das profissões mais representativas.

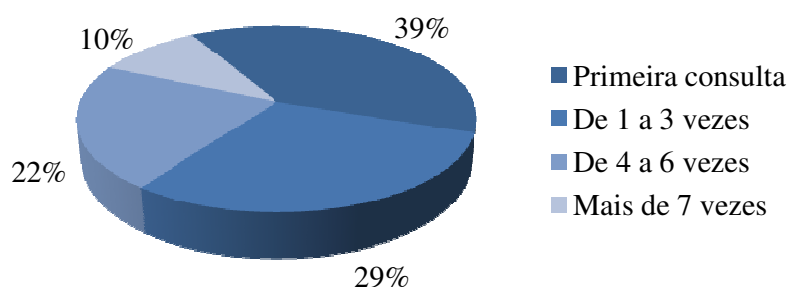


**Gráfico 03 – Profissão**

Fonte: Processamento de dados

\*As mais citadas deste grupo foram funcionário público, do lar, gerente, enfermeira e advogado.

Quase 40% dos entrevistados consultavam o profissional em questão pela primeira vez. Dentre aqueles que já se consultavam com o profissional, 29% tinham se consultado até três vezes, 22% de quatro a seis vezes, e 10% tinham ido mais de sete vezes ao mesmo profissional.

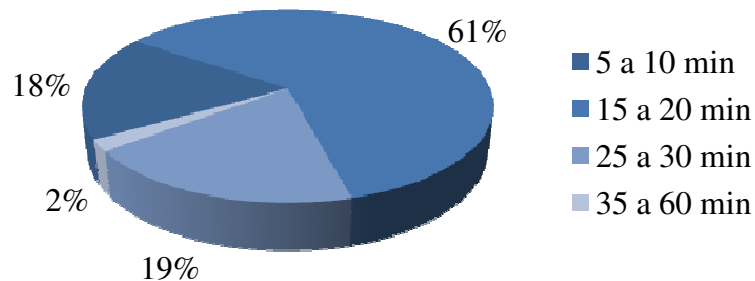


**Gráfico 04 – Quantidade de consultas**

Fonte: Processamento de dados

Quase a totalidade dos entrevistados (97,4%) tinha sua consulta coberta por algum plano de saúde, sendo que apenas dois entrevistados disseram que sua consulta foi particular e oito não responderam essa questão.

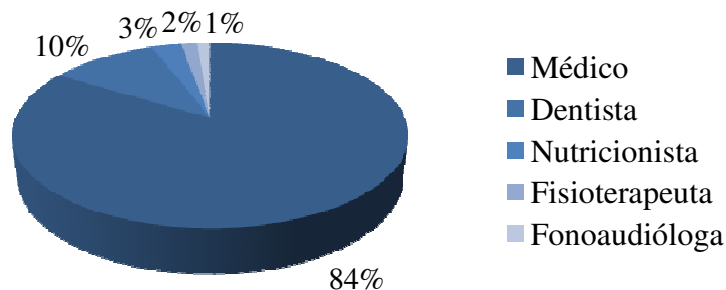
Ainda, foi perguntado aos respondentes se tinham a expectativa de ter que esperar para serem atendidos. Em torno de 68% responderam que sim, dentre os quais 79% imaginavam ter que esperar até 20 minutos (18% de 5 a 10min e 61% de 15 a 20min).



**Gráfico 05 – Expectativa de espera**

Fonte: Processamento de dados

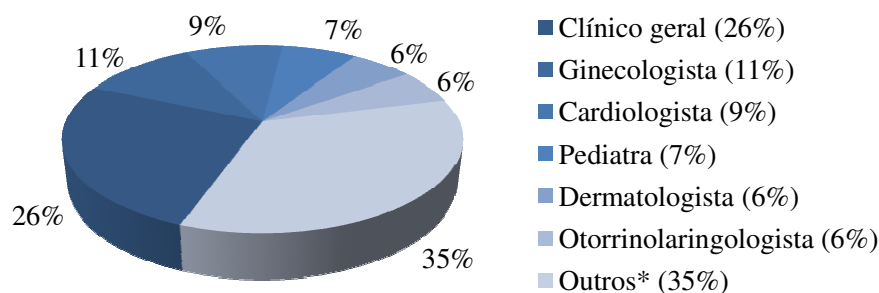
No gráfico 06 verifica-se que a grande maioria dos entrevistados, quase 85%, se consultou com um médico. Na sequência, os mais citados foram os dentistas, mencionados por 10% dos entrevistados. A seguir, pode-se verificar a representatividade dos outros profissionais citados.



**Gráfico 06 – Profissional consultado**

Fonte: Processamento de dados

Dentro do grupo dos médicos, podem-se destacar às especialidades mais citadas. Conforme apresentado no gráfico a seguir, 26% dos entrevistados se consultaram com um clínico geral. Na sequência, os mais citados foram os ginecologistas (11%), cardiologistas (9%) e pediatras (7%).



**Gráfico 07 – Especialistas mais citados**

Fonte: Processamento de dados

\* Os especialistas mais citados deste grupo foram os oftalmologistas, urologistas, obstetras e traumatologistas.

Ao avaliar a tabela 01, referente às médias e desvios-padrão das variáveis, percebe-se que os construtos envolvimento e avaliação do serviço foram os que apresentaram as médias mais altas. No caso do envolvimento, esses resultados indicam que a maioria dos respondentes revelou ter um alto envolvimento com o serviço que estava adquirindo. Entretanto, a variável gravidade, criada para investigar sua associação com o envolvimento, apresentou uma média mais baixa, dando evidências iniciais de diferenciação entre os dois conceitos.

Analisando as médias e desvios-padrão da avaliação do serviço, verifica-se que os entrevistados avaliaram todos os aspectos positivamente. Contudo, cabe ressaltar que a variável AS1, que representa o aspecto pontualidade, foi a que obteve a menor média dentre as variáveis do construto, evidenciando o efeito negativo da espera na avaliação geral do serviço, conforme já visto na revisão de literatura e nos resultados da etapa exploratória.

A singularidade do serviço apresentou valores médios baixos, o que mostra que, de modo geral, os respondentes avaliam que nos serviços de saúde há muitos profissionais qualificados e, portanto, a singularidade dos serviços utilizados é baixa.

As médias do tempo de espera percebido e do tempo de espera aceitável ficaram fora da escala de 1 a 5, pois foram mensurados com perguntas abertas. As médias dos dois tempos, aceitável e percebido, ficaram respectivamente em 16 e 21 minutos. A desconfirmação do tempo aceitável foi medida pela subtração do segundo pelo primeiro, o que gerou uma média de 5 minutos.

Observa-se também na tabela abaixo, que o construto referente às respostas afetivas negativas foi o que apresentou as menores médias. Acredita-se que um dos motivos pelos

quais a média das respostas afetivas negativas não foi muito alta, é que o tempo de espera percebido, em média, não foi muito alto, ficando em torno de 20 minutos. Além disso, a expectativa de espera dos respondentes também pode ter influenciado esse resultado, tendo em vista que aproximadamente 60% dos entrevistados afirmaram ter uma expectativa de espera entre 15 e 20 minutos, valor bem aproximado à média do tempo percebido.

**Tabela 01: Indicadores estatísticos**

<b>Construto</b>	<b>Variável</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>Envolvimento do consumidor</b>	EN1	4,47	0,73
	EN2	4,56	0,71
	EN3	4,47	0,79
	<b>Geral</b>	<b>4,50</b>	
<b>Gravidade</b>	<b>GR1</b>	<b>3,23</b>	1,22
<b>Singularidade do serviço</b>	SI1	1,86	1,03
	SI2	2,35	1,20
	SI3	2,29	1,12
	<b>Geral</b>	<b>2,17</b>	
<b>Pressão de tempo</b>	PT1	3,19	1,35
	PT2	3,30	1,30
	<b>Geral</b>	<b>3,25</b>	
<b>Tempo de espera aceitável*</b>	<b>TA1</b>	<b>15,96</b>	6,27
<b>Tempo de espera percebido*</b>	<b>TP1</b>	<b>20,86</b>	8,30
<b>Desconfirmação do tempo aceitável*/**</b>	<b>DT1</b>	<b>-4,90</b>	9,27
<b>Respostas afetivas negativas</b>	RA1	2,00	1,19
	RA2	2,11	1,28
	RA3	2,06	1,27
	<b>Geral</b>	<b>2,06</b>	
<b>Avaliação do serviço</b>	AS1	3,77	1,14
	AS2	4,45	0,70
	AS3	4,46	0,69
	AS4	4,63	0,61
	AS5	4,66	0,61
	<b>Geral</b>	<b>4,39</b>	
<b>Relações interpessoais</b>	RI1	2,85	1,35
	RI2	2,61	1,41
	RI3	2,85	1,46
	<b>Geral</b>	<b>2,77</b>	

Fonte: Processamento de dados

\* Valor em minutos.

\*\* Sendo que apenas 8% tiveram uma desconfirmação negativa superior a 20 minutos e 38% tiveram desconfirmação neutra ou positiva.

## 5.2.2 Análise do modelo de medidas

Cada um dos diferentes construtos do estudo foi submetido à análise fatorial confirmatória (AFC). Na análise fatorial, as variáveis estatísticas (fatores) são formadas para maximizar seu poder de explicação do conjunto inteiro de variáveis, e não para prever uma variável dependente (HAIR *ET AL.*, 2005a). Portanto, neste caso, procura-se verificar a adesão das variáveis a seus respectivos construtos, sem considerar os valores de ajuste dos dados ao modelo. Finalmente, os conceitos confiabilidade e validade discriminante foram empregados para verificar a validade dos construtos.

A seguir são apresentados os resultados da análise fatorial confirmatória, bem como os indicadores de confiabilidade e validade das medidas propostas.

### 5.2.2.1 Análise Fatorial Confirmatória

São apresentados na sequência os resultados obtidos na análise fatorial confirmatória dos construtos de envolvimento do consumidor, singularidade do serviço, pressão do tempo, reações afetivas negativas e da avaliação geral do serviço. Verifica-se, com base nos dados apresentados, que todas as variáveis utilizadas apresentaram cargas satisfatórias, indicando aderência das variáveis aos construtos. A seguir será descrita uma breve análise dos resultados.

Observa-se que a EN2 é a variável que possui melhor capacidade de explicação do envolvimento (ENV), dado que o indicador apresentou a maior carga do construto. Esse resultado é bastante coerente considerando que a variável se refere à significância atribuída pelo entrevistado ao serviço. Ao rodar a análise fatorial confirmatória deste construto com a variável gravidade entre os itens que o mediriam, esta não se agrupou às demais, apresentando um valor padronizado de 0,23 e um valor t de 4,24. Esse resultado foi decisivo para considerar que a gravidade é um construto distinto do envolvimento e, portanto, para tratá-la de forma independente.

No caso da singularidade do serviço (SIS), a SI3 é a variável mais representativa, com uma carga de 0,89. Essa variável trata da existência de outros profissionais que deixariam o entrevistado tão ou mais satisfeito que o atual.

No que concerne à pressão do tempo, verifica-se que as variáveis que compõem o construto (PRT) apresentaram índices similares. Entretanto, a PT1, variável que indica a disponibilidade de tempo do entrevistado, foi a mais significativa, dado que o coeficiente padronizado ficou em 0,72.

Nas reações afetivas negativas (RAN) a variável RA3 foi a que apresentou maior carga (0,97), evidenciando uma melhor explicação do construto. Essa variável se refere ao grau de descontentamento gerado pela espera. Contudo, cabe ressaltar que todas as variáveis apresentaram índices bastante altos, sendo que a menor carga obtida foi de 0,94.

Por último, verificou-se na análise da avaliação geral do serviço que a AS2 é a variável mais representativa do construto, tendo apresentado uma carga de 0,87. Esse resultado é interessante dado que essa variável se refere ao atendimento da secretária.

**Tabela 02: Estatísticas da análise fatorial confirmatória de cada construto**

Relação	Parâmetro estimado	Valor padronizado	Erro padrão	Valor <i>t</i>	Interpretação do valor <i>t</i>
Envolvimento do consumidor					
ENV → EN1	0,60	0,82	0,327	17,60	Significante
ENV → EN2	0,59	0,84	0,294	18,05	Significante
ENV → EN3	0,59	0,75	0,437	15,86	Significante
Singularidade do serviço					
SIS → SI1	0,69	0,66	0,564	13,49	Significante
SIS → SI2	0,99	0,83	0,311	17,57	Significante
SIS → SI3	1,00	0,89	0,208	19,21	Significante
Pressão do tempo					
PRT → PT1	1,05	0,72	0,482	14,82	Significante
PRT → PT2	0,99	0,70	0,510	14,22	Significante
Reações afetivas negativas					
RAN → RA1	1,12	0,94	0,116	24,33	Significante
RAN → RA2	1,21	0,95	0,098	24,76	Significante
RAN → RA3	1,23	0,97	0,059	25,70	Significante
Avaliação geral do serviço					
AVS → AS1	0,84	0,74	0,452	15,52	Significante
AVS → AS2	0,60	0,85	0,278	18,88	Significante
AVS → AS3	0,51	0,74	0,452	15,70	Significante
AVS → AS5	0,40	0,65	0,578	13,14	Significante
Relacionamento interpessoal					
REI → RI1	1,20	0,89	0,208	21,89	Significante
REI → RI2	1,27	0,90	0,190	22,38	Significante
REI → RI3	1,39	0,95	0,098	24,50	Significante

Fonte: Processamento de dados

Na próxima sessão apresentam-se os resultados de confiabilidade, variância extraída e validade discriminante dos construtos.

#### 5.2.2.2 Confiabilidade, Variância Extraída e Validade Discriminante

A confiabilidade é definida como a extensão na qual uma variável ou conjunto de variáveis é consistente com aquilo que pretende medir. Caso múltiplas medidas sejam realizadas sobre um mesmo objeto, se forem encontrados valores semelhantes diz-se que as medidas têm confiabilidade, ou, ainda, que são consistentes. A ênfase, portanto, está no processo de medida, não no objeto de mensuração (HAIR et al., 2005a). Os autores sugerem que para considerar um construto confiável seus índices de confiabilidade composta devem ser superiores a 0,70. Com base Em Hair *et al.* (2005a), a confiabilidade será calculada no presente estudo pela seguinte equação:

$$\text{Confiabilidade} = \frac{(\sum \text{cargas padronizadas})^2}{(\sum \text{cargas padronizadas})^2 + \sum \epsilon_j}$$

Já a variância extraída é uma medida complementar à confiabilidade do construto, que mede a quantia total de variância dos indicadores computada pela variável latente. É recomendado um mínimo de 0,50 para considerar uma medida aceitável de variância extraída (HAIR ET AL., 2005b). A equação utilizada para medir esse índice é:

$$\text{Variância extraída} = \frac{\sum \text{cargas padronizadas}^2}{\sum \text{cargas padronizadas}^2 + \sum \epsilon_j}$$

Tendo em vista os índices de confiabilidade composta e variância extraída recomendados, pode-se considerar que todos os construtos avaliados obtiveram valores satisfatórios. Conforme pode ser verificado na tabela abaixo, verifica-se que a confiabilidade da pressão do tempo ficou um pouco abaixo do índice recomendado (0,70), entretanto, Hair *et al.* (2005a) afirmam que por não ser um valor absoluto, valores abaixo de 0,70 podem ser considerados aceitáveis quando a pesquisa é de natureza exploratória. Embora a presente



pesquisa não seja de natureza exploratória, esse índice pode ser aceito, dado que a escala utilizada para mensurar o construto não havia sido testada anteriormente. Além disso, a mensuração desse construto com apenas dois itens também pode ter sido determinante para a baixa confiabilidade obtida.

**Tabela 03: Confiabilidade e variância extraída**

Construto	Confiabilidade composta	Variância Extraída
Envolvimento do consumidor	0,85	0,65
Singularidade do serviço	0,84	0,64
Pressão de tempo	0,67	0,51
Reações afetivas negativas	0,97	0,91
Avaliação geral do serviço	0,83	0,56
Relações interpessoais	0,94	0,83

Fonte: Processamento de dados

A validade discriminante requer que uma medida não esteja fortemente correlacionada com medidas das quais se supõe que difiram. Portanto, para que seja verificada a validade discriminante, é preciso encontrar uma baixa correlação entre grupos de variáveis de um construto e grupos de variáveis de outro construto similar ao primeiro, mas conceitualmente diferente (HAIR et al., 2005a).

Para tanto, Fornell e Larcker (1981) propõem uma matriz de avaliação da validade discriminante em que os valores das diagonais são ocupados com a variância extraída dos construtos e as células abaixo da diagonal são ocupadas com a variância compartilhada dos construtos. Estes são considerados distintos se, para cada construto avaliado, o valor da variância extraída for maior do que os valores da variância compartilhada.

**Tabela 04: Matriz de avaliação da validade discriminante**

	ENV	SIS	PRT	RAN	AVS
Envolvimento do consumidor	<b>0,644</b>				
Singularidade do serviço	0,239	<b>0,635</b>			
Pressão do tempo	-0,157	0,162	<b>0,507</b>		
Respostas afetivas negativas	-0,231	-0,036	0,180	<b>0,907</b>	
Avaliação geral do serviço	0,294	0,099	-0,154	-0,549	<b>0,561</b>

Fonte: Processamento de dados

Os resultados, apresentados na tabela 4, evidenciam a validade discriminante dos construtos, uma vez que todos apresentaram variâncias extraídas (valores da diagonal) maiores do que as compartilhadas (valores abaixo do valor da diagonal).

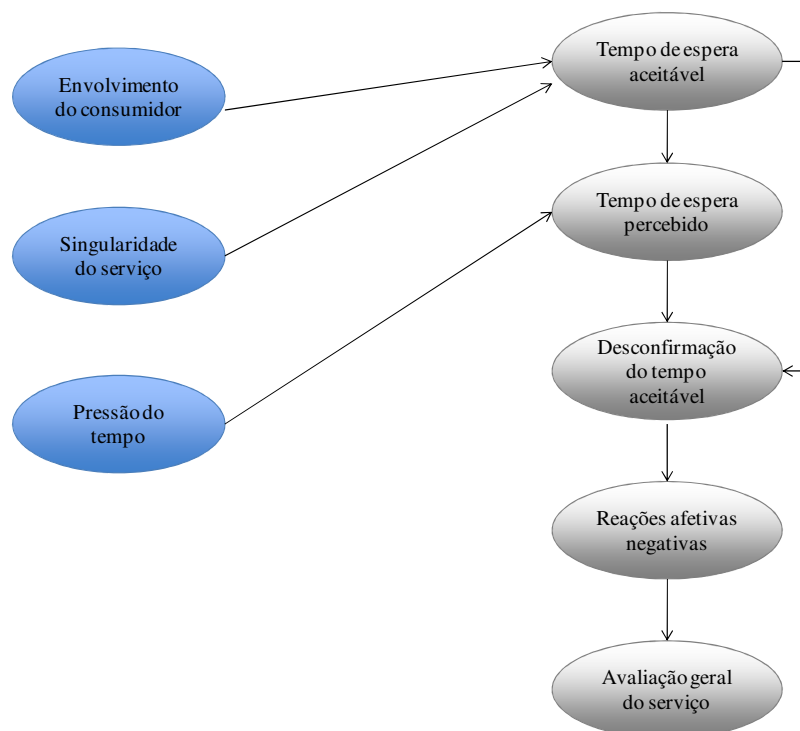
### 5.2.3 Análise do modelo estrutural

Depois de verificada a adequação dos modelos de mensuração dos construtos isoladamente, deu-se início ao desenvolvimento do modelo estrutural, também chamado de diagrama dos caminhos (HAIR *ET AL.*, 2005a).

O pesquisador que trabalha com modelagem de equações estruturais (MEE) deve inicialmente desenvolver um modelo teórico, seguido de um diagrama de caminhos e conectar as relações entre os construtos estudados. Na sequência, para realizar a avaliação do modelo é necessário traduzir as equações estruturais, especificar o modelo de mensuração e definir o número de indicadores (HAIR *ET AL.*, 2005a). No presente estudo, essa sequência foi respeitada e todas as etapas citadas foram atendidas.

O modelo estrutural foi desenvolvido como extensão do modelo integrado obtido na análise fatorial confirmatória. Basicamente, foram introduzidas as relações que expressam causalidade estatística entre os construtos do modelo, estabelecendo-se, assim, as relações propostas pelas hipóteses do estudo.

Na figura a seguir, é apresentada uma adaptação do diagrama do modelo estrutural gerado pelo software LISREL 8.51.



**Figura 03: Modelo estrutural**  
Fonte: Adaptado do LISREL

Conforme pode ser observado na tabela abaixo, todos os índices de ajuste do modelo apresentaram níveis considerados satisfatórios, dado que correspondem aos valores recomendados. Esses resultados indicam um alto ajustamento dos dados ao modelo teórico.

É importante destacar que o RMSEA obtido, índice que indica a discrepância do modelo por graus de liberdade, foi satisfatório, tendo em vista que os dados apresentaram não-normalidade. Com base nesses índices, acredita-se que a anormalidade dos dados não tenha prejudicado os resultados.

**Tabela 05: Índices de ajuste do modelo estrutural geral**

	$\chi^2$	GL	$\chi^2/GL$	TLI	NFI	GFI	CFI	RMSEA
Modelo Geral	289,65	128	2,26	0,967	0,953	0,922	0,973	0,058
Valores recomendados			<3	>0,9	>0,9	>0,9	>0,9	0,04~0,08

Fonte: Processamento de dados; valores recomendados de Hair *et al.* (2005a) e Kline (1998).

A tabela 06 apresenta os resultados estatísticos referentes ao teste das hipóteses deste estudo.

Verifica-se, com base nos dados da tabela, suporte para as hipóteses H1 (relação negativa entre a desconfirmação do tempo aceitável e as reações afetivas negativas) e H2 (relação negativa entre as reações afetivas negativas e o a avaliação geral do serviço). O suporte dessas relações se dá com base no valor t, dado que todas apresentaram índices fora do intervalo [-1,96~1,96], que indica uma relação não significativa. Esses resultados já eram, de certa forma, esperados uma vez que essas relações fazem parte do chamado “modelo básico do efeito da espera na avaliação geral do serviço”, e que, portanto, já haviam sido suportadas em estudos anteriores (TAYLOR, 1994; PRUYN; SMIDTS; 1998)

As hipóteses H3 (relação positiva entre o envolvimento do consumidor e o tempo de espera aceitável) e H5 (relação positiva entre a pressão do tempo e o tempo de espera percebido) também foram confirmadas, apresentando valores t de 2,56 e 2,47, respectivamente.

Apenas uma hipótese não foi aceita pelas evidências empíricas deste estudo, a H4 (relação positiva entre a singularidade do serviço e o tempo de espera aceitável). Sua rejeição se deve ao fato de ter apresentado um valor t de 0,58, valor pertencente ao intervalo que, conforme citado anteriormente, indica uma relação não significativa.

**Tabela 06: Estatísticas do modelo estrutural geral**

<b>Relação proposta</b>	<b>Erro padrão</b>	<b>Coefficiente padronizado</b>	<b>Valor <i>t</i></b>	<b>Decisão</b>
<b>Variável dependente: Tempo de espera aceitável</b>				
H3: Envolvimento do consumidor	0,60	0,15	2,56	Confirmada
H4: Singularidade do serviço	0,52	0,03	0,58	Não confirmada
<b>Variável dependente: Tempo de espera percebido</b>				
H5: Pressão de tempo	0,43	0,12	2,47	Confirmada
<b>Variável dependente: Respostas afetivas negativas</b>				
H1: Desconfirmação do tempo aceitável	0,01	-0,58	13,26	Confirmada
<b>Variável dependente: Avaliação geral do serviço</b>				
H2: Respostas afetivas negativas	0,04	-0,57	10,27	Confirmada

Fonte: Processamento de dados

No quadro a seguir são apresentados de forma resumida os resultados referentes a todas as hipóteses testadas neste estudo. O resultado da hipótese que se refere ao efeito moderador das relações interpessoais (RI), e cuja análise se dará na próxima sessão, também está incluído.

<b>Hipóteses</b>		<b>Resultados</b>
H1	A desconfirmação do tempo de espera aceitável tem impacto negativo sobre as respostas afetivas negativas.	Confirmada
H2	As respostas afetivas negativas tem impacto negativo sobre a avaliação geral do serviço.	Confirmada
H3	O envolvimento do consumidor com o serviço tem impacto positivo sobre o tempo de espera aceitável.	Confirmada
H4	A singularidade do serviço tem impacto positivo sobre o tempo de espera aceitável.	Não confirmada
H5	A pressão de tempo do cliente tem impacto positivo sobre o tempo percebido.	Confirmada
H6	O nível de relacionamento interpessoal tem impacto sobre a relação entre as respostas afetivas negativas e a avaliação geral do serviço, sendo que quanto maior o relacionamento interpessoal, menor o impacto das respostas afetivas negativas na avaliação geral do serviço.	Confirmada

**Quadro 11: Resumo das hipóteses**

Fonte: Processamento de dados

#### 5.2.4 Análise multi-grupo

Conforme já descrito no capítulo 4, a hipótese 8 referente ao efeito moderador das relações interpessoais foi verificado por meio da análise multi-grupo. De forma exploratória,

decidiu-se avaliar também a moderação da gravidade nas relações do modelo teórico. Na sequência os passos realizados para tal análise, assim como os resultados são apresentados.

#### 5.2.4.1 Efeito moderador das relações interpessoais

Inicialmente, foi necessário calcular a média dos três itens que formavam as relações interpessoais para obter apenas um item representando o construto. Logo, com base na mediana do item calculado, o banco de dados foi dividido em dois grupos, um grupo contendo os entrevistados cuja média das respostas nesse quesito ficaram abaixo do valor da mediana e outro com aqueles cuja média ficou acima da mediana. Os dois grupos foram chamados respectivamente de baixa relação interpessoal e alta relação interpessoal. Finalmente, foi estimado o modelo com parâmetros livres para servir como base de comparação com o modelo restrito, ou seja, com parâmetros fixos.

Na tabela a seguir as estatísticas referentes ao construto relações interpessoais.

**Tabela 07: Estatísticas – Variável Relacionamento Interpessoal (RI)**

Construto	Média	Mediana	Desvio Padrão
RI	2,76	2,67	1,33

Fonte: Processamento de dados

Realizou-se então a análise multi-grupos, do qual foram gerados os índices expostos na tabela 08. Verifica-se com base nos índices apresentados que a relação entre as respostas afetivas negativas (REN) e a avaliação geral do serviço (AVS) varia de um grupo para outro. Dado que essa diferença é significativa ( $p < 0,01$ ) a hipótese 8, que propõe que o nível de relacionamento interpessoal tem impacto negativo sobre a relação entre as respostas afetivas negativas e a avaliação geral do serviço, é suportada.

**Tabela 08: Estatísticas da Análise Multi-grupos do Relacionamento Interpessoal (RI)**

Relacionamento do Modelo	Baixa Relação Interpessoal (192)*		Alta Relação Interpessoal (190)*	
	Parâmetro estimado	Valor t	Parâmetro estimado	Valor t
REN → AVS**	-0,63	-11,87	-0,18	-4,02

Fonte: Processamento de dados

\* Componentes da amostra parcial

\*\* Respostas afetivas negativas (REN); Avaliação geral do serviço (AVS).

Nos dois grupos a relação investigada é significativa ( $t > \pm 1,96$ ), contudo, os índices encontrados no grupo de baixo relacionamento interpessoal são maiores. Esses resultados indicam, portanto, que em uma situação de alto nível de relacionamento interpessoal o impacto negativo das respostas afetivas negativas na avaliação geral do serviço é amenizado, ou seja, é menor.

#### 5.2.4.2 Efeito moderador da gravidade

Decidiu-se testar o efeito moderador da gravidade por se imaginar que esta variável poderia ter alguma influência nas relações propostas, dado que na etapa exploratória deste estudo entrevistados mencionaram acreditar que o grau de gravidade do problema do paciente tende a mudar seu comportamento.

Para tanto, seguiu-se o mesmo procedimento realizado com a variável relacionamento interpessoal: o banco de dados foi dividido em dois grupos – alta gravidade e baixa gravidade – com base na mediana da variável para, então, estimar o modelo com parâmetros livres e restritos. Na tabela a seguir são apresentados os resultados estatísticos da variável gravidade.

**Tabela 09: Estatísticas – Variável Gravidade (GR)**

<b>Construto</b>	<b>Média</b>	<b>Mediana</b>	<b>Desvio Padrão</b>
GR	3,23	3,00	1,22

Fonte: Processamento de dados

De modo exploratório, foi testada a moderação da gravidade em cada relação individualmente. Verificou-se um impacto significativo em apenas duas relações: da desconirmação do tempo de espera aceitável nas respostas afetivas negativas e das respostas afetivas negativas na avaliação geral do serviço. Os índices gerados a partir dessa análise nas duas relações são apresentados na tabela 10.

**Tabela 10: Estatísticas da Análise Multi-grupo da Gravidade (GR)**

<b>Relação</b>	<b>Baixa Gravidade (213)*</b>		<b>Alta Gravidade (169)*</b>	
	<b>Valor estimado</b>	<b>Valor T</b>	<b>Valor estimado</b>	<b>Valor T</b>
DET → REN	-0,10	-11,32	-0,05	-6,84
REN → AVS	-0,60	-11,23	-0,26	-4,56

Fonte: Processamento de dados

\* Componentes da amostra parcial

\*\* Desconfirmação do tempo de espera aceitável (DET); Respostas afetivas negativas (REN); Avaliação geral do serviço (AVS)

Os resultados indicam que o impacto da desconfirmação do tempo aceitável e das respostas afetivas negativas nas respectivas variáveis dependentes é intensificado quando a gravidade do problema do paciente é baixa e é amenizado quando a gravidade é considerada alta.

## 6 CONCLUSÕES

A etapa exploratória teve papel fundamental para o presente estudo, no sentido de trazer suporte para a fase seguinte. Com base nas entrevistas em profundidade, foram identificados os aspectos relevantes para a avaliação dos serviços médicos, utilizado como campo de estudo nesta etapa. Além disso, os resultados obtidos na pesquisa exploratória trouxeram argumentos que ajudaram a sustentar as relações propostas.

Já a fase conclusiva foi utilizada para a validação ou rejeição das hipóteses apresentadas no modelo teórico. A seguir, são apresentadas a discussão dos resultados, as implicações acadêmicas e gerenciais e, por último, as limitações do presente estudo com sugestões para futuras pesquisas.

### 6.1 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS E IMPLICAÇÕES ACADÊMICAS

O impacto negativo da espera na avaliação geral do serviço já foi suportado por diversos autores na literatura de marketing de serviços (KATZ *ET AL.*, 1991; TAYLOR, 1994; HUI; TSE, 1996; PRUYN; SMIDTS, 1998). O presente estudo, inicialmente baseado em Taylor (1994), corrobora com esses estudos ao revalidar as relações do aqui chamado “modelo básico do efeito da espera na avaliação geral do serviço”. Esses achados, embora não sejam inovadores, contribuem para a robustez da teoria referente ao tema.

Conforme mencionado no início deste estudo, o Brasil é um dos povos menos pontuais do mundo (VEJA, 2009). Esse costume tende a influenciar o comportamento dos clientes, bem como a pontualidade dos serviços prestados. Entretanto, embora, se reconheça a importância do tema, até onde se sabe, poucos estudos acadêmicos foram desenvolvidos referentes à espera no país. Portanto, considera-se que estudar a espera no contexto brasileiro é uma importante contribuição do estudo.

De acordo com os resultados, se verifica que a desconfirmação do tempo de espera aceitável é determinante para a avaliação da espera. Quando o tempo de espera percebido é maior que o aceitável, a espera passa a ser uma experiência negativa e, portanto, decorre em respostas afetivas negativas. Cabe ressaltar que a espera é apenas um dos aspectos resgatados



pelos clientes para avaliar um serviço. Assim sendo, a espera, quando ultrapassa a tolerância do cliente, funciona como um fator negativo na avaliação geral do serviço. Contudo, nem sempre essa influência negativa será determinante, pois outros aspectos que também são considerados pelo cliente na sua avaliação final, se considerados satisfatórios, podem subjugar o primeiro. Esses aspectos, de modo geral, podem diferir de um serviço para outro. No caso de uma consulta médica, podem ser destacados o atendimento da secretária e a competência do médico. Já no caso de um atraso para ter acesso a um quarto no hotel, as ótimas instalações e um atendimento diferenciado podem sobressair-se à inconveniência de uma espera.

O impacto de fatores contingenciais sobre o modelo básico da espera dá origem à principal contribuição do estudo, tendo em vista que o mesmo ainda não havia sido avaliado sob essa abordagem. Para tanto, as influências do envolvimento do consumidor, da singularidade do serviço, da pressão do tempo e do relacionamento interpessoal no modelo central foram investigadas.

Resultados apontaram o efeito positivo do envolvimento do consumidor no tempo de espera aceitável. Esse achado vai ao encontro de Celsi e Olson (1988), que indicam que ao lidar com serviços que têm alta relevância pessoal, consumidores dedicam mais tempo e esforço, ou seja, são mais tolerantes. Cabe destacar que, com base na média e desvio-padrão obtidos, observou-se que os serviços relacionados à saúde foram considerados pelos consumidores, na sua maioria, como sendo de alto envolvimento.

Outro resultado do estudo referente aos aspectos contingenciais confirma que o tempo de espera percebido é influenciado pelo grau de pressão de tempo sob o qual o cliente se encontra. Embora pareça lógico, estudos anteriores ainda não haviam avaliado essa relação. O suporte dessa hipótese traz uma importante contribuição para a literatura, dado que vai ao encontro de um dos preceitos teóricos de Maister (1985), que afirma que a percepção da espera é influenciada pela ansiedade. A pressão do tempo gera uma série de emoções, o que tende a influenciar o comportamento do indivíduo, suas percepções e, conseqüentemente, suas avaliações. Tendo isso em vista e dado que a pressão de tempo se tornou um estado comum pelo qual as pessoas passam nos dias de hoje, investigar seus impactos torna-se ainda mais relevante.

O efeito moderador do relacionamento interpessoal na relação entre as respostas afetivas negativas e a avaliação geral do serviço foi verificada. Isso significa que serviços cujos clientes criam vínculos pessoais com os profissionais ou funcionários apresentam impacto menor das respostas afetivas negativas sobre a avaliação geral do serviço. Ou seja, o

impacto das emoções negativas, como raiva e descontentamento, na avaliação geral do serviço é amenizado quando há vínculos pessoais fortes entre os clientes e funcionários da organização prestadora de serviço. Esse achado corrobora com Berry (1995), o qual afirma que clientes envolvidos em relacionamentos afetivos e sociais são mais tolerantes com as falhas do serviço, e com Hess *et al.* (2003), que concluíram que os relacionamentos interpessoais protegem o prestador de serviço dos efeitos negativos decorrente das falhas.

O teste empírico do modelo, por sua vez, registrou a não associação entre a singularidade do serviço e o tempo de espera percebido. Essa era, na realidade, a hipótese com menor respaldo teórico. Maister (1985) sugeriu que quanto mais valioso fosse o serviço, maior seria o tempo de espera aceitável, entretanto, o autor não definiu o conceito de valor. Tendo isso em vista, acredita-se que a singularidade do serviço pode não representar inteiramente a noção de valor para o cliente. Assim sendo, a busca por um construto mais fidedigno, como o próprio “valor para o cliente”, poderia gerar resultados diferentes. Escalas que medem o valor do serviço, como as presentes nos trabalhos de Brady e Cronin (2001) e Sirdeshmukh *et al.* (2002), são indicadas.

Por meio da análise multi-grupo investigou-se o impacto moderador da gravidade e verificou-se que ela apresentou moderação na relação entre a desconformação do tempo e as respostas afetivas e na das respostas afetivas sobre a avaliação geral do serviço. Os resultados indicam que quando a gravidade é mais alta, as duas relações são amenizadas. Tendo em vista que as duas relações tomadas em conjunto formam o aqui chamado “modelo básico do efeito da espera na avaliação geral do serviço”, pode-se afirmar que, de modo geral, em uma situação de alta gravidade, o impacto negativo da espera na avaliação geral do serviço é menor. Uma justificativa para essa relação pode ser que quanto maior a gravidade do problema do paciente, menos peso ele dará à espera na avaliação geral do serviço. Isso porque pacientes que tem um problema grave, querem, em primeiro lugar, ter seu problema resolvido e, portanto, a competência do médico em dar uma solução para esse problema pode ser mais importante e, conseqüentemente, determinante na sua avaliação.

## 6.2 IMPLICAÇÕES GERENCIAIS

O presente estudo reforçou a indicação já existente na literatura de marketing de serviços de que uma situação de espera tem forte influência na avaliação geral do serviço por meio da suscitação de emoções negativas. Na prática, isso significa que as empresas devem se preocupar com os atrasos de seus atendimentos. O tempo de espera, caso não possa ser eliminado, deve ser reduzido ao máximo. Além disso, existem estratégias que podem ser utilizadas para que o cliente sinta que o serviço já começou e que ele não foi esquecido. Por exemplo, restaurantes podem oferecer um local de espera agradável com drinques ou aperitivos para os clientes que estão aguardando por uma mesa. No caso de centros clínicos, pacientes são levados a uma segunda sala de espera, de modo que se sintam mais próximos do início do serviço, ou são atendidos inicialmente por uma enfermeira – ou auxiliar – para realizar os processos iniciais da consulta até que o médico chegue.

A abordagem contingencial, conforme já mencionado, é a principal contribuição do estudo. O que se observa é que cada situação pode decorrer em diferentes reações do cliente, pois sua tolerância, sua percepção do tempo, suas respostas afetivas, dentre outros aspectos, podem variar de acordo com fatores situacionais. As empresas devem tentar conhecer e entender os diferentes fatores que podem influenciar o cliente durante o processo do seu serviço, para então buscar formas de lidar com essas diferentes situações. Neste estudo foram investigados quatro aspectos contingenciais: envolvimento do consumidor, singularidade do serviço, pressão do tempo e relações interpessoais.

Dado que se verificou uma relação positiva entre o envolvimento do consumidor com o tempo de espera aceitável, é importante que o prestador de serviço avalie, de modo geral, o grau de envolvimento que clientes têm pelo tipo de serviço que oferece. Espera-se, por exemplo, que pacientes em clínicas médicas tenham maior envolvimento com o serviço do que clientes de uma locadora. Isso significa que clientes terão maior tolerância com a espera no primeiro serviço do que no segundo. Entretanto, cabe destacar que mesmo no primeiro tipo de serviço, o nível de envolvimento pode ser baixo. Desta forma, organizações prestadoras de serviço podem fazer uso de estratégias que aumentem o envolvimento do consumidor com o seu serviço. Fazer com que o cliente se sinta parte do processo pode aumentar a relevância pessoal do serviço, bem como manter o cliente informado a respeito de novidades referentes ao serviço.

Flexibilidade é uma palavra-chave para um processo de serviço bem-sucedido. O que se observa é que para que as empresas estejam preparadas para diferentes situações, elas precisam ter flexibilidade nos seus processos. Verificou-se que clientes sob pressão de tempo percebem o tempo de espera maior, e, portanto, se tornam mais suscetíveis a avaliar negativamente a espera. Com base nesse achado, acredita-se que prestadores de serviço devem ter soluções rápidas para lidar com situações como essa, pois se a empresa não consegue cumprir o horário agendado, cabe a ela oferecer uma solução prática ao cliente, revertendo os efeitos negativos da espera. Alguns prestadores de serviço já adotam formas de lidar com a pressão de tempo. Conforme observado na etapa exploratória, alguns consultórios médicos conseguem reagendar a consulta do cliente para outro horário que lhe fique melhor, ou, até mesmo, permitem que o cliente volte mais tarde tentando encaixá-lo entre as outras consultas. Esse tipo de estratégia pode ser adotado por outros serviços que lidam com agendamento de horários, como salões de beleza e serviços jurídicos. Cabe destacar que mesmo solucionando o problema dos clientes, essas estratégias causam transtornos no seu dia-a-dia e, por isso, devem ser adotadas em último caso.

Tendo em vista que as reações afetivas negativas causadas pela espera têm efeito negativo sobre a avaliação geral do serviço, ações que minimizem essas respostas afetivas podem reduzir o impacto negativo da espera. Na etapa qualitativa, clientes mencionaram se sentir desrespeitados quando os deixam muito tempo esperando. Assim sendo, os prestadores de serviço devem demonstrar por meio de ações que tem consideração por seus clientes e que o atraso é inevitável em alguns tipos de serviço. Muitas vezes, um simples pedido de desculpas pode amenizar as respostas afetivas negativas ao restaurar a percepção de justiça do cliente, e, desse modo, sua estima e respeito (SMITH; BOLTON; WAGNER, 1999). Maister (1985) sugere que seja dada uma previsão do tempo de espera quando o cliente chega e se justifique o motivo do atraso.

Verificou-se que a espera sempre será um componente negativo na avaliação geral do serviço, mas outros aspectos podem subjugar esse fator, mantendo, assim, a avaliação final do serviço positiva. Portanto, quando a espera é um fator incontrolável para a empresa, ela pode ater-se em satisfazer ou surpreender os clientes nos outros aspectos, de modo que a espera se torne insignificante na experiência como um todo. Na etapa exploratória, clientes que se mostraram muito insatisfeitos com a espera declaram voltar ao mesmo médico tendo em vista sua competência. A secretária também apareceu como uma figura que possui alta influência na avaliação final do paciente, pois ela é o primeiro ponto de contato do cliente com o serviço

e, por isso, acaba sendo responsável pela primeira impressão formada. Além disso, uma secretária capaz de lidar com situações críticas pode conseguir contornar os efeitos negativos decorrentes da mesma, como no caso de uma espera intolerável.

Na sequência, são apresentadas as limitações do estudo e sugestões para futuras pesquisas.

### 6.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO E SUGESTÕES PARA FUTURAS PESQUISAS

O método de aplicação adotado trouxe algumas limitações ao estudo. Hospitais e centros clínicos possuem normas rígidas referentes à aplicação de pesquisas em seus estabelecimentos. A autorização para aplicar uma pesquisa dentro desses locais deve ser dada pela comissão de pesquisa e ética, processo que tende a demorar no mínimo dois meses. Dado o prazo que se tinha para realização deste estudo, não foi possível seguir as etapas necessárias para obter a autorização. Acredita-se que a realização da aplicação das pesquisas na saída dos centros clínicos causou uma redução na variabilidade de respondentes, visto que não foi possível acessar clientes que entraram e saíram do centro pelo estacionamento, por exemplo.

Outra limitação decorrente da aplicação de pesquisa é que, tendo em vista que a abordagem era na saída do centro clínico, podem ter sido perdidos pacientes que se encontravam sob pressão de tempo e que, por isso, tenham se recusado a responder. Esse método também não permitiu controlar alguns aspectos relevantes para a coleta de dados, como o acesso ao relógio durante o tempo de espera e se foi dada uma explicação ao paciente pelo atraso. Acredita-se que quando o cliente controla o tempo de espera com o relógio, o tempo percebido será mais próximo do real, e, portanto, a influência das variáveis que tem impacto no tempo percebido será menor. O controle da explicação dada ao cliente para justificar o atraso também é importante, pois, conforme visto na etapa qualitativa, os clientes são mais tolerantes quando o atraso não depende do médico. Pesquisas experimentais poderiam trazer resultados interessantes nesse sentido, dado que permitem o controle de variáveis consideradas relevantes, como as anteriormente citadas.

A diversificação dos locais onde a pesquisa foi aplicada também impôs limitações. Acredita-se que a aplicação dos questionários em um único local possa ser mais adequado, pois permite um maior controle da temperatura, música ambiente e outros fatores que, por não

estarem sendo considerados no modelo, poderiam ser mantidos constantes. Outra alternativa seria investigar a influência desses fatores incluindo-os no modelo. Pesquisas experimentais também poderiam ser úteis para o controle desses fatores.

Para pesquisas posteriores recomenda-se utilizar as escalas “intactas” para medir os construtos de envolvimento, respostas afetivas negativas e de avaliação geral do serviço, ou reduzi-las com base nos coeficientes fatoriais ou sub-dimensões previamente estabelecidas.

Sugere-se que em pesquisas futuras seja adotado um tempo de espera mínimo de 30 minutos, pois, desse modo, acredita-se que as reações dos clientes tendam a ser intensificadas e, portanto, o nível de significância encontrado nas relações propostas seja maior. Devido à baixa média do tempo de espera percebido (21 minutos) obtida no estudo, a desconfirmação do tempo de espera na maior parte dos casos ficou nula ou positiva. Acredita-se que esse resultado tenha amenizado o impacto entre as variáveis. Além disso, tendo em vista que aproximadamente 60% dos entrevistados afirmou ter uma expectativa de espera de 15 a 20 minutos, acredita-se que a espera percebida não tenha gerado uma situação de alta insatisfação, já que os valores ficaram bastante aproximados.

As emoções decorrentes da espera parece ser um campo de estudo onde ainda há espaço a ser explorado. Diversos autores já avaliaram as reações afetivas dos clientes quando submetidos a um longo período de espera. É sabido também que essa situação suscita emoções negativas, entretanto, os sentimentos mencionados e avaliados diferem entre os autores. Essas reações afetivas já foram estudadas sob forma de incerteza, raiva, frustração, aborrecimento e ansiedade (HOUSTON *ET AL.*, 1998; TAYLOR, 1994; DUBE-RIOUX *ET AL.*, 1989; KATZ *ET AL.*, 1991; MAISTER, 1985). Na etapa exploratória, as emoções geradas pela espera também não ficaram claras, pois os respondentes não souberam descrever com precisão o que sentem. Desse modo, é sugerido um estudo exploratório sobre as reações afetivas decorrentes da espera de modo que as emoções envolvidas nesse tipo de situação sejam melhor delineadas.

Conforme já indicado na sessão anterior, o impacto da singularidade do serviço no tempo percebido não foi confirmado no presente estudo. Uma das razões encontradas para não confirmação dessa associação é que, possivelmente, o valor, conforme sugerido por Maister (1985), não se refira apenas à singularidade do serviço mas também à importância do prestador do serviço para o cliente. Portanto, entende-se que seja necessário buscar escalas que representem com maior fidedignidade esse conceito para testar novamente sua relação com a tolerância à espera.

Mesmo que a relação entre a pressão do tempo e o tempo de espera percebido tenha sido suportada, é importante considerar que, de acordo com a justificativa da hipótese levantada, ela seria mediada pela ansiedade. Assim sendo, sugere-se incluir a ansiedade como consequência da pressão do tempo e precedente do tempo de espera percebido, de modo a avaliar a proposição de Maister (1985) de que quanto maior a ansiedade, maior é o tempo percebido pelo cliente.

O efeito da personalidade nas respostas à espera também podem ser avaliadas em futuros estudos. Foram observadas, nas respostas da etapa exploratória, evidências de que a personalidade do entrevistado influencia seu comportamento diante de uma situação de espera. Acredita-se que a personalidade possa influenciar a tolerância do paciente com a espera e também as respostas afetivas negativas decorrentes da espera.

Pesquisas longitudinais também podem ser de grande valia, visto que com o uso desse método pode-se mensurar o efeito dos atrasos ao longo de vários contatos. Isso permite acessar comportamentos do cliente em relação a determinado prestador de serviço em diferentes situações, o que auxiliaria na verificação do impacto dos aspectos contingenciais.

Dado que o ambiente de saúde brasileiro possui muitas deficiências na questão de atendimento ao cliente, o presente estudo mostra ter relevância para o contexto nacional. No dia 13 de abril deste ano entrou em vigor um novo código de ética médica, que tem como principal objetivo melhorar as relações entre o médico e o paciente (G1, 2010). A aprovação desse código reflete preocupação com a melhoria do atendimento principalmente nos serviços públicos de saúde, onde uma das principais queixas é a falta de atenção dos médicos com o paciente. Médicos que sequer examinavam alguns pacientes, agora têm o dever de dedicar-lhes tempo e atenção. Pesquisas futuras que utilizem os serviços de saúde públicos como campo de estudo podem complementar o presente estudo, trazendo outra perspectiva e importantes considerações para a administração pública.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Denise Avancini. Custos de mudança e seus efeitos positivos e negativos no comprometimento, intenção de recompra e boca-a-boca. **Dissertação (Mestrado em Administração)** – Programa de Pós-Graduação em Administração, Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

ARENI, C.; GRANTHAM, N. (Waiting) Time Flies When the Tune Flows: Music Influences Affective Responses to Waiting by Changing the Subjective Experience of Passing Time. **Advances in Consumer Research**, v.39, p. 449-455, 2009.

BAILEY, N.; ARENI, C. S. When a few minutes sound like a lifetime: does atmospheric music expand or contract perceived time. **Journal of Retailing**, v.82, n. 3, p. 189-202, 2006.

BAKER, M. Selecting a research methodology. **The Marketing Review**, v. 1, 2001.

BEATTY, S. E.; FERREL, M. E. Impulse Buying: Modeling Its Precursors. **Journal of Retailing**, v. 74, n.2, p. 169-191, 1998.

BECKER, Gary S. A theory of the allocation of time. **The Economic Journal**. 75, p. 403-517, Sep. 1965.

BELK, R. W. Situational variables and consumer behavior. **Journal of Consumer Research**, v. 2, p. 157-164, Dec. 1975.

BERRY, L. L.; SEIDERS, K.; GREWAL, D. Understanding service convenience. **Journal of Marketing**, v. 66, n. 3, p. 1-17, Jul. 2002

BERRY, L. L. Relationship marketing of services – Growing interest, emerging perspectives. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v. 23, n. 4, p. 236-245, 1995.

BERRY, L. L.; PARASURAMAN, A. **Marketing Services: Competing Through Quality**. New York: The Free Press, 1991.

BITNER, M. J. Evaluating service encounters: the effects of physical surroundings and employee responses. **Journal of Marketing**, v. 54, n. 2, p. 69-82, Apr. 1990.

BOLTON, R. N.; DREW, J. H. A multistage model of customers' assessments of service quality and value. **Journal of Consumer Research**, v. 17, n. 4, p. 375-384, Mar. 1991.

BRADY, M. K.; CRONIN JR, J. Customer orientation: effects on customer service perceptions and outcome behaviors. **Journal of Service Research**, v. 3, n. 3, p. 241-251, Feb. 2001.



BRASIL, V. S. Análise da qualidade percebida em serviços hospitalares diferenciados. **Dissertação (Mestrado em Administração)** – Programa de Pós-Graduação em Administração, Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1994.

BROWN, S. W.; SWARTZ, T. A. A Gap Analysis of Professional Service Quality. **Journal of Marketing**, v. 53, p. 92-98, Apr.1989.

BURNHAM, T. A.; FRELS, J. K.; MAHAJAN, V. Consumer switching costs: a typology, antecedents, and consequences. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v. 31, n. 2, p. 109-126, 2003.

CÁCERES, R. C.; PAPAROIDAMIS, Nicholas G. Service quality, relationship satisfaction, trust, commitment and business-to-business loyalty. **European Journal of Marketing**, v. 41, n. 7/8, p. 836-867, 2007.

CELSI, R. L.; OLSON, J. C. The Role of Involvement in Attention and Comprehension Processes. **Journal of Consumer Research**, v. 15, p. 210-224, Sep 1988.

CLARKE, K.; BELK, R. W. The effects of product involvement and task definition on anticipated consumer effort. **Advances in Consumer Research**, v. 6, n.1, p. 313-318, 1979.

CRONIN Jr., J. J.; TAYLOR, S. A. Measuring service quality: a reexamination and extension. **Journal of Marketing**, v. 56, n. 3, p. 55-68, Jul. 1992.

DABHOLKAR P. A.; SHENG, X. Perceived download waiting in using web sites: a conceptual framework with mediating and moderating effects. **Journal of Marketing Theory and Practice**, v. 16, n. 3, p. 259–270, Summer, 2008.

DASU, S.; RAO, J. A dynamic process model of dissatisfaction for unfavorable, non-routine service encounters. **Production and Operations Management**, v. 8, n. 3, p. 282-300, Fall 1999.

DAVIS, M. M.; HEINEKE, J. How disconfirmation, perception and actual waiting times impact customer satisfaction. **International Journal of Service Industry Management**, v. 9, n. 1, p. 64-73, 1998.

DAVIS; M. M.; VOLLMAN, T. E. A framework for relating waiting time and customer satisfaction in a service operation. **The Journal of Service Marketing**, v. 4, n. 1, p. 61-69, 1990.

DAY, E.; STAFFORD, M. R.; CAMACHO, A. Opportunities for involvement research: a scale-development approach. **Journal of Advertising**, v. 24, n. 3, p. 69-75, Fall 1995.

DHAR, R.; NOWLIS, S. M. The Effect of Time Pressure on Consumer Choice Deferral. **Journal of Consumer Research**, v. 25, p.369-384, March 1999.

DONALDSON, L. Teoria da contingência estrutural. In: CLEGG, Stewart; HARDY, Cynthia; NORD, Walter (Orgs.) **Handbook de Estudos Organizacionais**. São Paulo: Atlas, 1988, v. 1, p. 105-133.

DUBÉ-RIOUX, L.; SCHMITT, B. H. e LECLERC, F. **Advances in Consumer Research**, v.16, n. 1, p. 59-63, 1989.

DUFFY, J. A.; DUFFY, M.; KILBOURNE, W. E. A comparative study of resident, family, and administrator expectations for service quality in nursing homes. **Health Care Management Review**, Galthersbug, p. 75-85, Summer 2001.

DURRANDE-MOREAU, A. Waiting for service: ten years of empirical research. **International Journal of Service Industry Management**, vol. 10, n. 2, 1999, pp. 171-189.

DWYER, F. R.; SCHURR, P. H.; OH, S. Developing Buyer-Seller Relationships. **Journal of Marketing**, v. 51, p.11-27, Apr 1987.

ESPINOZA, F. S. O impacto de experiências emocionais na atitude e intenção de comportamento do consumidor. **Dissertação (Mestrado em Administração)**– Programa de Pós-Graduação em Administração, Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

EVANGELIST, S.; GODWIN, B.; JOHNSON, J.; CONZOLA, V.; KIZER, R.; YOUNG-HELOU, S.; METTERS, R. Linking Marketing and Operations: An Application at Blockbuster. **Journal of Service Research**, v. 5, n. 2, p. 91-100, Nov 2002.

FIELDMAN, L. P.; HORNIK, J. The use of time: an integrated conceptual model. **Journal of Consumer Research**, v. 7, p. 407-419, Mar. 1981.

FORNELL, C.; LARCKER, D. F. Structural equation models with unobservable variables and measurement error: algebra and statistics. **Journal of Marketing Management**, v. 18, p.382-388, Aug 1981.

FREIRE, Karine de Mello. **A influência do envolvimento com o produto e do comprometimento com a marca na lealdade à marca**. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

FREUD, S. Conferências introdutórias sobre psicanálise: a ansiedade. In: Freud, Sigmund. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. 2.ed. Rio de Janeiro : Imago, 1987, v.16, p.457-479.

G1. **Novo código de ética médica entra em vigor**. Disponível em: <<http://g1.globo.com/Noticias/Ciencia/0,,MUL1567200-5603,00-NOVO+CODIGO+DE+ETICA+MEDICA+ENTRA+EM+VIGOR.html>> Acesso em: 15.04.2010.

GASTAL, Fernanda. **A influência da satisfação e dos custos de mudança na lealdade do cliente**. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

GOLDSMITH, R. E. Explaining and Predicting Consumer Intention to Purchase Over the Internet: An Exploratory Study,” **Journal of Marketing Theory and Practice**, v.10, n. 2, n. 22–28, 2002.

GOLDSTEIN, S. M. Employee development: an examination of service strategy in a high-contact service environment. **Production and Operations Management**, v. 12, n. 2, Summer 2003.

GOODMAN, P. S.; FICHMAN, M.; LERCH, E Javier, e SNYDER, Pamela R. Customer-firm relationships, involvement, and customer satisfaction? **Academy of Management Journal**, v.38, n. 5, p. 1310-1324, 1995.

GRONROOS, C. A service quality model and its marketing implications. **European Journal of Marketing**, v. 19, n. 1, p. 36-44, 1985.

GROSS, Barbara. Consumer responses to time pressure: a qualitative study with homeowners in foreclosure. **Advances in Consumer Research**, v. 21, n. 1, p. 120-125, 1994.

GROVE, S.; FISK, R. The impact of other customer on services experiences: a critical incident examination of “getting along”. **Journal of Retailing**, v. 73, n. 1, p. 63-85, 1997.

GUNTHORPE, W.; LYONS, K. A predictive model of chronic time pressure in the Australian population: implications for leisure research. **Leisure Sciences**, v. 26, n. 2, p. 201-213, Apr./Jun. 2004.

GWINNER, K. P.; GREMLER, D.; BITNER, M. Relational benefits in services industries: the customer’s perspective. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v. 26, n. 2, p. 101-114, Spring, 1998.

HAIR, Jr. J. F.; ANDERSON, R. E.; TATHAM, R. L.; BLACK, W. C. **Análise Multivariada de Dados**. 5a ed. Porto Alegre: Bookman, 2005a.

HAIR, Jr., J. F.; BABIN, B.; MONEY, A. H.; SAMOUEL, P. **Fundamentos de Métodos para Pesquisa em Administração**. Porto Alegre: Bookman, 2005b.

HEDGES J. R.; TROUT, A., MAGNUSSON, A. R. Satisfied Patients Exiting the Emergency Department (SPEED) Study. **Academic Emergency Medicine**, v. 9, n. 1, p. 15-21, Jan 2002.

HESS JR., R. L.; GANESAN, S.; KLEIN, N. M. Service failure and recovery: the impact of relationship factors on customer satisfaction. **Journal of the Academy of Marketing Science**, 31 (2), pp. 127-145.

HODKINSON, C.; KIEL, G. Understanding web information search behavior: an exploratory model. **Journal of End User Computing**, v. 15, n. 4, p. 27–48, 2004.

HOFFMAN, K. D.; KELLEY S. W. Perceived justice needs and recovery evaluation: a contingency approach. **European Journal of Marketing**, v. 34, n. 3/4, p. 418-432, 2000.

HOFFMAN, K. D.; BATESON, J. E. G. **Essentials of services marketing**. Fort Worth, TX: Dryden, 1997.

HORNIK, Jacob. Subjective vs. objective time measures: a note on the perception of time in consumer behavior. **Journal of Consumer Research**, v. 11, n. 1, p. 615-618, Jun. 1984.

HOUSTON M. B.; BETTENCOURT, L. A.; WENGER, S. The relationship between waiting in a service queue and evaluations of service quality: a field theory perspective. **Psychology & Marketing**, v. 15, n. 8, p. 735-753, Dec. 1998.

HUI, M. K.; TSE, D. K. What to tell consumers in waits of different lengths: an integrative modelo of service evaluation. **Journal of Marketing**, v. 60, p. 81-90, Apr. 1996.

HUTTON, J.; RICHARDSON, L. Healthscapes: the role of the facility and physical environment on consumer attitudes, satisfaction, quality assessments, and behaviors. **Health Care Management Review**, v. 20, n. 2, p. 48-61, Spring 1995.

IGLESIAS, F.; GUTHER, H. Filas de espera em ambientes de consumo: validação de uma escala para medir incômodo. **XXXI Encontro da ANPAD**, 2007.

IYER, E. S. Unplanned purchasing: knowledge of shopping environment and time pressure. **Journal of Retailing**, v. 65, n. 1, p. 40-57, Spring 1989.

JACOBY, J.; SZYBILLO, G. J.; BERNING, Carol K. Time and consumer behavior: an interdisciplinary overview. **Journal of Consumer Research**, v. 2, p. 320-339, Mar. 1976.

JENSEN, M.; DROZDENKO, R. The changing price of brand loyalty under perceived time pressure. **Journal of Product & Brand Management**, v.17, n.2, p. 115–120, 2008.

JONES, M. A.; MOTHERSBAUGH, D. L. e BEATTY, S. E. Switching barriers and repurchase intentions in services. **Journal of Retailing**, v. 76, n. 2, p. 259-274, 2000.

JONES, P.; PEPPIATT, E. Managing perceptions of waiting times in service queues. **International Journal of Service Industry Management**, v. 7, n. 5, p. 47-61, 1996.

KATZ, K.; LARSON, B.; LARSON, R. Prescription for the waiting in line blues: entertain, enlighten and engage. **Sloan Management Review**, p. 44-53, Winter 1991.

KEAVENEY, S. M. Customer switching behavior in service industries: an exploratory study. **Journal of Marketing**, v. 59, p. 71–82, Apr. 1995.

KELLARIS, J. J.; COX, A. D.; COX, D. The effect of background music on ad processing: a contingency approach explanation. **Journal of Marketing**, v. 57, n. 4, p. 114-125, Oct. 1993.

KIM, Hye-Young e KIM Young-Kyung. Shopping enjoyment and store shopping modes: The moderating influence of Chronic time pressure. **Journal of Retailing and Consumer Services**, v. 15, p. 410-419, 2008.

KLINE, Rex B. **Principles and practice of structural equation modeling**. New York: Guilford, 1998.

KOTLER, P.; KELLER, K. L. **Administração de Marketing**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2006.

LATHAM, G. P.; LOCKE, E. A. Increasing productivity and decreasing time limits: A field replication of Parkinson's law. **Journal of Applied Psychology**, v. 60, n. 4, p. 524-526, 1975.

LAURENT, G.; KAPFERER, J. Measuring consumer involvement profiles. **Journal of Marketing Research**, v. 22, p. 41-53, Feb. 1985.

LEHTO, A. Time pressure as a stress factor. **Society e Leisure**, v. 21, n. 2, p.491-511, 1998.

LIN, Chien-Huang; WU, Pei-Hsun. How to Deal With Conflicts? The Effect of Consumers' Subjective Time Pressure on Product Attitude Judgment and Choice. **The Journal of American Academy of Business**, p. 219-224, Mar. 2005.

LOVELOCK, C.; GUMMESSON, E. Whither services marketing? In search of a new paradigm and fresh perspectives. **Journal of Service Research**, v. 7, n. 1, p. 20-41, Aug. 2004.

MAISTER, D. **The psychology of waiting lines**. In: The service encounter, John Czepiel, Michael Solomon, e Carol Suprenant, Eds. Lexington, MA: Lexington Books, 1985, pp. 113-123.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. São Paulo: Bookman, 3. ed., 2006.

MALHOTRA, N. K. Validity and structural reliability of multidimensional scaling. **Journal of Marketing Research**, v. 24, n. 2, p. 164-173, May 1987.

MANTEL, S. P.; KELLARIS, J. J. Cognitive determinants of consumers' time perceptions: the impact of resources required and available. **Journal of Consumer Research**, v. 29, n. 4, p. 531-538, 2003.

MARQUIS, B.; HUSTON, C. **Administração e liderança em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005.

MEYER, S. M.; COLLIER, D. A. Contrasting the original malcolm baldrige national quality award and health care pilot award. **Quality Management in Health Care**, v. 6, n. 3, p. 12-21, 1998.

MITTAL, B. Measuring purchase-decision involvement. **Psychology & Marketing**, v. 6, n. 2, p. 147-162, Summer 1989.

MOWEN, J. C.; LICATA, J. W.; MCPHAIL, J. Waiting in the emergency room: how to improve patient satisfaction. **Journal of Health Care Marketing**, p. 26-33, 1993.

MÜLLER NETO, H. F. **Inovação Orientada para Mercado: um estudo das relações entre orientação para mercado, inovação e performance**. Tese (Doutorado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

NORTH, A.; HARGREAVES, D. J.; MCKENDRICK, J. **British Journal of Psychology**, v. 90, p. 161-164, 1999.

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

\_\_\_\_\_. Measurement and evaluation of satisfaction processes in retail settings. **Journal of Retailing**, v. 57, p. 25-48, Fall 1981.

OSTROM, A.; IACOBUCCI, D. Consumer trade-offs and the evaluation of services. **Journal of Marketing**, v. 59, p.17-28, Jan. 1995.

PARASURAMAN, A.; ZEILHAML, V.; BERRY, L. L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. **Journal of Marketing**, v. 49, n. 4, p. 41-50, Fall 1985.

PETERS, C. L. O.; ENDERS, C. A primer for the estimation of structural equation models in the presence of missing data: maximum likelihood algorithms. **Journal of Targeting, Measurement and Analysis for Marketing**, v. 11, n. 1, p. 81-95, Sep. 2002.

PETTY, R. E.; CACIOPPO, J. T. Issue involvement as a moderator of the effects on attitude of advertising content and context. **Advances in Consumer Research**, v. 8, n. 1, p. 20-24, 1981.

POLO, Y.; SESÉ F. J., How to make switching costly: the role of marketing and relationship characteristics. **Journal of Service Research**, v. 12, n. 2, p. 119-137, Nov. 2009.

PRUYN, Ad; SMIDTS Ale. Effects of waiting on the satisfaction with the service: beyond objective time measures. **International Journal of Research in Marketing**, v. 15, p. 321-334, 1998.

RAFAELI, A.; BARRON, G.; HABER, K. The effects of queue structure on attitudes. **Journal of Service Research**, v. 5, n. 2, p. 125-139, Nov. 2002.

RAY, I.; CHIAGOURIS, L. Customer retention: examining the roles of store affect and store loyalty as mediators in the management of retail strategies. **Journal of Strategic Marketing**, v. 17, n. 1, p. 1-20, Feb. 2009.

REVISTA DA SEMANA. **Sem fila de espera**. São Paulo: Abril, out. 2003. Serviços.

REVISTA DA SEMANA. **Longe de filas e balcões**. São Paulo: Abril, fev. 2006. Educação.

RICHINS, M. L.; BLOCH, P. H. After the new wears off: the temporal context of product involvement. **Journal of Consumer Research**, v. 13, p. 280-285, Sep. 1986.

SCHIFFMAN, Leon G. e KANUK, Leslie Lazar. **Consumer Behavior**, 9<sup>th</sup> ed., Prentice Hall, 2007.

SCHMIDT, J. B.; SPRENG, R. A. A proposed model of external consumer information search. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v. 24, n. 3, p. 246-256, Summer 1996.

SHOSTACK, G. L. Breaking free from product marketing. **Journal of Marketing**, v. 41, n. 2, p. 73-80, Apr. 1977.

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

SMITH, A. K.; BOLTON, R. N.; WAGNER, J. A model of customer satisfaction with service encounters involving failure and recovery. **Journal of Marketing Research**, v. 36, p. 356-372, Aug. 1999.

SOLOMON M. R.; SURPRENANT, C.; CZEPIEL, J. A.; GUTMAN, E. G. A role theory perspective on dyadic interactions: the service encounter. **Journal of Marketing**, v. 49, n. 1, p. 99-111, Winter 1985.

SPIELBERGER, Charles Donald. **Tensão e ansiedade**. São Paulo: Harper & Row do Brasil, 1981.

STAFFORD, Marla Royne; STAFFORD, Thomas F. e DAY, Ellen. A contingency approach: the effects of spokesperson type and service type on service advertising perceptions. **Journal of Advertising**, v. 31, n. 2, p. 17-35, Summer 2002.

STEENKAMP, Jan-Benedict E. M.; BAUMGARTNER, H. On the use of structural equation models for marketing modeling. **International Journal of Research in Marketing**, v. 17, p. 195-202, 2000.

TABACHNICK, B.; FIDELL, L. **Using Multivariate Statistics**. Boston: Allyn & Bacon, 2000.

TAX, Stephen S.; BROWN, Stephen W.; CHANDRASHEKARAN, Murali. Customer evaluations of service complaint experiences: implications for relationship marketing. **Journal of Marketing**, v. 62, n. 2, p. 60-76, Apr. 1998.

TAYLOR, Shirley. Waiting for Service: The relationship between delays and evaluations of service. **Journal of Marketing**, v. 58, p. 56-69, Apr. 1994.

TOM, G.; LUCEY, S. A field study investigating the effect of waiting time on customer satisfaction. **The Journal of Psychology**, v. 131, n. 6, p. 655-660, 1997.

ULLMAN, J. Structural Equation Modeling. In: TABACHNICK, Barbara; FIDELL, Linda. **Using Multivariate Statistics**. Boston: Allyn & Bacon, 2000.

VARKI, Sajeev; COLGATE, Mark. The role of price perceptions in an integrated model of behavioral intentions. **Journal of Service Research**, v. 3, n. 3, p. 232-240, Feb. 2001.

VEJA. Disque 0800. E espere... São Paulo: Abril, n. 2084, out. 2008, Guia.

VEJA. Ao vencedor, os problemas. São Paulo: Abril, n. 2084, out. 2008, Brasil.

VERMEIR, I.; VAN KENHOVE, P. The influence of need for closure and perceived time pressure on search effort for price and promotional information in a grocery shopping context. **Psychology & Marketing**, v. 22, n. 1, p. 71–95, Jan. 2005

WRIGHT, Peter. The harassed decision maker: time pressures, distractions, and the use of evidence. **Journal of Applied Psychology**, v. 59, p. 555-561, Oct. 1974.

YAN, Ruoh-Nan e LOTZ, Sherry. The waiting game: the role of predicted value, wait disconfirmation, and providers' actions in consumers' service evaluations. **Advances in Consumer Research**, v. 33, 2006.

ZAICHKOWSKY, Judith Lynne. Measuring the involvement construct. **Journal of Consumer Research**, v. 12, p. 341-352, Dec. 1985.

ZAKAY, D. Gating or switching? Gating is a better model of prospective timing (a response to 'switching or gating' by Lejeune). **Behavioral Processes**, v. 52, n.2/3, p. 63-69, 2000.

ZEITHAML, V. A. Consumer perceptions of price, quality and value: a means-end model and synthesis of evidence. **Journal of Marketing**, v. 52, p.2-22, Jul. 1988.

ZEITHAML, V. A.; BITNER, M. J. **Services Marketing: Integrating Customer Focus Across the Firm**, New York: McGraw-Hill/Irwin, 2003.

ZEITHAML V. A.; PARASURAMAN, A.; BERRY, L. L. Problems and strategies in services marketing. **Journal of Marketing**, v. 48, p. 33-46, Spring 1985.



## ANEXO A – ROTEIRO DA ENTREVISTA QUALITATIVA (SECRETÁRIAS)

### **Introdução**

1. Como é o seu trabalho? Me conte um pouco.
2. Quantos clientes vocês atendem, em média, por dia?
3. Os clientes tem que esperar muito para ser atendidos?  
(Se sim) Quanto tempo? Por que ocorre o atraso?
4. Como os clientes reagem à espera no ambiente médico? Você acha que os incomoda?

### **Envolvimento x Tolerância**

5. Você percebe que dependendo do caso o paciente fica mais ansioso que em outros casos?  
Em que situações ele parece mais ansioso ou intolerante?  
Será que dependendo do motivo pelo qual foram à consulta a sua tolerância muda?

### **Valor x Tolerância**

6. Você percebe que, dependendo do valor do serviço (aquilo que eles recebem), os pacientes são mais tolerantes?  
Os pacientes de um médico tem mais tolerância do que os pacientes de outro médico?

### **Pressão de tempo x percepção de tempo da espera**

7. Eles falam quando tem compromisso depois?  
Você acha que eles sentem mais a espera quando tem pressão de tempo? (Reclamam mais?)  
Você acha que eles ficam menos tolerantes à espera quando tem pressão de tempo?
8. Você acha possível prever quando o cliente será atendido para aplicar o questionário cinco minutos antes?

## ANEXO B – ROTEIRO DA ENTREVISTA QUALITATIVA (PACIENTES)

### Introdução

1. Você costuma ir ao médico com **frequência**?
2. Quando foi a **última vez** que você foi ao médico? Me conte como foi.

### Avaliação x Atributos importantes

3. Quais atributos você considera importantes quando avalia um serviço médico?
4. Quais você considera indispensáveis para considerar que o serviço foi bom?

### Gosta de ir ao médico?

5. Tem alguma **coisa que te incomoda** quando tu vai no médico? (O que te incomoda quando você vai a um médico?)
  - 5.1 (Caso não cite a espera) Você já teve que **esperar** para ser atendido? **te incomoda**?

### Emoções provocadas

6. Como você se sente quando isso acontece? (Quais as emoções?)

### Espera x satisfação

7. Você acha que a espera para receber um serviço influencia a sua satisfação com o mesmo?
8. Que outros aspectos influenciam?

### Situação em que é mais tolerante - Envolvimento

9. Tem alguma situação em que você costuma ser mais tolerante com a espera? Qual situação?

(Você acha que o seu envolvimento com o serviço influencia a sua tolerância com a espera? Qual a relação?)

### Valor do serviço x tolerância

10. Você acha que o valor do serviço influencia a sua tolerância com a espera?

### Compromisso x percepção tempo de espera

11. E quando você tem algum compromisso depois, tu acha que muda a tua percepção do tempo de espera?

(Quando você tem pressão de tempo, você acha que a sua percepção do tempo de espera muda? se torna mais longa ou mais curta?)

**ANEXO C – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**

Esta pesquisa faz parte de uma investigação sobre o comportamento do consumidor, tendo como foco pacientes de profissionais da área da saúde. O questionário deve ser respondido com base na última consulta do entrevistado a algum profissional da área da saúde.

Pré-requisitos:

- Estar saindo de uma consulta com horário agendado, que não pode ser de urgência e nem de exame;
- Ter disponibilidade de tempo para responder o questionário
- Ter esperado no mínimo 10 minutos a partir do horário agendado;
- A consulta não pode ser pelo SUS.
- Ser maior de 15 anos

Esta pesquisa faz parte de uma investigação sobre o comportamento do consumidor, tendo como foco “**pacientes de profissionais da área da saúde**”. O questionário deve ser respondido com base na última consulta do entrevistado a qualquer profissional da área da saúde.

1. Profissional \_\_\_\_\_

1.1 Especialidade do profissional \_\_\_\_\_

2. Assinale em cada um dos itens abaixo o quanto, de 1 a 5, você considera essa consulta:

1. Não-essencial	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Essencial
2. Significa pouco para mim	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Significa muito para mim
3. Não me preocupa	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Me preocupa

3. Qual o grau de gravidade, de 1 a 5, que você daria ao problema que o (a) levou a essa consulta?

Pouco grave	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Muito grave
-------------	-----	-----	-----	-----	-----	-------------

4. Assinale de 1 a 5 o quanto você concorda com as afirmações abaixo.

AFIRMAÇÕES	Discordo fortemente					Concordo fortemente
1. Se eu tivesse que trocar de médico/dentista/outra, existem outros bons profissionais para escolher.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
2. Eu provavelmente ficaria feliz com os serviços de outro consultório médico/odontológico/outra.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
3. Comparado com este médico/dentista/outra, existem outros profissionais com os quais eu provavelmente estaria tão ou mais satisfeito.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
4. Eu me sinto como se existisse um elo entre mim e o médico/dentista/outra deste consultório.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
5. Eu tenho, de certo modo, um relacionamento pessoal com o médico/dentista/outra deste consultório.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
6. Eu tenho amizade com o médico/dentista/outra deste consultório.	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	

5. Foi a primeira vez que você se consultou com esse profissional? ( ) 1. Sim ( ) 2. Não

5.1 Se não, quantas vezes você já se consultou com esse profissional?

( ) 1. De 1 a 3 vezes ( ) 2. De 4 a 6 vezes ( ) 3. Mais de 7 vezes

6. A sua consulta foi por algum plano de saúde? ( ) 1. Sim ( ) 2. Não

7. Você tinha a expectativa de que teria que esperar para ser atendido

( ) 1. Sim ( ) 2. Não

7.1 Se sim, quanto tempo? \_\_\_\_\_ minutos.

8. Quanto tempo de espera você considera ser aceitável nesse profissional? \_\_\_\_\_ minutos

9. Indique em uma escala de 1 a 5 quanto **tempo disponível** você tinha **para essa consulta** (considerando a consulta todo o tempo desde que entrou até que saiu do consultório)

Pouco tempo disponível	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Muito tempo disponível
------------------------	-----	-----	-----	-----	-----	------------------------

10. Em relação ao que você tinha para fazer depois da consulta, você diria, de 1 a 5, que:

Tinha poucas coisas para fazer	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Tinha muitas coisas para fazer
--------------------------------	-----	-----	-----	-----	-----	--------------------------------

11. Quanto tempo lhe pareceu que você ficou esperando (*Não é o tempo cronológico, mas o percebido.*)? \_\_\_\_\_ minutos.

12. De 1 a 5, quanto você diria que a espera fez você se sentir

AFIRMAÇÕES	Nada					Muito				
1. Irritado	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2. Aborrecido	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. Descontente	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

13. Como você avaliaria de 1 a 5 os seguintes aspectos **em relação a essa consulta**:

AFIRMAÇÕES	Péssimo					Excelente				
1. Pontualidade	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2. Atendimento da secretária (cordialidade, presteza)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. Local de espera (beleza, comodidade, temperatura)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4. Cordialidade do médico	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5. Competência do médico	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

#### 14. PERFIL DO RESPONDENTE

1. **Gênero:** ( )1. Feminino ( )2. Masculino

2. **Idade:** \_\_\_\_\_ anos.

3. **Profissão:** \_\_\_\_\_

4. **Escolaridade:**

( )1. 1º Grau completo ou incompleto;

( )2. 2º Grau completo ou incompleto;

( )3. Curso superior completo/incompleto;

( )4. Pós-graduação completa/incompleta

Muito obrigado (a) pela sua participação!