

A influência do CRM na busca da Lealdade do Cliente.

Luciana de França Bezerra

Universidade Federal de Pernambuco – UFPE
Centro de Ciências Sociais Aplicadas – CCSA
Curso de Mestrado em Administração – CMA

A influência do CRM na busca da Lealdade do Cliente.

Luciana de França Bezerra

Dissertação apresentada como
requisito complementar para obtenção
do grau de mestre em administração.

Recife, novembro de 2002

Universidade Federal de Pernambuco – UFPE
Centro de Ciências Sociais Aplicadas – CCSA
Curso de Mestrado em Administração – CMA

A influência do CRM na busca da Lealdade do Cliente.

Luciana de França Bezerra

Dissertação submetida ao corpo docente do Curso de Mestrado em
Administração da Universidade Federal de Pernambuco

Banca Examinadora:

Prof. Jairo Simião Dornelas – doutor (Orientador)

Prof. Décio Fonseca – doutor (Examinador Externo)

Prof. Salomão Alencar de Farias - doutor (Examinador Interno)

Dedicatória

A minha filha Lara, um lindo presente enviado por Deus especialmente durante este trabalho.

Agradecimentos

Esta dissertação foi fruto de muita persistência e dedicação e só pôde ser realizada com a participação de algumas pessoas que, com ações pontuais ou ao longo de todo o percurso, foram decisivas neste resultado. A todas elas ofereço minha gratidão.

A Deus agradeço por trazer sempre a luz ao meu caminho através de mensagens ou de anjos que sempre acompanham a minha vida. Inclusive me presenteou com o anjinho Lara.

Em segundo lugar, à minha família, em especial à Ana Maria, minha mãe, por sempre mostrar ser possível até quando eu mesma já não acreditava ser capaz e a Max, meu marido, por seu companheirismo, assumindo tantas vezes nossas tarefas nos cuidados da casa e dos filhos.

Ao meu orientador Jairo Dornelas, um agradecimento especial que além de cumprir com total competência as atividades de orientação deste trabalho, mostrou-se ser um aliado, motivando, apoiando, enfim, acreditando que chegaria até aqui.

Aos professores Salomão Farias e Décio Fonseca por tornarem o dia da minha defesa um clássico momento de valorização acadêmica, além da disponibilidade em compartilhar seu conhecimento. Um agradecimento especial também aos professores Pedro Lincoln e Sérgio Benício, como também a sempre presente Irani.

A todos os colegas de mestrado, em especial a Cecília Dias, Fernando Pontual, Valquíria Benevides e Herrisson Dutra, não só pela ajuda a qualquer tempo mas simplesmente por sua tão valorosa amizade. A Antonio Maranhão e Fernando Caldas, por investirem e acreditarem na importância de um projeto deste tipo no fortalecimento da minha formação profissional. Aos sócios diretores da empresa objeto deste estudo por possibilitarem o acesso a seus clientes.

Resumo

A qualidade percebida é um elemento essencial para o sucesso das organizações, especialmente por influenciar diretamente a percepção de valor e a lealdade, variáveis que as empresas precisam controlar para obter um melhor relacionamento com os clientes, em busca de maiores rentabilidade e competitividade no mercado.

O Customer Relationship Management (CRM) é uma estratégia de negócios e tecnologia que tem como objetivo principal permitir à empresa conhecer e se adaptar às necessidades dos seus clientes mais rápido do que seus concorrentes.

O objetivo desta dissertação é compilar a percepção de qualidade dos clientes de uma empresa da área de saúde, buscando identificar atributos importantes e verificar se o CRM pode influenciar nessa qualidade percebida, conduzindo, conseqüentemente, à obtenção da lealdade do cliente.

Para tal, foi realizado um estudo de caso, envolvendo análises qualitativas e quantitativas. A primeira foi implementada através de entrevistas com os gestores e buscou identificar os principais processos de relacionamento e as tecnologias de CRM que pudessem otimizá-los. Na segunda fase, atuou-se sobre uma amostra de 282 pacientes de três centros médicos da empresa-caso. Foram respondidos questionários estruturados sobre as dimensões de qualidade, sobre os processos de relacionamento, sobre as

tecnologias de CRM aplicáveis, e sobre a lealdade dos clientes ao produto/serviço da empresa.

Foram utilizadas análises univariadas, bivariadas e multivariadas. Após análise e tabulação, os resultados revelaram que, para o grupo de clientes consultados, a qualidade de serviços dos centros médicos foi satisfatória e a aceitação da inserção de tecnologias foi alta. A relação entre o uso de tecnologias e a eficiência dos processos de CRM, sob a percepção de maior qualidade, também foi confirmada.

Por fim, são propostas implicações gerenciais que incluem a necessidade das empresas direcionarem suas ações de marketing para a otimização do relacionamento com o cliente, em busca de uma maior percepção de lealdade do cliente.

Abstract

The perceived quality is an essential element for the success of the organizations, especially for directly influencing the perception of value and loyalty, variables that the companies need to control to get a better relationship with the customers, in bigger search of yield and competitiveness in the market.

The Customer Relationship Management (CRM) is a strategy business-oriented and technology that has as main objective allow the company to know and to adapt to the necessities of its customers faster than its competitors.

The objective of this dissertation is to compile the quality perception of the customers of a company of the health area, being searched to identify important attributes and to verify if the CRM can influence in this perceived quality, leading, consequently, to the attainment customer's loyalty.

For such, a case study was carried through, involving qualitative and quantitative analyses. The first one was implemented through interviews with the managers and searched to identify the main processes of relationship and the technologies of CRM that could optimize them. In the second phase, it was acted on a sample of 282 patients of three medical centers of the company-case. Structuralized questionnaires on the quality dimensions had been answered, about the processes of relationship, the applicable

technologies of CRM, and the loyalty of the customers to the product/service of the company.

Univariads, bivariad and multivariad analyses had been used. After analysis the results had disclosed that, for the group of consulted customers, the quality of services of the medical centers was satisfactory and the acceptance of the insertion of technologies was high. The relation about the use of technologies and the efficiency of the CRM processes, under the perception of bigger quality, also was confirmed.

Finally, they are proposals managerial implications that include the necessity of the companies to direct its action of marketing for the relationship optimization with the customer, in search of a bigger perception of customer's loyalty.

Sumário

Agradecimentos	5
Resumo	7
Abstract	9
Sumário	11
Glossário	14
Lista de figuras e quadros	15
Lista de gráficos e tabelas	16
Apresentação	17
1 Introdução	18
1.1 Problemática em estudo	18
1.2 Definição do problema	19
1.3 Pergunta de pesquisa	22
1.4 Objetivos da pesquisa	23
1.4.1 Objetivo geral	23
1.4.2 Objetivos específicos	23
1.5 Justificativa	24
2 Revisão da literatura	25
2.1 Introdução	25
2.2 Marketing de relacionamento	28
2.2.1 Tipos de relacionamento	30
2.2.2 Pós-marketing - buscando a continuidade do relacionamento	32
2.2.3 Mudanças na organização, na ótica de relacionamento	33
2.2.4 Recuperação de clientes	34
2.2.5 Lealdade	35
2.3 Cadeia qualidade – valor – lealdade	37

2.3.1	As dimensões constituintes	39
2.3.2	Qualidade de serviço	41
2.3.3	Dimensões da qualidade de serviço	43
2.3.4	Expectativa da qualidade do serviço	44
2.3.5	Percepção da qualidade do serviço	46
2.3.6	Desconfirmação da expectativa (expectativas e percepção)	49
2.4	Tecnologia da informação	51
2.4.1	A TI no marketing	52
2.4.2	Sistemas de informação como componente organizacional	53
2.4.3	Evolução do enfoque de SI	54
2.4.4	Sistema de informações de marketing	55
2.4.5	O modelo de SIM adotado para a pesquisa	59
2.5	<i>Customer relationship management (CRM)</i>	61
2.5.1	Estruturação do CRM	62
2.5.2	CRM: O enfoque de TI	65
2.5.3	CRM – um pacote integrado	69
2.5.4	Estratégia para implantação de CRM	71
2.6	Modelo conceitual da pesquisa	73
3	Metodologia	75
3.1	O método da pesquisa	75
3.2	O caso: uma organização do segmento saúde	77
3.3	Operacionalização de termos e variáveis	80
3.4	Delineamento da pesquisa	81
3.5	Coleta de dados	83
3.5.1	Procedimentos na fase 1 (perfil qualitativo)	83
3.5.2	Procedimentos na fase 2 (perfil quantitativo)	85
3.5.3	Instrumento de coleta de dados	86
3.5.4	Pré-teste do questionário	90
3.5.5	Ambiente de coleta de dados	91
3.6	Análise dos dados	91
4	Resultados da pesquisa	94
4.1	Introdução	94
4.2	Entrevistas com os gestores	95
4.3	Verificações e validações	98
4.4	Dados categóricos	100

4.5	Análise univariada: frequências, médias e desvios padrões _____	106
4.5.1	Qualidade _____	107
4.5.2	Tecnologia _____	110
4.5.3	Percepção de uso da tecnologia e lealdade _____	113
4.6	Análise fatorial da qualidade _____	118
4.7	Análise bivariada _____	122
4.7.1	Teste de médias para amostras independentes _____	123
4.7.2	Qui - quadrado _____	130
4.8	Análise multivariada: regressões múltiplas _____	136
4.8.1	Regressões múltiplas _____	137
4.9	Conclusão das análises _____	142
5	Conclusões _____	143
5.1	O atendimento médico: fator decisivo na qualidade da empresa. _____	144
5.2	Empatia: as facilidades e atenção que a empresa tem com seus clientes _____	145
5.3	A confiabilidade dos processos de agendamento e atendimento na recepção _____	146
5.4	A disposição à inserção de tecnologias de CRM _____	147
5.5	Lealdade: um resultado auxiliado pela qualidade do serviço _____	150
5.6	Implicações Gerenciais _____	151
5.6.1	A credibilidade do médico: o principal recurso no serviço de saúde _____	152
5.6.2	A necessidade de otimização do processo de agendamento _____	153
5.6.3	O Desenvolvimento de uma estratégia CRM _____	154
5.7	Limitações da pesquisa _____	155
5.8	Recomendações para pesquisas futuras _____	156
6	Referências Bibliográficas _____	158
	Apêndice _____	163
	Anexo 1 – Questionário _____	164

Glossário

- CRM (*Customer Relationship Management*): Gerenciamento do relacionamento com o cliente
- DAC: Distribuidor automático de chamadas
- DBM (*Database Marketing*): Marketing de banco de dados
- EDI (*Electronic data interchange*): Transferência eletrônica de dados
- ERP (*Enterprise Resource Planning*): Planejamento dos recursos empresariais
- IFV: Informatização da força de vendas
- QVL (*Quality-Value-Loyalty*): Qualidade – valor – lealdade
- SAC: Serviço de atendimento ao cliente
- SBD: Sistema de banco de dados
- SFA (*Sales Force Automation*): Automação da força de vendas
- SGBD: Sistema gerenciador de banco de dados
- SIG: Sistemas de informações gerenciais
- SIM: Sistemas de informações de marketing
- SPT: Sistema de processamento de transações
- TI: Tecnologia da informação
- TMKT: Telemarketing

Lista de figuras e quadros

	Figuras	Pág
Figura 1	Evolução do marketing	26
Figura 2	CRM maximiza o valor do relacionamento	27
Figura 3	Visão combinada: processo de relacionamento	27
Figura 4	Visão combinada: evolução do marketing e tipos de comunicação	31
Figura 5	Cadeia QVL: condutores chave da lealdade do cliente	38
Figura 6	Cadeia QVL: valorando a qualidade de serviço	39
Figura 7	Modelo expandido da lealdade do consumidor	41
Figura 8	Modelo de lacunas	42
Figura 9	Tipos de expectativa	45
Figura 10	Conquista de lealdade e prestígio através da expectativa	46
Figura 11	Sistema de informações de marketing	56
Figura 12	Modelo de sistema de informação de marketing integrado	57
Figura 13	Sistema de informações gerenciais de marketing	58
Figura 14	Comparação de modelos de marketing	59
Figura 15	Integração do modelo pirâmide com a cadeia QVL	60
Figura 16	Estruturação do <i>customer relationship management</i>	63
Figura 17	Data warehouse do cliente	68
Figura 18	Exemplo de integração de ferramentas CRM	70
Figura 19	Processos de relacionamento	73
Figura 20	Modelo conceitual da pesquisa	74
Figura 21	Operacionalização do modelo da pesquisa	79
Figura 22	Desenho de pesquisa	82
Figura 23	Procedimentos de análises bivariadas	122
Figura 24	Curva normal da nota do centro médico	125
	Quadros	
Quadro 1	Perspectiva de interação do vendedor e do comprador	29
Quadro 2	Relação entre os 4 C's do cliente e os 4 P's do vendedor	29
Quadro 3	Categorias da desconfirmação e natureza dos estados	50
Quadro 4	Situações relevantes para estratégias de pesquisa diferentes	76
Quadro 5	Operacionalização das variáveis	80
Quadro 6	Lista de processos e atributos.	96
Quadro 7	Processos e atributos beneficiados com a tecnologia CRM	97
Quadro 8	Perfil médio da amostra	103
Quadro 9	Perfil médio da amostra associados	105

Lista de gráficos e tabelas

	Gráficos	Pág
Gráfico 1	Gênero	100
Gráfico 2	Idade	100
Gráfico 3	Escolaridade	101
Gráfico 4	Estado Civil	101
Gráfico 5	Renda familiar mensal (em R\$)	102
Gráfico 6	Ocupação	102
Gráfico 7	Titularidade	103
Gráfico 8	Tipo de plano	104
Gráfico 9	Número de dependentes	104
Gráfico 10	Distribuição percentual da nota do centro médico	107
Gráfico 11	Gráfico q-q da nota do centro médico	124
	Tabelas	
Tabela 1	Ano de inclusão no plano	105
Tabela 2	Nota do centro médico	106
Tabela 3	Médias e desvios padrões da escala de qualidade	108
Tabela 4	Disposição a inserção de tecnologias	111
Tabela 5	Restrição ou disposição à inserção de tecnologias	112
Tabela 6	Mais qualidade das empresas que utilizam tecnologias	112
Tabela 7	Dificuldade de uso de tecnologias	113
Tabela 8	Percepção de uso de tecnologias	114
Tabela 9	Processos que melhor se utilizam de tecnologias	115
Tabela 10	Preço Justo	115
Tabela 11	Preferência de utilização	116
Tabela 12	Indicação a amigos ou parentes	117
Tabela 13	Matriz fatorial rotacionada das variáveis de qualidade	119
Tabela 14	T-test - nota do centro médico x restrição a tecnologias	126
Tabela 15	T-test - nota do centro médico x tecnologia como fator de qualidade	127
Tabela 16	T-test - nota do centro médico x indicação a amigos ou parentes	128
Tabela 17	T-test - nota do centro médico x preferência de utilização	129
Tabela 18	Qui-quadrado - indicação a amigo/parente x preferência utilização	131
Tabela 19	Qui-quadrado – restrição a tecnologias x dificuldade de uso	132
Tabela 20	Qui-quadrado - utilização de tecnologias x percepção de qualidade	133
Tabela 21	Qui-quadrado - percepção de qualidade x indicação a amigo/parente	134
Tabela 22	Qui-quadrado - percepção de qualidade x preferência de utilização	135
Tabela 23	Regressão múltipla - variáveis qualidade e nota do centro	138
Tabela 24	Regressão múltipla - fatores qualidade e nota do centro	140

Apresentação

O estudo da necessidade de conquistar e manter os clientes, tem obtido um crescente espaço na literatura de marketing e motivado diversas pesquisas no campo do marketing de relacionamento. Tais esforços têm possibilitado um maior entendimento do relacionamento empresa-consumidor e visam angariar, a partir disso, o aumento da satisfação dos clientes e da sua percepção de qualidade e valor do produto/serviço, como também estabelecer um nível mais elevado de lealdade à marca.

O conjunto de tecnologias utilizadas no gerenciamento do relacionamento da empresa com seus clientes, em especial no que tange à comunicação e conhecimento de suas necessidades, tornou-se mais conhecido pelo acrônimo da terminologia inglesa *Customer Relationship Management* – CRM, e assim será tratado neste estudo.

Neste contexto, é importante compreender a utilização do CRM como ferramenta de relação das empresas com os seus clientes, no escopo do marketing de relacionamento, especialmente como forma de potencializar a lealdade do cliente.

Este foi portanto o direcionamento mestre deste estudo, que está apresentado nesta dissertação que segue estruturada em seis capítulos sendo estes: Introdução – onde é apresentada toda a problemática da pesquisa; Revisão de literatura – abordando o marketing de relacionamento, cadeia QVL, tecnologia da informação e CRM; Metodologia; Resultados da pesquisa; Conclusões e Referências bibliográficas.

1

Introdução

1.1 Problemática em estudo

A preocupação com a qualidade já deixou de ser um diferencial para tornar-se um pré-requisito básico à sobrevivência e à competitividade das organizações do mundo moderno. Um elemento que está modificando a forma como os negócios são realizados é a tecnologia, tanto no aspecto transacional como nos processos específicos do negócio.

Diante da disponibilidade e do crescimento da tecnologia, especialmente das ferramentas especializadas na operação dos processos de relacionamento com o cliente, vale questionar se as ações estratégicas de marketing de relacionamento podem se ancorar em uma tecnologia CRM, a fim de buscar uma maior lealdade do cliente.

Há fortes indícios que indicam que a cadeia Qualidade-Valor-Lealdade (QVL), proposta por Parasuraman e Grewal (2000), conduz à lealdade do consumidor. A cadeia QVL é um modelo na literatura de marketing no qual a qualidade percebida no serviço aumenta o valor percebido pelo consumidor e contribui para a aumentar a sua lealdade.

Diante disso, a partir daquele modelo, foi avaliada a adequação de se utilizar o CRM com o objetivo de potencializar as possibilidades de obtenção da lealdade do cliente, via incremento da percepção de qualidade.

A pesquisa tem um caráter exploratório e utilizou, como meios de coleta de dados, questionários e entrevistas. Foi mensurada a influência da inserção do CRM (processos e tecnologia) na percepção de qualidade dos clientes da organização pesquisada, com o objetivo de potencializar a lealdade. Desta forma, a pesquisa foi, além de um bom teste da aplicação da QVL, uma chance de compreender um pouco mais a associação entre CRM e marketing, no meio acadêmico, e de estruturar, em um efetivo estudo, processo e informação sobre o uso de CRM.

1.2 Definição do problema

Observando o mercado atual - que está se tornando cada vez mais competitivo, é possível perceber que a estratégia das empresas tem sido a de manter o foco, não apenas no negócio, mas principalmente no cliente. Desta forma, as empresas que tiverem o melhor conhecimento de seus clientes atuais e potenciais, possibilitando uma oferta de produtos e serviços mais eficiente, poderão obter maior lucratividade e diminuição de custos.

Além disto, a busca da lealdade de clientes vem se tornando uma ação prioritária e de força dentro das organizações, diante dos vários benefícios decorrentes da manutenção da carteira de clientes em relação à conquista de novos.

Dentro deste contexto, o marketing de relacionamento - que visa o maior entendimento das necessidades dos clientes -, tornou-se um instrumento importante na atração e retenção dos clientes. Em adição, considerando o marketing um a um, torna-se necessária ainda, uma maior personalização e interação neste relacionamento, para que as expectativas geradas neste mercado tão competitivo possam ser atendidas e até superadas.

Por sua vez, a tecnologia tem tido um importante papel nas empresas tanto nos aspectos transacionais quanto nos aspectos gerenciais e estratégicos. Segundo Fletcher (1995), a tecnologia da informação está mudando a natureza do gerenciamento de marketing, devido ao seu impacto nos mercados e sistemas de marketing e também pelo incremento proporcionado na habilidade de gerenciar informação mercadológica através de sistemas de informação e pacotes de *software* especializados.

Assim, parecem rumar para um mesmo foco a necessidade de conhecer o cliente e a diretriz empresarial de aprimorar a busca da informação, usando a tecnologia da informação como instrumento, através da coleta, armazenagem e análise de dados sobre os consumidores.

Nesta perspectiva surge o CRM que, de fato, busca o entendimento antecipado das necessidades dos clientes. As empresas podem praticá-lo utilizando estratégias de tratamento ao consumidor, baseadas em um modelo de relacionamento estrategicamente definido.

Visto como ferramenta, o CRM é estruturado para identificar os clientes e registrar os seus contatos e transações com a empresa, através de todos os canais de interação, tais como: *call center*, força de vendas, internet, administração de vendas, suporte técnico, manutenção, etc. (BRETZKE, 1999).

O CRM também se utiliza de bases de dados (*database marketing* – DBM), que armazenam os dados referentes a cada evento de relacionamento nos referidos canais

de interação. Com o uso de um DBM, modelado de acordo com a estrutura do negócio, é possível tratar, armazenar e disseminar informações sobre os clientes, viabilizando diversos tipos de análises.

Também existem associações de CRM com plataformas atuais, como os sistemas integrados de informação, usualmente conhecidos como ERP (*Enterprise Resource Planning*). Sabe-se que, usualmente, em um ERP estão os dados transacionais da empresa, como, por exemplo, as últimas compras de um determinado cliente, e que dados como esses são imprescindíveis para a gestão de relacionamento e podem se transformar em informações fundamentais para questões estratégica (BRETZKE, 1999).

Recupera-se, assim, a noção de que a informação é um elemento precioso. Quanto maior a velocidade e a confiabilidade da informação que uma empresa obtém dos seus clientes, mais apta ela estará para prever o comportamento do consumidor e decidir.

Todavia, para se atingir esta eficiência na captura e tratamento da informação, é necessário observar a estrutura de suporte dos processos estabelecidos na rotina informacional, sendo, nesse caso, a reestruturação dos processos também imprescindível na visão do CRM. Essa reestruturação deve ser feita de forma a garantir eficiência na tarefa de aproximar a empresa dos seus clientes, possibilitando um aumento do entendimento e do conhecimento que se tem sobre eles (ANTON, 1996).

Não obstante as constatações anteriores, quando o objetivo da empresa é reter o cliente e conquistar a sua lealdade através da tecnologia CRM, é necessário, além de buscar informações, identificar quais os elementos críticos na manutenção do relacionamento com o cliente. Deve-se gerenciar tal relacionamento com o objetivo de descobrir idéias que o aperfeiçoem continuamente. Esta prática trará, certamente, benefícios à empresa e estima-se que o CRM seja um veículo útil na busca desta maior

eficiência, possibilitando a maximização na aplicação da estratégia direcionada à obtenção da lealdade do consumidor.

O modelo proposto na cadeia QVL trata das principais dimensões pesquisadas e apresentadas na literatura de marketing sobre qualidade percebida, valor percebido e lealdade. Desta forma, as dimensões abordadas na cadeia, serão utilizadas como parte dos elementos críticos que precisam ser conhecidos.

Como a cadeia se inicia com a dimensão de qualidade percebida, sendo ela fator determinante na obtenção das dimensões seguintes, concluiu-se que, para obter a lealdade, o primeiro passo seria trabalhar as dimensões de qualidade. É justamente esta influência de como o CRM pode contribuir para potencializar as dimensões constituintes da qualidade percebida, que se pretende analisar nesta pesquisa.

1.3 Pergunta de pesquisa

Diante da definição do problema, a pergunta de pesquisa que pode ser instituída é:

“O CRM influencia a qualidade percebida, no âmbito da cadeia QVL, a fim de potencializar a obtenção da lealdade do cliente?”

1.4 Objetivos da pesquisa

1.4.1 Objetivo geral

Verificar se o CRM influencia a qualidade percebida, enquanto elemento da cadeia QVL, a fim de potencializar a obtenção da lealdade do cliente.

1.4.2 Objetivos específicos

- Analisar os principais processos de relacionamento com clientes, em um segmento de mercado;
- Verificar que tecnologias de CRM podem ser utilizadas com foco, na otimização do relacionamento com os clientes, no segmento de mercado;
- Verificar qual o efeito da aplicação da tecnologia CRM em elementos da cadeia QVL;
- Identificar quais os tipos de informação derivados do uso de CRM que são associáveis à QVL;
- Avaliar a influência efetiva da qualidade percebida, via CRM, na obtenção da lealdade.

1.5 Justificativa

Diversas pesquisas anteriores já identificaram e mensuraram, de alguma forma, a percepção de qualidade dos clientes. Muitas delas também tinham como objetivo principal avaliar a influência da percepção de qualidade na lealdade dos clientes. Poucas delas porém versaram sobre o uso de tecnologia, mais especificamente os processos e ferramentas de CRM, com vista a observar a sua influência no construto QVL.

Dessa forma, a pesquisa pode ser justificada pela existência de poucos estudos que exploram o união destes elementos, visando contribuir para o conhecimento da área.

Na visão prática, a utilização dos conceitos de marketing - e dos elementos de tecnologia - é considerada de grande importância na gestão de negócios. Porém, freqüentemente, estas ações trazem poucos resultados satisfatórios.

Partindo-se desse ponto, esta pesquisa visa também identificar a real influência do marketing e da tecnologia no âmbito da gestão empresarial, dando subsídios para auxiliar o melhor uso das ferramentas de marketing pelas empresas, possibilitando-lhes as mesmas ações estratégicas com maior probabilidade de sucesso. A pesquisa justifica-se, portanto, pela importância de compreender as dimensões qualidade, tecnologia e lealdade, sob novos ângulos, possibilitando uma maior manutenção dos clientes e rentabilidade das empresas.

Apresentados os elementos principais da pesquisa, parte-se, no capítulo seguinte, para resgatar da literatura sobre os temas fundamentais, as coordenadas e alcançar os objetivos traçados.

2

Revisão da literatura

2.1 Introdução

Este estudo tem como ponto chave o entendimento da relação entre as teorias do marketing e o CRM, como instrumentos na busca da lealdade dos clientes. Em princípio, é vital entender como o marketing tem evoluído na sua forma de tratar o cliente.

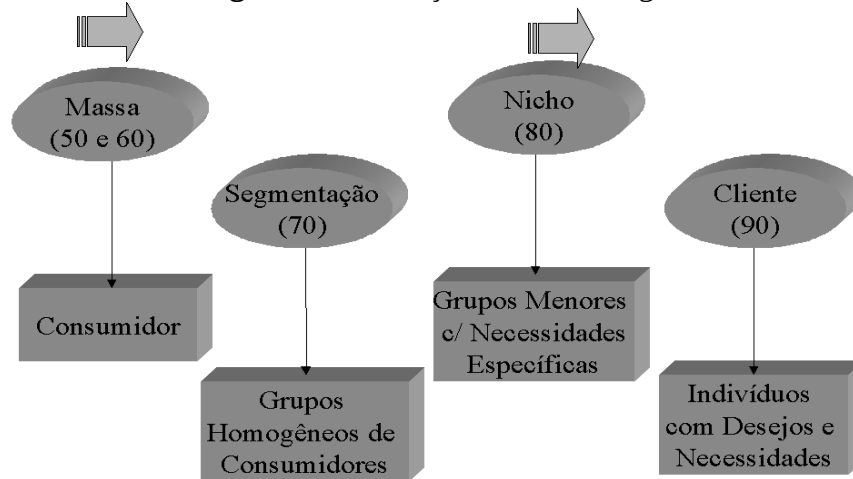
Segundo Bretzke (2000), o desafio do marketing é decodificar o modo de pensar, compreender e lidar com a realidade, oferecendo informações necessárias para a tomada de decisão, com base no conhecimento do ponto de vista do cliente.

Essa decodificação, na visão de Carey (1989) e Rapp e Collins (1991), contribuiu para formar as chamadas fases da evolução do marketing, que são mostrados na figura 1, a saber: era do marketing de massa, da segmentação, do nicho e do cliente.

Atualmente, a visão do novo marketing tem como foco o relacionamento, ou seja, a adoção da filosofia do marketing tradicional, com escopo ampliado, em que existe um compromisso de todos, com o objetivo de implementar a orientação para o mercado,

construindo um relacionamento duradouro e consistente com clientes e fornecedores. (BRETZKE, 1992).

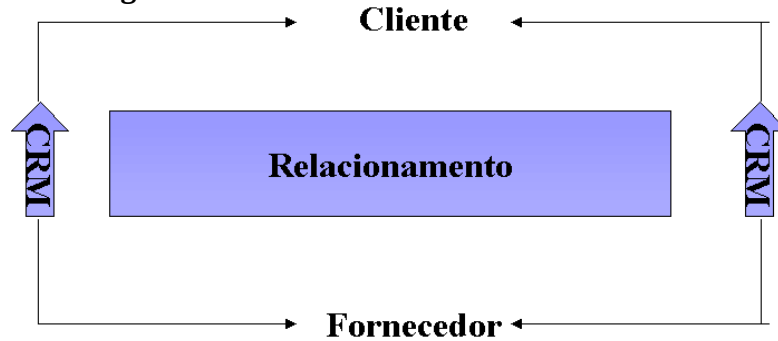
Figura 1: Evolução do Marketing.



Fonte: Adaptado de Carey (1989) e Rapp e Collins (1991).

Em consequência, o foco deste estudo partirá da visão do marketing de relacionamento, que é uma filosofia de administração empresarial, baseada na aceitação da orientação para o cliente, e para o lucro, por parte de toda a empresa, e no reconhecimento de que se devem buscar novas formas de comunicação, para se estabelecer um relacionamento profundo e duradouro com os clientes atuais, clientes em prospecção (*prospects*), fornecedores e intermediários, como forma de obter uma vantagem competitiva sustentável (BRETZKE, 1992).

O CRM, por sua vez, tem uma profunda ligação com o marketing de relacionamento. Newell (2000) afirma que o CRM tem o propósito de maximizar o valor do relacionamento para o consumidor, o que leva à visão de CRM em seu conceito mais amplo, abrangendo processos e ferramenta tecnológica, como instrumentos para viabilizar a busca de conhecimento sobre o cliente como sintetiza a figura 2.

Figura 2: CRM maximiza o valor do relacionamento.

Fonte: Newell (2000).

A principal premissa do CRM é que os clientes tomarão suas decisões de compra, baseados no relacionamento que têm com seus fornecedores e que eles desejam reconhecimento, valor, qualidade e respeito em troca de sua preferência. Estas premissas, combinadas, cancelam a visão da relação CRM x marketing de relacionamento, na busca da lealdade do cliente, especialmente no que diz respeito às dimensões de qualidade e valor, e podem estar inseridas no estreitamento da relação do cliente com a empresa (BRETZKE, 2000). Tal constatação é exibida na Figura 3.

Figura 3: Visão combinada: processo de relacionamento.

Fonte: Adaptado de Newell (2000) e Bretzke (2000).

A visão combinada acima está alinhada com o construto da cadeia QVL, e, neste estudo, será a base para o aprofundamento nas questões de lealdade, pois, apesar de ser um construto recente, está fundamentado em conceitos consagrados de qualidade e valor.

As afirmações citadas neste capítulo conduzem, do ponto de vista conceitual, aos quatro pilares básicos deste trabalho, os quais serão abordados detalhadamente:

- **Marketing de Relacionamento**
- **Cadeia QVL**
- **Tecnologia da Informação**
- **CRM**

2.2 Marketing de relacionamento

No início da década de 90, Mackenna (1991) propôs o marketing de relacionamento, o qual se baseia em acesso livre à informação. Para ele, o relacionamento se exige experiência e domínio do conhecimento sobre a tecnologia inerente à atividade, os concorrentes, os clientes, as novas tecnologias e a própria organização.

Para Vavra (1993) a interação continuada do pós-venda é tão necessária quanto a venda, se uma organização deseja contar com oportunidades continuadas de negócios com o mesmo cliente. Diante disto, ele apresenta as expectativas de duração da venda e as perspectivas do vendedor e do comprador.

Quadro 1: Perspectiva de interação do vendedor e do comprador.

Perspectiva do vendedor	Perspectiva do comprador
Grande negociação de venda	Iniciação de um novo relacionamento
Transformar trabalho em dinheiro	Atenção exigida pela nova venda
O fechamento da venda abre oportunidades para novos clientes potenciais	Atenção e auxílio que serão recebidos, após a decisão de compra
Transferência do cliente do departamento de vendas para o departamento de produção	Desejo de continuar a interagir com o departamento de vendas

Fonte: Adaptado de Vavra (1993)

Vavra inclusive apresenta um novo composto de marketing para uma perspectiva de pós-marketing: produto, preço, promoção, praça, comunicação, satisfação e pós-venda. Esta abordagem do *mix* de marketing, dos pontos de vista do vendedor e do comprador, está em conformidade com uma nova visão, apresentada por Lauterborn (1990, apud Kotler, 2000), sintetizando a visão dos principais atores do processo.

Quadro 2: Relação entre os 4C's do cliente e os 4P's do vendedor

4P's	4C's
Produto	Cliente (Solução para o)
Preço	Custo (para o cliente)
Praça	Conveniência
Promoção	Comunicação

Fonte: Adaptado de Lauterborn (1990, apud Kotler, 2000)

Essa nova relação estabelecida edifica a necessidade do enfoque do marketing de relacionamento. Segundo Bretzke (1992), as principais características deste novo enfoque podem ser baseadas em:

- Conhecimento (*Knowledge-based*) - o que significa que envolvem a integração do cliente no processo de planejamento dos produtos ou serviços, o desenvolvimento dos nichos de mercado e da infra-estrutura de fornecedores, vendas, parceiros, governo e clientes.

- Experiência (*Experience-based*) - onde se enfatiza a interatividade, conectividade e criatividade, significando que a empresa irá despende esforços mercadológicos e tempo com seus clientes, fazer um monitoramento constante da concorrência e desenvolver um sistema de análise mercadológica.

Na visão de Kotler (2000), o marketing relacional tem como objetivo estabelecer relacionamentos mutuamente satisfatórios com partes-chave – clientes, fornecedores, distribuidores –, a fim de ganhar e reter preferências e negócios no longo prazo. Também visa estabelecer sólidas ligações econômicas, técnicas e sociais entre as partes, além de reduzir o tempo e o dinheiro investidos nas transações.

O marketing de relacionamento tem como resultado final a construção de um patrimônio corporativo singular, denominado de “rede de marketing” – entidades com as quais a empresa construiu relacionamentos profissionais mutuamente compensadores.

2.2.1 Tipos de relacionamento

As diferentes decisões pertinentes ao relacionamento com os clientes podem ser de âmbito financeiro ou quanto ao tipo de comunicação. No tipo decisão financeira, a empresa decide quanto vai investir no relacionamento com os clientes. Kotler (2000) propôs cinco níveis de investimentos por parte da organização, visto que, quanto mais completa for a ação de relacionamento, maior será a necessidade de desembolso financeiro.

Os tipos idealizados permeiam as seguintes menções de relacionamento:

- Básico – Venda;
- Reativo – Venda e abertura para pós-venda, a partir da solicitação do cliente;
- Responsável – Venda e pós-venda ativo e pontual, em momentos específicos;

- Pró-ativo – Venda, pós-venda ativo e constante ao longo do tempo;
- Parceria – Trabalho contínuo, em conjunto com o cliente.

Na decisão do tipo de comunicação (PEPPERS E ROGERS 1997, apud BRETZKE 2000) é definida a forma como a empresa vai se comunicar com os seus clientes. Os tipos de comunicação estão associados à visão da evolução do marketing, apresentada na figura 1, e evidenciam características próprias de implementação, como exibe a figura 4.



Fonte: Adaptado de Rapp e Collins (1991), Carey (1989) e Peppers e Rogers (1997, apud Bretzke 2000)

No que se refere ao binômio “empresa-cliente”, segundo Jain (1997), o relacionamento é construído pela confiança e percepção de proximidade entre vendedor e cliente. Atualmente, pode-se expandir esta afirmação para os outros canais de contato. Boone (1995) diz que a venda passa a ser conceituada como a apresentação promocional, conduzida face-a-face, pelo telefone, pela Internet, por videoconferência ou por outros meios de comunicação entre vendedor e comprador.

2.2.2 Pós-marketing - buscando a continuidade do relacionamento

Vavra (1993) abordou o marketing de relacionamento na visão do pós-marketing, que é o processo de proporcionar satisfação contínua e reforço aos indivíduos ou organizações que são clientes atuais ou que já foram clientes. O objetivo do pós-marketing é construir relacionamentos duradouros com todos os clientes. Historicamente, nota-se que as empresas estão muito convencidas do desempenho de seu produto ou serviço. Tal fato não pode, entretanto, negligenciar a ação de dirigir ativamente os seus clientes para a descoberta da recompensa pela escolha dos produtos ou serviços, especialmente após a compra.

O pós-marketing inclui os seguintes elementos: satisfação do cliente após a compra, recompra, compra de outros produtos, assistência pós-compra, mensuração da satisfação e sua utilização no planejamento estratégico (VAVRA, 1993). Além disso, serviços ao cliente são cuidados de pós-marketing e devem integrar a ação do marketing, surgindo como uma atenção não esperada pelos clientes.

Sete atividades de pós-marketing focadas nos clientes atuais são derivadas dos elementos acima citados: preparação e organização de um banco de dados, programação de pontos de contato, análise informal do *feedback*, elaboração de levantamentos sobre a satisfação dos clientes, direção de programas de comunicação, patrocínio de eventos ou programações especiais, auditoria e recuperação de clientes perdidos.

Segundo Kotler (2000), o nível de satisfação do cliente após a compra, isto é, seu desapontamento ou encantamento, define se o cliente voltará a comprar o produto /serviço. O consumidor insatisfeito pode abandonar ou devolver o produto, além de utilizar ações públicas (queixa a entidades comerciais) ou privadas (difundir de forma desfavorável à outras pessoas).

Ainda na direção de melhor assistir ao cliente, podem ser criadas diversas ações de comunicação, como o envio de cartas de pós compra, solicitação de sugestões, além do fornecimento de canais de atendimento rápido de reclamações. O resultado prático é um menor número de devoluções e de cancelamentos de pedidos.

Segundo Vavra (1993), marketing de relacionamento requer um compromisso organizacional. Instituir programas de pós-marketing, por exemplo, sem funcionários e recursos adequados para apoiar as atividades envolvidas, é arriscar-se a desapontar os clientes ou ser visto como empresa que age com falta de sinceridade. É melhor não iniciar programas de pós-marketing do que dar os primeiros passos e fracassar no acompanhamento correto de cada cliente.

2.2.3 Mudanças na organização, na ótica de relacionamento

Com a crescente ênfase em relacionamento com clientes, a estrutura organizacional necessita ser mudada. O marketing de relacionamento não pode ficar situado em único departamento: deve existir como filosofia em toda a empresa. Além disso, o papel de aconselhamento e planejamento da equipe de marketing muda, passando a ser um papel mais interativo com os clientes. Essas atividades envolvem lidar com reclamações, preparar publicações internas e cuidar da satisfação do cliente (VAVRA, 1993).

A mudança da organização, para o foco no cliente, envolve cultura organizacional, consentimento e estímulo à participação dos funcionários, trabalho em equipe e integração entre áreas, programas de treinamento adequados à nova visão de

negócio, contratação de profissionais com um perfil mais adequado e recompensa pelo bom desempenho.

A própria cultura organizacional tem influência sobre como adotar estratégias de foco no cliente para chegar ao marketing de relacionamento. As atividades prosperam em uma cultura de posse, que cobiça clientes. Os funcionários que não interagem com clientes externos devem ser levados a compreender que possuem clientes internos, e a estes fornecem serviços que afetam, de uma forma ou de outra, o consumidor. Por representar uma filosofia de administração, o compromisso mais importante na implantação do marketing de relacionamento é o compromisso da alta administração (VAVRA, 1993).

2.2.4 Recuperação de clientes

A recuperação de clientes vem sendo ressaltada como uma das ações mais importantes do marketing de relacionamento. Uma das razões mais comuns para perder clientes é a inabilidade da empresa em atender às expectativas daqueles. A propaganda ambiciosa, por exemplo, pode gerar expectativas irreais tanto de produto quanto de serviço, sem que nenhum produto ou serviço da empresa possa atendê-las. Devido ao fato das expectativas dos clientes determinarem a extensão em que eles reconhecem a qualidade de um produto ou serviço, é vantajoso para a empresa tentar influenciar ou administrar essas expectativas (VAVRA, 1993).

As empresas devem se comunicar com os clientes perdidos, para melhorar o sistema de marketing e aprender com eles, pois suas informações podem ser tão significativas e objetivas quanto as dos clientes atuais e também porque os clientes perdidos podem ser recuperados, ou seja, a ação pode se tornar de prospecção de vendas.

Por fim, também se pode traçar um perfil do cliente de alto risco, ou seja, aquele que tem alta probabilidade de deixar a empresa.

Muitas vezes, os ex-clientes mantêm um sentimento de lealdade ou afinidade com a empresa. Ou eles, simplesmente, deixaram de adquirir produtos e serviços apenas porque acreditam que a empresa não poderia mais atender às suas expectativas. Neste caso, as ações de marketing para clientes que abandonaram a empresa poderão ser eficazes, pois os clientes não rejeitam totalmente a empresa (VAVRA, 1993).

Vale salientar, que nem todos os clientes perdidos são iguais, sendo necessário, com a mesma intensidade, conhecer os compradores habituais (*heavy users*), pois estes são mais valiosos para a empresa que os compradores eventuais (*light users*).

2.2.5 Lealdade

Quando a empresa sabe o valor do tempo de vida de um cliente, passa a entender o valor dos relacionamentos, em termos de recursos financeiros, tendo provas da rentabilidade em manter a base atual de clientes. Constata-se então que a lealdade tem um preço.

O ímpeto central das atividades de marketing de uma empresa é visto normalmente em termos do desenvolvimento, manutenção ou incremento da lealdade do consumidor para com seus produtos e serviços. Essa lealdade significa uma correspondência favorável entre a atitude relativa a um produto ou serviço e a repetição da compra. Dick e Basu (1994) consideram as emoções como antecedentes afetivos à lealdade, quando citam que estão relacionadas com intensos estados de ativação.

As empresas que priorizam conquistar novos clientes concentram esforço e capital sobre esses prováveis clientes potenciais. Em consequência, os clientes atuais são freqüentemente negligenciados e a organização falha na manutenção deles.

A concorrência mais acirrada entre as empresas requer uma realocação do esforço de marketing, o que possibilita a conquista de novos clientes, além de também favorecer à retenção. Um dos principais indicadores de lealdade é a recompra.

Segundo Bolton, Kannan e Bramlett (2000) os clientes tomam decisões de recompra com base nas suas expectativas a respeito do valor de um produto ou serviço futuro, onde suas predições extrapolam suas experiências prévias (por exemplo, níveis de satisfação) sobre o produto ou serviço.

Entretanto, suas comparações são relativamente complexas - clientes fazem comparações sobre múltiplas dimensões subjacentes do serviço e, geralmente, consideram as perdas mais do que os ganhos. Para reter o cliente deve-se ter um forte foco na medição e gerenciamento do seu relacionamento individual (ANTON, 1996).

Foi visto que o desenvolvimento do relacionamento depende de uma decisão estratégica da organização. O tipo de relacionamento que será mantido com o cliente demanda um esforço financeiro e estruturação organizacional com foco no cliente. Percebe-se então que a necessidade de estreitamento do relacionamento ocorre em busca da lealdade do cliente. Nessa ótica qualidade percebida parece ser vital.

A seguir será estudada a cadeia QVL, que trata das dimensões de qualidade e valor como determinantes para a obtenção da lealdade.

2.3 Cadeia qualidade – valor – lealdade

O marketing de relacionamento, na busca do estreitamento do contato com o cliente e da maior durabilidade da relação, envolve diversas questões no âmbito empresarial. Essas questões vão desde a estruturação organizacional com foco no cliente até a definição de estratégias com foco na conquista, retenção e recuperação de clientes.

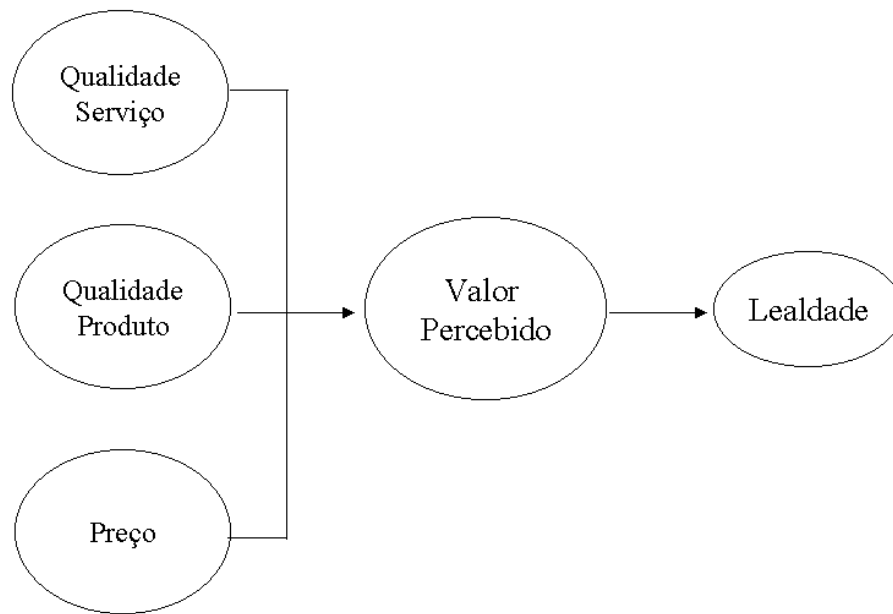
A cadeia qualidade-valor-lealdade, proposta por Parasuraman e Grewal (2000), também chamada de cadeia QVL, adere a diversos aspectos citados como princípios do marketing de relacionamento e como tal configura um excelente suporte para a tarefa que se quer investigar.

Segundo Parasuraman et. al. (1988) a intensificação da competição conduziu muitas empresas varejistas e de prestação de serviço a buscar caminhos lucrativos para diferenciação. Fornecer um serviço de qualidade superior parece ser um pré-requisito para o sucesso e até para a sobrevivência dos negócios.

A cadeia QVL tem aumentado o seu destaque tanto na literatura do marketing quanto na prática de negócios. As diversas percepções acumuladas dos estudos anteriores sobre qualidade de serviço, valor percebido e lealdade, apoiam a noção geral que qualidade do serviço aumenta o valor percebido, o qual, por sua vez, contribui para a lealdade do consumidor, como demonstra a figura 5.

Parasuraman e Grewal (2000) revelam que o valor percebido - o determinante chave para a lealdade do cliente - é composto por um componente “receber” e um componente “dar”, e que, anteriormente, o foco era na qualidade do produto como componente “receber” e no preço como o componente “dar”.

Figura 5: Cadeia QVL: condutores chave da lealdade do cliente.

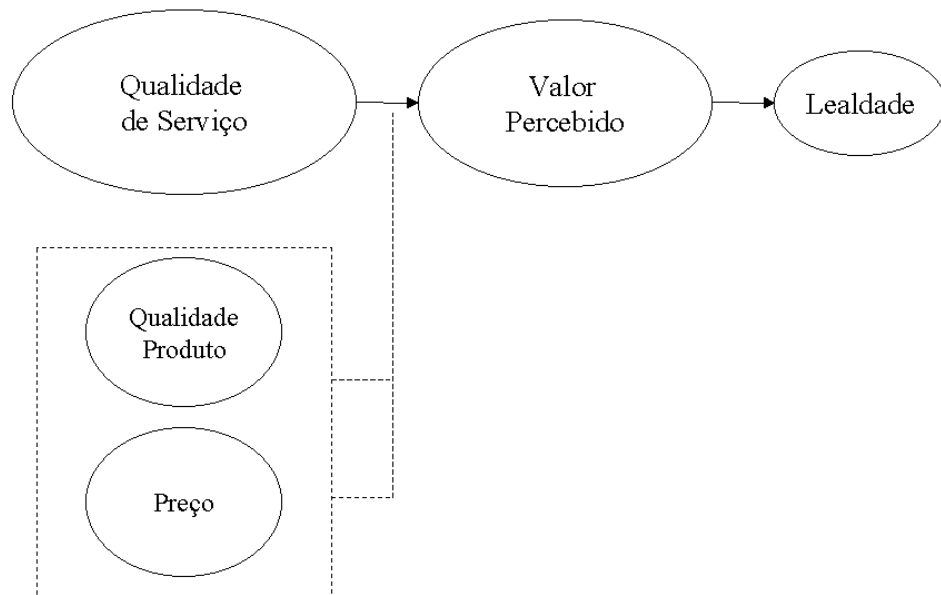


Fonte: Parasuraman e Grewal (2000)

Qualidade de serviço é um condutor lógico do valor percebido. Por vezes, o que está sendo ofertado é um serviço, ou seja, não há um produto tangível e, como tal, qualidade de produto e de serviço se sobrepõem. Até mesmo quando a venda envolve um produto físico, os serviços superiores de pré e pós-venda podem incrementar o benefício recebido (componente receber) e também reduzir os custos não monetários do comprador como tempo, esforço e stress mental (componente dar).

Também se afirma que a qualidade de serviço é muito mais difícil de ser efetivamente copiada por concorrentes do que a qualidade de produto e o preço. Assim, a qualidade de serviço oferece uma maior alavancagem competitiva no contexto de valor percebido e de lealdade do cliente. Tal destaque é referido na figura 6.

Figura 6: Cadeia QVL: valorando a qualidade do serviço.



Fonte: Parasuraman e Grewal (2000)

2.3.1 As dimensões constituintes

Nesta seção, serão destacados os itens componentes da cadeia QVL.

a) Qualidade

Parasuraman et al. (1988, 1991) identificaram cinco dimensões genéricas que os consumidores usam como critérios no julgamento da qualidade de serviço:

- **Confiabilidade:** habilidade para executar o serviço prometido com fidelidade e primor;
- **Responsividade** (agilidade / rapidez de resposta): disponibilidade para ajudar os consumidores e prestar um pronto serviço;
- **Garantia:** conhecimento e cortesia dos empregados e sua habilidade em inspirar confiança e confiança;

- Empatia: atenção individualizada que a empresa oferece aos consumidores, cuidado;
- Tangibilidade: aparência dos meios físicos, equipamentos, funcionários e material de comunicação.

Dentre as cinco dimensões, a confiabilidade foi identificada, pelos autores supra citados, como a mais crítica e, por isso, prover um serviço confiável é o elemento central da qualidade de serviço.

b) Valor

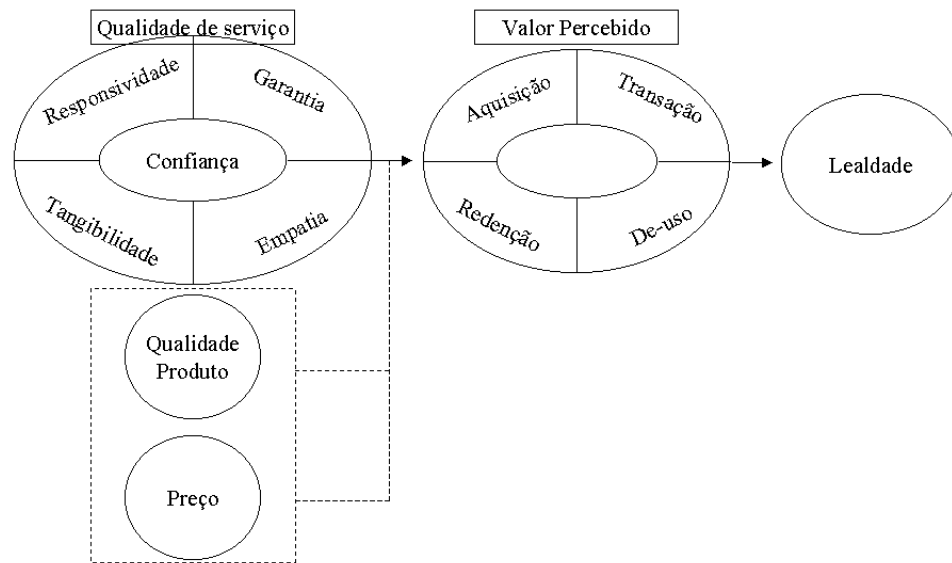
O valor percebido é integrado por um componente “receber” - benefícios recebidos do comprador e oferecidos por um vendedor - e um componente “dar” - que são os custos monetários e não monetários de aquisição. O componente “valor percebido” é visto sob 4 óticas diferentes:

- De aquisição: os benefícios (relativos ao custo monetário) que os compradores acreditam estar adquirindo ao comprar um produto ou serviço.
- De transação: o prazer de fazer um bom negócio.
- De uso: utilidade derivada do uso de um produto ou serviço
- De redenção: benefício residual do tempo de vida do produto ou término do serviço.

O valor percebido é dinâmico, sendo a ênfase em cada componente variável de tempos em tempos. Por exemplo: enquanto valores de aquisição e transação podem dominar durante ou após a compra, valores de uso e redenção podem ser salientados apenas após algum tempo de uso do produto/serviço adquirido.

Os elementos conceituais recém apresentados podem ser incorporados ao modelo da figura 7, como forma de expandir o alcance do elemento lealdade.

Figura 7: Modelo Expandido da lealdade do consumidor.



Fonte: Parasuraman e Grewal (2000).

2.3.2 Qualidade de serviço

No modelo da cadeia QVL, a qualidade é a dimensão propulsora; logo, se o cliente não percebe qualidade, dificilmente perceberá valor na organização e, por consequência, não lhe será leal. Por essa razão este trabalho analisará a qualidade de serviço, como instrumento na busca da lealdade dos clientes.

Em 1985, Parasuraman et. al. apresentaram o primeiro de uma seqüência de estudos que visavam definir um modelo conceitual da qualidade de serviço.

Naquele estudo, os pesquisadores afirmaram que o conhecimento sobre qualidade de produto era insuficiente para compreender qualidade de serviço e que três características peculiares aos serviços (intangibilidade, heterogeneidade e inseparabilidade) deviam ser bem conhecidas para o completo entendimento do quesito qualidade.

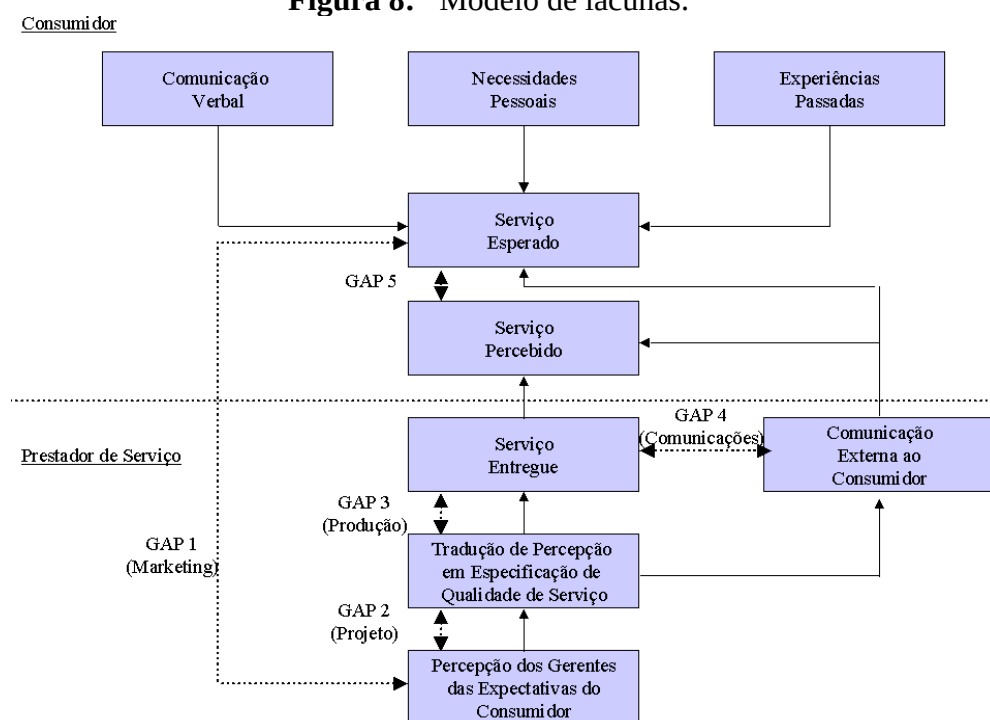
Esta seqüência de pesquisas reuniu três constatações como fundamentais:

- a) a qualidade de serviço é mais difícil de avaliar que a qualidade de produto;
- b) a percepção de qualidade resulta de uma comparação das expectativas do consumidor com o desempenho atual;
- c) a avaliação da qualidade não é função apenas do resultado do serviço mas também do processo de entrega do serviço.

Um outro importante resultado da sequência de estudos citada foi o modelo de lacunas (Gaps). Constatou-se que existem uma série de discrepâncias com respeito às percepções sobre qualidade de serviço e sobre as tarefas associadas com entrega deste aos consumidores. Essas lacunas podem ser obstáculos maiores na tentativa de fornecer um serviço que o consumidor poderia perceber como sendo de alta qualidade.

O modelo de lacunas identifica um conjunto de quatro *gaps* internos ao prestador de serviços (relacionadas com marketing, projeto, produção e comunicações) e uma lacuna externa que se baseia na diferença entre serviço esperado e serviço percebido pelo cliente. Tal modelo é exibido na figura 8 a seguir.

Figura 8: Modelo de lacunas.



Fonte: Parasuraman et. al. (1985)

Do modelo é possível extrair que a qualidade de serviço, como percepção do consumidor, depende do tamanho e da direção do *gap* 5. Esse tamanho refere-se à análise que possibilita inferir se a diferença de expectativa e percepção é relevante. A direção considera se esta diferença é positiva (percepção > expectativa) ou negativa (expectativa > percepção). As lacunas podem ser favoráveis (se negativas) ou desfavoráveis (se positivas) a uma perspectiva da qualidade de serviço. Independentemente, sabe-se que a magnitude e a direção que cada lacuna aponta é o que definirá o impacto que terá na qualidade (PARASURAMAN, 1985). Na seção seguinte serão apresentadas as dimensões utilizadas pelos clientes na sua avaliação da qualidade de serviço.

2.3.3 Dimensões da qualidade de serviço

Parasuraman et. al. (1985) identificaram e apresentaram 10 dimensões que os consumidores usam na formação das expectativas e percepções de serviços, dimensões estas, que transcendem diferentes tipos de serviços. As dimensões apresentadas foram: confiabilidade, responsividade, competência, acesso, cortesia, comunicação, credibilidade, segurança, entendimento/ conhecimento, tangibilidade.

Tais dimensões foram objeto de polêmicas, críticas e réplicas (PARASURAMAN ET. AL., 1988, 1991, 1994; CARMAN, 1990, CRONIN e TAYLOR, 1992; TEAS, 1993) e permitiram a construção de um modelo de mensuração da qualidade de serviço, que inclui instrumentos de coleta de dados, escalas e procedimentos metodológicos, aplicáveis nos mais diversos segmentos: a escala SERVQUAL. Tal escala ancora-se em 5 dimensões a saber: confiabilidade, responsividade, garantia, empatia e tangibilidade. O modelo criado tem sido amplamente testado, o que possibilitou reavaliações e refinamentos.

2.3.4 Expectativa da qualidade do serviço

Segundo Oliver (1997) expectativa é uma antecipação de conseqüências futuras baseadas em experiência anterior, circunstâncias atuais ou outras fontes de informações. Swan e Combs (1976, apud FARIAS, 1998) lembram que de acordo com fontes teóricas, ao comprar um produto, o indivíduo forma previsões (expectativas) ou parâmetros com relação ao desempenho futuro deste item.

Ao utilizar o produto, o consumidor compara a qualidade do desempenho com suas expectativas. Esta comparação resulta numa avaliação do produto como melhor do que esperado, como esperado ou abaixo do esperado. Na aquisição de serviços, sejam eles associados ou não a um produto, o processo é semelhante como já foi visto nas seções anteriores.

Lewis e Booms (1983), tomaram como referência nos seus estudos o “paradigma da desconfirmação”, que explica que a satisfação é relacionada ao tamanho e direção da desconfirmação entre as expectativas do cliente e o desempenho da empresa na realização do serviço. Grönroos (1982) também desenvolveu um modelo onde, para avaliar qualidade, os clientes comparam o serviço que eles esperam com as suas percepções do serviço realizado.

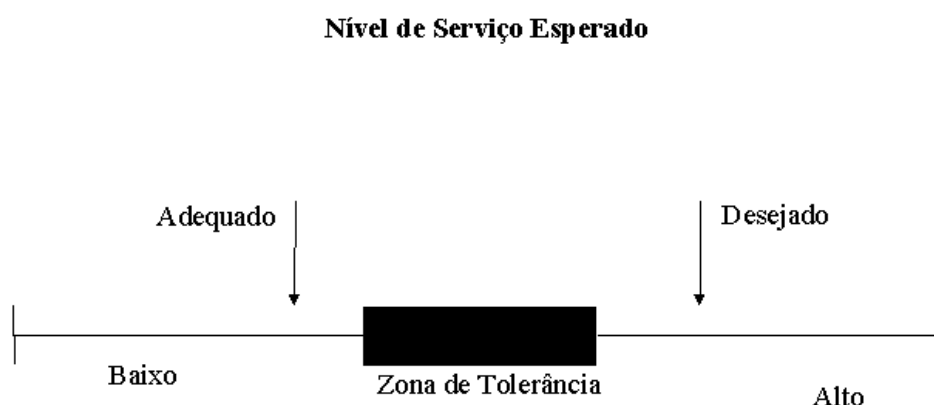
No âmbito da literatura sobre qualidade de serviço, expectativas são vistas como desejos ou vontades do consumidor, não apenas no momento e sobre a transação da venda, mas como uma avaliação de âmbito geral. Mas as expectativas são formadas e podem ser mudadas.

Shoemaker (1996) menciona os *scripts* (roteiros) cognitivos como antecedentes das expectativas. *Scripts* representam o conhecimento de como os eventos vão supostamente ocorrer e referem-se a seqüências predeterminadas de ações que definem uma situação conhecida.

Na aquisição de um produto ou serviço, o cliente tem, em sua mente, os *scripts* de todas as ações que estão relacionadas à compras. É necessário, então, que as ações que conduzem ao serviço aconteçam tão facilmente quanto o serviço em si. A forma de fazer isto é ter a certeza de que clientes e empregados estão trabalhando pelo mesmo *script*, ou direcioná-los para isso (SHOEMAKER, 1996).

Segundo Parasuraman et al. (1991b), existem dois tipos de expectativa sobre um serviço: o serviço desejado e o adequado. O desejado refere-se ao nível de desempenho que o cliente espera receber, enquanto que o adequado relaciona-se com o nível de serviço que o cliente aceitará. Entre o serviço adequado e desejado há a “zona de tolerância”, como demonstra a figura 9.

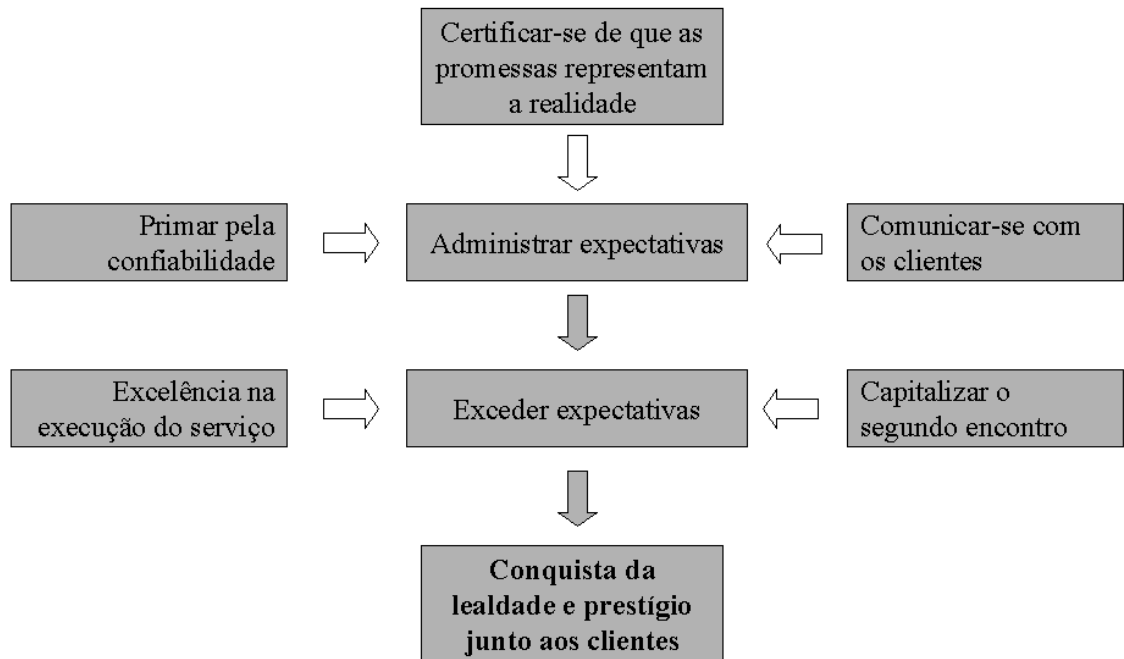
Figura 9: Tipos de expectativa.



Fonte: Parasuraman et. al. (1991b)

A zona de tolerância representa a extensão da performance do serviço que o cliente considera satisfatória. Um nível de serviço abaixo da zona de tolerância gera frustração e diminui a probabilidade da conquista da lealdade dos clientes. Um nível de performance acima do esperado tem o potencial de surpreender os consumidores e reforçar sua lealdade. Os fatores que podem influenciar os níveis de expectativa dos consumidores atuam tanto no nível de serviço desejado quanto no nível esperado (BERRY E PARASURAMAN, 1991) como se vê na figura 10.

Figura 10: Conquista de lealdade e prestígio através da expectativa.



Fonte: Berry e Parasuraman (1991)

Segundo Campos (1984, apud DUTRA, 2001), a expectativa influencia a percepção, pois as experiências passadas criam expectativas e estas orientam o indivíduo a perceber, no ambiente, os aspectos que antecipa. O indivíduo estabelece o relacionamento com as situações, através de experiências passadas e, por isso, pode criar um viés de percepção.

2.3.5 Percepção da qualidade do serviço

Diante do que foi abordado quanto a relação entre expectativa e percepção, cabe ressaltar como a literatura trata a percepção dos clientes na aquisição de um produto ou serviço.

Segundo Karsaklian (2000), percepção é um processo dinâmico, pelo qual aquele que percebe atribui um significado a matérias brutas oriundas do meio ambiente. O indivíduo não é um objeto, mas um ator confrontado com a primeira etapa do processamento da informação.

Quanto às características da percepção, Karsaklian (2000) destaca as seguintes:

- Subjetividade – é o chamado viés perceptual. Há uma discrepância entre o estímulo fornecido pelo ambiente e o que de fato foi recebido pelo indivíduo.
- Seletividade – o indivíduo apenas percebe o que faz parte do seu centro de interesse ou descarta algumas informações por exigirem demais de sua concentração.
- Simplicidade – a partir de um certo nível de complexidade, somente a repetição autoriza a consideração de uma mensagem ou comunicação.
- Limitação no tempo – uma informação só é conservada durante um determinado espaço de tempo.
- Cumulativa – apenas depois da observação de um serviço, de uma ação de comunicação e de comentários de outras pessoas é que o indivíduo passa a ter uma impressão global. Ou seja, a impressão global é a soma de várias percepções.

Segundo Rust et. al. (1994 apud ANTON, 1996), os condutores à percepção de qualidade são:

- Utilidade do produto ou serviço – capacidade de um produto ou serviço satisfazer a essência da necessidade ou expectativa do consumidor;

- A estratégia do serviço – os planos e políticas feitas antes da chegada do consumidor para adquirir o produto ou serviço, entre os quais: horário de funcionamento, política de troca e devolução, preço, crédito e garantias;
- O ambiente de serviço – todo o ambiente físico que facilita a entrega dos produtos e serviços. Envolve três elementos distintos:
 - a) as condições ambientais – iluminação, música ambiente, temperatura;
 - b) layout – entradas, salas, caixa, disposição dos assentos;
 - c) sinalização e símbolos – posters, faixas, placas, etc.
- O serviço prestado – É tudo que envolve a estratégia de serviço, fornecida pelos empregados, inclusive a percepção do consumidor quanto aos atributos dos funcionários, tais como confiança, compreensão, conhecimento do produto, precisão, empatia.

O componente qualidade percebida confronta expectativa x percepção do consumidor no seguinte esquema:

Serviço esperado > Serviço percebido : Qualidade inaceitável

Serviço esperado = Serviço percebido : Qualidade satisfatória

Serviço esperado < Serviço percebido : Qualidade ideal

A meta/ função acima possibilita definir que qualidade percebida de serviço é um julgamento global, ou atitude, relacionada à superioridade do serviço, e resulta da comparação entre desempenho esperado e obtido. A seguir, tratar-se-á do conceito de desconfirmação, que busca, exatamente, a percepção em relação às expectativas.

2.3.6 Desconfirmação da expectativa (expectativas e percepção)

Segundo Farias (1998), a desconfirmação das expectativas corresponde a dois processos, que consistem na formação de expectativas e na desconfirmação destas, através da comparação do desempenho. Os consumidores formam expectativas a respeito do desempenho e características de produtos antes da compra. A compra e o uso subsequente revelam os níveis reais de desempenho que são comparados com os níveis de expectativas através de uma escala “melhor do que” ou “pior do que esperado” (OLIVER, 1980b).

O julgamento que resulta desta comparação é rotulado de desconfirmação negativa se o produto é pior do que esperado ou desconfirmação positiva se melhor do que esperado, ou ainda, desconfirmação zero (confirmação) se o desempenho do produto se dá conforme o esperado (OLIVER, 1988 apud FARIAS, 1998).

O nível de expectativa oferece a base, na qual os julgamentos de desconfirmação são feitos. Quanto maior a expectativa do consumidor, maior o julgamento de satisfação. Os efeitos da desconfirmação são imaginados como sendo originados de suas associações com as experiências emocionais do indivíduo. O prazer de uma desconfirmação positiva reforça o julgamento de satisfação, enquanto o desapontamento de uma desconfirmação negativa o reduz. A confirmação mantém o nível de adaptação (OLIVER e DeSARBO, 1988).

As discrepâncias pós-compra do nível de adaptação podem ser causadas pelo grau com que o produto ou serviço atende às expectativas. A satisfação ou, no caso deste estudo, a qualidade, seria vista como a soma combinada do nível de expectativas e a desconfirmação resultante da comparação dessas expectativas e o desempenho dos serviços (FARIAS, 1998).

2.3.6.1 Definição de Desconfirmação

Segundo Churchill e Surprenan (1982), a desconfirmação surge das discrepâncias entre expectativas anteriores e desempenho atual. Oliver (1981, p.35 apud FARIAS, 1998) define a desconfirmação como uma comparação mental do estado atual das coisas com sua probabilidade antecipada.

Quadro 3: Categorias da desconfirmação e natureza dos estados

<u>Estado da Desconfirmação</u>	<u>Experiência do Consumidor</u>
Positiva	Baixa probabilidade de eventos desejáveis ocorrerem e/ou alta probabilidade de eventos indesejáveis não ocorrerem.
Zero	Baixa e alta probabilidade de eventos ocorrerem ou não como esperado.
Negativa	Alta probabilidade de eventos desejáveis não ocorrerem, e/ou baixa probabilidade de eventos indesejáveis ocorrem.

Fonte: adaptado de Oliver (1981, p. 35 apud FARIAS, 1998)

No que foi abordado nas duas primeiras seções, pode-se resgatar o enfoque combinado do marketing de relacionamento com maior exploração da qualidade de serviço em busca da lealdade. Evidencia-se na atualidade que o uso da TI seria um facilitador nessa direção. Assim, a seguir será abordado o papel da tecnologia da informação como elemento viabilizador da mudança estratégico-organizacional onde se busca obter uma maior percepção de qualidade e porventura uma maior lealdade do cliente.

2.4 Tecnologia da informação

Tecnologia da Informação (TI) é um conjunto de recursos não-humanos dedicados ao armazenamento, processamento e comunicação da informação e à maneira pela qual esses recursos são organizados em um sistema capaz de desempenhar um conjunto de tarefas (MEIRELLES, 1994). Vislumbram-se nessa definição três grandes áreas, informática, microeletrônica e telecomunicações

No princípio do uso da tecnologia nas organizações, o foco era na racionalização de custos e na busca da eficiência dos processos administrativos. Tal enfoque fez com que as empresas não vislumbassem os benefícios para as áreas estratégicas, de gerenciamento e de apoio à tomada de decisão, esquecendo o potencial emprego da TI como instrumento de auxílio para redefinir os negócios, reavaliar as estratégias competitivas ou aproximar o relacionamento com os consumidores (FLETCHER, 1995).

Segundo Bretzke (1999), para que o potencial de uso da TI nas empresas se torne efetivo, há necessidade de desenvolver-se um modelo de informatização que facilite o fluxo de informações transacionais, do cliente e do mercado, fluir ao longo do processo de administração da venda e atendimento. É necessário integrar os dados dos processos internos (vendas, produção, custos, controladoria etc.) aos dados externos (clientes, concorrência, mercado etc.). O contexto competitivo do novo milênio continuará exigindo um grau cada vez maior e mais complexo de informações. Quanto maior for o nível de incerteza e turbulência, maior será a necessidade de obtenção de informações.

É nesse último enfoque que se concentrará o resgate da tecnologia da informação nesse projeto: um instrumento fundamental no processo de obtenção e gerenciamento das informações no ambiente organizacional.

2.4.1 A TI no marketing

O marketing instrumentalizado pela TI pode tornar prático o que antes era mero conceito, ou seja, a TI pode auxiliar a viabilizar a implementação de conceitos ou estratégias de marketing (BRETZKE, 2000). O maior potencial da integração de marketing e TI é:

- Aumentar o conhecimento sobre o cliente – devem ser buscadas informações, hábitos de consumo, necessidades e desejos;
- Registrar, manter, tratar e recuperar, *on line*, um grande volume de informações sobre o cliente para estabelecer um tratamento diferenciado e gratificante;
- Aumentar a retenção e fidelidade do cliente pela experiência de marca positiva;
- Aperfeiçoar, racionalizar e melhorar o processo decisório e as operações mercadológicas, através da disponibilização de ferramentas e aplicativos que auxiliem à tomada de decisão;
- Aperfeiçoar e diferenciar serviços (produtos) para o mercado em geral;
- Estabelecer uma comunicação próxima e sistemática com os clientes potenciais e atuais como parte do *mix* de marketing.

Historicamente, vários fatores influenciaram a não utilização da TI por gerentes de marketing, dentre eles *softwares* inadequados e foco do uso da informatização no produto. A TI tem encorajado e facilitado uma abordagem integrada do marketing pelas empresas bem como levado a função marketing a transpor fronteiras e interagir com o mercado e com o ambiente externo à organização. Para alcançar uma melhor interação com o mercado, a empresa precisa ser ágil e ter o foco no cliente (FLETCHER, 1995).

O modelo de gestão organizacional deve ser orientado para o mercado e a empresa que o adota, está reconhecendo que as necessidades do cliente mudam ao longo

do tempo, os grupos alvo vão crescer ou declinar, e os concorrentes vão produzir novos produtos. Isso implica em que o sistema de marketing também mude ao longo do tempo.

A empresa que adota a orientação para o mercado pode obter maior vantagem competitiva sobre seus concorrentes que adotam o modelo tradicional, orientados ao produto. A importância da TI para uma empresa orientada ao mercado se expressa na sua incorporação aos produtos ou práticas organizacionais podendo criar um valor adicional aos olhos dos consumidores. Além disso, a TI pode auxiliar na mudança de abrangência e atuação da empresa (FLETCHER, 1995).

2.4.2 Sistemas de informação como componente organizacional

O âmago da TI em uma organização corresponde aos sistemas de informação que são uma série de elementos ou componentes inter-relacionados que coletam (entrada), manipulam e armazenam (processo), disseminam (saída) os dados e informações e fornecem um mecanismo de *feedback* (STAIR, 1996).

O processamento de transações empresariais foi a primeira aplicação dos computadores para a maioria das organizações (STAIR, 1996) e originou os sistemas de processamento de transações (SPT).

Para Bretzke (1999) os SPT são aqueles que realizam e controlam as operações básicas da organização. No processo de vendas, por exemplo, o SPT registra os pedidos, realiza a emissão de nota fiscal e faturamento, debita o estoque e, em alguns casos, já atualiza o planejamento da produção e controla o processo logístico (expedição, armazenagem e distribuição).

Os sistemas transacionais integrados e com foco no processo, evoluem atualmente para os sistemas de planejamento dos recursos empresariais conhecidos como ERP (*Enterprise Resource Planning*), e também possibilitam o acesso a informações gerenciais. Em qualquer visão, tanto SPT quanto ERP, tais sistemas são ferramentas imprescindíveis na implementação de estratégias organizacionais, incluindo as de marketing.

2.4.3 Evolução do enfoque de SI

Segundo Melo, Silva e Tanaka (1997) a porção informatizada dos sistemas de informação tem evoluído nos últimos vinte anos através de estágios bem definidos.

Nos anos 70 os programas eram o foco central dos sistemas de informação, com os aspectos relativos aos dados ocupando um plano secundário. A abrangência dos sistemas era a empresa como um todo – sistemas corporativos funcionais – e a plataforma tecnológica utilizada era a dos equipamentos de grande porte (*mainframes*). Os procedimentos relacionados com a gerência dos dados eram embutidos no código-fonte do programa, juntamente com as partes relacionadas com a interação com o usuário e com a própria lógica da função de negócio. Assim, qualquer alteração na estrutura dos arquivos implicava na alteração das funções de gerência de dados.

Os sistemas baseados em banco de dados (SBD) promoveram a independência dos programas em relação aos dados armazenados a partir da introdução do sistema de gerência de banco de dados (SGBD), que reúne todas as funções necessárias à localização e manipulação dos dados de interesse dos sistemas de informação.

Um ambiente de banco de dados é um ambiente de *hardware* e *software*, composto por dados armazenados em banco de dados, o SGBD, que é o componente central, e os programas de aplicação (STAIR, 1996).

O fator predominante na maior parte dos anos 80 foi a gerência dos dados. A abordagem privilegiava o armazenamento dos dados, dando pouca ênfase à interação com o usuário. A partir de meados da década, a difusão da utilização de microcomputadores propiciou o surgimento de sistemas pessoais e, com o surgimento das redes locais, a criação de sistemas para uso departamental, em oposição aos sistemas corporativos (MELO, SILVA E TANAKA, 1997). A evolução que ocorria mudava o paradigma computacional.

De fato, o final dos anos 80 e a década de 90 tiveram o foco na preocupação com o usuário. O desenvolvimento dos sistemas deslocou-se para a apresentação dos dados e os escopos dos sistemas desenvolvidos tendiam a apoiar os grupos de trabalho. O cenário configurou-se como uma plataforma tecnológica de redes locais interligadas, com aplicações utilizadas pelos indivíduos a partir de suas estações de trabalho, a fim de maximizar o compartilhamento de dados.

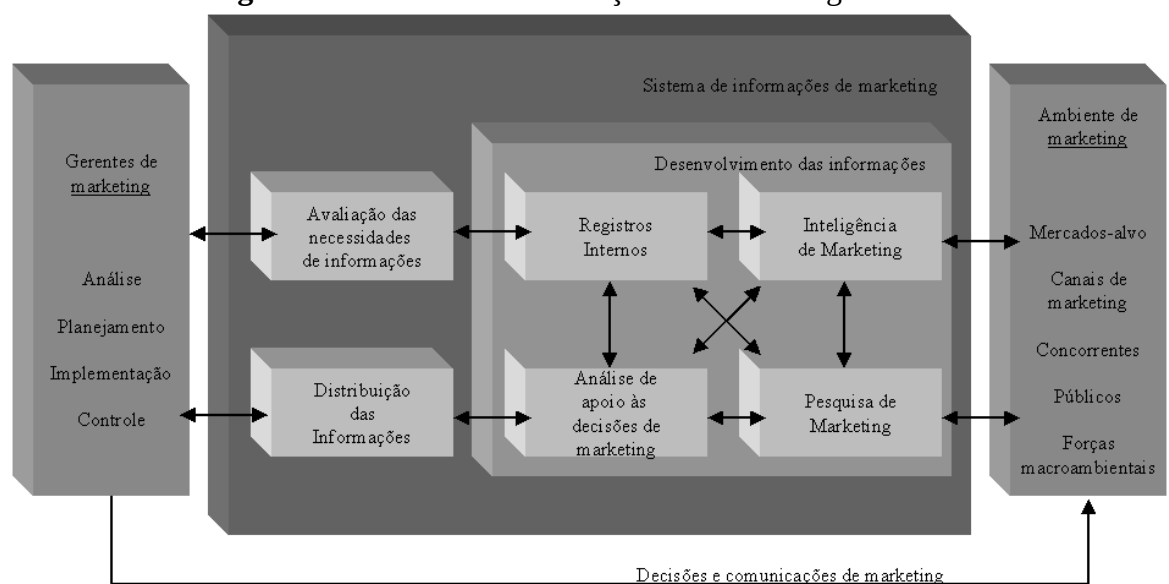
2.4.4 Sistema de informações de marketing

Kotler (1994) define um sistema de informações de marketing (SIM) como um sistema constituído por pessoas, equipamentos e procedimentos para a coleta, classificação, análise, avaliação e distribuição de informações necessárias de maneira precisa e oportuna para os que tomam decisões de marketing.

Mais atento aos processos, Stair (1996) afirma que um SIM dá apoio à atividade administrativa nas áreas de desenvolvimento do produto, distribuição, decisões de preço, eficácia promocional e previsão de vendas.

Analizando a figura 11, percebe-se que o papel do SIM é avaliar as necessidades de informação da gerência de marketing, obtendo as informações necessárias no ambiente de marketing e distribuindo essas informações de maneira oportuna.

Figura 11: Sistema de informações de marketing.



Fonte: Kotler (1994).

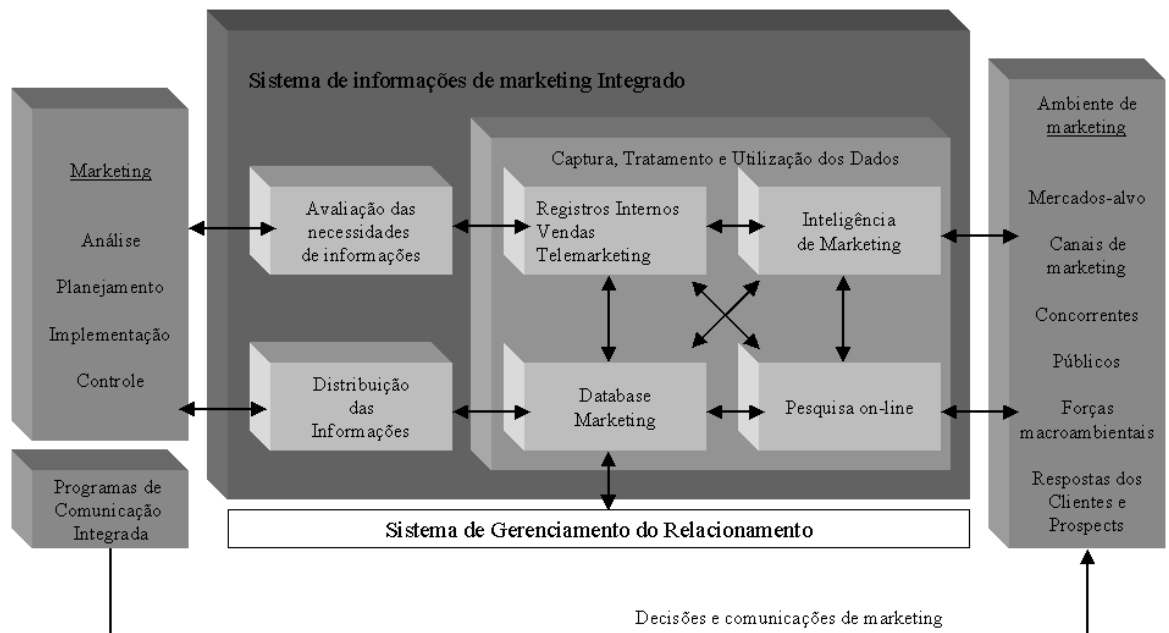
Na figura 11 destacam-se:

- O sistema de registros internos que fornece dados de resultado e envolve o ciclo pedido-pagamento e o sistema de informações de vendas;
- O sistema de inteligência de marketing que fornece dados de eventos no ambiente de marketing, buscando informações diárias através de procedimentos e fontes diversas;
- O sistema de pesquisa de marketing que corresponde à elaboração, coleta, análise e edição de relatórios sistemáticos de dados relevantes de uma situação específica de marketing;

- O sistema de apoio à decisões de marketing que é um conjunto coordenado de dados, sistemas, ferramentas e técnicas com *software* e *hardware* de suporte, por meio do qual uma empresa coleta e interpreta informações e as transforma em uma base de ação.

Na figura abaixo segue uma visualização do sistema de informações de marketing integrado onde Bretzke (1999) apresentou a inserção de elementos de tecnologia ao modelo de Kotler. A visão insere o elemento informações de clientes e prospects no ambiente de marketing e os programas de comunicação integrada à gestão de marketing. Utiliza o database marketing como sistema de apoio a decisão, utiliza o telemarketing e o elemento vendas (que pode ser automatizado utilizando Palm Top, por exemplo) no sistema de registros internos. A autora também utiliza a visão de pesquisa on-line no sistema de pesquisa de mercado.

Figura 12: Modelo de sistema de informações de marketing integrado em função do marketing de relacionamento.



Fonte: Adaptado de Kotler (1994) e Bretzke (1999).

Restringindo a visão de apoio à decisão prevista no modelo de Kotler, é possível destacar a existência de um Sistema de informações gerenciais (SIG) aplicado ao marketing, que de acordo com Stair (1996) teria a constituição e conteúdo expostas na figura 13.

Figura 13: Sistema de informações gerenciais de marketing.



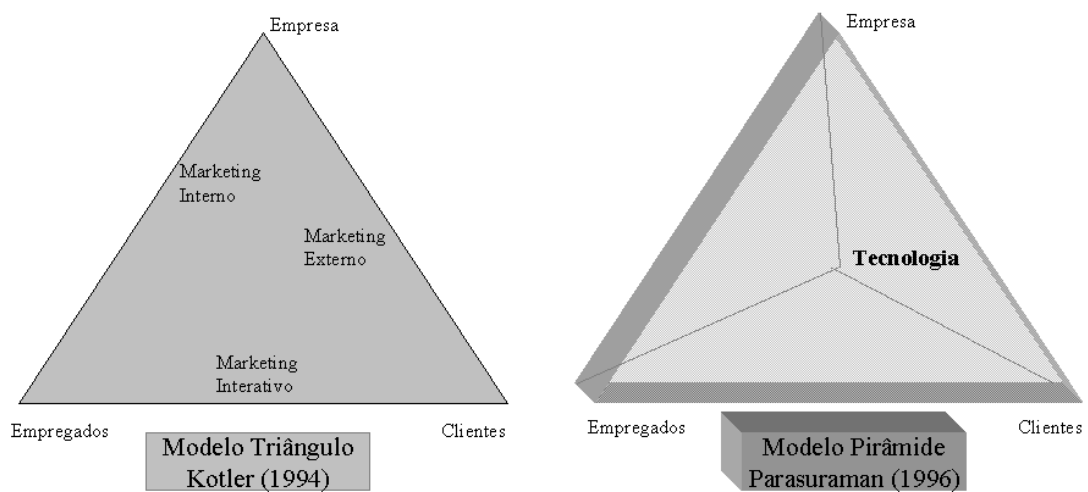
Fonte: Stair (1996).

Pôde-se ver que o SIM envolve a organização, os profissionais, o mercado e a TI. Assim é possível antever um impacto da TI nas estruturas de mercado e nas interações entre vendedores e compradores. Claramente há fortes interações entre entes tecnológicos e mercadológicos no modelo de SI desenvolvido até então. Para o modelo idealizado para a pesquisa, que se apoia nas idéias da QVL, compete investigar as pequenas adaptações necessárias no modelo base.

2.4.5 O modelo de SIM adotado para a pesquisa

Para refletir as complexidades atuais do marketing de serviços, Parasuraman e Grewal (2000) apresentaram um modelo o qual foi chamado modelo pirâmide, destacado a seguir que pode ser comparado a modelos seminais da área, tal como o modelo do triângulo de Kotler (1994).

Figura 14: Comparação de modelos de marketing.



Fonte: Parasuraman (1996, apud Parasuraman e Grewal, 2000).

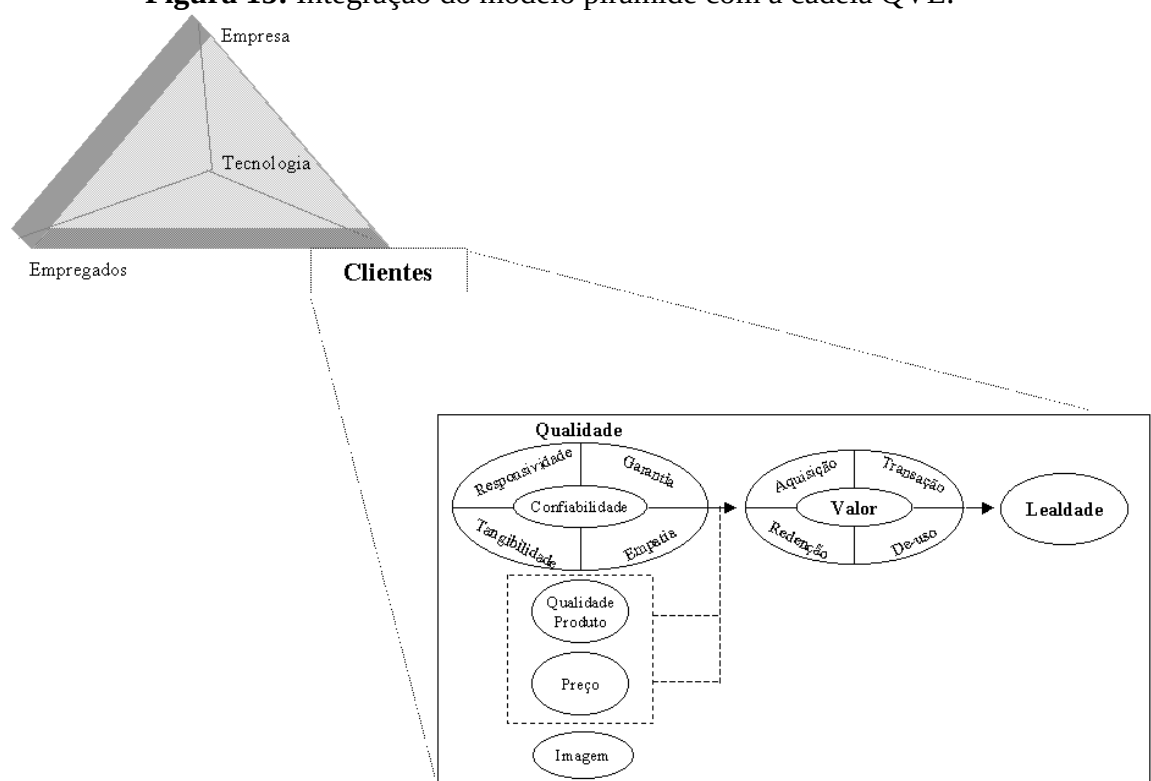
O modelo triângulo apresenta três vértices (empresa, empregados e clientes) e sugere que o efetivo marketing de serviços requer, além do marketing externo – atividades pertinentes aos 4 P's (produto, preço, propaganda e distribuição) – um marketing interno – visão dos empregados como clientes internos oferecendo condições para que eles sirvam bem ao cliente externo – e marketing interativo – onde se promove uma boa impressão no encontro entre empregados e clientes.

O modelo da pirâmide incorpora um quarto vértice, a tecnologia, enfatizando a necessidade de gerenciar efetivamente 3 novos elos: tecnologia – empresa, tecnologia – cliente e tecnologia – empregado.

Parasuraman (2000) realizou um estudo onde avaliou o elo tecnologia – cliente, pois no mercado atual, existe um amplo crescimento de produtos e serviços baseados em tecnologia e as companhias estão cada vez mais voltadas para a tecnologia a fim de dinamizar a forma como entram no mercado e servem clientes.

Antecipa-se, dessa forma, que a tecnologia vista pelo ângulo de gestão é um valor que também pode atribuir qualidade à percepção do cliente. De fato, assegura-se que percepções de qualidade, valor e lealdade, são construtos do cliente e dependem da avaliação das várias interações com a empresa, com os empregados e com a tecnologia. É nessa ótica que se pode incluir a noção da cadeia QVL no modelo pirâmide como demonstra a figura 15.

Figura 15: Integração do modelo pirâmide com a cadeia QVL.



Fonte: Parasuraman e Grewal (2000).

Chega-se, assim, à constatação de que a percepção da TI é útil e se incorpora ao modelo de marketing de serviços, visando melhorias de relacionamento externo, interno

e interativo, sendo a TI o vínculo que permite uma interação mais ampla com todos os clientes. O mercado está chamando este vínculo de CRM e por isso o estudo apresenta conceitos sobre CRM e as tecnologias que suportam esta forma de interagir.

2.5 Customer relationship management (CRM)

As empresas tendem a se nivelar em relação a novos produtos, baixos custos de produção e qualidade de atributos. O diferencial estaria na qualidade do serviço e na gerência do relacionamento. O *Customer Relationship Management* – CRM, é uma plataforma que incrementa este aspecto.

Em detalhe, o CRM é um conjunto de conceitos, construções e ferramentas compostas por estratégia, processo, *software* e *hardware* (BRETZKE, 2000). Segundo Newell (2000) é um processo de modificar o comportamento do cliente ao longo do tempo, aprendendo a partir de cada interação, pelo fortalecimento das relações entre o cliente e a empresa. Para Brown (2000) é o processo de adquirir, reter e aumentar clientes rentáveis, requerendo assim um foco claro nos atributos do serviço que representem valor para o consumidor e criem lealdade.

Partindo dos autores citados, percebe-se que o CRM não é apenas uma ferramenta, mas também um conceito associável ao marketing de relacionamento. De fato, através do aprimoramento das interações com o consumidor é possível construir diversos elementos do relacionamento como expansão das formas e meios de comunicação e principalmente do entendimento das informações sobre o cliente.

Na prática, ele pode ser compreendido como um processo que incorpora uma ferramenta sistêmica, através da qual se busca otimizar o relacionamento com clientes, a partir do melhor entendimento de suas reais necessidades. A ferramenta possui um conjunto de funcionalidades que possibilitam auxiliar as ações estratégicas de relacionamento.

A implantação do CRM, na visão de Bretzke (2000), facilita a transição para uma nova estrutura organizacional, mais ágil e descentralizada, pois favorece à redução de níveis hierárquicos, e oferece uma visão única do cliente para toda a empresa, além de disponibilizar informações em tempo real para o atendimento e tomada de decisão.

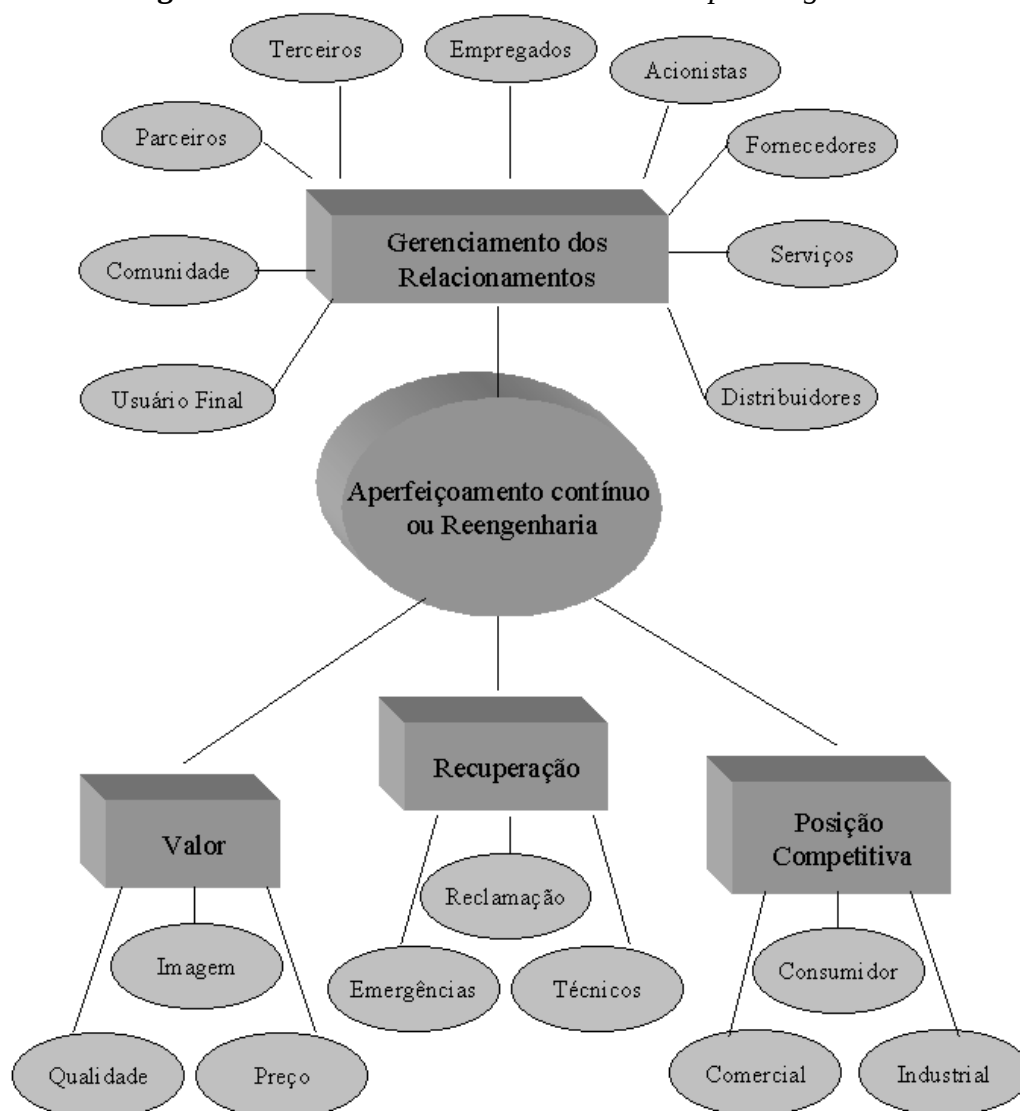
O CRM pode auxiliar nos mais diversos segmentos de mercado visto que, segundo Fletcher (1995), diferentes mercados não requerem diferentes filosofias de marketing mas, simplesmente, uma aplicação diferente da filosofia baseada na análise e entendimento do mercado.

O objetivo do CRM é conforme a opção conceitual do estudo, prover a empresa de meios mais eficazes e integrados para atender, reconhecer e cuidar do cliente, em tempo real e transformar esses dados em informações. Brown (2000) também vê como **factível que o CRM seja utilizado para criar lealdade**, reconquistar consumidores, variar os tipos de venda e conquistar novos clientes. É justo a visão destacada que se quer ressaltar neste estudo, o uso da QVL em associação ao CRM na busca efetiva da lealdade.

2.5.1 Estruturação do CRM

Segundo Anton (1996), os elementos que compõem o CRM mostram a complexidade de sua implantação como está retratado na figura 16.

Figura 16: Estrutura do *customer relationship management*.



Fonte: Anton (1996).

Anton (1996) mostra que o gerenciamento do relacionamento ocorre não apenas com o cliente final, mas também com diversas outras entidades como os empregados, fornecedores e acionistas, o que é consistente com os modelos da seção 2.3.5.

Além disso, este relacionamento está continuamente sendo revisto nos requisitos que agregam valor (qualidade, preço e imagem), que promovem a recuperação/manutenção (reclamação, emergência, técnicos) e oferecem uma posição competitiva (comercial, consumidor e industrial).

Percebe-se também na figura 15, embora de forma mais restrita, a associação qualidade – valor, como contributiva a um aperfeiçoamento da relação com o cliente. O que se perseguirá é demonstrar que essa combinação qualidade x relacionamento influencia a noção de lealdade.

O aspecto preço já foi discutido amplamente na literatura. Voss, Parasuraman e Grewal (1998) sugerem que a consistência do preço-desempenho é um moderador importante do impacto que as expectativas do pré-compra têm nas avaliações do pós-compra.

Por último, a imagem da empresa, que está fortemente representada por sua marca, também tem merecido atenção dos pesquisadores. Uma marca é um nome, termo, símbolo, desenho que deve identificar bens ou serviços de uma empresa, diferenciando-os dos da concorrência. Todas as empresas lutam para estabelecer uma marca sólida, forte e favorável.

Uma marca pode evocar significados como: atributos, benefícios funcionais e emocionais, valores e cultura da empresa, personalidade e usuários. Kotler (2000) relaciona ao cliente cinco tipos de atitude em relação à marca:

- O cliente troca de marca principalmente por razões de preço;
- O cliente está satisfeito e não há razão para trocar de marca;
- O cliente está satisfeito e incorrerá em custos se trocar de marca;
- O cliente valoriza a marca e a considera parte de sua vida;
- O cliente é devotado à marca.

O patrimônio de marca relaciona-se diretamente ao número de clientes inclusos nas três últimas classes e também ao grau de reconhecimento da marca, à qualidade percebida na marca, a fortes associações emocionais e mentais e a outras propriedades

como patentes, marcas comerciais e relacionamento nos canais, o que só ressalta a importância do componente imagem como atributo da dimensão valor.

Vitais, como elemento na estruturação do CRM, são os programas de recompensa a lealdade, que estão sendo amplamente utilizados no mercado na busca da fidelização. Segundo Bolton, Kannan e Bramlett (2000) a principal inferência à respeito do efeito do programa da lealdade é que membros destes programas negligenciam ou minimizam avaliações negativas da companhia face à concorrência. Possivelmente percebem que estão obtendo serviços melhores pelo preço, ou seja, um bom valor.

Um programa de lealdade reforça as percepções dos clientes sobre proposições de valor e faz com que estes minimizem sua criticidade nas avaliações da companhia, face a seus concorrentes, nas suas decisões de recompra. Tal ações conduzem a rendimentos aumentados devido a poucos cancelamentos e níveis mais elevados do uso do serviço.

2.5.2 CRM: O enfoque de TI

A tecnologia da informação pode ser usada para medir a consistência dos serviços. Nesta situação, maior é a importância da qualidade do relacionamento em cada transação (FLETCHER, 1995). Esta afirmação reforça a necessidade do uso da tecnologia como instrumento de captação da qualidade do relacionamento empresa – cliente.

As ferramentas da tecnologia da informação disponíveis atualmente facilitam a mensuração e o gerenciamento do relacionamento. Elas possibilitam a redução do ciclo de processo e do tempo de resposta, redução de custos e inovação no desenvolvimento de novos produtos (ANTON, 1996). Ademais propiciam a ação de escutar o cliente.

A aplicação de TI que se conhece como plataforma de CRM é composta por uma solução típica de *call center* mais a informatização de outras atividades de marketing e vendas as quais se integram aos demais sistemas da empresa (BRETZKE, 2000).

Segundo Bretzke (1999), o impacto da tecnologia sobre a filosofia de marketing tem sido tão marcante que o *database* marketing e os sistemas de informatização da força de vendas se tornaram a resposta mais efetiva na orientação das empresas em suas atividades para o mercado.

As principais soluções disponíveis no mercado integram vendas, marketing, serviço ao cliente, tecnologia de internet. Suas funcionalidade e módulos abrangem:

- *Call center*;
- Informatização da força de vendas (IFV);
- Gerenciamento de mídias (fax, *e-mails*);
- Suporte e assistência técnica;
- Gerenciamento de contratos;
- Administração de vendas;
- Controle de qualidade;
- DBM.

Bretzke (1999) realizou uma pesquisa com as 100 principais empresas brasileiras e identificou os principais projetos de informatização das áreas de marketing e vendas. Os projetos identificados como mais representativos foram os seguintes:

a) IFV: informatização da força de vendas

É o projeto que visa dotar o vendedor de uma estação de trabalho local ou remota (*notebook*, *handheld* etc.) que normalmente está integrado ao sistema transacional, e que possui o cadastro básico do cliente, o qual pode ser enriquecido com informações adicionais do perfil do cliente e dos principais agentes do processo decisório.

O principal objetivo da IFV é automatizar as vendas de campo (externas), para otimizar e agilizar o processo de negociação, facilitar o planejamento, captar os pedidos de venda e informações do cliente.

b) SAC: sistema de atendimento ao cliente

É o projeto que visa informatizar o ponto de atendimento (PA) do telemarketing receptivo, que faz o atendimento ao consumidor final. O *software* permite registrar dados como nome, endereço e motivo da chamada porém, o nível de informação exigido no atendimento depende da empresa e do modelo de relacionamento adotado.

O principal objetivo é atuar como canal de comunicação respondendo às solicitações como: reclamação e sugestão de melhorias, informações sobre ponto de venda, rede autorizada, postos de atendimento e outros tipos de manifestação.

c) DBM: *database* marketing

O conceito de DBM é controverso podendo assumir significados e abrangência completamente diferentes. Classicamente, o *database* marketing é uma evolução do conceito de armazenamento em sistemas de informações de marketing, que se integra ao sistema transacional da empresa, extraindo dados, realizando tratamentos estatísticos em tempo real, provendo os departamentos com informações para uma atuação imediata sobre os clientes atuais e potenciais, baseando-se em uso de uma avançada linguagem de consulta de dados.

O objetivo do DBM é fornecer informações que permitam à empresa criar e manter um canal de comunicação direta e objetiva com o mercado viabilizando: criar um relacionamento com os clientes, neutralizar ações da concorrência, intensificar um programa de fidelização, manter programas sistemáticos de conquista de clientes, apoiar os programas de marketing direto, aperfeiçoar abordagens ao cliente e possibilitar a segmentação de mercado para identificar nichos e direcionar campanhas.

d) Administração de Vendas

É o projeto que permite registrar o pedido, consultar o estoque e integrá-los, por exemplo, ao planejamento e controle da produção. Normalmente é utilizado por empresas que não têm um sistema de gestão integrado (ERP) ou onde os sistemas existentes não atendem às necessidades desta área.

O objetivo do *software* é otimizar o ciclo de vendas, desde o planejamento até a liberação dos pedidos, reduzindo os tempos de análise e processamento.

Além das oportunidades tecnológicas detectadas e discutidas nesta seção, um item absolutamente essencial para uma eficaz aplicação de ferramentas CRM é o *data warehouse*. Segundo Inmon (1997), o *data warehouse* é um conjunto de dados baseado em assuntos, integrado, não volátil e variável em relação ao tempo, de apoio às decisões gerenciais. A figura 17, a seguir, apresenta as diversas possibilidades de uso da ferramenta com foco no cliente.

Figura 17: Data warehouse do cliente.



Fonte: Brown (2000).

A extensão de possibilidades apresentadas na figura 16 demonstra a dimensão de utilidade do *data warehouse* na implantação de ferramentas CRM. A sua utilização se torna indispensável quando da utilização de grandes massas de dados as quais não poderiam ser tratadas por ferramentas mais simples, comprometendo a performance e até a integridade dos dados da aplicação.

2.5.3 CRM – um pacote integrado

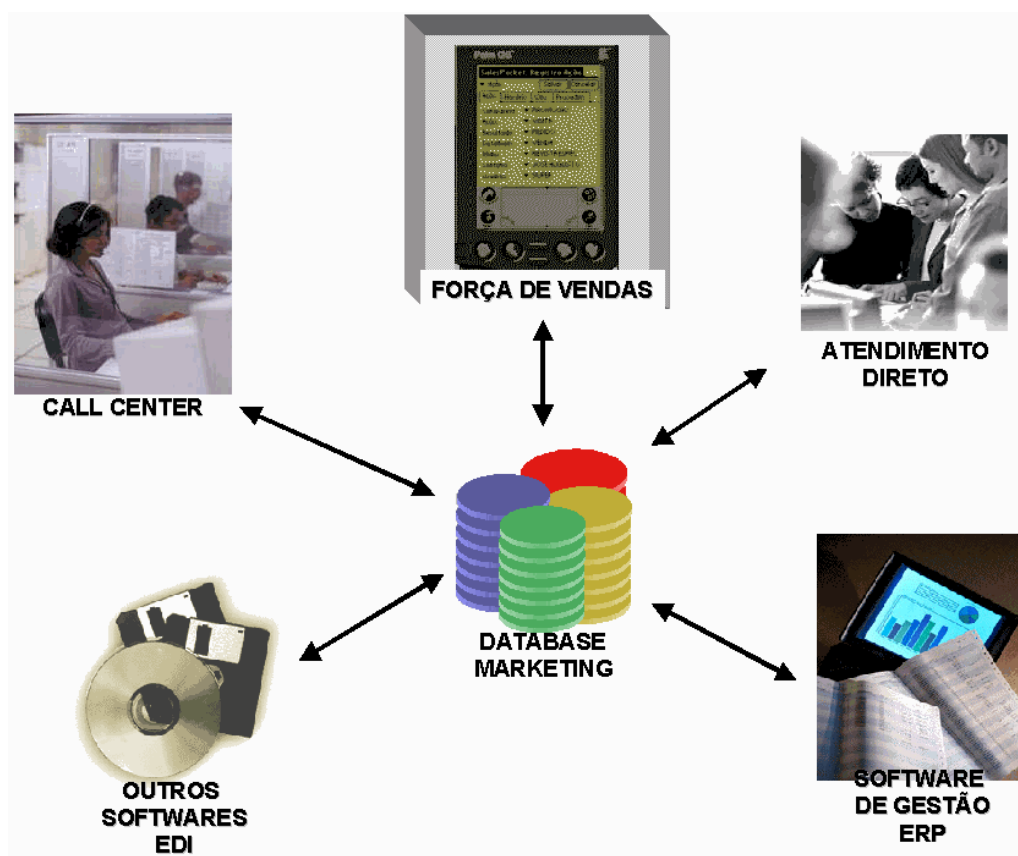
Como foi visto, o CRM além de estratégia e processo, é também um composto tecnológico em si mesmo. Tal tecnologia visa dotar as áreas de marketing e vendas de um sistema único para gerenciar o relacionamento com o cliente.

A plataforma permite registrar qualquer contato com o cliente atual e potencial, de forma integrada, e está interfaceada com o sistema de gestão, o tradicional sistema de informações de marketing e outros *softwares* complementares (BRETZKE, 1999)

Seu principal objetivo é a prática dos preceitos do marketing de relacionamento e suas principais funções são: informatização da força de vendas, comunicação integrada, administração do pedido, digitação ou recepção eletrônica, interface para equipamentos remotos, suporte a EDI, simulação de carteira para despacho, suporte para operações financeiras, propostas de negociação com mecanismos de prática de descontos diferenciados, metas, administração da força de vendas, previsão de vendas, monitoramento da concorrência, sistema de informações, integrando todas as informações no *database marketing*.

Como se vê, todos os conceitos anteriores e suas implementações combinadas em uma única versão (pacote) conta com vários exemplares implementados no mercado. Sua visão geral é exibida na figura 18.

Figura 18: Exemplo de integração de ferramentas CRM.



Esta ferramenta, por sua função integradora, é identificável como a mais próxima, do ponto de vista de informatização de processos e funções, dos preceitos do marketing de relacionamento abordados até aqui e utilizados nesta dissertação. Cabe agora questionar o quanto a inserção de uma tecnologia deste tipo, como também de seus componentes individualmente, podem auxiliar no incremento das dimensões condutoras à lealdade.

2.5.4 Estratégia para implantação de CRM

Bretzke (2000) recomenda que a estratégia de CRM seja implantada em quatro etapas: definição e planejamento do modelo de relacionamento, redesenho dos processos, seleção da solução e implantação da tecnologia de CRM.

Para Brown (2000), são cinco os elementos requeridos para implementar uma estratégia de CRM: estratégia, segmentação, tecnologia, processo e organização.

Nos dois enfoques, toda a definição estratégica e de preparação da organização ocorre antes mesmo da seleção do sistema a ser implantado. A tecnologia de CRM, sem o redesenho dos processos e de um modelo de relacionamento não conduzirá aos objetivos pretendidos (BRETZKE, 2000).

Segundo Greenberg (2002), são quatro os passos fundamentais para a elaboração de uma estratégia de CRM: a definição do cliente, os objetivos da estratégia, os elementos da estratégia e a implementação do programa.

Na visão de processos, é necessário definir quais os que estão relacionados à percepção de qualidade e valor para o cliente.

2.5.4.1 CRM e os processos de relacionamento

Bretzke (2000) classificou em cinco os processo-núcleo do negócio, que estão diretamente relacionados com o cliente: desenvolvimento de novos produtos, administração do ciclo do pedido, serviços ao cliente, relacionamento e gestão do estoque.

Segundo Srivastava et. al. (1999), o CRM é um dos 3 principais processos de negócio que geram valor para os consumidores – juntamente com gerenciamento do desenvolvimento de produtos e da cadeia de suprimentos. Através do CRM, a organização executa a tarefa de apontar os aspectos que identificam os consumidores, cria

conhecimento sobre estes e formata a percepção dos clientes sobre a organização e seus produtos e constrói relações.

O CRM como um dos macro processos do negócio, apoia-se em subprocessos relevantes, entre os quais:

- Identificação de potenciais novos consumidores
- Determinação das necessidades de clientes atuais e potenciais
- Aprendizado sobre uso de produtos e aplicações
- Desenvolvimento e execução de programas de propaganda
- Desenvolvimento e execução de programas de promoção
- Desenvolvimento e execução de programas de serviços
- Desenvolvimento e execução de programas de vendas
- Investimentos em TI / Sistemas de contato com clientes
- Gerenciamento de grupos de visita em loco aos consumidores
- Promoção da confiança e lealdade do cliente
- *Cross-selling* e *upselling* de ofertas de serviço de produtos

Para Anton (1996), a empresa é na verdade uma integração de grupos multifuncionais e multidisciplinares cada um com um propósito e um produto ou serviço a oferecer ao consumidor. Os processos internos têm uma forte importância e impacto sobre o consumidor externo e as fases que devem ser mensuradas e, conseqüentemente, gerenciadas para obter sucesso são apresentadas na figura 19.

Por questões práticas para a pesquisa, serão selecionados do modelo exibido na figura 19 os processos relacionados à qualidade de serviços, pois estes são mais adequados ao foco do estudo.

Figura 19: Processos de relacionamento.

Fonte: Anton (1996).

2.6 Modelo conceitual da pesquisa

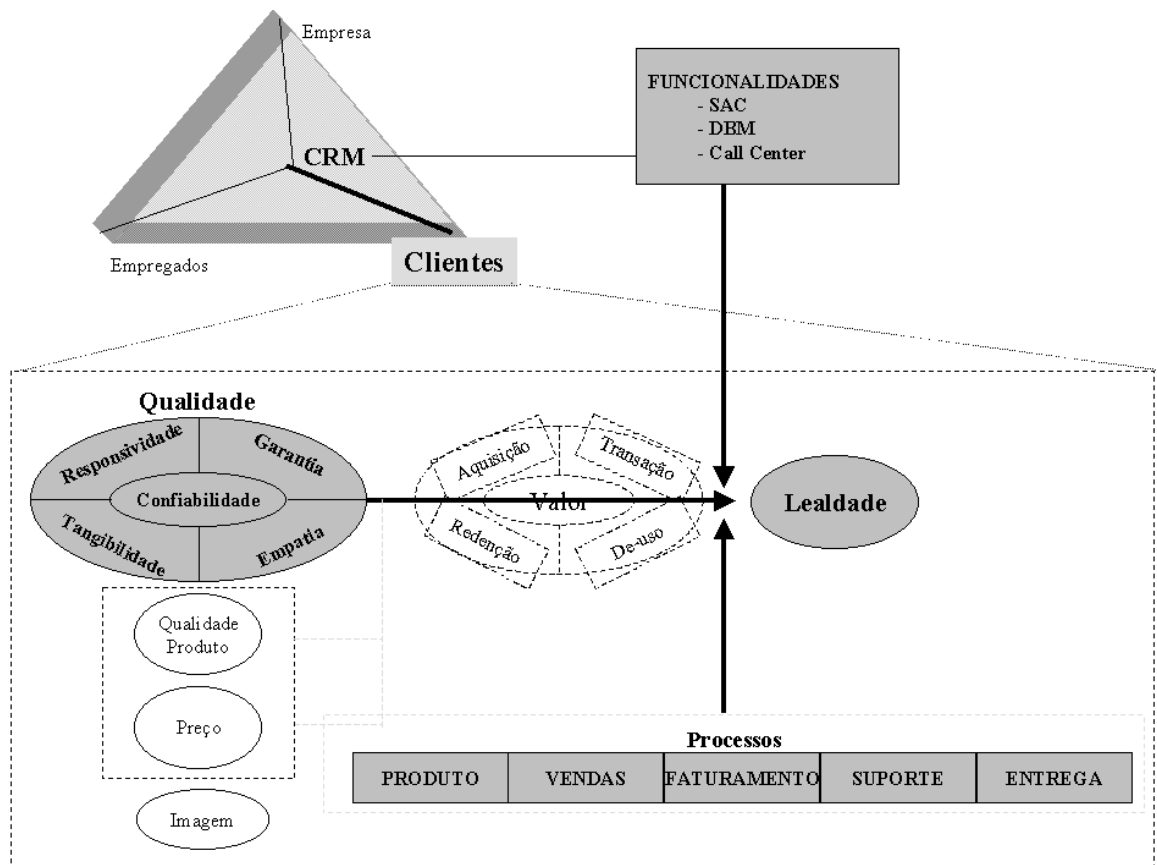
É importante determinar se os mesmos fatores conceituais estabelecidos numa pesquisa, num serviço interpessoal, são relevantes em um ambiente baseado em tecnologia. Diante deste tipo de questionamento, Parasuraman e Grewal (2000) consideraram pertinente avaliar como a tecnologia, e os 3 novos elos relacionados a ela, pode influenciar a percepção disposta na cadeia QVL.

Para aqueles autores, mensurar se as definições e a importância relativa das cinco dimensões de qualidade de serviço mudam quando os clientes interagem com tecnologia é excelente direcionamento de pesquisa. Neste sentido, há boa sintonia com o escopo que se propõe neste estudo, qual seja: avaliar se a adoção do CRM aumenta a

qualidade percebida, no âmbito da cadeia QVL, a fim de potencializar a obtenção da lealdade do cliente. Portanto, será avaliada se a interação dos clientes com as tecnologias que suportam o CRM aumenta a qualidade percebida no âmbito da cadeia QVL.

Concluindo a revisão da literatura, apresenta-se um modelo utilizando as dimensões de qualidade e valor da cadeia QVL e a visão de processos apresentada por Anton. O CRM está representado como o vértice tecnologia do modelo pirâmide.

Figura 20: Modelo conceitual da pesquisa.



Fonte: Adaptado de Parasuraman e Grewal (2000), Parasuraman (1996), Anton (1995) e Bretzke (1999).

Este modelo fundamenta a operacionalização da pesquisa e é determinante para a escolha de um método que permita a implementação da mesma, a fim de avaliar se a intenção detectada na literatura revela-se na prática, no campo de pesquisa.

3

Metodologia

A princípio é apresentado um perfil do caso a ser estudado, seguido de uma definição das variáveis estudadas na pesquisa. Em seguida, é apresentado o delineamento da pesquisa, onde a ênfase é dada na explicação do tipo e natureza da pesquisa e do instrumento de coleta de dados. Por fim, são apresentados os procedimentos adotados para a coleta e análise dos dados.

3.1 O método da pesquisa

Segundo Yin (1994) a estratégia utilizada depende do tipo de pergunta de pesquisa, da extensão do controle do pesquisador sobre os eventos e se o foco é contemporâneo ou histórico. O quadro a seguir mostra que estratégia utilizar segundo estes critérios.

Quadro 4 – Situações relevantes para estratégias de pesquisa diferentes.

ESTRATÉGIA	Pergunta de Pesquisa	Controle sobre os eventos comportamentais	Foco em eventos contemporâneos
Experimento	Como, por que	Sim	Sim
Survey	Quem, o que, quando, quanto, quantos	Não	Sim
Análise de documentos	Quem, o que, quando, quanto, quantos	Não	Sim/Não
Historia	Como, por que	Não	Não
Estudo de caso	Como, por que	Não	Sim

Fonte: Yin, 1994

Apesar da literatura sobre qualidade de serviço ser bastante extensa, o seu estudo com foco em tecnologia da informação, especialmente em CRM, ressen-te-se de maior representatividade acadêmica. Em cenários com esta configuração, a opção pelo método de estudo de caso é uma boa prática.

Segundo Bryman (1992), estudos de caso podem ser úteis para fornecer um entendimento de áreas de funcionamento organizacional que não são bem documentadas e que não são simples para investigar através de um contato curto com a organização.

O estudo de caso é a estratégia preferida quando as perguntas “como” ou “por que” estão sendo postas, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os eventos e quando o foco é um fenômeno dentro do contexto da vida real. Os estudos de caso podem ser exploratórios, descritivos e explicativos (YIN, 1994).

Os estudos de caso podem ser empregados de uma maneira exploratória de forma a alcançar percepções de uma área pouco desenvolvida e podem ser utilizados para testar teorias e também permitir que descobrimentos de outros estudos sejam confirmados.

Os estudos de caso admitem o uso de um amplo conjunto de técnicas de coleta de dados e compreendem um número de ênfases, que os distinguem de muitas pesquisas quantitativas em particular. Há ênfases, por exemplo, no contexto em que a organização está inserida, cabendo detalhamento por departamento, evento ou pessoa, o que cria uma referência da situação tanto para o pesquisador quanto para o leitor (BRYMAN, 1992).

Como contraponto a essa vantagem, há conhecidas limitações. Segundo Bryman (1992), uma das principais razões para ataque aos estudos de caso foi a visão prevalente de que não é possível generalizar os resultados das pesquisas derivadas de um estudo de caso.

Nesta pesquisa o caso estudado foi uma organização do segmento de saúde, mais especificamente no segmento plano de saúde.

3.2 O caso: uma organização do segmento saúde

O segmento saúde foi selecionado para a condução deste estudo devido ao fato de seus processos se adequarem à visão de qualidade de serviço. Também, reconhece-se, pela franquia de acesso do pesquisador aos processos chave do negócio.

O que caracteriza a empresa como um caso a estudar é o seu comprometimento com a qualidade do serviço prestado, a busca da vanguarda tecnológica e a disposição gerencial para investir em TI em busca de um melhor relacionamento com os clientes.

A razão para uma empresa deste tipo buscar um melhor relacionamento com os seus clientes, deve-se ao fato de que em uma nova atmosfera de competição, fornecedores da área de saúde estão percebendo que precisam ter mais foco no cliente por várias razões (ANTON, 1996):

- A redução dos benefícios do seguro, o aumento dos co-pagamentos (empregado e empregador pagam o plano em parceria, ao invés de ser apenas o empregador) e cobrança de parte dos serviços adquiridos (cobra-se uma pequena parte de cada consulta ou exame médico para diminuir o uso indiscriminado do plano) estão se tornando mais freqüentes;
- Os pacientes valorizam o seu tempo e não estão dispostos em desperdiçá-lo aguardando atendimento. A função passiva dos pacientes está sendo substituída por uma demanda ativa por um serviço personalizado, atencioso e cortês a um preço razoável;
- Com os concorrentes ávidos por conquistá-los, os clientes não se satisfazem com atendimentos abaixo de um certo nível. Eles podem adquirir os serviços de saúde ou podem decidir trocar por um serviço fornecido por outro. Pacientes que estão satisfeitos, ou encantados, estão mais aptos a usar o serviço de saúde novamente no futuro.

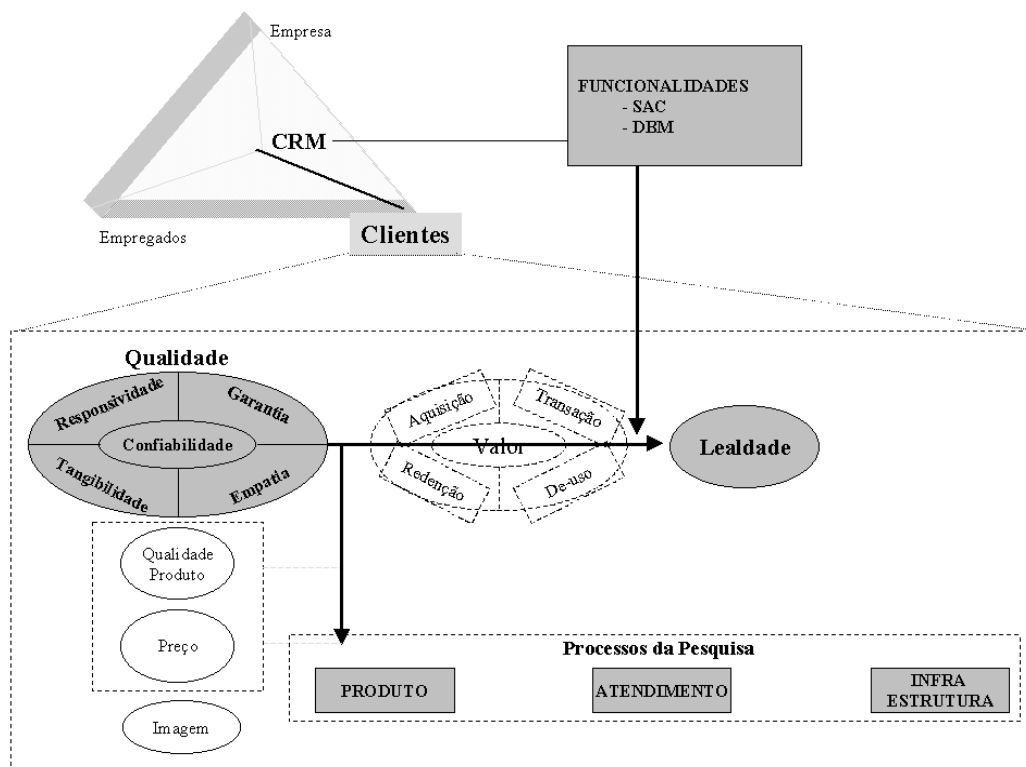
Diante destas razões, o segmento e a empresa foram vistos como interessantes para serem avaliados pela pesquisa. Para tal fim, o modelo apresentado foi adequado ao foco da pesquisa. Os itens abaixo citados foram selecionados porque são potencialmente mais sensíveis ao impacto do CRM e vitais para a organização:

- Foi avaliado o elo tecnologia – cliente, sendo o vértice tecnologia abordado do ponto de vista das funcionalidades do CRM (mesmo que em caráter preliminar);

- As funcionalidades do CRM, foram representadas por sistema de atendimento ao cliente, call center e *database marketing*;
- Foi mensurada a desconfirmação das expectativas quanto a qualidade de serviços de alguns processos, do ponto de vista dos clientes;
- Os processos avaliados foram selecionados a partir dos processos que afetam o consumidor;
- Foi avaliado se a inserção de alguma das funcionalidades do CRM tem influência sobre a percepção de qualidade e, por consequência, sobre a lealdade dos clientes.

A operacionalização dos itens observados no esforço de pesquisa derivam do modelo conceitual apresentado e são aqui representados pela inserção das setas fortes.

Figura 21: Operacionalização do modelo da pesquisa: QVL sob a influência do CRM.



A seguir será estruturado o estudo de caso, apresentado detalhadamente seção por seção, a fim de relatar todo o esforço metodológico do estudo.

3.3 Operacionalização de termos e variáveis

O quadro 4, na página seguinte, demonstra a referência conceitual adotada para esta pesquisa e delimita a operacionalização das variáveis, com a necessária adequação à realidade da empresa do segmento saúde. As questões que compõem os construtos passaram por uma etapa de adaptação, validação e teste.

Quadro 5: Operacionalização das variáveis.

Construto/Variável	Operacionalização	Referência Constitutiva
Qualidade		
Confiabilidade	SERVQUAL ADAPTADO	Parasuraman e Grewal (2000) e Oliver (1980b)
Responsividade		
Garantia / Segurança		
Empatia		
Tangibilidade		
Processos		
Agendamento	SERVQUAL ADAPTADO	Anton (1996) e Bretzke (2000)
Atendimento na Recepção		
Atendimento Médico		
Funcionalidades		
DBM (<i>database marketing</i>)	PERGUNTAS OBJETIVAS DERIVADAS DAS ENTREVISTAS	Bretzke (1999)
SAC (Sistema de Atendimento ao cliente)		
Call Center		

3.4 Delineamento da pesquisa

De acordo com a definição do problema, para que os objetivos propostos fossem atingidos, foi necessário aplicar um estudo de caso através de uma pesquisa descritiva de caráter exploratório .

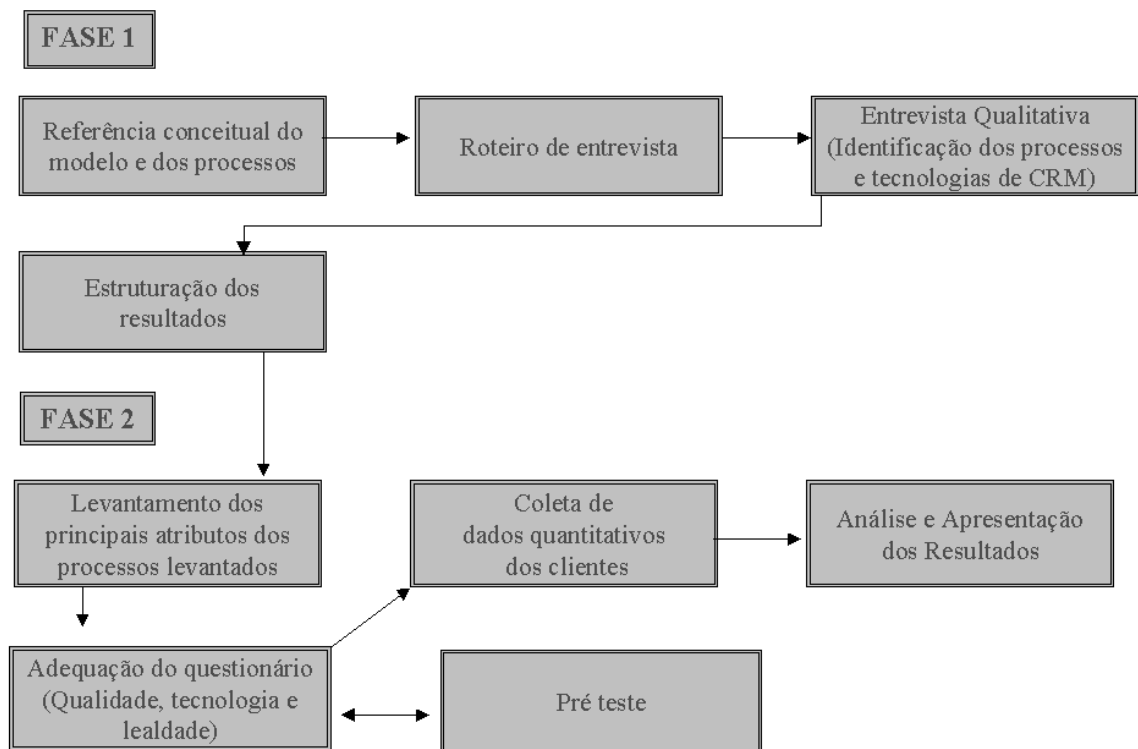
Pode-se classificar este trabalho como sendo uma pesquisa exploratória, descritiva, a partir de um estudo de caso, caracterizada como do setor lucrativo, por ter sido realizada numa instituição com o objetivo de obtenção de lucro, de origem positiva, por tentar explicar, descrever e entender atividades ou fenômenos, delineada de forma corte-seccional, por terem sido os dados coletados de uma única amostra da população alvo em um determinado momento do tempo e desenvolvida em condições naturais.

Segundo Kinnear e Taylor (1996), a pesquisa exploratória é a mais apropriada para a fase inicial da tomada de decisão. Com ela é possível obter uma investigação preliminar da situação com o mínimo de custo e tempo.

Os estudos exploratórios também permitem ao pesquisador aumentar sua experiência em torno de determinado problema, delimitar com maior segurança uma teoria demasiado ampla e encontrar os elementos necessários para obter determinados resultados (TRIVIÑOS, 1987).

Nesta pesquisa, foi também necessário utilizar uma estratégia combinando duas fases distintas de pesquisa, em que foram aplicadas técnicas qualitativas e quantitativas, através de entrevistas e questionários, o que é indicado em estudos de caso, de acordo com Bryman (1992, p. 175): “Estudos de caso oferecem uma das principais arenas nas quais pesquisas qualitativas e quantitativas podem ser combinadas. A maioria das pesquisas de estudos de caso envolvem mais de um método de coleta de dados”.

As duas fases da pesquisa estão discriminadas na figura a seguir que apresenta o desenho de pesquisa:

Figura 22: Desenho de pesquisa.

FASE 1 – Foram identificados os processos-chave no relacionamento com o cliente e que estão envolvidos na sua percepção de qualidade, determinando quais os processos que serão avaliados. Foram também identificadas quais as tecnologias que melhor se adequariam a melhoria dos processos escolhidos.

FASE 2 – A partir dos processos-chave de relacionamento foi realizada uma pesquisa quantitativa quanto a percepção da qualidade dos clientes, a partir da desconfirmação das expectativas sobre os atributos daqueles processos, inclusive as funcionalidades sistêmicas de CRM.

3.5 Coleta de dados

A coleta de dados ocorreu em fases e com diferentes apresentações e intenções.

Foi operacionalizada da seguinte forma:

- A princípio foi feito uma pesquisa bibliográfica com o intuito de formar uma base teórica para melhor compreender os construtos utilizados e para subsidiar a análise dos dados coletados nas fases qualitativa e quantitativa;
- Após a revisão de literatura e definição do projeto de pesquisa, foi realizada, uma coleta de dados secundários em documentos da organização que era foco do estudo. Neste ínterim foi facilitado o acesso a documentos que destacavam: o detalhamento do negócio, diretrizes estratégicas, pontos fortes e fracos, oportunidades e ameaças de mercado, perfil dos clientes, unidades de negócio dentre outros.

Em seguida realizou-se a fase 1 do estudo.

3.5.1 Procedimentos na fase 1 (perfil qualitativo)

A coleta foi realizada mediante entrevistas com gerentes e diretores da empresa pesquisada. Segundo Haguette (1992) a entrevista pode ser definida como um processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações do outro, o entrevistado.

As informações são obtidas através de um roteiro de entrevista que consiste em uma lista de pontos ou tópicos previamente estabelecidos de acordo com uma problemática

central e que deve ser seguido. É uma técnica importante que permite o desenvolvimento de uma estreita relação entre as pessoas.

A entrevista não estruturada, também chamada entrevista em profundidade, visa obter do entrevistado o que ele considera os aspectos mais relevantes de determinado problema. Através de uma conversação guiada, pretende-se obter informações detalhadas que possam ser utilizadas em uma análise qualitativa (Richardson, 1989).

Neste estudo, foram realizadas entrevistas guiadas aplicadas aos gerentes e diretores da empresa pesquisada, com o objetivo principal de identificar quais eram os atributos de qualidade nos serviços de saúde considerados mais importantes e em que hierarquia. No roteiro de entrevistas eram abordados os seguintes assuntos:

- Os principais processos de relacionamento;
- Os processos críticos;
- Os atributos destes processos;
- As tecnologias de relacionamento com clientes que podem ser utilizadas para otimizar o serviço prestado.

A aceitação e disponibilidade por parte da diretoria foi um fator facilitador do processo o que viabilizou a velocidade e clareza na coleta das informações.

As entrevistas foram realizadas junto aos diretores e aos gerentes ligados às atividades de prestação de serviços ao cliente final, no mês de julho de 2002. As entrevistas foram conduzidas pela própria autora o que possibilitou uma boa disposição para interação. Tal estratégia facilitou a captação de detalhes importantes que posteriormente puderam ser incorporados na elaboração do questionário.

3.5.2 Procedimentos na fase 2 (perfil quantitativo)

Os dados levantados na fase 1 possibilitaram a estruturação de um instrumento de coleta de dados, baseado na escala SERVQUAL, com foco nos processo-chave de relacionamento. A meta era compreender as percepções em relação às expectativas pré existentes (utilizando a escala de desconfirmação de expectativas) dos clientes quanto a qualidade desses processos. Basicamente se buscou entender:

- Como o cliente avalia cada um dos atributos de qualidade dos processos de relacionamento, através de uma escala Likert 5 pontos.
- Como o cliente avalia a inserção de tecnologias, relacionadas à funcionalidades de CRM levantadas na literatura e validadas através das entrevistas qualitativas realizadas na fase 1, através de respostas categóricas (Sim ou Não);
- Como o cliente avalia a qualidade do serviço prestado, através de respostas categóricas (Sim ou Não) e de uma nota que reflete a percepção geral da qualidade de serviço;
- A disposição do cliente a indicação da empresa e preferência de uso, para avaliar a sua lealdade, através de respostas categóricas (Sim ou Não).
- Dados sócio econômicos com o objetivo de traçar o perfil dos pacientes.

Os clientes foram selecionados de forma a representar todo o grupo de clientes da empresa. O instrumento foi aplicado *in loco*, pelo própria autora, enquanto o cliente aguardava o atendimento no centro médico. Os clientes respondiam ao questionário individualmente, sem a interferência da autora, porém podiam tirar eventuais dúvidas, já que esta se fazia presente durante todo o processo.

A aplicação dos questionários ocorreu no mês de outubro de 2002. Os clientes eram abordados na recepção dos consultórios, informados que se tratava de uma pesquisa para avaliar qualidade dos serviços da empresa e respondiam se quisessem e se sentissem à

vontade. Foram necessárias 2 semanas para a coleta de um número suficiente de questionários visto que a coleta foi realizada em três centros médicos distintos sendo um localizado no Espinheiro, outro na Imbiribeira e o último em Paulista, todos no estado de Pernambuco.

Devido ao fato do questionário ter de ser respondido antes do atendimento percebeu-se que não haveria tempo para aplicação do modelo padrão da escala SERVQUAL onde se avalia expectativa e a seguir percepção. A opção encontrada foi a escala de desconfirmação que substituiu a anterior de forma satisfatória para os propósitos da pesquisa (OLIVER, 1988 apud FARIAS, 1998).

Vale salientar que durante o pré teste, a autora pôde observar claramente que houve uma boa aceitação da escala de desconfirmação apresentando ser de fácil entendimento pelo grupo de respondentes.

A amostra desta fase da pesquisa foi determinada por conveniência, devido a restrições de tempo e viabilidade de aplicação dos questionários, tomando-se o cuidado de ser extensa o suficiente para que os resultados possam ser estendidos a todo o grupo de clientes e fixado o nível mínimo de significância da escala. A fonte da amostra foi o conjunto dos clientes já cadastrados no plano e ainda ativos, sendo o fato de estarem no centro médico aguardando o atendimento, uma garantia deste requisito.

3.5.3 Instrumento de coleta de dados

A entrevista da fase 1 teve o objetivo de levantar os pontos e processos de interação potenciais a se tornarem críticos no relacionamento, segundo o roteiro abaixo:

- Foi utilizado um enunciado de abertura explicando o propósito da pesquisa;

- O principal tópico de discussão foi em torno dos principais processos de interação entre a empresa e seus clientes;
- Após identificados os principais processos a entrevista girou em torno de como a tecnologia poderia auxiliar a otimizá-los;
- Foram utilizadas questões abertas e a discussão foi guiada com leves redirecionamentos.

O resultado alcançado foi a lista de processos críticos de relacionamento da empresa, do ponto de vista dos dirigentes, e seus principais atributos esperados. Estes atributos esperados foram a base para a adaptação das questões na aplicação da SERVQUAL na fase seguinte.

Na fase quantitativa da pesquisa, o instrumento utilizado para o levantamento dos dados foi o questionário.

Segundo Churchill (1995), a principal vantagem do questionário está em sua versatilidade, rapidez e custo. Em contrapartida, esse instrumento apresenta algumas limitações: as perguntas podem não ser respondidas, pelo fato de as pessoas não se recordarem ou nunca pensarem nos motivos que as levaram a se comportar de determinada maneira; os entrevistados podem não desejarem responder às perguntas; os respondentes podem apresentar qualquer resposta para parecerem “inteligentes”, “bem informados” ou “politicamente corretos”; ou ainda, podem sofrer algum tipo de influência, do entrevistador ou do próprio instrumento de coleta de dados (CHURCHILL, 1995; KINNEAR E TAYLOR, 1996).

O questionário aplicado foi idealizado em 4 seções descritas a seguir:

A primeira seção teve por objetivo compreender a percepção dos pacientes sobre a qualidade do serviço oferecido pelos centros médicos. Foram então aplicadas

questões estruturadas desenvolvidas com base no modelo SERVQUAL adaptado à escala de desconfirmação utilizada por Farias (1998) e desenvolvida por Oliver (1980b).

A SERVQUAL é um instrumento criado para medir as dimensões de qualidade e avaliar as expectativas e percepções dos participantes quanto à qualidade do serviço em questão. Porém, a escala foi adaptada para a utilização da escala do modelo de desconfirmação onde ao invés de medir expectativa em um instrumento e percepção em um segundo momento, o que se avalia é a desconfirmação da expectativa como já foi citado na revisão de literatura.

As dimensões que compunham o instrumento foram adaptadas a partir das entrevistas com os gestores e abordadas de forma a mensurar cada um dos processos levantados na fase 1. A seção resultou em 40 variáveis de avaliação da percepção de qualidade apresentadas em um único instrumento com a escala de desconfirmação a seguir:

Pior do que esperado 1	Quase pior do que esperado 2	Como Esperado 3	Quase melhor do que esperado 4	Melhor do que esperado 5
-------------------------------------	---	------------------------------	---	---------------------------------------

A adaptação do modelo SERVQUAL foi realizada a partir da lista dos principais atributos dos processos de relacionamento levantados nas entrevistas qualitativas. Os processos e seus atributos citados espontaneamente foram associados aos atributos levantados na revisão de literatura permitindo, trabalhar com uma base única coerente com o referencial conceitual.

O enquadramento nas cinco categorias primárias da SERVQUAL, ocorreu de acordo com a percepção da autora, comparando a definição conceitual dos atributos da categoria com o atributo específico a ser enquadrado.

O vocabulário utilizado teve uma atenção especial, pois se um item fosse mal formulado ou tivesse significado dúbio, poderia levar a respostas erradas, incompletas ou mesmo a não resposta. No universo de respondentes em que foi realizada a pesquisa, estas

dificuldades se acentuariam devido a situação de coleta (na sala de espera de um consultório) e também ao baixo nível constatado de escolaridade dos clientes.

A segunda seção do questionário refere-se à disposição do grupo de respondentes a aceitarem a inserção de tecnologias.

As questões foram elaboradas a partir das entrevistas com os gestores, a partir de intenções e possibilidades de melhorias no atendimento ao cliente caso a equipe de agendamento, recepção e os próprios médicos tivessem acesso a recursos tecnológicos com foco no relacionamento com clientes.

As questões foram elaboradas de forma a medir a aceitação ou a resistência dos respondentes à mudança de alguns processos, devido a inserção de tecnologias CRM. Foi avaliada a dificuldade do respondente em utilizar tecnologia em geral como também a sua percepção de qualidade quanto a empresas que utilizam recursos tecnológicos.

Ao final, a seção 2 resultou em 7 variáveis de avaliação da disposição ou restrição à inserção de tecnologias apresentadas em um único instrumento com uma escala categórica, dicotômica onde as respostas podiam ser “Sim” ou “Não”. Na tabulação dos questionários foi inserida a variável “mais ou menos” criada por alguns respondentes não sentirem que as opções de respostas apresentadas expressassem de fato a sua opinião.

A terceira seção do questionário foi composta por perguntas com o intuito de obter uma apreciação genérica dos Centros Médicos avaliados. As questões foram elaboradas a partir da revisão de literatura abordando a percepção de qualidade e de uso da tecnologia dos centros médico como também a lealdade dos clientes.

A seção resultou em 9 variáveis em um único instrumento sendo seis com uma escala categórica dicotômica, uma variável contínua que representava uma nota de 0 a 10 e duas variáveis qualitativas. Novamente e pela mesma razão anteriormente citada, foi necessário criar a categoria “mais ou menos” nesta seção.

Por fim, a quarta seção do questionário tinha o objetivo de coletar o perfil dos respondentes. Os dados foram baseados no cadastro básico dos clientes e também foram inseridos dados sócio-econômicos.

O modelo do questionário encontra-se no apêndice desta dissertação.

3.5.4 Pré-teste do questionário

Easterby-Smith, Thorpe e Lowe (1991, apud DUTRA, 2001) reconhecem a importância da realização do pré-teste, uma vez que o mesmo permite ao pesquisador verificar a compreensão das questões, sua sequência lógica e possibilita prever possíveis objeções na obtenção das respostas. Além disso, favorece a observância de como poderá ser feita a análise de dados e, principalmente, indica se os resultados têm sentido.

O questionário, após as devidas revisões, foi aplicado, como forma de pré-teste em setembro de 2002, a uma amostra de dez pessoas individualmente. O objetivo do pré-teste foi verificar como o instrumento se comportava numa situação real de coleta de dados. Mais precisamente, saber se o vocabulário e os termos utilizados nas perguntas seriam de compreensão dos respondentes; se as perguntas e as instruções seriam bem entendidas; se o instrumento estaria interessante; se a sequência das perguntas estaria lógica; se as opções das perguntas fechadas estariam completas; se haveria alguma objeção quanto à obtenção de respostas; e, por fim, qual seria o tempo necessário para que todas as perguntas fossem respondidas. Foram registradas algumas dificuldades em alguns termos, que, após devidamente adequados resultou no modelo final do questionário.

Apesar da aplicação do pré-teste, só na situação real de coleta de dados foram identificadas algumas restrições, principalmente pela composição do quadro amostral, como por exemplo:

- nas perguntas com respostas dicotômicas “sim” e “não”, seria necessário mais uma opção de resposta que seria “talvez” ou “mais ou menos”.
- o formato de apresentação da escala poderia ser melhor apresentado.

Estas restrições foram corrigidas ao longo da aplicação dos questionários através de esclarecimentos feitos pela própria autora.

3.5.5 Ambiente de coleta de dados

O ambiente de coleta de dados foi 3 dos centros médicos da rede própria de atendimento aos clientes da empresa escolhida para ser o caso deste estudo. Para manutenção do sigilo necessário a empresa não foi citada por seu nome de mercado.

3.6 Análise dos dados

Este estudo gerou dados qualitativos e quantitativos e cada um deles requer análise específicas. Segundo Roesch (1999) ao final de uma pesquisa de caráter qualitativo, o pesquisador se depara com uma grande quantidade de notas de pesquisa ou de depoimentos, em forma de texto, os quais devem ser organizados para depois serem interpretados. A técnica mais usual nesse ínterim é fazer uso de uma análise de conteúdo.

Nesta pesquisa, os dados qualitativos levantados nas entrevistas e nos depoimentos coletados foram analisados através de uma análise de conteúdo.

A análise e interpretação de dados quantitativos requer o emprego de uma série de técnicas, especialmente as de natureza estatística. Segundo Oppenheim (1993), o processo de análise de dados na pesquisa quantitativa envolve as seguintes fases: a análise univariada, a análise bivariada e a análise multivariada.

A análise univariada inclui frequências, médias, desvios padrões e análises gráficas. A análise bivariada inclui tabulações cruzadas e possíveis cálculos de diferentes medidas de associação entre variáveis, o que implica em serem bem definidas as variáveis dependentes e independentes. Quando o estudo requer a análise multivariada, utilizam-se medidas que buscam explorar o padrão de relações entre as variáveis, em geral, implicando a agregação destas. A análise multivariada dos dados permite, portanto, determinar que variáveis contribuem mais ou menos para explicar certos comportamentos.

Análise univariada

Foi realizada uma análise de frequência para cada questão pesquisada, permitindo verificar a representatividade da amostra e a suficiência do número de casos levantados para cada subgrupo de respondente. Os dados foram mensurados a partir de suas frequências, médias e desvios padrões.

Análise bivariada

Foram utilizados o t-test e o qui-quadrado para a comparação entre médias e demonstração da probabilidade da diferença entre médias. Quando se estiver comparando perfis, analisando os scores de similaridade e dissimilaridade, pode-se observar se existe alguma discrepância (CRONBACK E GLESSER, 1953).

Análise multivariada

Foi realizada uma análise fatorial com o objetivo primário de reduzir e sumarizar os dados (HAIR ET AL., 1998). A análise fatorial é uma ferramenta versátil para a análise de inter-relacionamentos entre um grande número de variáveis, explicando essas variáveis em termos de suas dimensões subjacentes comuns. Com essa técnica é possível tentar identificar dimensões medidas pela escala estudada. Neste estudo a análise fatorial foi feita nas dimensões de qualidade.

A regressão múltipla também foi usada neste estudo e segundo Mattar (1996) ela refere-se à natureza da associação estatística, isto é, a correspondência de uma variável critério (dependente) em relação a uma ou mais variáveis prognósticas (independentes). Esta análise procura expressar um relacionamento, mediante uma equação que interligue as variáveis e permita que, conhecendo-se os valores de uma, possa ser previsto o valor da outra. A análise de regressão múltipla é uma técnica de estatística geral através da qual se pode analisar a relação entre uma variável dependente e um grupo de variáveis independentes. Neste estudo foi testada a relação de dependência entre grupos de variáveis que serão detalhados na apresentação dos resultados. A meta perseguida foi identificar se potencialmente é possível relacionar a cadeia QVL a tecnologia sob a ótica CRM.

É importante ressaltar que, antes de qualquer análise, foram tabulados os dados dos questionários considerados válidos. Para a análise desses dados, utilizou-se o programa estatístico SPSS (versão 11.0), disponível na UFPE.

4

Resultados da pesquisa

4.1 Introdução

Este capítulo apresenta os resultados obtidos com a pesquisa. Antes de mais nada são apresentados os resultados da etapa qualitativa. A seguir são analisados aspectos referentes à verificação da base de dados e a consistência da escala de desconfirmação. E finalmente, são apresentados os resultados quantitativos.

Na primeira parte dos resultados quantitativos, é apresentada a freqüência dos dados categóricos traçando o perfil dos clientes, bem como a freqüência das variáveis de tecnologia e lealdade. Em seguida foi feita a análise univariada com médias e desvios padrões.

Na segunda parte foi feita uma análise fatorial com as variáveis de qualidade. Posteriormente foram feitas as análises bivariadas para verificar as correlações entre as variáveis de qualidade, tecnologia e lealdade.

Na terceira parte seguem as análises multivariadas, com a finalidade de verificar a relação de dependência entre as variáveis.

4.2 Entrevistas com os gestores

As entrevistas foram aplicadas aos gestores da empresa pesquisada com o objetivo principal de identificar os principais processos a estudar. O conjunto de informações levantadas serviram para a elaboração do questionário aplicado na etapa quantitativa da pesquisa.

A seguir, está apresentado o roteiro de entrevistas e suas respostas já compiladas nos aspectos mais importantes:

1. Do seu ponto de vista, qual o negócio mais interessante para ser avaliado neste momento?

De acordo com os gestores, seria mais importante, neste momento, avaliar a qualidade do atendimento dos centros médicos, ou seja, a qualidade do serviço da rede própria de atendimento ao cliente.

2. Quem é o cliente deste serviço?

De acordo com os gestores, o cliente deste serviço é o usuário final, ou seja o paciente em si e não a empresa que tem contrato com o plano de saúde.

3. Quais os principais processos de relacionamento deste serviço?

Os principais processos de relacionamento são:

- Agendamento
- Recepção
- Procedimentos - médico (consultas), internamento e diagnóstico
- Informações em geral

Por sugestão dos gestores foi decidido avaliar o procedimento de atendimento médico (consultas) por ser este o que possui maior volume de atendimentos e da inviabilidade de avaliar os três tipos de procedimentos ao mesmo tempo.

4. Quais os principais atributos dos processos de reacionamento?

Dentre os atributos levantados, muitos foram citados pelos gestores, alguns outros, questionados pela autora, baseada na literatura sobre qualidade. O quadro a seguir demonstra um quadro geral dos principais processos de relacionamento e seus principais atributos levantados e validados pelos gestores.

Quadro 6: Lista de processos e atributos.

Atributos	Processos		
	Agendamento	Recepção	Atendimento Clínico
Tangibilidade			
Instalações	X	X	X
Aparência da equipe	X	X	X
Tecnologia/equipamentos	X	X	X
Aparência do material gráfico	X	X	X
Confiabilidade			
Agilidade e facilidade no processo	X	X	X
Atendimento da maneira prometida	X	X	X
Atendimento no momento prometido	X	X	X
Atenção			
Informações exatas e precisas	X	X	X
Disponibilidade para atender o paciente	X	X	X
Garantia			
Ética – Confiança e sigilo	X	X	X
Segurança no resultado do serviço	X	X	X
Conhecimento do profissional	X	X	X
Empatia			
Atenção individual	X	X	X
Horário e Conveniência	X	X	X
Facilidade em atender necessidades específicas do paciente	X	X	X

5. Como a tecnologia poderia melhorar o serviço prestado se implementada nestes processos? Como a inserção de tecnologias pode auxiliar a melhorar a qualidade dos seus serviços do ponto de vista dos clientes? Em que processos haveriam melhorias? Que atributos seriam otimizados?

Quanto a questão de inserção de tecnologias, os gestores apresentaram várias idéias de como eles acreditam que poderiam prestar um melhor serviço. A seguir está relatado um trecho de um dos diretores da empresa:

“Certamente entendo que a tecnologia é de fundamental importância para que a empresa possa prestar um serviço de melhor qualidade. Investimentos em tecnologia irão trazer uma agilidade maior no atendimento dos nossos usuários bem como permitir controles mais eficientes. Além disto considerando que a prestação de serviços enquanto operadora de planos de saúde e prestadora de serviços médicos, é bastante dinâmica, entendo que a priorização de investimentos em tecnologia nos trará a possibilidade de apresentar flexibilidade na composição de produtos bem como a possibilidade de estar sempre antecipando tendências de mercado.”

Um outro gestor nos apresentou as seguintes idéias:

“Um paciente diabético precisa se consultar de 6 em 6 meses. A empresa poderia ligar para lembrá-lo e agendar a consulta. O médico no atendimento teria o histórico do cliente e faria uma consulta mais aprimorada”.

O quadro a seguir resume a visão dos gestores dos processos e atributos que seriam melhorados com a inserção de tecnologias CRM:

Quadro 7: Processos e atributos beneficiados com a tecnologia de CRM

PROCESSOS	ATRIBUTOS
Agendamento /Confirmação	Agilidade
Atendimento da recepção	Confiabilidade
Atendimento médico	Pró atividade
	Personalização

Ao final, foram coletadas informações suficiente quanto aos diversos processos de relacionamento, as quais foram utilizadas no questionário aplicado aos clientes.

A seguir serão apresentados os resultados quantitativos da pesquisa.

4.3 Verificações e validações

Antes de dar início à análise dos resultados quantitativos, foi realizada a verificação de valores estranhos. Nessa verificação, foi dado ao computador o comando de busca por valores de cada variável que não tenham sido previamente estabelecidos .

Foram encontrados seis valores diferentes da codificação pré definida na base de dados, provavelmente por erro de digitação, os quais foram corrigidos a partir da consulta aos questionários. Mais uma vez foi precedida a verificação, contudo, como não foram mais encontradas quaisquer dessemelhanças com a codificação esperada, deu-se continuidade à análise dos dados, através da verificação da consistência interna das escalas.

Após a verificação dos valores estranhos ao banco de dados da pesquisa, foi realizada a verificação da consistência interna das escalas, cuja finalidade é avaliar se as escalas utilizadas medem o que se propõem medir.

Para estimar a confiabilidade de uma escala, o pesquisador dispõe de algumas ferramentas, tais como: o método teste-reteste, o método de formas alternativas e a consistência interna (MALHOTRA, 1996). Embora a precisão da pesquisa pudesse ser melhor explicada com a utilização simultânea desses métodos, optou-se por utilizar exclusivamente a consistência interna através do coeficiente *alpha* de Cronbach, em que a

consistência interna de um conjunto de itens é avaliada quando vários itens são somados para formar um escore total para a escala.

Churchil (1995) afirma que a medida recomendada da consistência interna de um conjunto de itens é dada pelo coeficiente *alpha* o qual resulta diretamente das associações do modelo de amostra de domínio. O coeficiente *alpha*, na sua ótica, deveria ser a primeira medida que calcula a qualidade do instrumento.

De acordo com Richardson (1989), um coeficiente de confiabilidade será sempre representado por um valor numérico que irá variar de 0 a 1. Tal coeficiente reflete a estabilidade ou consistência das medições obtidas por meio de determinado instrumento. Em algumas situações, esses valores podem ser negativos, notadamente quando não existem itens correlacionados positivamente. Entretanto, quanto mais próximos os valores de *alpha* estiverem de 1, maior será a consistência interna dos dados. Nunnally (1967) defende que os itens cujo coeficiente *alpha* sejam inferiores a 0,5 devem ser retirados do questionário, uma vez que esses valores representam baixa consistência interna.

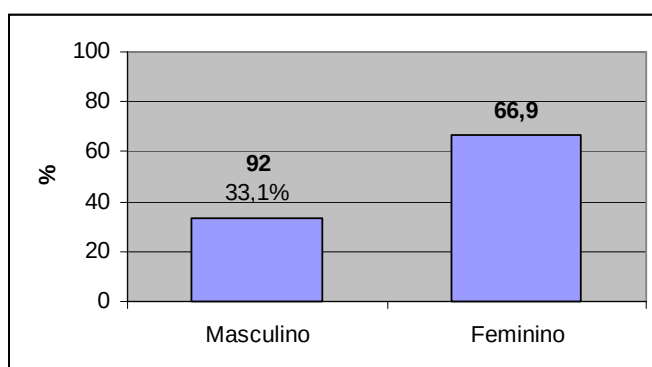
Neste estudo, o coeficiente *alpha* foi calculado para as escalas que mensuraram as variáveis de qualidade, ou seja, as variáveis que utilizaram a escala de desconfirmação de expectativa. O coeficiente *alpha* da escala de desconfirmação, é de 0,975 o que representa uma boa confiabilidade. O tamanho da amostra foi de 183 casos.

Desse modo, pode-se concluir que os valores de *alpha* apresentados até então na pesquisa são considerados satisfatórios, com alta consistência interna, sem a necessidade de exclusão de nenhuma variável, para que tais escores sejam elevados.

4.4 Dados categóricos

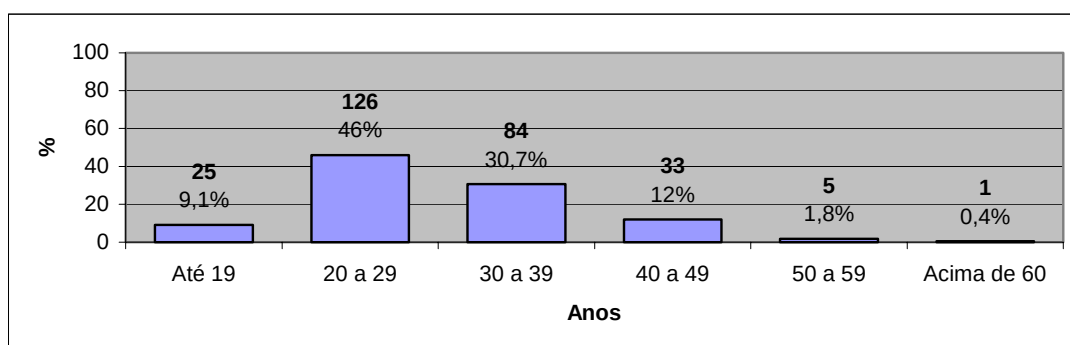
Os dados a seguir foram coletados para apresentar o perfil do grupo de respondentes e possibilitar certas inferências a partir de seus resultados. As tabelas a seguir mostram os resultados obtidos através de análises simples de frequência.

Gráfico 1 – Gênero

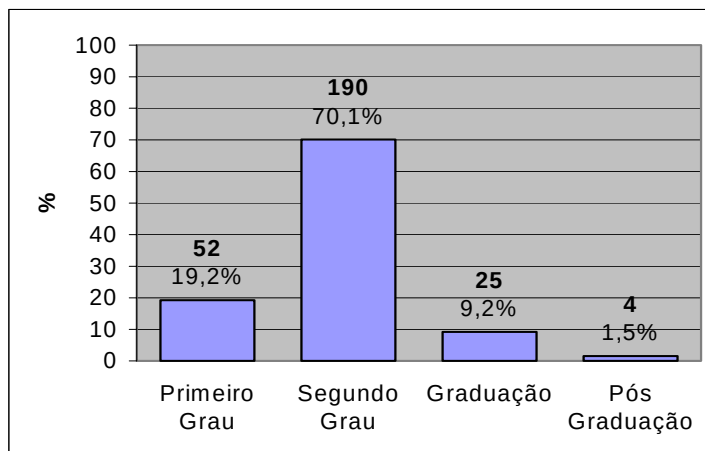


No que se refere ao gênero dos respondentes, pode-se observar, no Gráfico 1, que na amostra há mais representantes do sexo feminino, que participou com 66,9% enquanto o sexo masculino teve apenas 33,1% da amostra.

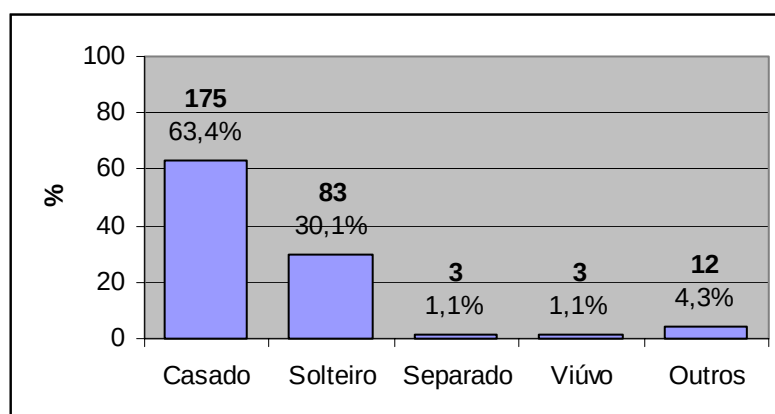
Gráfico 2 – Idade



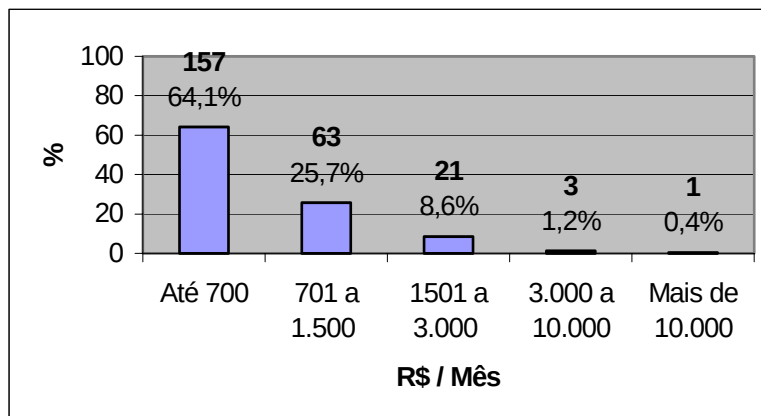
Com relação à faixa etária dos entrevistados, observa-se que a maioria da amostra tem abaixo de 40 anos de idade (85,8%), como mostra o Gráfico 2. Vale salientar, entretanto, que dentro desse percentual, a faixa de idade que teve maior participação foi a de 20 a 29 anos (46,0%).

Gráfico 3 – Escolaridade

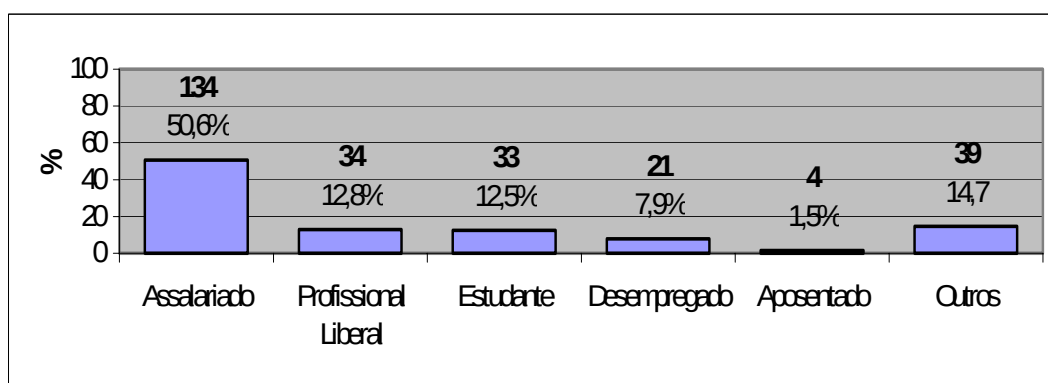
Como pode-se observar no gráfico 3, no que se refere à escolaridade, 70,1% dos respondentes têm nível de segundo grau, percentual que se eleva a 89,3% se somam àqueles respondentes de primeiro grau. Apenas 10,7% dos respondentes registrou possuir nível superior ou mais.

Gráfico 4 – Estado civil

Com respeito ao estado civil dos respondentes, o gráfico 4 ilustra que 63,4% são casados, 30,1% solteiros, 1,1% separados, e 1,1% viúvos. A categoria outros representa outro tipo de estado civil. Observa-se, portanto, que a maioria dos respondentes são casados.

Gráfico 5 – Renda familiar mensal (em R\$)

A renda familiar no gráfico 5 reflete o fortemente o perfil dos usuários dos centros médicos. Em média, os respondentes têm, como renda familiar, menos de R\$ 700,00 por mês o que nos dias de hoje representa 3,5 salários mínimos. Ou seja, o grupo de clientes é de classe baixa em termos de renda, o que reforça o baixo nível educacional já comentado no gráfico 3. Isto pode trazer consequências à resposta de percepção de qualidade, pois como cita Yi (1991, apud FARIAS, 1998), o nível de satisfação tende a ser mais alto nos baixo índices de renda e de escolaridade o que provavelmente também influencia no nível de percepção de qualidade devido a similaridade dos construtos.

Gráfico 6 – Ocupação

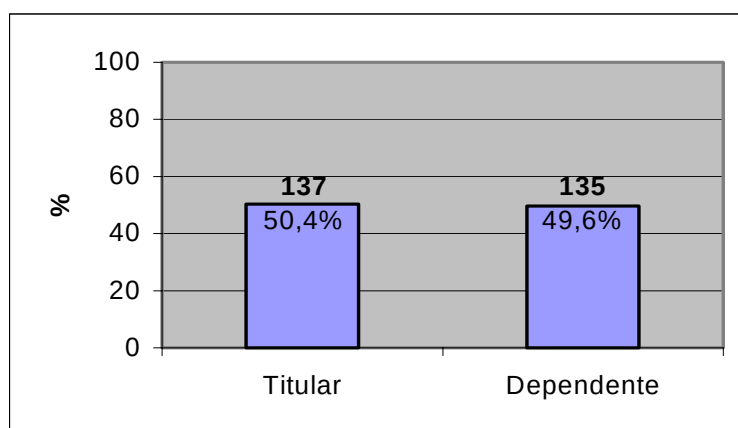
O gráfico 6 trata da ocupação dos respondentes. Pode-se observar que 63,4% dos respondentes trabalham. A resposta “Outros” teve uma frequência considerável, principalmente se comparada com estudantes, desempregados e aposentados. Esta resposta reflete, por exemplo, as donas de casa, que não se enquadraram em nenhuma das outras.

A seguir serão tratados aspectos inseridos no questionário para compreender o perfil do respondente no micro ambiente dos centros médicos, mais especificamente, no plano de saúde que é atendido nestes centros médicos.

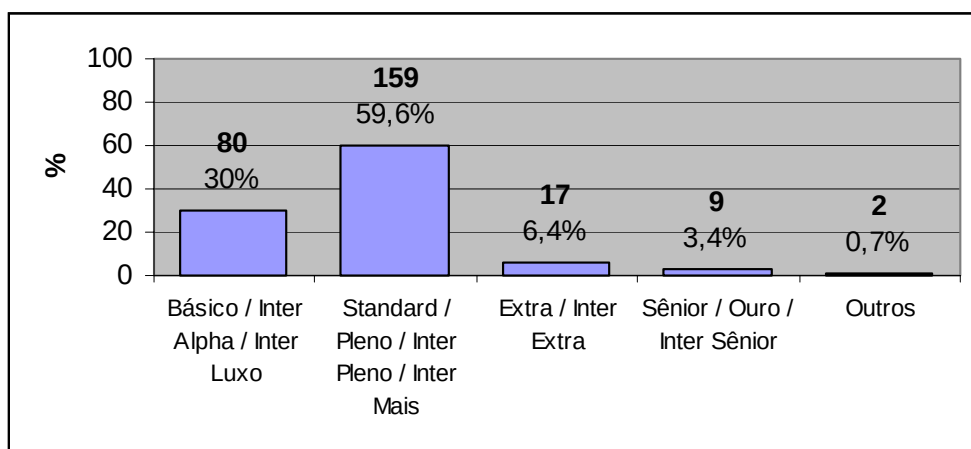
Quadro 8: PERFIL MÉDIO DA AMOSTRA

Gênero	Idade	Escolaridade	Estado Civil	Renda Mensal	Ocupação
66,9% Feminino	76,7% 20 a 39 anos	89,3% 2o. grau ou menos	63,4% Casados	64,1% Até R\$ 700,00	63,4% Trabalham

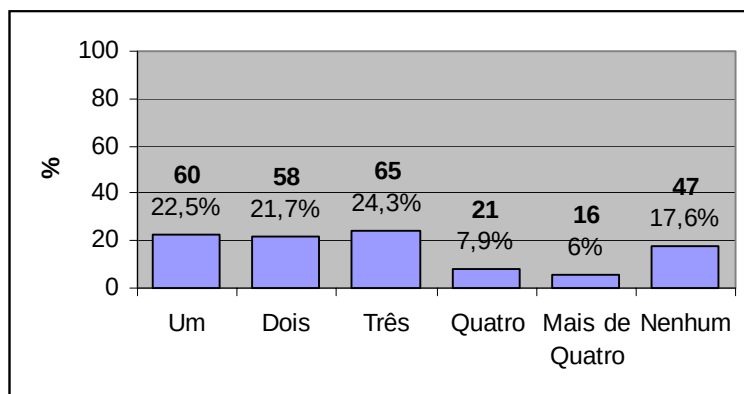
Gráfico 7 – Titularidade



A amostra representa de forma equivalente os titulares e seus dependentes.

Gráfico 8 – Tipo de plano

O gráfico 8 apresenta quais os tipos de plano mais representativos na amostra. Pode-se perceber que os planos básico (e equivalentes) e *standard* (e equivalentes) dominam a amostra com o percentual de 89,6%.

Gráfico 9 – Número de dependentes

O gráfico 9 apresenta quantos dependentes tem cada titular representado na amostra. Isto significa que mesmo quando o respondente era dependente, ele informava quantos dependentes estavam vinculados ao titular do plano. O gráfico mostra que os percentuais são próximos excetuando o caso quatro ou mais de quatro.

Tabela 1 – Ano de Inclusão no Plano

ANO	%	FREQUENCIA
1991	0,5	1
1992	0,5	1
1995	7,7	14
1996	2,7	5
1997	11,5	21
1998	13,1	24
1999	8,7	16
2000	12,0	22
2001	18,6	34
2002	24,6	45
<i>Total</i>	<i>100,0</i>	<i>183</i>

A tabela 1 mostra que 55,2 % dos respondentes se associaram ao plano de saúde após o ano 2000 ficando o restante (44,7%) entre o ano de 1991 até 1999.

Quadro 9: PERFIL MÉDIO DA AMOSTRA - Associados

Titularidade	Tipo de Plano	No. de dependentes	Ano de Inclusão
50,4% Titulares	59,6% Plano Standard	68,5% Abaixo de 4	55,2% Após o ano 2000

4.5 Análise univariada: frequências, médias e desvios padrões

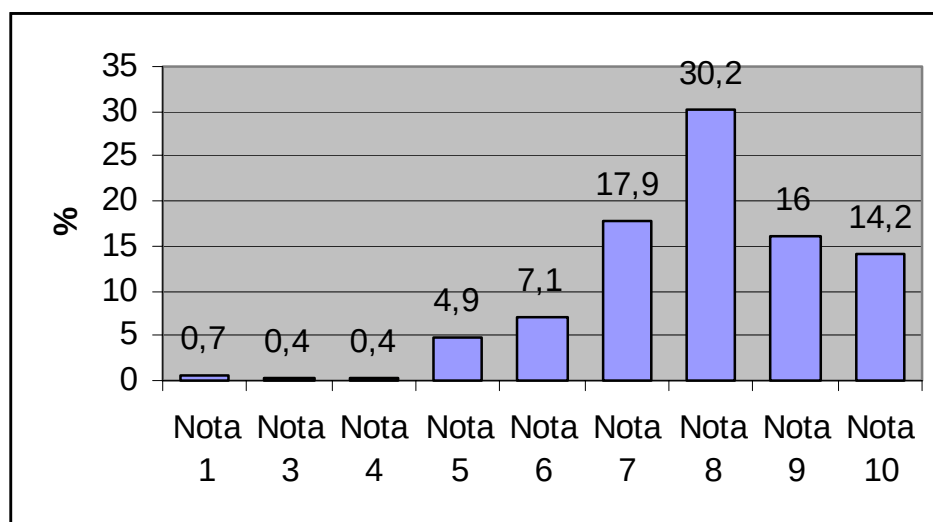
A partir da análise univariada dos dados, são apresentadas as frequências, médias e desvios padrões, possibilitando identificar, com maior clareza, o posicionamento dos respondentes.

Devido a importância para o presente estudo, a primeira média calculada foi a das notas atribuídas aos Centros Médicos, pois além de ser uma variável dependente do construto SERVQUAL, ela também retrata o nível de qualidade geral atribuído pelos pacientes. As notas podem ser observadas na tabela 2 a seguir.

Tabela 2 – Nota do centro médico

NOTA ATRIBUÍDA AO CENTRO MÉDICO	%	Frequência
1,00	0,7	2
3,00	0,4	1
4,00	0,4	1
5,00	4,9	13
6,00	7,1	19
6,50	0,4	1
7,00	17,9	48
7,50	1,5	4
8,00	30,2	81
8,50	3,7	10
8,90	0,4	1
9,00	16,0	43
9,50	1,9	5
9,80	0,4	1
10,00	14,2	38
<i>Total</i>	<i>100,0</i>	<i>268</i>
<i>Média</i>		<i>7,93</i>
<i>Desvio Padrão</i>		<i>1,49</i>

Analisando o resultado apresentado, os centros médicos foram considerados pelos pacientes pesquisados como bons com uma média de 7,93.

Gráfico 10 Distribuição percentual da nota atribuída aos centros médicos

A nota do centro médico será objeto desta pesquisa via análise de regressão a ser apresentada a seguir, quando da exposição das análises multivariadas.

4.5.1 Qualidade

A tabela 3 apresenta as médias e desvios padrões referentes às variáveis de Qualidade na escala de “Desconfirmação”.

Tabela 3 – Médias e desvios padrões da escala de desconfirmação – qualidade

VARIÁVEL	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	Maiores e Menores
Localização dos centros médicos	3,23	1,354	Menores
Horário de atendimento (Agendamento)	3,30	1,136	Menores
Atendimento de urgências	3,32	1,283	Menores
Agilidade dos processos (Agendamento)	3,36	1,236	Menores
Atendimento prometido (Agendamento)	3,37	1,150	Menores
Horário de funcionamento	3,42	1,271	
Empenho dos profissionais (Agendamento)	3,50	1,088	
Horário de atendimento (Recepção)	3,52	1,131	
Presteza e atenção dos profissionais (Agendamento)	3,53	1,033	
Agilidade dos processos (Recepção)	3,56	1,202	
Atendimento prometido (Recepção)	3,56	1,120	
Horário de atendimento (Médicos)	3,58	1,231	
Presteza e atenção dos profissionais (Recepção)	3,59	1,081	
Ética dos profissionais (Agendamento)	3,61	1,012	
Cortesia e atendimento personalizado (Recepção)	3,63	1,066	
Empenho dos profissionais (Recepção)	3,64	1,043	
Equipamentos/tecnologia (Agendamento)	3,65	1,075	
Aparências profissionais (Agendamento)	3,66	1,126	
Conhecimento dos profissionais (Agendamento)	3,66	0,985	
Conhecimento dos profissionais (Recepção)	3,68	1,010	
Ética dos profissionais (Recepção)	3,69	1,015	
Equipamentos/tecnologia (Recepção)	3,71	1,053	
Atendimento prometido (Médicos)	3,72	1,128	
Cortesia e atendimento personalizado (Enfermeiros)	3,75	0,993	
Equipamentos/tecnologia (Consultórios)	3,76	1,069	
Presteza e atenção dos profissionais (Enfermeiros)	3,76	1,007	
Ética dos profissionais (Enfermeiros)	3,77	1,021	
Empenho dos profissionais (Enfermeiros)	3,80	1,005	
Aparências profissionais (Recepção)	3,86	1,022	
Conhecimento dos profissionais (Enfermeiros)	3,88	0,966	
Presteza e atenção dos profissionais (Médicos)	3,91	1,046	
Cortesia e atendimento personalizado (Médicos)	3,91	1,023	
Aparências profissionais (Enfermeiros)	3,92	1,004	
Empenho dos profissionais (Médicos)	3,93	1,046	
Ética dos profissionais (Médicos)	3,93	1,043	
Instalações (Recepção)	3,97	0,996	
Segurança dos médicos	4,00	1,066	Maiores
Instalações (Consultórios)	4,01	0,983	Maiores
Conhecimento dos profissionais (Médicos)	4,01	1,037	Maiores
Aparências profissionais (Médicos)	4,05	0,973	Maiores

A primeira percepção da análise das médias é que todos os itens estão com médias “acima do esperado” o que reflete uma boa percepção de qualidade se comparado com as expectativas preliminares dos respondentes. Os desvios padrão também têm baixa dispersão, levando a uma homogeneidade de opiniões.

Observa-se, que as menores médias foram o horário de atendimento (3,30), a agilidade do processo (3,36) e o cumprimento do atendimento prometido (3,37) todos do processo de **agendamento** (marcação de consultas), acompanhados da **localização** dos centros médicos (3,23) e do atendimento de **urgências** (3,32). Já as maiores médias foram em relação a aparência, segurança e conhecimento dos **médicos**, acompanhados das **instalações dos consultórios**.

Conclui-se então que o processo de agendamento é o que está mais comprometido na visão dos respondentes principalmente no que diz respeito a agilidade, o que poderia ser melhorado com a adoção do CRM, visto que é um processo de relacionamento com o cliente. Apesar disto, a variável equipamento/tecnologia não está entre as notas mais baixas, ou seja, o respondente não percebe que a agilidade (ou a falta de agilidade) do processo de agendamento pode estar ocorrendo por necessidade de recursos tecnológicos. O respondente tende a associar a falta de agilidade ao empenho (3,50), presteza e atenção dos profissionais (3,53). Esse resultado possibilita antever que a TI, que é bem reconhecida, pode ser usada para melhorar a percepção do agendamento que é um processo CRM.

A localização dos centros médicos também é um ponto a se comentar e, provavelmente, apresenta uma nota mais baixa pelo perfil da maioria dos tipos de plano da amostra (básico e standard). Nos planos básicos e standard o paciente precisa se consultar nos centros médicos da rede própria não tendo a opção da rede credenciada o que por vezes gera o problema da distância de deslocamento, gerando uma percepção negativa.

Quanto ao atendimento de urgências, provavelmente recai também no tipo de plano, já que para os planos básico e standard, só existe atendimento de urgências em um dos centros médicos. Apenas à noite, quando o centro médico já está fechado, é que o paciente pode recorrer ao atendimento na rede credenciada. Desta forma o paciente tem muitas restrições no atendimento a urgências, dificultando o acesso ao benefício. Estes limitadores estão diminuindo a percepção de qualidade dos pacientes nestes quesitos.

4.5.2 Tecnologia

Nesta seção encontram-se as frequências das variáveis referentes a tecnologia. A partir de sugestões dos gestores da empresa, foram criadas perguntas que refletiam algumas modificações nos processos com a inserção de tecnologias. Os processos foram agendamento de consultas, atendimento médico (prontuário eletrônico), pré agendamento de consultas, personalização do atendimento e acesso a informações os quais estão perfeitamente alinhados com as tecnologias de CRM pois todos tem foco no relacionamento com o cliente e pressupõem a integração das informações.

Tabela 4 – Disposição a inserção de tecnologias compatíveis com CRM

PROCESSO	INSER. TEC.	%	Frequência
Agendamento de consultas	Sim	84,1	233
	Não	15,9	44
	Total	100,0	277
Atendimento médico	Sim	94,2	262
	Não	5,8	16
	Total	100,0	278
Pré agendamento de consultas	Sim	94,2	262
	Não	5,8	16
	Total	100,0	278
Atendimento personalizado	Sim	97,1	272
	Não	2,9	8
	Total	100,0	280
Informação	Sim	94,2	262
	Não	5,8	16
	Total	100,0	278

Pode-se observar que em todas as situações houve uma altíssima disposição para inserção de tecnologias, sendo a opção atendimento personalizado a de maior pontuação (97,1%) e agendamento de consultas a de menor pontuação (84,1%).

A partir desta percepção foi feita uma análise de frequência considerando quantos respondentes responderam positivamente a todas as questões, ou seja, não apresentaram nenhuma restrição a inserção de tecnologias, e quantos tiveram alguma restrição, respondendo negativamente a alguma das questões. A seguir será apresentada a tabela com esta análise.

Tabela 5 – Restrição ou disposição à inserção de tecnologias

NÚMERO DE RESPOSTAS POSITIVAS	%	Frequência
0	1,1	3
2	1,1	3
3	4,5	12
4	18,7	50
5	74,6	200
Total	100,0	268

De acordo com os valores obtidos na tabela 5, 74,6% dos respondentes responderam positivamente a todas as questões de inserção de tecnologias. Isto significa que estes respondentes não têm nenhuma restrição às soluções propostas. O grupo em segunda posição percentual, respondeu negativamente a apenas uma questão o que significa uma pequena restrição a inserção de tecnologias. Apenas 6,7 % dos respondentes apresentou aceitação a menos de 4 itens, o que leva a conclusão de que os respondentes tem uma forte aceitação a inserção das tecnologias propostas.

Esta afirmação é confirmada com as variáveis demonstradas na tabela 6

Tabela 6 – Mais qualidade das empresas que utilizam tecnologias

MAIS QUALIDADE COM TECNOLOGIA	%	Frequência
Sim	94,7	266
Não	5,3	15
Total	100,0	281

Para 94,7% do grupo de respondentes as empresas que utilizam tecnologias no atendimento e no relacionamento com os clientes oferecem um serviço de melhor qualidade. Como foi visto, esta afirmação confirma o grupo de variáveis analisadas anteriormente ou seja, os repondentes desejam o incremento e a inserção de tecnologias,

porque eles acreditam que empresas que utilizam tecnologia podem oferecer um serviço de melhor qualidade.

Por outro lado, pelo próprio perfil do respondente, isto não significa que os usuários teriam facilidade em utilizar os recursos oferecidos. A tabela 7 demonstra esta observação.

Tabela 7 Dificuldade de uso de tecnologias

TEM DIFICULDADE DE USO DE TECNOLOGIA	%	Frequência
Sim	34,9	97
Não	65,1	181
Total	100,0	278

A tabela 7 demonstra que a maioria dos respondentes (65,1%) não sente dificuldade em utilizar tecnologias. Porém, o percentual é bem menor se comparado com o percentual de disposição à inserção de tecnologias e percepção de qualidade com tecnologia. Assim, apesar da admissão de cerca de 35% de terem dificuldade em utilizar tecnologias, os respondentes, não só querem a inserção de tecnologias, como acreditam que empresas que se utilizam de tecnologias prestam um serviço de melhor qualidade.

4.5.3 Percepção de uso da tecnologia e lealdade

Esta seção refere-se às variáveis que mediam a visão geral do respondente quanto às dimensões estudadas neste trabalho. A tabela 8 e 9 referem-se às questões de tecnologia.

Tabela 8 – Percepção de uso de tecnologia

UTILIZA TECNOLOGIA	%	Frequência
Sim	76,7	204
Não	21,8	58
Mais ou menos	1,5	4
Total	100,0	266

Na seção anterior, foi visto que os respondentes afirmaram que gostariam que houvesse inserção de tecnologias em alguns processos. Tal constatação poderia levar a pensar que eles não estariam satisfeitos com o atual uso de tecnologias pela empresa avaliada. A tabela 8 vai de encontro a esta suposição, pois através dela pode-se perceber que 76,7% dos respondentes consideram que a empresa se utiliza da tecnologia de forma a oferecer um serviço de melhor qualidade.

Ou seja, há uma pré-disposição a entender que a empresa já usa TI eficientemente, o que possibilita especular que seria possível expandir o seu uso na busca de melhor relação com os clientes.

Isto também leva a concluir que o desejo por melhorias e novidades nos processos através da inserção de tecnologias não significa que exista uma percepção negativa da situação atual da empresa. Ou seja, o desejo por melhorias permanece constante independentemente de já haver um uso de recursos e do aparente reforço que estes trazem à qualidade do serviço. Esta percepção confirma-se na apuração da média da variável equipamentos/ tecnologia que apontou sendo 3,65 para o agendamento, 3,71 para a recepção e 3,76 para os consultórios (ver tabela 3)

Tabela 9 – Processos que melhor se utilizam de tecnologias

MELHOR SE UTILIZA DE TECNOLOGIA	%	Frequência
Agendamento	50,4	142
Recepção	50,4	142
Atendimento Médico	42,9	121
Nenhum	10,6	30

A tabela 9 aponta quais os processos que melhor se utilizam de tecnologia. Na opinião de 50,4% dos respondentes, o agendamento e a recepção são os que melhor se utilizam de tecnologia. Já o atendimento médico é um dos que melhor se utiliza da tecnologia para 42,9% dos respondentes. Vale salientar que poderiam ser assinalados mais de um processo.

Em geral, os respondentes acreditam que a empresa tem equipamentos e recursos tecnológicos de forma a prestar um serviço de qualidade, porém pode melhorar e investir em melhorias em alguns processos. Coincidentemente os processos que podem ser melhorados têm forte associação com CRM.

A seguir será analisada uma variável que dará uma visão de um fator que pode influenciar na percepção de qualidade e na lealdade do cliente conforme foi visto em Parasuraman (2000), que é o preço.

Tabela 10 – Preço justo

PREÇO JUSTO	%	Frequência
Sim	77,6	211
Não	20,2	55
Mais ou menos	2,2	6
Total	100,0	272

Segundo 77,6% dos respondentes, o preço pago pelos serviços é justo. Especula-se que por ser um plano empresarial, e uma parte do valor seja subsidiado pela empresa, diminuindo o investimento por parte do associado, se obtenha este resultado. Portanto, há evidências que a variável preço, não está interferindo negativamente na percepção de qualidade do respondente.

Foi visto que a lealdade significa uma correspondência favorável entre a atitude relativa a um produto ou serviço e a repetição da compra (Dick e Basu 1994). No caso dos centros médicos, considera-se que a repetição de compra seria relacionada a se manter utilizando os serviços do centro médico, mesmo tendo a opção de usar outro.

Tabela 11 – Preferência de utilização

PREFIRO UTILIZAR	%	Frequência
Sim	69,3	187
Não	30,0	81
Mais ou menos	0,7	2
Total	100,0	270

Segundo a tabela 11, 69,3% dos respondentes prefeririam utilizar os centros médicos da empresa estudada mesmo que tivessem acesso a outros. Apesar de ser uma pergunta que leva a uma situação imaginária, visto que o tipo de plano da maioria dos respondentes restringe o uso dos centros médicos, o índice de respondentes que afirmaram positivamente foi consideravelmente superior, o que demonstra uma confiança na empresa e indica que os clientes são fiéis aos centros médicos da rede própria.

Segundo Anton (1996) a questão que melhor relaciona a intenção de recompra e a lealdade à marca é a disposição para recomendar. Também foi avaliado este ponto como demonstra a tabela 12.

Tabela 12 – Indicação a amigos ou parentes

INDICA A AMIGO OU PARENTE	%	Frequência
Sim	87,8	244
Não	10,1	28
Mais ou menos	2,2	6
Total	100,0	278

A grande maioria, 87,8% dos respondentes afirmaram que indicariam a empresa para amigos ou parentes. Esta variável, juntamente com a de preferência de utilização, refletem, à luz da pesquisa, a lealdade do cliente. O percentual de clientes que preferem utilizar o centro médico é inferior aos que indicariam a um amigo ou parente. Este fato leva a pensar que a preferência de utilização pode ter sido mais baixa do que a indicação por outros motivos, que não sejam a qualidade do serviço ou a lealdade ao centro médico. Por vezes, a distância da residência ou a oferta de outros serviços, pode levar o cliente a também usar outros centros médicos sem que isto represente que ele não perceba qualidade na empresa nem que pretenda trocá-la por outra.

Esta afirmação é reforçada pela variável “Localização dos centros médicos”, que obteve a menor média na seção de qualidade percebida, 3,23 (ver tabela 3). Isto confirma que a localização dos centros médicos não é boa para alguns usuários e talvez por isso eles preferissem utilizar outros apesar de indicar este para os seus amigos e parentes.

4.6 Análise fatorial da qualidade

Neste estudo a análise fatorial foi aplicada com o objetivo de identificar as dimensões que teoricamente são tidas como determinantes da qualidade, a partir dos itens das escalas do instrumento de coleta de dados e formar agrupamentos que melhor representem um conjunto de variáveis similares. Ou seja, buscou-se a elaboração de “novas” variáveis a partir da convergência dos fatores encontrados. A consistência destas novas variáveis também foram verificada com o uso do coeficiente *alpha* (CROMBACH, 1951).

Em todos os casos, a rotação aplicada para a busca de fatores foi a *varimax*, considerando-se apenas os fatores com *eigenvalue* maior do que 1. Na composição dos fatores consideraram-se somente as variáveis que apresentaram cargas fatoriais maiores do que 0,50, sem duplicidade. Após a retirada das cargas em duplicidade, surgiram algumas outras, porém por decisão da autora, foram mantidas por se ajustarem de forma coerente ao grupo em que ficaram posicionadas.

De acordo com Crombach (1951), qualquer pesquisa baseada em mensurações deve preocupar-se com a exatidão ou confiança destas. O coeficiente de confiabilidade demonstra se a escala foi desenhada corretamente, no sentido de apresentar uma coleção de itens que permitam a elaboração de afirmativas interpretáveis sobre diferenças individuais. Aquele autor ressalta que nenhum coeficiente de validade e nenhuma análise fatorial podem ser interpretados sem a apropriada magnitude do erro de medida.

A tabela 13 a seguir demonstra a formação dos fatores.

Tabela – 13 Matriz fatorial rotacionada das variáveis de qualidade

VARIÁVEIS	FATORES						
	1	2	3	4	5	6	7
ATENDIMENTO MÉDICO GERAL							
G – Segurança dos médicos	,767	,205	,095	,148	,218	-,122	,184
Ética dos profissionais (Médicos)	,711	,111	,141	,080	,491	,162	,163
R – Empenho dos profissionais (Médicos)	,708	,270	,183	,212	,068	,320	,105
G – Conhecimento dos profissionais (Médicos)	,698	,268	,116	,315	,148	,141	,181
R – Presteza e atenção dos profissionais (Médicos)	,695	,107	,199	,150	,333	,385	,058
C – Atendimento prometido (Médicos)	,656	,241	,330	,235	,075	,090	,110
G – Cortesia e atendimento personalizado (Médicos)	,546	,310	,162	,234	,046	,521	,168
C – Horário de atendimento (Médicos)	,545	,011	,498	,048	,169	,357	,163
TANGIBILIDADE							
Instalações (Recepção)	,110	,751	,132	,183	,082	,216	,079
Aparências profissionais (Enfermeiros)	,210	,741	,087	,238	,186	,160	,124
Instalações (Consultórios)	,365	,702	,180	,158	,082	,204	,019
Aparências profissionais (Recepção)	,105	,684	,232	,410	,157	,086	,167
Aparências profissionais (Agendamento)	,090	,603	,276	,401	,045	-,037	,181
Aparências profissionais (Médicos)	,534	,600	,130	,216	,062	,088	,136
Equipamentos/tecnologia (Consultórios)	,381	,542	,453	-,160	,128	,176	,120
ATENDIMENTO AO CLIENTE CONFIABILIDADE							
C - Horário de atendimento (Agendamento)	,136	,087	,733	,225	,177	,088	,155
C - Horário de atendimento (Recepção)	,191	,015	,689	,387	,218	,296	,092
C - Agilidade dos processos (Agendamento)	,131	,364	,650	,233	,041	-,040	,104
C - Equipamentos/ tecnologia (Recepção)	,144	,508	,629	,058	,265	,083	,144
C - Equipamentos/ tecnologia (Agendamento)	,143	,548	,614	-,045	,242	,035	,082
C - Agilidade dos processos (Recepção)	,117	,222	,566	,416	,021	,129	,139
C - Atendimento prometido (Agendamento)	,307	,219	,555	,402	,089	-,017	,205
C - Atendimento prometido (Recepção)	,262	,166	,553	,500	,079	,122	,141
ATENDIMENTO AO CLIENTE GARANTIA / RESPONSABILIDADE							
G – Conhecimento dos profissionais (Recepção)	,233	,274	,177	,746	,200	,079	,160
G – Conhecimento dos profissionais (Agendamento)	,278	,339	,180	,722	,157	,090	,132
G - Cortesia e atendimento personalizado (Recepção)	,130	,185	,281	,614	,123	,457	,179
R - Empenho dos profissionais (Recepção)	,231	,244	,324	,613	,211	,279	,017
R - Presteza e atenção dos profissionais (Recepção)	,142	,130	,411	,542	,394	,306	,067
GARANTIA (Ética)							
Ética dos profissionais (Enfermeiros)	,341	,197	,161	,150	,722	,273	,149
Ética dos profissionais (Recepção)	,265	,142	,293	,472	,643	,069	,192
Ética dos profissionais (Agendamento)	,288	,199	,339	,362	,636	,013	,127
ENFERMEIROS							
G - Cortesia e atendimento personalizado (Enfermeiros)	,254	,350	,084	,198	,153	,753	,151
R - Presteza e atenção dos profissionais (Enfermeiros)	,333	,251	,168	,139	,481	,542	,125
EMPATIA							
Localização dos centros médicos	,096	,147	,143	,053	,174	,133	,824
Horário de funcionamento	,173	,207	,196	,209	-,044	,081	,743
Atendimento de urgências	,383	,033	,164	,161	,257	,053	,646
Percentual de Variância							

Método de extração: Análise dos componentes principais

Método de rotação: Varimax com normalização Kaiser.

Eigenvalues maiores que 1.

Como pode ser visto na tabela 13, houve a formação de 7 fatores. De um modo geral, as variáveis se aglutinaram por processo. Os processos de agendamento e recepção se agruparam o que mostra que, para o respondente, eles se completam e a partir daqui eles serão denominados de **atendimento ao cliente**. As variáveis referentes ao atendimento clínico se agruparam com as variáveis que se referem aos profissionais médicos formando o que se chamará de **atendimento médico**. Os **enfermeiros** formam mantidos separados o que é coerente com a realidade visto que o seu papel é diferente tanto dos médicos quanto da equipe de atendimento. Após a separação dos processos, elas se agruparam por dimensão, de forma muito parecida com a literatura levantada. A seguir os fatores serão explicados detalhadamente.

FATOR 1 – Atendimento Médico – O primeiro fator aglutinou todas as variáveis referentes aos médicos e ao atendimento clínico agrupando inclusive as dimensões qualidade, de forma que do ponto de vista do respondente o atendimento médico é visto como um construto único.

FATOR 2 – Tangibilidade – As variáveis referentes ao meio físico e aparência dos profissionais, que na literatura referem-se à dimensão tangibilidade, se agruparam de modo que formaram uma dimensão única sem nem mesmo ocorrer separação por processo ou grupo de profissionais.

FATOR 3 – Confiabilidade do Atendimento ao Cliente – As variáveis dos processos de atendimento ao cliente, geraram dois fatores que refletem três dimensões que refletem o que foi abordado na literatura. Uma delas foi a dimensão confiabilidade que aborda as variáveis que tratam da habilidade para executar o serviço prometido com fidelidade e primor. As outras duas se agruparam no fator 4 apresentado a seguir.

FATOR 4 – Garantia e Responsividade no Atendimento ao Cliente – Este fator agrupou duas dimensões tratadas na literatura: garantia, que trata do conhecimento dos profissionais e responsividade, que trata do empenho dos profissionais.

FATOR 5 – Ética dos profissionais – O grupo de variáveis que tratava da ética e confiança se isolou neste fator específico, apesar de estarem relacionadas a dimensão garantia. Outro detalhe é que a variável que tratava da ética dos médicos, continuou agrupada no fator referente aos médicos ou seja no atendimento médico. A visão da ética da empresa pode estar sendo tratada de forma isolada pelos clientes, por isso o conjunto de variáveis ficou isolado. Porém, a ética dos médicos, é visto como um atributo do próprio médico e por isso, ficou no fator 1.

FATOR 6 – Enfermeiros – Com apenas duas variáveis este fator foi formado representando a categoria enfermeiros de forma isolada dos médicos e do atendimento ao cliente.

FATOR 7 – Urgências e acessibilidade - Empatia – Na literatura, a dimensão empatia significa a atenção que a empresa oferece ao cliente. Neste estudo ela estava representada por 3 variáveis que se agruparam formando o último fator: atendimento a urgências e necessidades, horário de funcionamento e localização.

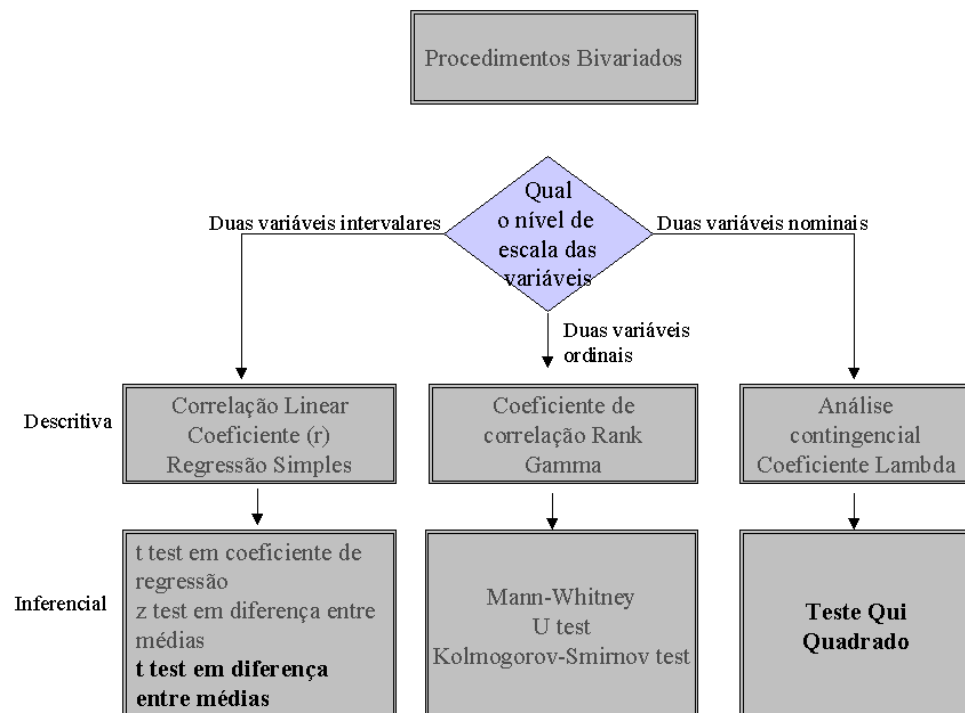
Como foi visto, os fatores agruparam de forma muito semelhante ao previsto na literatura, os processos de relacionamento com cliente, foco do estudo, e as dimensões de qualidade, passo inicial na busca da lealdade do cliente. Isto foi relevante para a pesquisa.

4.7 Análise bivariada

As análises bivariadas foram realizada neste estudo com o objetivo de buscar diferenças entre grupos de respondentes. Devido aos tipos de variáveis trabalhados, foram utilizados dois métodos: o teste de médias (t-test) e o qui-quadrado.

Segundo Kinnear e Taylor (1996), a técnica apropriada para analisar dados depende do nível de escala das variáveis envolvidas e do que o pesquisador quer vislumbrar, se uma estatística descritiva ou um teste inferencial. A figura 23 apresenta uma visão geral de alguns testes estatísticos bivariados.

Figura 23: Procedimentos de análises bivariadas



Fonte: Kinnear e Taylor (1996).

Neste estudo, foi utilizado o t-test para amostras independentes no caso de variáveis contínuas (intervalares) e o qui-quadrado no caso de variáveis categóricas, que neste caso eram nominais.

4.7.1 Teste de médias para amostras independentes

O t-test para amostras independentes foi utilizado para avaliar se as médias de dois grupos de respondentes eram iguais. Segundo Stevenson (1981), o teste focaliza a diferença relativa entre as médias de duas amostras, uma de cada população. Esta diferença é dividida pelo desvio padrão da uma distribuição amostral. Em tal caso, as duas amostras podem ser consideradas como provenientes da mesma população, e mediante combinação das variâncias das duas populações (ou das duas amostras), pode-se determinar a variância global da população.

As médias amostrais que resultam em pequenos desvios do valor esperado são considerados como devidas à variação causal na amostragem; grandes diferenças são consideradas indício de as médias são diferentes entre as duas amostras. O desvio padrão da distribuição amostral é usado como medida do desvio em relação ao valor esperado e o nível de significância serve para determinar valores críticos que separam os resultados casuais do não casuais.

Por orientação da prática estatística, foi feito o gráfico q – q para testar a normalidade da variável nota do centro médico. O resultado foi satisfatório porque todos os pontos estão entre + 3 e -3 erros padrão em relação a curva normal como segue demonstrado a seguir.

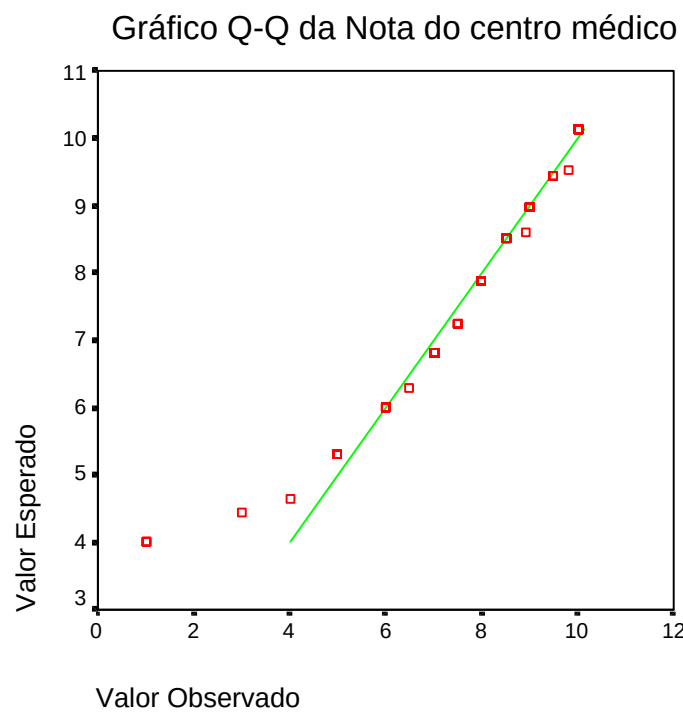
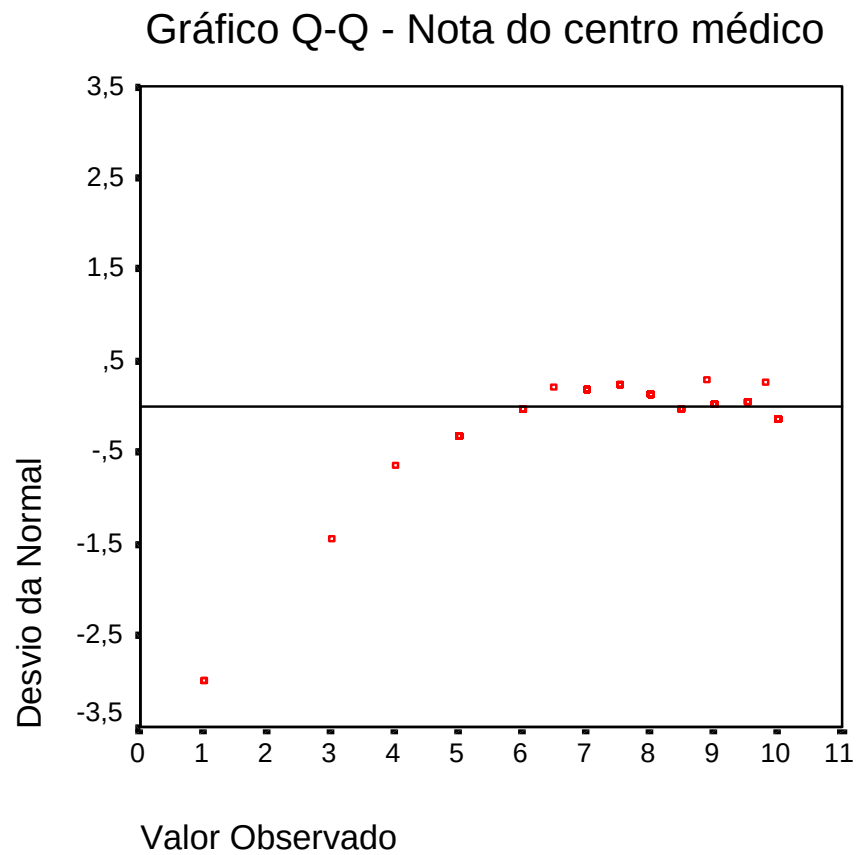
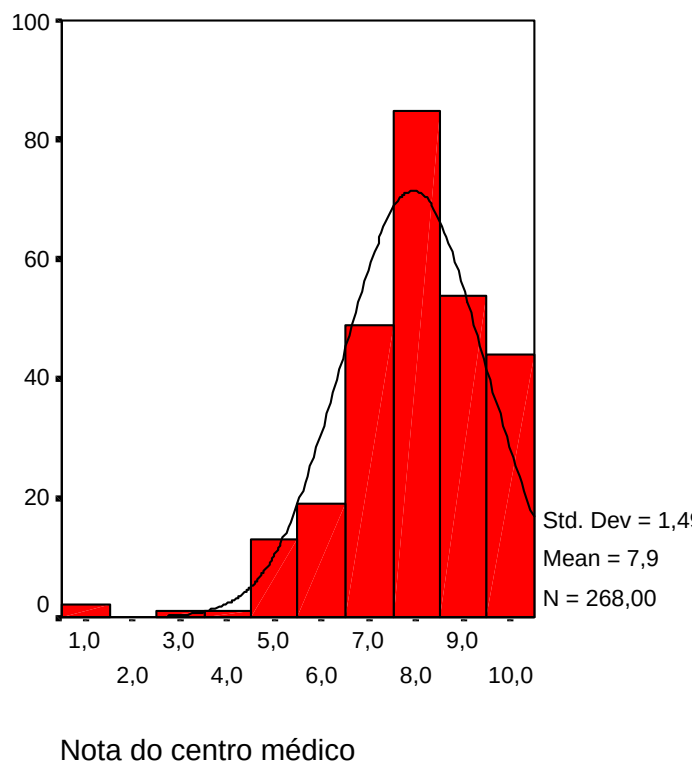
Gráfico – 11 Gráficos Q-Q da nota do centro médico

Figura – 24 Curva normal da Nota do Centro Médico



4.7.1.1 Qualidade e Tecnologia

Nesta seção serão demonstradas algumas análises e resultados que se mostraram interessantes na avaliação da relação entre a percepção de qualidade e o uso da tecnologia.

Tabela – 14 T-test - Nota do centro médico x restrição à tecnologia

INSERÇÃO DE TECNOLOGIAS		N	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	ERRO PADRÃO
NOTA DO CENTRO MÉDICO	Alguma restrição à inserção de tecnologia	63	8,2937	1,36970	,17257
	Sem restrições à inserção de tecnologia	193	7,8254	1,43361	,10319

		TESTE DE LEVENE PARA IGUALDADE DE VARIÂNCIAS		T-TEST PARA IGUALDADE DE MÉDIAS				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	DIFERENÇA DE MÉDIAS	DIFERENÇA DO ERRO PADRÃO
NOTA DO CENTRO MÉDICO	Variâncias Iguais	,169	,681	2,275	254	,024	,4683	,20579
	Variâncias Diferentes			2,329	109,739	,022	,4683	,20107

No teste apresentado na tabela 14, supõe-se que:

→ As notas médias atribuídas ao centro médico são iguais para os dois grupos de respondentes, os que têm restrição a tecnologias e os que não têm restrição a tecnologias.

A suposição que não haveria diferença de notas entre os dois grupos foi rejeitada, visto que o nível de significância foi igual a 0,02, portanto, inferior a 0,05. Pode-se concluir então, que há diferença significativa entre as médias. Os clientes que não têm restrição à tecnologias, ou seja que aceitam totalmente as soluções sugeridas de inserção de novos recursos para melhoria dos processos de relacionamento com clientes, deram notas mais baixas à qualidade dos centros médicos. Isto não significa que eles não percebem qualidade na empresa, apenas que deram notas significativamente mais baixas aos centros médicos o que mostra que as pessoas que tem uma maior aceitação pelos recursos tecnológicos, tiveram uma avaliação mais crítica dos centros médicos.

Esta avaliação é confirmada quando são comparadas as médias dos centros médicos e a percepção dos respondentes quanto ao uso da tecnologia como fator de qualidade pela empresa, como pode ser visto na tabela 15 a seguir.

Tabela – 15 T-test - Nota do centro médico x tecnologia como fator de qualidade

UTILIZA TECNOLOGIA COMO FATOR DE QUALIDADE		N	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÉDIA DO ERRO PADRÃO
NOTA DO CENTRO MÉDICO	Sim	194	8,3649	1,16824	,08387
	Não	56	6,7054	1,32383	,17690

		TESTE DE LEVENE PARA IGUALDADE DE VARIÂNCIAS		T-TEST PARA IGUALDADE DE MÉDIAS				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Diferença de Médias	Diferença do Erro Padrão
NOTA DO CENTRO MÉDICO	Variâncias Iguais	1,118	,291	9,083	248	,000	1,6596	,18271
	Variâncias Diferentes			8,477	81,335	,000	1,6596	,19578

No teste apresentado na tabela 15, supõe-se que:

→ As notas médias atribuídas ao centro médico são iguais para os dois grupos de respondentes, os que acham que a empresa se utiliza da tecnologia de forma a oferecer um serviço de melhor qualidade e os acham que a empresa não se utiliza da tecnologia de forma a oferecer um serviço de melhor qualidade.

A suposição que não haveria diferença de notas entre os dois grupos foi rejeitada, visto que o nível de significância foi igual a 0,000, portanto, inferior a 0,05. Pode-se concluir então, que há diferença significativa entre as médias. Os clientes acham que a empresa não se utiliza da tecnologia de forma a oferecer um serviço de melhor qualidade, deram notas mais baixas à qualidade dos centros médicos. Isto não significa que eles não percebem qualidade na empresa, apenas que deram notas significativamente mais baixas aos centros médicos o que mostra que estes clientes tiveram uma avaliação mais crítica da sua qualidade em geral.

Este resultado é de grande relevância para este estudo visto que demonstra a relação entre a percepção de qualidade do respondente associada a percepção de uso da tecnologia como instrumento de melhoria da qualidade do serviço. A associação entre os

construtos existe e ela deve ser explorada conceitualmente e gerencialmente nos estudos de qualidade de serviço, tecnologia e lealdade.

4.7.1.2 Qualidade x Lealdade

Nesta seção serão demonstradas algumas análises e resultados que se mostraram interessantes na avaliação da relação entre a percepção de qualidade e a lealdade do cliente. As duas variáveis analisadas foram citadas na literatura como fortes indicadoras da lealdade do cliente (ANTON, 1994). A seguir, serão analisadas a relação da lealdade com a percepção de qualidade.

Tabela – 16 T-test - Nota do centro médico x indicação a amigos ou parentes

INDICAÇÃO A AMIGO OU PARENTE		N	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÉDIA DO ERRO PADRÃO
NOTA DO CENTRO MÉDICO	Sim	232	8,1884	1,29738	,08518
	Não	27	6,3704	1,75736	,33820

		Teste de Levene para igualdade de variâncias		T-TEST PARA IGUALDADE DE MÉDIAS				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Diferença de Médias	Diferença do Erro Padrão
NOTA DO CENTRO MÉDICO	Variâncias Iguais	4,589	,033	6,618	257	,000	1,8180	,27472
	Variâncias Diferentes			5,213	29,390	,000	1,8180	,34877

No teste apresentado na tabela 16, supõe-se que:

→ As notas médias atribuídas ao centro médico são iguais para os dois grupos de respondentes, os indicariam a empresa a um amigo ou parente e os que NÃO indicariam a empresa a um amigo ou parente.

Apesar dos grupos serem bastante discrepantes, pois apenas 27 respondentes afirmaram que não indicariam os centros médicos a amigos ou parentes, a informação foi considerada relevante para ser apresentada visto que a diferença entre as médias foi muito significativa.

A suposição que não haveria diferença de notas entre os dois grupos foi rejeitada. Sendo o nível de significância igual a 0,000, portanto, inferior a 0,05, pode-se concluir que há diferença significativa entre as médias. Os clientes que não indicariam a empresa a um amigo ou parente, deram notas mais baixas à qualidade dos centros médicos. Isto não significa que eles não percebem qualidade na empresa, apenas que deram notas significativamente mais baixas aos centros médicos o que mostra que as pessoas que têm restrições a indicar a empresa a um amigo e assim, associar a sua opinião a da empresa, tiveram uma avaliação mais crítica dos centros médicos.

Esta avaliação é confirmada quando são comparadas as médias dos centros médicos e a preferência de uso dos centros médicos em detrimento de outros, como pode ser visto na tabela 17 a seguir.

Tabela – 17 T-test - Nota do centro médico x preferência de utilização

PREFERÊNCIA DE UTILIZAÇÃO		N	MÉDIA	DESVIO PADRÃO	MÉDIA DO ERRO PADRÃO
NOTA DO CENTRO MÉDICO	Sim	177	8,3401	1,25527	,09435
	Não	79	7,2152	1,50359	,16917

		Teste de Levene para Igualdade de Variâncias		T-TEST PARA IGUALDADE DE MÉDIAS				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Diferença de Médias	Diferença de erro padrão
NOTA DO CENTRO MÉDICO	Variâncias Iguais	3,781	,053	6,221	254	,000	1,1249	,18083
	Variâncias Diferentes			5,808	128,563	,000	1,1249	,19370

No teste apresentado na tabela 17, supõe-se que:

→ As notas médias atribuídas ao centro médico são iguais para os dois grupos de respondentes, os que preferem utilizar o centro médico e os que preferem NÃO utilizar o centro médico.

Apesar dos grupos serem um pouco discrepantes, pois apenas 79 respondentes afirmaram não preferir utilizar os centros médicos, a informação foi considerada relevante para ser apresentada visto que a diferença entre as médias foi muito significativa.

A suposição que não haveria diferença de notas entre os dois grupos foi rejeitada, visto que o nível de significância foi igual a 0,000, portanto, inferior a 0,05. Pode-se concluir então, que há diferença significativa entre as médias. Os clientes que preferem se utilizar de outros centros médicos no lugar dos centros médicos da empresa, deram notas mais baixas à qualidade dos centros médicos. Isto não significa que eles não percebem qualidade na empresa, apenas que deram notas significativamente mais baixas aos centros médicos o que mostra que estes clientes tiveram uma avaliação mais crítica da qualidade dos serviços prestados.

4.7.2 Qui - quadrado

O teste qui-quadrado é talvez o tipo mais comum de análise bivariada. O objetivo do cruzamento de tabelas é identificar um relacionamento entre variáveis. A suposição base de um teste qui-quadrado é que as duas variáveis são independentes. A alternativa é que elas não são independentes, ou seja, que há um relacionamento entre as duas variáveis. Se o qui-quadrado calculado exceder o valor crítico significa que as variáveis são dependentes. Usando o qui-quadrado, todas as células devem ter no mínimo 5 respostas. Se não, as células devem ser combinadas para atingir a frequência esperada (KINNEAR E TAYLOR, 1996).

Para utilizar o teste qui-quadrado, é necessário analisar o cruzamento de tabelas. Segundo Kinneer e Taylor (1996) o fator causal é melhor percebido quando é

calculado o percentual da linha. As análises realizadas neste estudo seguiram estas orientações e são apresentadas nas tabelas a seguir.

Duas variáveis foram inseridas na coleta de dados com o objetivo de analisar a lealdade dos clientes ao centro médico. Como visto em Anton (1996), existem dois indicadores importantes que apontam para a lealdade do cliente. O teste qui-quadrado foi utilizado neste caso para avaliar se existe de fato um relacionamento entre estas variáveis.

Tabela – 18 Indicação a amigo ou parente x Preferência de utilização

Indicação a amigo/parente * Preferência de utilização

		Preferência de utilização		Total
		Sim	Não	
Indicação a amigo/parente	Sim	77,9%	22,1%	100,0%
	Não	8,0%	92,0%	100,0%
Total		71,2%	28,8%	100,0%

Teste Qui - Quadrado

	Valor	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	53,748 ^b	1	,000	,000	,000
Continuity Correction ^a	50,397	1	,000		
Likelihood Ratio	50,057	1	,000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	53,541	1	,000		
N of Valid Cases	260				

Como pode ser observado o teste apresentou um nível de significância abaixo de 0,05 e desta forma pode-se concluir que as variáveis não são independentes.

Confirmando o que foi visto na literatura, as pessoas que têm preferência pela utilização do plano também indicariam a um amigo ou parente. Assim a percepção positiva de uma das variáveis pressupõe a percepção positiva da outra variável. Ou seja, a lealdade do cliente, que na literatura está relacionada a estas duas variáveis, teve uma confirmação de relacionamento através desta análise.

Na seção de tecnologia, foi observado nas análises anteriores, que houve um grupo que não tinha qualquer restrição à inserção de tecnologias e outro grupo de respondentes que tinha alguma restrição à inserção de tecnologias. Foi questionado também se os respondentes tinham alguma dificuldade no uso de tecnologias. Vale avaliar se existe relacionamento entre estas variáveis o que será visto na tabela a seguir.

Tabela – 19 Restrição x Dificuldade de uso de tecnologias

		DIFICULDADE DE USO DE TECNOLOGIA		Total
		Sim	Não	
INSERÇÃO DE TECNOLOGIAS	Alguma restrição à inserção de tecnologia	44,9%	55,1%	100,0%
	Sem restrições à inserção de tecnologia	31,7%	68,3%	100,0%
Total		35,1%	64,9%	100,0%

	VALOR	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	3,963	1	,047	,057	,034
Continuity Correction	3,402	1	,065		
Likelihood Ratio	3,877	1	,049		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	3,948	1	,047		
N of Valid Cases	271				

Como pode ser observado o teste apresentou um nível de significância abaixo de 0,05 e desta forma pode-se concluir que as variáveis não são independentes.

Confirmando uma suposição da autora, de que a dificuldade de uso pode levar a pessoa a ter mais restrições do que as que não têm nenhuma dificuldade em utilizar a tecnologia, as pessoas que tiveram alguma restrição à tecnologia, também afirmaram que têm dificuldade de uso deste tipo de recurso em maior percentual do que as pessoas que não têm nenhuma restrição.

4.7.2.1 Qualidade e tecnologia

Cabe neste estudo avaliar como os respondentes que consideram que a empresa não se utiliza da tecnologia de forma a oferecer um serviço de melhor qualidade, avaliam a qualidade em geral dos serviços prestados em comparação com os respondentes que consideram que a empresa usa a tecnologia de forma a ter mais qualidade nos serviços.

Na tabela a seguir, pode-se ter uma visão mais clara da percepção de qualidade ou não destes clientes.

Tabela – 20 Utilização da tecnologia como fator de qualidade x Percepção de qualidade

		PERCEPÇÃO DE QUALIDADE		Total
		Sim	Não	
UTILIZAÇÃO DA TECNOLOGIA COMO FATOR DE QUALIDADE	Sim	96,0%	4,0%	100,0%
	Não	58,8%	41,2%	100,0%
Total		88,4%	11,6%	100,0%

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	54,351	1	,000		
Continuity Correction	50,802	1	,000		
Likelihood Ratio	43,074	1	,000		
Fisher's Exact Test				,000	,000
Linear-by-Linear Association	54,133	1	,000		
N of Valid Cases	249				

Como pode ser observado o teste apresentou um nível de significância abaixo de 0,05 e desta forma pode-se concluir que as variáveis **não são independentes**.

Com esta análise, pode-se agora afirmar que os clientes que percebem o uso da tecnologia como de qualidade ou não, também tem uma percepção diferenciada da qualidade em geral do serviço prestado. Uma parcela significativa dos clientes que acham que a empresa não se utiliza da tecnologia de forma a oferecer um serviço de melhor qualidade (41,2%) também acha que a empresa não oferece um serviço de qualidade em

geral, contra apenas 4% dos clientes que acham que a empresa se utiliza da tecnologia como fator de qualidade. Isto mostra que, os clientes que percebem que a empresa pode se utilizar melhor da tecnologia, tendem a ter uma percepção negativa da qualidade dos serviços da empresa.

4.7.2.2 Qualidade x Lealdade

Em adição à constatação obtida na seção 4.7.1.2, será avaliado nesta seção, como o fato de perceber ou não qualidade na empresa está relacionado com a indicação a amigos e parentes e com a preferência de utilização. Na tabela a seguir, pode-se ter uma visão mais clara da relação entre percepção de qualidade e lealdade.

Tabela – 21 Percepção de qualidade x Indicação a amigo ou parente

		INDICAÇÃO A AMIGO OU PARENTE		Total
		Sim	Não	
PERCEPÇÃO DE QUALIDADE	Sim	93,3%	6,7%	100,0%
	Não	62,5%	37,5%	100,0%
Total		90,3%	9,7%	100,0%

	Valor	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	23,532	1	,000	,000	,000
Continuity Correction	20,140	1	,000		
Likelihood Ratio	15,861	1	,000		
Fisher's Exact Test					
Linear-by-Linear Association	23,437	1	,000		
N of Valid Cases	248				

Tabela – 22 Percepção de qualidade x Preferência de Utilização

		PREFERÊNCIA DE UTILIZAÇÃO		Total
		Sim	Não	
PERCEPÇÃO DE QUALIDADE	Sim	73,2%	26,8%	100,0%
	Não	50,0%	50,0%	100,0%
Total		71,0%	29,0%	100,0%

	VALOR	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	5,670	1	,017		
Continuity Correction	4,599	1	,032		
Likelihood Ratio	5,199	1	,023		
Fisher's Exact Test				,031	,019
Linear-by-Linear Association	5,647	1	,017		
N of Valid Cases	248				

Como pode ser observado o teste apresentou um nível de significância abaixo de 0,05 e desta forma pode-se concluir que as variáveis **não são independentes**.

Com esta análise pode-se agora afirmar que os clientes que consideram que a empresa possui qualidade indicam significativamente mais a amigos e parentes (93,3%) do que os que não percebem qualidade na empresa (62,5%). Também confirmando a teoria, 73,2 % dos clientes que percebem qualidade na empresa preferem utilizar os centros médicos desta empresa mesmo que tivessem acesso a outros, enquanto 50% dos clientes que consideram que a empresa não oferece um serviço de qualidade iriam preferir utilizar os centros médicos da empresa.

Analisando um pouco mais os dados, pode-se perceber, que mesmo os clientes que não percebem qualidade na empresa, tem um alto índice de preferência de utilização e também indicariam aos amigos. Isto demonstra que não é apenas a qualidade de serviço que leva a estas ações. Porém, a análise mostra que a percepção de qualidade tem muita força sobre as variáveis de lealdade.

4.8 Análise multivariada: regressões múltiplas

A análise de regressão é uma técnica estatística que avalia como duas ou mais variáveis estão relacionadas uma com a outra. Tal técnica utiliza as variáveis independentes, cujos valores são conhecidos, para predizer um único valor dependente que o pesquisador deseja obter. O objetivo das regressões, portanto, consiste em explicar valores de uma variável em termos de outras, analisando a possibilidade de existir relacionamentos matemáticos entre elas (Stevenson, 1981).

As regressões aqui apresentadas foram múltiplas, envolvendo sempre uma variável dependente e mais de duas variáveis independentes. Segundo Stevenson (1981), quando comparada à análise de regressão simples, essa técnica apresenta a vantagem de melhor capacidade de predição.

Segundo Hair *et al.* (1998), uma importante parte de qualquer procedimento estatístico que constrói modelos a partir de dados é estabelecer o quanto o modelo está ajustado aos mesmos (bondade de ajustamento). O valor de R^2 pode variar de (0) zero a (1) um, podendo ser interpretado como a variação da variável dependente explicada pelas independentes, ou seja, o quanto o modelo explica a variável dependente. O valor de R^2 igual a 1 (um) indica que o modelo explica totalmente a variável dependente, de forma que, quanto maior esse valor, melhor ou mais bem ajustado será o modelo. Por outro lado, se o valor de R^2 for igual a 0 (zero), significa que não existe relação linear entre as variáveis.

Deve-se observar também que o valor do coeficiente de regressão (B) e do coeficiente *Beta* permitem uma comparação direta entre os efeitos de cada uma das variáveis independentes sobre a dependente. O coeficiente de regressão (B) é utilizado para calcular os valores preditos para cada observação e expressar a mudança esperada na variável dependente, para cada unidade de mudança nas variáveis independentes.

O coeficiente *Beta*, por sua vez, consiste no coeficiente de regressão modificado, em que os dados são padronizados, visando-se com isso, eliminar o problema de lidar com diferentes unidades de mensuração. Ele reflete o impacto relativo na variável dependente, de uma mudança de um desvio padrão em outra variável. O valor desse coeficiente pode variar de -1 a 1 . Sendo positivo, ele indica que existe uma relação diretamente proporcional, sendo negativo, é indicada uma relação inversamente proporcional (HAIR ET AL., 1998).

Antes de realizar as regressões, foi feita uma matriz de correlação de ordem zero entre as variáveis que iriam ser submetidas ao procedimento estatístico, na intenção de verificar a existência de colinearidade, cuja relação é indicada por valores que oscilam de 0 (inexistência de colinearidade) a 1 (alta colinearidade). Baseando-se nos estudos de Hair et al. (1998), a indicação de presença de colinearidade ocorre quando, na matriz de correlação, são encontrados valores iguais ou maiores que $0,90$, o que não ocorreu neste caso (ver Apêndice – Matrizes de colinearidade). A seguir, serão apresentadas as regressões realizadas neste estudo.

4.8.1 Regressões múltiplas

4.8.1.1 Variáveis de Qualidade x Nota do Centro Médico

A seguir encontra-se a regressão utilizando-se as quarenta variáveis independentes de qualidade, da escala de desconfirmação de expectativas. A variável dependente foi a nota do centro médico.

Abaixo encontra-se a fórmula referente à regressão:

$$y = \alpha + \beta_1 x_1 + \beta_2 x_2 + \dots + \beta_n x_n + \varepsilon$$

Tabela – 23 Regressão múltipla entre as variáveis de “Qualidade” e “Nota do Centro Médico”

MODELO	COEFICIENTES NÃO PADRONIZADOS		COEFICIENTES PADRONIZADOS	T	SIG
	B	DESVIO PADRÃO	BETA		
(Constante)	3,921	0,374		10,484	0,000
Atendimento de urgências	0,276	0,076	0,237	3,623	0,000
Instalações (Consultórios)	0,246	0,093	0,162	2,632	0,009
Segurança dos médicos	0,203	0,089	0,145	2,278	0,024
Agilidade dos processos (Agendamento)	0,197	0,071	0,163	2,780	0,006
Horário de funcionamento	0,187	0,071	0,159	2,642	0,009

Variável Dependente: Nota do centro médico

R	0,611
R ²	0,373
Bondade de Ajustamento	0,360
Erro padrão de estimação	1,194

A tabela 23 apresenta o melhor modelo encontrado para explicar a “nota atribuída ao centro médico” a partir das variáveis de qualidade. As variáveis independentes representam as seguintes dimensões / processos: atendimento de urgências e horário de funcionamento, representam a dimensão empatia, instalações consultórios representa a dimensão tangibilidade, agilidade dos processos (agendamento) representa a dimensão confiabilidade e o processo de atendimento ao cliente, e segurança dos médicos representa o processo de atendimento médico, mais especificamente com uma variável da dimensão garantia. A dimensão responsividade e o processo que inclui os enfermeiros não aparecem em nenhuma das variáveis, provavelmente porque não têm forte influência sobre a nota.

Observando os índices deste modelo, pode-se afirmar que o resultado é aceitável, pois justifica 37% da variabilidade total da nota do centro médico o que nas pesquisas da área de ciências sociais é aceitável. Observa-se, também, com base no

coeficiente de bondade de ajustamento, que essas cinco variáveis juntas explicam cerca de 36% da nota do centro médico, sendo a variável independente “atendimento de urgências” a de maior importância.

Os resultados indicam que um aumento de 1 (um) desvio padrão na percepção de qualidade do “atendimento de urgências” pelo cliente, elevaria em 0,23 desvio padrão a nota atribuída ao centro médico. Sendo esse aumento na percepção das “instalações dos consultórios”, a nota aumentaria em 0,16 desvio padrão. Da mesma forma que, se o aumento de 1 (um) desvio padrão fosse na percepção da “segurança dos médicos”, “agilidade do processo de agendamento” ou no “horário de funcionamento”, o mesmo raciocínio se aplicaria a estas variáveis.

Uma vez que todas as variáveis foram mensuradas com a mesma escala, é possível inferir sobre as relações entre as variáveis, com base nos valores do coeficiente de regressão (B). A ordem de importância das variáveis independentes para a explicação da dependente permanece a mesma, uma vez que elas variam na mesma direção, quando comparadas com o *beta*. Assim, o aumento de 1 (um) ponto na percepção do atendimento de urgências” pelos clientes aumentaria em 27,6% a nota do centro médico. O mesmo raciocínio se aplica às outras quatro variáveis independentes selecionadas na regressão.

Portanto, a equação ficou da seguinte forma.

$$Y = 3,921 + 0,276 x_1 + 0,246 x_2 + 0,203 x_3 + 0,197x_4 + 0,187 x_5$$

Y = Nota do centro médico

x1 = Atendimento de urgências

x2 = Instalações (Consultórios)

x3 = Segurança dos médicos

x4 = Agilidade dos processos (Agendamento)

x5 = Horário de funcionamento

4.8.1.2 Fatores de Qualidade x Nota do Centro Médico

A seguir encontra-se a regressão utilizando os 7 fatores formados pela análise fatorial nas variáveis de qualidade. A variável dependente foi a nota do centro médico.

Tabela – 24 Regressão múltipla entre as variáveis de “Dimensões (Fatores) de Qualidade” e “Nota do Centro Médico”

MODELO	COEFICIENTES NÃO PADRONIZADOS		COEFICIENTES PADRONIZADOS	T	SIG
	B	DESVIO PADRÃO	BETA		
(Constant)	7,949	0,088		89,932	,000
F7 – Urgências e acessibilidade – Empatia	0,530	0,088	0,363	6,006	,000
F1 – Atendimento Médico	0,396	0,095	0,253	4,159	,000
F3 – Confiabilidade do atendimento	0,389	0,090	0,263	4,331	,000
F2 – Tangibilidade	0,387	0,097	0,242	3,990	,000
F4 – Garantia e Responsividade no atendimento	0,307	0,094	0,199	3,260	,001

Variável dependente: Nota do centro médico

R	0,619
R ²	0,383
Bondade de Ajustamento	0,365
Erro padrão de estimação	1,189

A tabela 24 apresenta o melhor modelo encontrado para explicar a “nota atribuída ao centro médico” a partir das fatores gerados sobre as variáveis de qualidade. Os fatores já foram explicados anteriormente quando da discussão da análise fatorial. As variáveis independentes representam os seguintes fatores: urgências e acessibilidade - empatia, atendimento médico, confiabilidade do atendimento, tangibilidade e garantia e responsividade no atendimento. Os fatores referentes à ética dos profissionais e enfermeiros não apresentaram influência sobre a nota.

Observando os índices deste modelo, pode-se afirmar que o R² também é aceitável pois justifica 38% da variabilidade total da nota do centro médico. Observa-se, também, com base no coeficiente de bondade de ajustamento, que esses cinco fatores juntos explicam, cerca de, 36% da nota do centro médico, sendo o fator “urgências e acessibilidade – empatia” o de maior importância, o que corrobora a análise anterior onde a

variável “atendimento de urgências”, que é uma das que compõe este fator, foi a de maior importância na nota do centro médico.

Os resultados indicam que um aumento de 1 (um) desvio padrão na percepção de qualidade do fator “urgências e acessibilidade – empatia” pelo cliente, elevaria em 0,36 desvio padrão a nota atribuída ao centro médico. Sendo esse aumento na percepção das “atendimento médico”, a nota aumentaria em 0,25 desvio padrão. Da mesma forma que, se o aumento de 1 (um) desvio padrão fosse na percepção da “confiabilidade no atendimento”, “tangibilidade” ou na “garantia e responsividade no atendimento”, o mesmo raciocínio se aplicaria a estas variáveis.

Como já foi dito anteriormente, quando as variáveis são mensuradas com a mesma escala, é possível inferir sobre as relações entre elas, com base nos valores do coeficiente de regressão (B). A ordem de importância das variáveis independentes para a explicação da dependente também permanece a mesma, uma vez que elas variam na mesma direção, quando comparadas com o *beta*. Assim, o aumento de 1 (um) ponto na percepção do fator “urgências e acessibilidade - empatia” pelos clientes aumentaria em 53% a nota do centro médico. O mesmo raciocínio se aplica aos outros quatro fatores selecionados na regressão.

Portanto, a equação ficou da seguinte forma.

$$Y = 7,949 + 0,530 x_1 + 0,396 x_2 + 0,389 x_3 + 0,387 x_4 + 0,307 x_5$$

Y = Nota do centro médico

x₁ = F7 - Urgências e acessibilidade – Empatia

x₂ = F1 - Atendimento Médico

x₃ = F3 - Confiabilidade do atendimento

x₄ = F2 – Tangibilidade

x₅ = F4 - Garantia e Responsividade no atendimento

4.9 Conclusão das análises

Apresentados os resultados do estudo, faz-se importante destacar seus elementos sintéticos, antes de tecer considerações finais.

Os centros médicos da empresa pesquisada obtiveram média 7,93 conforme os pacientes entrevistados, tendo sido classificados como bons. As médias encontradas nas variáveis da escala “desconfirmação de expectativas” corroboram esta afirmação, estando, todas elas, acima do coeficiente 3 (três), ou seja, acima do esperado.

As variáveis que obtiveram maior pontuação estão relacionadas ao atendimento médico e a questões de tangibilidade, também associadas aos médicos. As variáveis que obtiveram menor pontuação se referiam ao processo de agendamento e as relacionadas à empatia, ou seja, às facilidades oferecidas aos clientes.

As análises bivariadas feitas, contabilizaram comparações entre médias (t-test) e as análises qui-quadrado, demonstrando relacionamentos entre as variáveis de qualidade, tecnologia e lealdade.

Identificou-se também, através das regressões múltiplas, que o cliente, ao avaliar o centro médico, considera um conjunto de fatores, combinando vários aspectos. Esta observação foi confirmada nas regressões com as variáveis agrupadas (através de análise fatorial), onde praticamente todos os fatores tiveram relevância para a nota do centro médico. Este resultado fortalece a cadeia QVL, visto que os fatores refletem de forma muito próxima as dimensões da qualidade de serviço, confirmando a teoria estudada.

A seguir serão apresentadas conclusões e implicações gerenciais que se julgam aplicáveis às empresas da área de saúde. As conclusões expostas buscam responder à pergunta de pesquisa, bem como atender aos objetivos relacionados.

5

Conclusões

O estudo da percepção da qualidade, da lealdade do cliente e da influência da tecnologia, nestes aspectos, foi o principal objetivo desta pesquisa. As conclusões serão aqui apresentadas, permitindo uma avaliação acerca da percepção de qualidade e lealdade numa empresa da área de saúde, e como a tecnologia pode, ou não, influenciar nestes aspectos.

Neste capítulo final, serão apontadas as implicações gerenciais para os resultados encontrados e apresentadas as limitações da pesquisa. Como é comum nos estudos acadêmicos, serão propostos os planos para continuidade desta linha de estudo, podendo este ser considerado um apoio para futuras replicações ou outras pesquisas, envolvendo os temas chave ou a área de saúde.

5.1 O atendimento médico: fator decisivo na qualidade da empresa.

Dentre os resultados apresentados, o atendimento médico representou o principal elemento do serviço prestado nos centros médicos. Seu conhecimento e segurança no atendimento constituíram o aspecto mais relevante de acordo com os clientes. Além disto, a qualidade do serviço prestado pelos médicos foi fator decisivo na boa nota dada à percepção de qualidade em geral do centro médico.

Em, praticamente, todas as análises feitas, a qualidade do atendimento médico pode ser percebida como essencial para a percepção geral do cliente. Nas análises univariadas, as médias referentes ao atendimento e à aparência dos médicos obtiveram o melhor desempenho, destacando-se a dimensão “garantia”, representada pelas variáveis “segurança dos médicos” e “conhecimento dos profissionais”. Na pesquisa apresentada por Dias (2001), em consultórios do estado de São Paulo, esta dimensão também teve papel principal, tanto nas expectativas quanto no desempenho dos consultórios. Vale também ressaltar que as instalações dos consultórios também tiveram uma média alta, o que mostra que, em relação a este atributo, o cliente se considera bem servido.

A análise fatorial também confirmou a importância em geral dos médicos, pois nela as variáveis referentes aos médicos formaram um único fator, mostrando que os atributos dos médicos são avaliados de forma conjunta pelos respondentes.

Na análise de regressão, das cinco variáveis que tiveram o mais forte relacionamento com a nota, uma delas foi a variável da dimensão garantia “segurança dos médicos”. Já na regressão múltipla, realizada com os fatores, o fator que agrupou as variáveis referentes aos atributos médicos (fator 1), teve o segundo maior peso em relação à nota do centro médico.

Berry e Parasuraman (1991) já explicavam que as pessoas responsáveis pela entrega do serviço são um ingrediente crítico de sua infra-estrutura. Nas características, referentes a serviço, salientadas pelos autores Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985), o fator humano está sempre presente. Essas evidências dão credibilidade à constatação obtida neste estudo.

5.2 Empatia: as facilidades e atenção que a empresa tem com seus clientes

O serviço de saúde tem de ter um pronto atendimento. Para os clientes avaliados, este é o principal fator de influência na percepção de qualidade em geral do centro médico. “Se preciso do serviço, ele tem de estar a postos para me atender”, assim diz o paciente, “porque a doença não espera para o dia seguinte”.

Na regressão múltipla apresentada, o fator que tem maior influência na nota do centro médico é a Empatia, representado no instrumento por três variáveis: “horário de funcionamento”, “conveniência da localização” e “atendimento de urgências”. As variáveis “atendimento de urgências” e “horário de funcionamento” aparecem novamente na regressão realizada com as variáveis desagrupadas (independentes dos fatores).

Porém, as médias obtidas pelas variáveis “horário de funcionamento”, “conveniência da localização” e “atendimento de urgências”, apesar de terem notas acima do esperado, estão entre as de menor média. Desta forma, pode-se supor que as notas poderiam ter sido ainda melhores se estes aspectos estivessem melhor pontuados, visto que a influência destas variáveis, na nota, foi confirmada nas regressões múltiplas.

5.3 A confiabilidade dos processos de agendamento e atendimento na recepção

Segundo Anton (1996), em estudo realizado numa empresa da área de saúde, os pacientes valorizam o seu tempo e não estão dispostos em desperdiçá-lo, aguardando atendimento. A função passiva dos pacientes está sendo substituída por uma demanda ativa, por um serviço personalizado, atencioso e cortês, a um preço razoável.

Esta visão foi de certa forma confirmada pela relação do fator “confiabilidade do atendimento”, na nota do centro médico. Na regressão múltipla realizada com as variáveis desagrupadas, a variável “agilidade dos processos de agendamento” reaparece como uma das que teve mais influência na nota do centro médico.

Da mesma forma que ocorreu nas variáveis de empatia, três variáveis que representam a confiabilidade no processo de agendamento, sendo elas, “horário de atendimento”, “agilidade do processo” e “cumprimento do atendimento prometido” estiveram entre as menores médias do ponto de vista dos pacientes.

Desta forma, pode-se perceber que o processo de agendamento também deve ser tratado com prioridade, devido à sua influência na percepção de qualidade e sua relativa “baixa média”, se comparado com outras variáveis.

O tempo de espera e a falta de agilidade no atendimento ao cliente podem demonstrar a fragilidade dos processos administrativos. Também podem ser vistos pelo cliente como um descaso ou falta de atenção da empresa em prestar um pronto serviço. No caso estudado, a percepção de qualidade, em geral, foi boa, porém, a continuidade de falhas nestes aspectos pode vir a prejudicar esta percepção.

A partir da análise destas seções, já é possível responder a um dos objetivos secundários deste estudo:

- analisar os principais processos de relacionamento com clientes, em um segmento de mercado.

Foram analisados, a partir da sugestão dos gestores, os principais processos de relacionamento e profissionais envolvidos, processos estes que, de acordo com a mesma sugestão, seriam possíveis de ser configurados como processos de CRM. Diante desta análise, pode-se concluir que o processo de atendimento médico tem uma forte influência na percepção de qualidade do cliente, seguido do processo de atendimento ao cliente. Os profissionais do agendamento, recepção e, principalmente, os médicos, também exercem esta influência. Já os enfermeiros não aparentam ter um relacionamento significativo com a percepção de qualidade deste grupo de respondentes.

5.4 A disposição à inserção de tecnologias de CRM

A influência da tecnologia CRM foi o outro pilar deste estudo. Os resultados apresentados também permitiram conclusões importantes quanto a pontos levantados no início deste estudo. Os clientes participantes da pesquisa mostraram uma forte disposição à inserção das tecnologias apresentadas, as quais refletem funcionalidades e recursos utilizados nas ferramentas CRM.

Este fato, isoladamente, já permite a consideração de que a visão dos clientes dessa empresa é muito positiva em relação à tecnologia, o que mostra uma adequação do mercado e uma percepção das melhorias que podem ser alcançadas com os recursos tecnológicos advindos das ferramentas CRM.

Aprofundando as análises pode-se ir além. Os clientes da empresa estudada têm formação intelectual incipiente e um baixo nível de renda, o que leva a concluir que a boa impressão quanto à tecnologia não se restringe às elites. Também não houve diferenças significativas quanto à idade, o que mostra que a tecnologia, atualmente, conquista jovens ou idosos. Um outro ponto importante é que, mesmo os respondentes que afirmaram ter dificuldade no uso da tecnologia, afirmaram, em sua maioria, não ter restrições às melhorias tecnológicas propostas.

Ainda nas análises de frequência, os clientes já afirmaram que associam o uso da tecnologia a um serviço de melhor qualidade. Porém, surpreendendo às expectativas da autora, apesar de os clientes considerarem que a empresa pode melhorar o seu ambiente tecnológico, eles consideram que, atualmente, a empresa já utiliza a tecnologia de forma a oferecer um serviço de qualidade.

Este fato pode ser explicado devido à boa performance na qualidade dos serviços prestados pela empresa, visto que em todos os quesitos as médias foram acima do esperado. Ou seja, como a percepção de qualidade em geral está acima da expectativa, o respondente acaba sendo benevolente em relação ao uso atual de tecnologia.

Por outro lado, os clientes que consideram que a empresa não utiliza a tecnologia de forma a oferecer um serviço de qualidade, foram mais críticos em relação à percepção de qualidade em geral.

O estudo também apontou que os clientes que têm maior aceitação a tecnologias e que acreditam que o uso destas leva a uma maior qualidade, tendem a ser mais críticos em relação à nota. Diante destes fatos, já se pode considerar que mais três objetivos secundários foram alcançados.

- Verificar qual o efeito da aplicação da tecnologia CRM em elementos da cadeia QVL;

Neste estudo foi possível testar a aplicação das tecnologias no elemento qualidade. Ficou muito claro que a tecnologia, especificamente as que podem ser relacionadas ao CRM, tem uma forte aceitação pelos clientes, como também é considerada um elemento facilitador na prestação do serviço. Uma percepção negativa do uso da tecnologia correspondeu a uma maior percepção negativa da qualidade em geral.

- Verificar que tecnologias de CRM podem ser utilizadas com foco na otimização do relacionamento com os clientes, no segmento de mercado;

A verificação das tecnologias se deu de diversas formas e pode ser observada por vários prismas. Do ponto de vista do gestor, as tecnologias que podem ser utilizadas com foco na otimização do relacionamento foram citadas nas entrevistas, através de uma pergunta específica e com foco neste assunto. A visão dos gestores está expressa nos questionários, em quesitos pertinentes a: tecnologias de auxílio a marcação de consultas (agendamento), prontuário eletrônico (médicos), DBM (com foco e objetivo na personalização do atendimento), totens de auto-serviço e página na Web interativa (para maior disponibilização e facilidade de informação).

Atualmente, das tecnologias apresentadas, as que está mais relacionada a necessidade combinada dos gestores e clientes, são as tecnologias de *call center*, que estão fortemente associadas ao processo de agendamento. Dentre os processos de relacionamento com cliente avaliados, este foi o que apresentou a necessidade de ação mais urgente e a tecnologia que possibilitará esta melhoria é a de *call center*.

- Identificar quais os tipos de informação derivados do uso de CRM que são associáveis à QVL;

Os benefícios maiores trazidos pelo uso da tecnologia foram além das informações, a otimização dos processos. Ficou muito claro nos resultados da pesquisa que o processo de agendamento seria o grande favorecido na inserção do CRM, visto que sua média, um pouco mais baixa em relação aos demais, deve-se principalmente a falta de agilidade no processo.

Sendo assim, é possível informatizar este processo, através de recursos citados na literatura como o *call center*, e eleger o agendamento como uma peça importante no perfil de uso do CRM.

5.5 Lealdade: um resultado auxiliado pela qualidade do serviço

Este estudo vincula-se à cadeia QVL, sendo este vínculo um dos principais pontos a serem estudados. Os resultados reforçam que de fato existe uma relação entre a qualidade de serviço e a lealdade do cliente, que deve ser trabalhado.

A alta média alcançada pelos centros médicos já levaria a supor que haveria um alto índice de indicação e de preferência de uso e isto, de fato, se confirmou. Ou seja, os clientes não só percebem qualidade nos centros médicos, mas também dizem ser fiéis no uso além de indicarem para amigos ou parentes.

Mas foram nas análises bivariadas que foram obtidos os resultados mais expressivos. Notadamente, os clientes que não demonstraram disposição à lealdade, deram

notas mais baixas aos centros médicos. Em seqüência, foi identificado que as pessoas que não percebem qualidade na empresa, também tiveram comportamento menos expressivo em relação à lealdade. A partir destes resultados, é possível revisitar outro objetivo secundário:

- avaliar a influência efetiva da qualidade percebida via CRM na obtenção da lealdade.

Foi confirmado neste estudo, a influência efetiva da qualidade na obtenção da lealdade, porém ainda não foi possível confirmar a influência efetiva do CRM neste relacionamento devido ao fato que a tecnologia, na empresa caso escolhida, ainda não está implementada. Desse modo, pode-se dizer que a tecnologia influencia na percepção de qualidade, até porque foi possível avaliar os processos e a relação destes com a qualidade. Apenas com a continuidade dos estudos, após a implantação dos novos recursos tecnológicos e pleno uso de CRM podia propiciar uma conclusão mais extensa sobre este ponto.

5.6 Implicações Gerenciais

A seguir serão apresentadas as implicações gerenciais para a empresa estudada, baseadas nas conclusões apresentadas.

5.6.1 A credibilidade do médico: o principal recurso no serviço de saúde

Como foi visto, o médico teve uma participação importante na boa percepção de qualidade do cliente desta empresa. Em geral, sua postura inspira confiança e segurança, além de serem corteses e sensíveis.

Já um problema no relacionamento com o médico, afeta profundamente a percepção de qualidade da empresa e a confiança no serviço prestado. Ou seja, hoje o médico é o grande responsável pela boa percepção da qualidade do serviço.

Considerando ainda, que a saúde é um dos bens mais valiosos do ser humano, pode-se crer que o médico é um dos guardiões deste bem e possui uma grande responsabilidade sobre si. No momento do atendimento, devido ao desconhecimento por parte do cliente, da atividade ali exercida, a segurança transmitida pelo profissional é a única forma que o cliente tem de avaliar se está sendo bem atendido.

O acompanhamento do serviço prestado por parte da organização é também vital, visto que ao utilizar os centros médicos da empresa, o cliente se sente protegido pelo nome da instituição. Por muitas vezes, ele sequer conhece o médico, mas acredita que será atendido por um bom profissional visto que ele trabalha na empresa que ele confia. Ou seja, a credibilidade da empresa pode levar a fortalecer a credibilidade no médico já citada como importante.

Sugere-se que a empresa deva tratar de perto a sua relação com o médico mantendo as boas condições de trabalho. Estas condições não são apenas de infra-estrutura física. As condições são também de bem estar, de qualidade de vida. Deve-se promover a constante capacitação e atualização técnica além de manter uma justa remuneração.

O uso do DBM acumulando as consultas realizadas pelos clientes e possibilitando criar um perfil de atendimentos poderá também facilitar e melhorar a qualidade da consulta.

O acompanhamento da qualidade do atendimento médico também deve ser uma constante. Aos olhos dos próprios clientes, existe a necessidade de haver um canal mais claro de comunicação entre a empresa e os clientes em relação aos médicos. Este é, com certeza, um dos benefícios que a implementação de estratégias e tecnologias CRM irão trazer, possibilitando um acesso mais rápido e seguro de comunicação direta entre o cliente e a empresa. As reclamações são poucas, apesar de fortes, porém devem ser tratadas com muito cuidado e proximidade para que não se tornem um problema maior no futuro.

Os clientes querem também participar da avaliação dos médicos visto que os preferidos, ou seja os que unem a segurança no ofício e a cordialidade no trato, deveriam ser premiados de alguma forma. O prêmio não precisa ser financeiro, mas sim de reconhecimento com o aval de seus próprios pacientes. Isto talvez estimulasse os médicos a se manterem eficientes na sua profissão. Este seria um exemplo do uso do CRM visando os clientes internos.

5.6.2 A necessidade de otimização do processo de agendamento

Um dos aspectos que necessita de grande atenção por parte dos gestores é o processo de agendamento ou marcação de consultas. De acordo com os respondentes, percebe-se que o processo poderia ser bastante melhorado.

Na estrutura atual da empresa, o agendamento de consultas é feito pela própria equipe da recepção, por telefone ou no atendimento *in loco*. Ou seja, a equipe da recepção, enquanto atende aos pacientes do dia e marca consultas de pacientes que estão nos consultórios, também atendem, por telefone, a solicitação de agendamento do cliente que está fora do ambiente interno.

O processo estruturado desta forma consome muito tempo dos clientes. O tempo de espera, assim mapeado, é um tempo em que o cliente além de estar usando o recurso da empresa em que trabalha, o que por vezes é constrangedor, deixa de estar produzindo. Através de depoimentos de clientes, foram levantados casos de que o cliente prefere ir até o centro médico apenas para marcar a consulta.

O processo de agendamento seria, inicialmente, o mais provável candidato à implementação do CRM. Além de estar precisando do ponto de vista operacional destas melhorias, é um processo que interage fortemente com o cliente e traria benefícios rapidamente perceptíveis ao cliente, possibilitando inclusive incrementos imediatos na percepção de qualidade do processo e do centro médico em geral.

5.6.3 O Desenvolvimento de uma estratégia CRM

Diante dos resultados encontrados, investir no desenvolvimento de uma estratégia CRM, será um grande viabilizador de outros resultados. Esta pesquisa mostrou que além de existir a necessidade de otimizar os processos de relacionamento, os clientes desta empresa estão prontos para interagir com a tecnologia CRM.

Os passos em busca do desenvolvimento de uma estratégia CRM seriam:

- Gerir o relacionamento com o auxílio da tecnologia;
- Utilizar da melhor forma a tecnologia atualmente disponível;
- Disponibilizar as informações de todas as partes da empresa aos funcionários que lidam com os cliente (exceto as informações que o cliente não autoriza a divulgação);
- Disponibilizar o uso dos sistemas aos clientes, criando interfaces adequadas;
- Conhecer as tendências e novas estratégias de CRM dos fornecedores de software e serviços;
- Desenvolver indicadores para agilizar e medir os resultados da adoção da estratégia.

Através destes passos e dos já citados na literatura sobre CRM, a empresa poderá iniciar uma transformação na sua estratégia de negócios, nos seus processos de relacionamento e no uso da tecnologia, que trará resultados, maior competitividade e uma maior retenção e lealdade dos seus clientes.

5.7 Limitações da pesquisa

Os resultados obtidos nesta pesquisa, embora válidos, apresentam certas limitações, oriundas da própria natureza dos processos de pesquisa, as quais precisam ser consideradas. São elas:

- a) Embora os resultados indiquem aspectos conhecidos e, em alguns casos, esperados, a amostra foi não probabilística e, por isso, os resultados não podem ser generalizados e estendidos a todos os consumidores;
- b) Os resultados não podem ser generalizados para todo tipo de serviço prestado, visto ter sido o estudo restrito a um segmento de negócio;
- c) Os dados foram coletados em um determinado período de tempo, de forma que o estudo não se deu de modo longitudinal. Assim, os resultados obtidos só podem ser considerados válidos para os respondentes no período em que foi feita a coleta de dados (outubro de 2002). Apenas um estudo longitudinal, portanto, poderia descrever melhor a dinâmica dessas alterações;
- d) A interpretação e análises dos dados encontrados em alguns momentos do estudo estão fortemente baseadas nos conhecimentos e subjetividade do autor, ficando sujeitas a críticas de interpretação;
- e) O perfil dos respondentes compreendia, em sua maioria, pessoas de baixa escolaridade o que pode ter comprometido a compreensão de algumas variáveis;
- f) Não foram analisados todos os serviços da empresa-caso, havendo a possibilidade da percepção de qualidade dos centros médicos estar sendo influenciada pela percepção do serviço como um todo.

5.8 Recomendações para pesquisas futuras

Visando enriquecer este estudo, como também preencher as lacunas deixadas por ele, recomenda-se que novos trabalhos sejam desenvolvidos, conforme sugestões:

- Realizar estudo similar em outros centros médicos e empresas da área de saúde para obter uma visão mais ampla sobre o segmento de mercado estudado.
- Pesquisar a relação QVL x CRM em outros segmentos de mercado;
- Enriquecer as avaliações existentes sobre qualidade de serviço e CRM verificando também a percepção de qualidade por parte dos médicos e funcionários e também clientes – empresa.
- Realizar um estudo que utilize duas diferentes amostras, sendo uma formada por clientes de uma empresa que tenha um nível mais alto de implementação de CRM e outra formada por clientes de uma empresa com um nível de maturidade tecnológica mais baixa de forma a comparar as percepções de qualidade e a lealdade dos clientes destes dois grupos;
- Aprimorar a análise da percepção de qualidade com o uso do CRM, incluindo outras variáveis, tais como características dos gestores e até dos respondentes;

Assim, tendo repercutido todo o elenco de elementos a que o estudo se propunha, encerra-se o relato, apontando que o potencial uso de uma tecnologia que permita um melhor tratamento ao cliente, parece ser condição irrefutável para se obter uma relação perene e lucrativa com eles. E este é o desejo de todo administrador de empresas.

6

Referências Bibliográficas

ANTON, J. Customer Relationship Management: making hard decisions with soft numbers. New Jersey: Prentice Hall, 1996.

BERRY, L. e PARASURAMAN, A. Listening to the customer – The concept of service-quality information system. Sloan Management Review, p. 65-76, 1997.

_____. Marketing Services: competing through quality. New York: Free Press, 1991.

BOLTON, R., KANNAN, P.K. e BRAMLETT, M. Implications of loyalty program membership and service experiences for customer retention and value. Journal of the academy of marketing science, v. 28, p. 95-108, 2000.

BOONE, L., KURTZ, D. Contemporary marketing. 8 ed. New York: Dryden Press, 1995.

BRETZKE, M. O marketing de relacionamento: integração entre informática e marketing na busca da vantagem competitiva. Dissertação (Mestrado em Administração) – FGV/EAESP, São Paulo, 1992

_____. O marketing de relacionamento transformando a organização para competir em tempo real: integração entre tecnologia da informação e marketing. Tese (Doutorado em Administração) – FGV/EAESP, São Paulo, 1999.

_____. Marketing de relacionamento e competição em tempo real com CRM (Customer Relationship Management). São Paulo: Atlas, 2000.

BROWN, S. Customer Relationship Management: a strategic imperative in the world of e-business. Canada: John Wiley & Sons Canada, Ltd., 2000.

BRYMAN, A. Research methods and organization studies. London and New York: Routledge, 1992.

BUSINESS MANAGEMENT. “Transformação cultural”, Business Management South America, v. 1, p. 124-130, 2001.

_____. “O êxito do CRM”, *Business Management South America*, v. 1, p. 144 -145, 2001.

CARMAN, J. Consumer perceptions of service quality: an assessment of the SERVQUAL Dimensions. *Journal of Retailing*, v. 66, p. 33-55, 1990.

CAREY, C.. Consumers become customers...again! *The Direct Marketing Opportunity. Directions*, vol. 11, number 2, 1989.

CHURCHILL, G. *Marketing Research – Methodological Foundations*. Orlando, FL: The Dryden Press, 1995.

_____ e SURPRENANT, C. An investigation into the determinants of customer satisfaction, *Journal of Marketing Research*, Vol. XIX, November, p.491-504, 1982.

CROMBACH, L. Coefficient alpha and the internal structure. *Psychometrika*, v. 16, 1951.

_____ e GLESSER, G. Assessing similarities between profiles. *Psychological bulletin*, V. 50, p. 456-473, 1953.

DICK, A e BASU, K. Customer loyalty: toward an integrated conceptual framework, *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 22, p. 99-113, 1994

DUTRA, H. Percepção de qualidade no serviço educacional: um estudo sobre o curso de administração da Faculdade de Ciências Humanas ESUDA. *Dissertação (Mestrado em Administração) – UFPE/CCSA, Recife, 2001.*

FARIAS, S. Avaliação simultânea dos determinantes da satisfação do consumidor: um estudo no segmento da terceira idade. *Tese (Doutorado em Administração) – USP/FEA, São Paulo, 1998.*

FLECHTER, K. *Marketing management and information technology*. UK: Prentice Hall International, 1995.

FOURNIER, S. A consumer-brand relationship framework for strategic brand management. *Dissertation (Doctor of Philosophy) - University of Florida, 1994.*

GREENBERG, P. Os quatro ases do CRM. *HSM Management*, No. 31, p. 48-54, 2002.

GRONROOS, C. *Strategic Management and marketing in the service sector*. Helsingfors: Swedish Scholl of Economics and Business Administration, 1982.

HAGUETTE, M. *Metodologias Qualitativas na Sociologia*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1992.

HAIR, J., ANDERSON, R, TATHAM, R. e BLACK, W. *Multivariate Data Analysis with Readings*. 5. ed., New York: Macmillan Publishing International, 1998.

INMON, W. *Como construir o Data warehouse*. Rio de Janeiro: Campos, 1997.

JAIN, S. Marketing, planning & strategy. Cincinnati, Ohio: South-Western College Publishing, 1997.

KARSAKLIAN, E. Comportamento do consumidor. São Paulo: Atlas, 2000.

KINNEAR, T. e TAYLOR, J. Marketing research: an applied approach. 5.ed. New York: McGraw Hill, 1996.

KOTLER, P. Administração de marketing, análise, planejamento, implementação e controle. São Paulo: Atlas, 1994.

_____. Administração de marketing: a edição do novo milênio. 10 ed. São Paulo: Prentice Hall, 2000.

LEWIS, R. e BOOMS, B. The marketing aspects of service quality. Emerging perspectives on services marketing. Chicago: American Marketing, p. 99-107, 1983.

LIU, S. e DUBINSKY, A. Consumers' perceptions of health care: The case of Hong Kong. Health Marketing Quarterly, v. 17, p. 3-20, 2000.

MALHOTRA, N. Marketing research: an applied orientation. New Jersey: Prentice hall, Inc, 1996.

MATTAR, F. Pesquisa de marketing, São Paulo: Atlas, 1996.

McKENNA, R. Relationship marketing: successful strategies for the age of the customer. 1 st. ed., New York: Addison – Wesley Publishing company, Inc., 1991.

MELO, R., SILVA, S. e TANAKA, A. Banco de dados em aplicações cliente-servidor. Distribuição de processamentos, fundamentos de bancos de dados distribuídos e bancos de dados distribuídos heterogêneos – Rio de Janeiro: Infobook, 1997.

MEIRELLES, F. S. Informática: novas aplicações com microcomputadores. São Paulo: McGraw Hill. 2 ed. 1994.

NEWELL, F. Loyalty.com: Customer Relationship Management in the new era of Internet marketing. New York: McGraw-Hill, 2000.

NUNALLY, J. C. *Psychometric methods*. New York: McGraw-Hill, 1967.

OLIVER, R. A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions, in Journal of Marketing Research. Vol.17, November, p. 460-469, 1980b.

_____ & DeSarbo, Wayne S. Response determinants in satisfaction judgments, in Journal of Consumer Research, Vol.14, March, p. 495-507, 1988.

_____. Satisfaction: a behavioral perspective on the consumer. New York: McGraw-Hill, 1997.

OPPENHEIN, A. N. Questionnaire design, interviewing, and attitude measurement, London: Pinter, 1993.

PARASURAMAN, A. Technology readiness index (TRI): A multiple-item scale to measure readiness to embrace new technologies. *Journal of Service Research*, v. 2, p. 307-320, 2000.

_____. & GREWAL, D. The impact of technology on the quality-value-loyalty chain. A research agenda. *Journal of the Academy of Marketing Science*, v. 28, p. 168-174, 2000.

_____, ZEITHAML, V. & BERRY, L. A conceptual model of service quality and its implication for future research. *Journal of Marketing*, v. 49, p. 41-50, 1985.

_____. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *Journal of Retailing*, v. 64, p. 12-40, 1988.

_____. Refinement and reassessment of the SERVQUAL Scale. *Journal of Retailing*, v. 67, p. 420-450, 1991a.

_____. Understanding customer expectations of service, in *Sloan Management Review*, p.39-47, 1991b

_____. Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: Implications for further research. *Journal of Marketing*, v. 58, p. 111-124 , 1994.

PORTER, M. Vantagem competitiva: técnica para análise de indústria e da concorrência. 2.ed. São Paulo: Campus, 1989.

RAPP, Stan & COLLINS, Tom L.. *Maximarketing*. São Paulo, Ed. Macgraw-hill, 1991.

RICHARDSON, R. (ed.). *Pesquisa Social: métodos e técnicas*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989.

ROESH, S. *Projetos de estágio e de pesquisa em administração: guias para estágios, trabalhos de conclusão, dissertações e estudos de casos*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SHOEMAKER, S. Scripts: Precursor of Consumer Expectations. *Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly*. p. 42-53, February 1996.

SRIVASTAVA, R., SHERVANI, T. & FAHEY, L. Marketing, business process, and shareholder value: An organizationally embedded view of marketing activities and the discipline of marketing. *Journal of Marketing*, v. 63, p. 168-179, 1999.

STAIR, A. *Princípios de Sistemas de Informação*. São Paulo: LTC, 1996.

STEVENSON, W. *Estatística aplicada a administração*. São Paulo: Harper & Row do Brasil, 1981.

TRIVIÑOS, A. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VAVRA, T. Marketing de Relacionamento: aftermarketing. Tradução por Ailton Bomfim Brandão. São Paulo: Atlas, 1993. Tradução de Aftermarketing.

VOOS, G., PARASURAMAN, A. & GREWAL, D. The roles of price, performance, and expectations in determining satisfaction in service exchanges. *Journal of Marketing*, v. 62, p. 46-61, 1998.

YIN, R. Case study research: design and methods 2.ed. Sage Publications, Inc, 1996.

Apêndice

Anexo 1 – Questionário

PESQUISA DE PERCEPÇÃO DOS CLIENTES

Estamos realizando uma pesquisa com o objetivo de entendermos o que os clientes da “Empresa” acham da qualidade dos serviços prestados nos centros médicos da rede própria.

Na coluna da esquerda são citadas vários aspectos para que você avalie a empresa. Marcando um **X** no número **1** significa que o aspecto está **“PIOR DO QUE ESPERADO”**, marcando o número **5** significa que está **“MELHOR DO QUE ESPERADO”**. Marcando o número **3**, significa que está **“COMO ESPERADO”**. As opções 2 e 4 são intermediárias.

Com este pensamento, responda o quanto você concorda com cada afirmação. Não existe resposta certa ou errada portanto, sinta-se livre para expor a sua opinião:

Nos CENTROS MÉDICOS DA EMPRESA, O QUE VOCÊ ACHA SOBRE:

1 - PIOR DO QUE ESPERADO
2 - QUASE PIOR DO QUE ESPERADO
3 - COMO ESPERADO
4 - QUASE MELHOR DO QUE ESPERADO
5 - MELHOR DO QUE ESPERADO

1. A limpeza, o ambiente e a organização das instalações					
- Na Recepção	1	2	3	4	5
- Nos Consultórios	1	2	3	4	5
2. A aparência dos profissionais (vestuário, higiene e postura)					
- Agendamento	1	2	3	4	5
- Recepção	1	2	3	4	5
- Enfermeiros	1	2	3	4	5
- Médicos	1	2	3	4	5
3. Os equipamentos e a tecnologia necessários para um atendimento de qualidade					
- No Agendamento	1	2	3	4	5
- Na Recepção	1	2	3	4	5
- Nos Consultórios	1	2	3	4	5
4. A facilidade, agilidade e rapidez dos processos abaixo					
- Agendamento	1	2	3	4	5
- Atendimento na Recepção	1	2	3	4	5
5. atendimento ocorrer da maneira prometida (combinada) no processo de					
- Agendamento	1	2	3	4	5
- Atendimento na Recepção	1	2	3	4	5
- Atendimento Clínico	1	2	3	4	5

O QUE VOCÊ ACHA SOBRE:

1 - PIOR DO QUE ESPERADO
 2 - QUASE PIOR DO QUE ESPERADO
 3 - COMO ESPERADO
 4 - QUASE MELHOR DO QUE ESPERADO
 5 - MELHOR DO QUE ESPERADO

1. empenho dos profissionais em resolver uma necessidade do paciente da maneira mais correta					
- Equipe de Agendamento	1	2	3	4	5
- Equipe da Recepção	1	2	3	4	5
- Enfermeiros	1	2	3	4	5
- Médicos	1	2	3	4	5
2. cumprimento dos horários de atendimento no momento do					
- Agendamento	1	2	3	4	5
- Atendimento na Recepção	1	2	3	4	5
- Atendimento Clínico	1	2	3	4	5
3. A presteza e atenção dos profissionais para ajudar os pacientes					
- Equipe de Agendamento	1	2	3	4	5
- Equipe da Recepção	1	2	3	4	5
- Enfermeiros	1	2	3	4	5
- Médicos	1	2	3	4	5
4. A ética dos profissionais e sua capacidade de inspirar confiança					
- Equipe de Agendamento	1	2	3	4	5
- Equipe da Recepção	1	2	3	4	5
- Enfermeiros	1	2	3	4	5
- Médicos	1	2	3	4	5
5. A segurança que os médicos transmitem aos seus pacientes	1	2	3	4	5
6. Conhecimento que os profissionais têm para responder às perguntas dos pacientes					
- Equipe de Agendamento	1	2	3	4	5
- Equipe da Recepção	1	2	3	4	5
- Enfermeiros	1	2	3	4	5
- Médicos	1	2	3	4	5
7. A cortesia e o atendimento personalizado dos profissionais abaixo no atendimento aos pacientes					
- Equipe da Recepção	1	2	3	4	5
- Enfermeiros	1	2	3	4	5
- Médicos	1	2	3	4	5
8. A conveniência do horário de funcionamento	1	2	3	4	5
9. A conveniência da localização dos centros médicos às necessidades dos pacientes	1	2	3	4	5
10. A facilidade em atender urgências ou necessidades do paciente	1	2	3	4	5

Inserção de Tecnologias

Gostaríamos que nos dissesse o que você acha do uso da tecnologia no atendimento ao cliente:

Você gostaria que o processo de agendamento de consultas fosse feito com o auxílio de novas tecnologias?

☐ Sim

☐ Não

Você gostaria de ser atendido por um médico que tivesse acesso via tecnologia ao histórico do paciente?

☐ Sim

☐ Não

Você gostaria que a empresa, com o uso de uma nova tecnologia, pudesse pré-agendar consultas para você?

☐ Sim

☐ Não

Você gostaria que a empresa, através do uso de novas tecnologias, pudesse lhe oferecer um atendimento mais personalizado?

☐ Sim

☐ Não

Você gostaria de usar tecnologia para ter um acesso direto a informações e para ampliar o seu relacionamento com a empresa?

☐ Sim

☐ Não

Você, normalmente, sente dificuldade em utilizar a tecnologia (computadores, central telefônica automática, entre outros)?

☐ Sim

☐ Não

Você acredita que uma empresa que utiliza novas tecnologias no atendimento e no relacionamento com os clientes oferece um serviço de melhor qualidade?

☐ Sim

☐ Não

PERFIL DO PACIENTE

Gostaríamos de saber um pouco a seus respeito, para melhor interpretarmos os dados desta pesquisa. Por favor, marque os itens que se seguem:

Sexo: 1 - Masculino ☐ 2 - Feminino ☐

Associado: 1 - Titular ☐ 2 - Dependente ☐

Idade: 1 - Até 19 anos	☐	Escolaridade: 1 - Sem estudo	☐
2 - De 20 a 29 anos	☐	2 - Primeiro Grau	☐
3 - De 30 a 39 anos	☐	3 - Segundo Grau	☐
4 - De 40 a 49 anos	☐	4 - Graduação	☐
5 - De 50 a 59 anos	☐	5 - Pós Graduação	☐
6 - Acima de 60 anos	☐		

Estado Civil: 1 - Casado	☐	Renda Familiar: 1 - Até R\$ 700 / mês	☐
2 - Solteiro	☐	2 - De R\$ 701 a 1.500 / mês	☐
3 - Separado	☐	3 - De R\$ 1.501 a 3.000 / mês	☐
4 - Viúvo	☐	4 - De R\$ 3.000 a 10.000 / mês	☐
5 - Outros	☐	5 - Mais de R\$ 10.000 / mês	☐

Ocupação: 1 - Assalariado	☐
2 - Profissional Liberal	☐
3 - Estudante	☐
4 - Desempregado	☐
5 - Aposentado	☐
6 - Outros	☐

Bairro em que mora: _____

Cidade em que mora: _____

Estado em que mora: _____

Plano que possui (Tipo de Plano):

Empresa Associada:

1 - Básico / Inter Alpha / Inter Luxo	☐
2 - Standard / Pleno / Inter Pleno	☐
ou Inter Mais	
3 - Extra / Inter Extra	☐
4 - Sênior / Ouro / Inter Sênior	☐
5 - Outros	☐

Data de Inclusão no plano: __/__/____

Número de:	1 - Um	☐
Dependentes	2 - Dois	☐
	3 - Três	☐
	4 - Quatro	☐
	5 - + de Quatro	
	6 - Nenhum	