

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
TESE DE DOUTORADO

Mellina da Silva Terres

**A IMPORTÂNCIA DO AFETO PARA A CONFIANÇA
DO CONSUMIDOR EM TROCAS DE SERVIÇOS COM
CONSEQUÊNCIAS SEVERAS**

PORTO ALEGRE

2011

Mellina da Silva Terres

**A IMPORTÂNCIA DO AFETO PARA A CONFIANÇA
DO CONSUMIDOR EM TROCAS DE SERVIÇOS COM
CONSEQUÊNCIAS SEVERAS**

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

Orientadora: Prof. Dra. Cristiane Pizzutti dos Santos

PORTO ALEGRE

2011

CIP - Catalogação na Publicação

da Silva Terres, Mellina
A IMPORTÂNCIA DO AFETO PARA A CONFIANÇA DO
CONSUMIDOR EM TROCAS DE SERVIÇOS COM CONSEQUÊNCIAS
SEVERAS / Mellina da Silva Terres. -- 2011.
156 f.

Orientadora: Cristiane Pizzutti dos Santos.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Escola de Administração, Programa de
Pós-Graduação em Administração, Porto Alegre, BR-RS,
2011.

1. Confiança. 2. Afeto. 3. Cognição. 4. Intenções
Comportamentais. 5. Trocas com Consequências
Severas. I. Pizzutti dos Santos, Cristiane, orient.
II. Título.

Mellina da Silva Terres

**A IMPORTÂNCIA DO AFETO PARA A CONFIANÇA
DO CONSUMIDOR EM TROCAS DE SERVIÇOS COM
CONSEQUÊNCIAS SEVERAS**

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

Orientadora: Prof. Dra. Cristiane Pizzutti dos Santos

Conceito Final _____

Aprovado em _____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

Presidente da banca: Prof. Dra. Cristiane Pizzutti dos Santos

Prof. Prof. Dr. Carlos Alberto Vargas Rossi

Prof. Dr. Cesar Augusto Piccinini

Prof. Dr. José Afonso Mazzon

*Dedico essa tese a minha avó Odila (in memoriam) por
sua luta incansável contra o câncer.*

AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas colaboraram diretamente ou indiretamente na construção desta tese. Primeiramente, agradeço ao Capes, o suporte financeiro garantido pela concessão de bolsa no país e no estágio de doutoranda no exterior, sem o qual não seria possível tamanha dedicação ao curso de doutorado. Agradeço, também, a todos os professores e colaboradores da Escola de Administração da UFRGS, pois, sem eles, não teria a oportunidade de estudar em uma instituição de ensino tão qualificada e reconhecida. Agradeço, em especial, aos professores Dr. Carlos Alberto Vargas Rossi, por me auxiliar no melhoramento do meu projeto de tese e à Dra. Neusa Rolita Cavedon, por ter me apresentado o mundo da etnografia em meu período de doutoramento. Agradeço também ao Departamento de Psicologia da UFRGS; em especial ao professor Dr. César Augusto Piccinini, por ter me recebido nas suas aulas e ter aceitado o desafio de participar da minha banca de projeto de tese.

Sou profundamente grata a Warrington College of Business Administration da University of Florida por ter me recebido por um ano no período do meu estágio de doutoranda proporcionando que eu realizasse a minha pesquisa e coleta de dados junto aos seus estudantes. Agradeço, de forma muito especial, ao Prof. Dr. Richard Lutz por ter me recebido e ter me dado todo suporte e apoio para a realização dessa tese. A orientação recebida durante o sanduíche foi fundamental para a construção desse trabalho. Agradeço também ao Prof. Dr. Chris Janiszewski por ter me auxiliado no desenho dos experimentos. Sou também muito grata a Juliano Laran e a Marcus Cunha por terem me dado todo o apoio para fazer meu sanduíche na University of Florida e por serem exemplos de pesquisadores que eu quero ser no futuro. A Juliano Laran e sua esposa, Juliana, agradeço também a companhia divertida em momentos de descontração em Gainesville.

Nesta jornada, tive algumas pessoas que foram muito importantes às quais dedico minha gratidão. Em especial, Tania, Frank, João Pedro e Tony, por terem sido a minha família durante o período que estive nos Estados Unidos; Aline, Marina, Shirley e Carol, pela companhia e por terem tornado a jornada mais animada e menos dolorosa. Agradeço também a Denise Avancini Alves, por sua amizade e por se fazer presente mesmo com a longa distância.

Muito especialmente, agradeço à minha orientadora e amiga, Profa. Dra. Cristiane Pizzutti dos Santos, por acreditar em mim quando nem eu mesma mais acreditava, por mesmo estando longe se fazer presente, por sua amizade, ética e dedicação aos seus alunos. Sem ela, essa tese e a minha formação como pesquisadora e docente, certamente, não teriam a mesma qualidade.

Por fim, manifesto meus agradecimentos mais especiais. Aos meus pais, José e Eva, por seu amor incondicional, pelo apoio em todas as horas, pela educação e pelos valores que me fizeram ser quem eu sou hoje. Agradeço à minha irmã, minha grande amiga e companheira, por nesse período de doutorado ter me dado o meu maior presente: o Tomás, um anjinho que veio iluminar as nossas vidas. Ao meu companheiro William, que me acompanha desde o início da graduação; faltam palavras para agradecê-lo. Muito obrigada por ter aberto mão da nossa convivência pelo período de um ano, por não só ter me esperado, mas também ter me apoiado em todos os momentos, motivando-me e se colocando sempre à disposição para me ajudar a perpassar qualquer barreira que tenha se colocado no meu caminho. À família do William, em especial ao meu sogro Ary e a minha sogra Ana Maria, por seu amor e carinho, e a minha cunhada Cissa por ter nos dado outro anjo, o Lucas.

“Covardes nunca tentam, fracassados nunca terminam, vencedores nunca desistem.”

Norman Vincent Peale

RESUMO

Os indivíduos são crescentemente demandados a fazerem escolhas em contextos com consequências severas, contudo esse tipo de decisão raramente tem sido considerado nos estudos de marketing. Em trocas com consequências severas, a confiança possui um papel chave, uma vez que essa reduz a incerteza percebida e ajuda o consumidor a formar expectativas mais precisas e consistentes sobre o serviço. Muitos estudos têm explorado os antecedentes cognitivos da confiança, entretanto, no caso específico de trocas com consequências severas, a cognição parece não ser suficiente para explicar a confiança do consumidor. Nesse contexto, o afeto também parece ser importante, principalmente devido ao consumidor muitas vezes não ter conhecimento suficiente para avaliar aspectos cognitivos, tal como, a competência do provedor de serviços. O principal propósito da presente tese é investigar o impacto do afeto comparado à cognição em trocas com consequências severas. O estudo também investiga o papel mediador da confiança na relação entre afeto e cognição e intenções comportamentais. Foram realizados quatro experimentos com estudantes de graduação utilizando o contexto de serviços médicos. No estudo 1, foi encontrado que em trocas com consequências severas, ambos afeto e cognição são importantes para a confiança inicial do consumidor e a confiança, por sua vez, exerce um papel de mediador na relação entre afeto e cognição e as intenções do consumidor em continuar o tratamento e buscar uma segunda opinião. No estudo 2, primeiramente, foi encontrado que em trocas com consequências severas, a satisfação do consumidor é mais alta quando a confiança é alta e a segunda opinião não está disponível. Em segundo lugar, também foi encontrado que em trocas com consequências severas, a satisfação media a relação entre confiança e intenções do consumidor de continuar o tratamento; e entre a confiança e a intenção de fazer boca-a-boca positivo. Nos estudos 3 e 4, explorou-se o contexto de trocas com consequências brandas. No estudo 3, encontrou-se que, independentemente do afeto, a confiança é alta quando a cognição é alta, comparando-se com situações onde a cognição é baixa. Também foi encontrado que em trocas com consequências brandas, a confiança media a relação entre afeto e cognição, e as intenções do consumidor em continuar o tratamento. Entretanto, não foi confirmada a hipótese que postulava que em trocas com consequências brandas, a confiança media a relação entre afeto e cognição; e as intenções do consumidor em buscar uma segunda opinião. No estudo 4, as intenções dos consumidores são maiores quando ambas confiança e conveniência são elevadas, comparando-se em situações onde uma ou ambas são mais baixas.

Em suma, os achados sugerem que em trocas com consequências severas, a confiança será mais provável de emergir em situações onde o paciente percebe características afetivas e cognitivas no seu médico, e a confiança, por sua vez, influencia as intenções comportamentais do consumidor. A contribuição mais importante da presente tese é evidenciar que o afeto é um importante antecedente da confiança em trocas de serviços com consequências severas, contrastando assim com a negligência da literatura da confiança até o momento em relação a esse aspecto.

Palavras-Chaves – Confiança, Afeto, Cognição, Intenções Comportamentais, Trocas com Consequências Severas, Serviços Médicos.

ABSTRACT

Individuals are increasingly expected to make choices in high-consequence contexts, and these kinds of decisions have been rarely considered. In high-consequence decisions, trust will have a key role, since it reduces the exchange uncertainty and helps the consumer to shape consistent and reliable expectations of the service. Several studies have addressed the cognitive antecedents of trust; however, in this specific case of high consequence choices, cognition seems not to be enough to explain consumer trust. In this context, affect also seems to become important; mainly because consumers may not have ability to evaluate the cognitive aspects, like providers' competence, and moreover, in high consequence services, failure can be fatal. The main purpose of this study is to address the impact of affect compared to cognition on consumer trust in high consequence exchanges. We also investigate the mediator role of trust in the relationship between affect and cognition, and behavioral intentions. We performed four experiments between-subjects using undergraduate students who received extra credit to participate in the studies using the medical service context. In study 1, we found that in high consequence exchanges, both affect and cognition are important to build consumer initial trust, and trust is a key mediator in the relationship between affect and cognition and consumer intention to continue the treatment and seek a second opinion. In study 2, first, we found that in high consequence exchanges, consumers' satisfaction is highest when trust is high and the second opinion presents the same diagnosis, in contrast to situations where trust is low and a second opinion isn't available. Second, we found that in high consequence exchanges, satisfaction mediates the relationship between trust and consumer's intentions to continue the treatment; and between trust and consumer's intentions to engage in word-of-mouth. In study 3 and 4 we investigated low consequence exchanges. In study 4, we found that, independently of affect, consumers' trust is higher when cognition is high, in contrast to situations where cognition is low. We also found that in low-consequence decisions, trust mediates the relationship between affect and cognition; and the consumer's intention to continue the treatment. However, we didn't confirm the hypothesis that postulates that in low-consequence decisions, trust mediates the relationship between affect and cognition; and consumer's intention to seek a second opinion. In study 4, we found that consumer's intentions will be highest when both trust and convenience are high, in contrast to situations where one or both are low. In sum, our findings suggest that trust is more likely to emerge when a patient perceives affective and cognitive abilities in his/her

doctor; and trust influences patient behavioral intentions in high consequence situations. An important contribution of this study is that affect is an important antecedent of patient trust, and, nevertheless, it is not even considered in most studies which approach the construct in business-to-consumer in high consequence exchanges.

Keywords – Trust, Affect, Cognition, Consumer Behavioral Intentions, High-Consequence Choices, Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Gráfico das Médias de Confiança.....	74
Figura 2 - Gráfico das Médias da Satisfação.....	83
Figura 3 - Gráfico das Médias de Confiança.....	91
Figura 4 - Gráfico das Médias da Intenção de Continuar o Tratamento.....	101
Quadro 1 - Manipulações de Criticidade.....	28
Quadro 2 - Sumário dos Estudos, Hipóteses e Resultados.....	103

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Efeitos dos Testes Entre Sujeitos (Tests of Between-Subjects Effects).....	71
Tabela 2 - Cenário do Afeto Versus o Cenário da Cognição.....	71
Tabela 3 - Efeitos dos Testes Entre Sujeitos (Tests of Between-Subjects Effects)	72
Tabela 4 - Cenário do Afeto Versus o Cenário da Cognição.....	72
Tabela 5 - Efeitos dos Testes Entre Sujeitos (Tests of Between-Subjects Effects)	73
Tabela 6 - Cenário do Afeto Versus o Cenário da Cognição.....	74
Tabela 7 - Efeitos dos Testes Entre Sujeitos (Tests of Between-Subjects Effects)	80
Tabela 8 - Cenário da Confiança Versus o Cenário da Segunda Opinião.....	81
Tabela 9 - Efeitos dos Testes Entre Sujeitos (Tests of Between-Subjects Effects)	80
Tabela 10 - Cenário da Confiança Versus Segunda Opinião.....	82
Tabela 11 - Efeitos dos Testes Entre Sujeitos (Tests of Between-Subjects Effects)	83
Tabela 12 – Cenário da Confiança Versus o Cenário da Segunda Opinião.....	84
Tabela 13 - Efeitos dos Testes Entre Sujeitos (Tests of Between-Subjects Effects)	89
Tabela 14 – Cenário do Afeto Versus o Cenário da Cognição.....	89
Tabela 15 - Efeitos dos Testes Entre Sujeitos (Tests of Between-Subjects Effects).....	90
Tabela 16 - Cenário do Afeto Versus o Cenário da Cognição..	90
Tabela 17 - Efeitos dos Testes Entre Sujeitos (Tests of Between-Subjects Effects)	92
Tabela 18 - Cenário do Afeto Versus o Cenário da Cognição.....	92
Tabela 19 - Efeitos dos Testes Entre Sujeitos (Tests of Between-Subjects Effects)	98
Tabela 20 - Cenário da Conveniência Versus o Cenário da Confiança.....	99
Tabela 21 - Efeitos dos Testes Entre Sujeitos (Tests of Between-Subjects Effects)	99
Tabela 22 - Cenário da Confiança Versus o Cenário da Conveniência.....	100
Tabela 23 - Efeitos dos Testes Entre Sujeitos (Tests of Between-Subjects Effects)	101
Tabela 24 - Cenário da Confiança Versus o Cenário da Conveniência..	102

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 DELIMITAÇÃO DO TEMA E DEFINIÇÃO DO PROBLEMA	19
1.3 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO	23
1.4 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	25
1.5 OBJETIVOS	26
1.5.1 Objetivo Principal	26
1.5.2 Objetivos Específicos	26
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	27
2.1 TROCAS COM CONSEQUÊNCIAS BRANDAS E CONSEQUÊNCIAS SEVERAS	27
2.2 CONFIANÇA: UM CONCEITO MULTIDISCIPLINAR	31
2.2.1 Confiança Interpessoal.....	33
2.2.2 Afeição e Cognição	35
2.2.3 Antecedentes Afetivos da Confiança Interpessoal.....	36
2.2.3.1 <i>Teoria do Cuidado Humano</i>	<i>37</i>
2.2.4 Antecedentes Cognitivos da Confiança Interpessoal.....	38
2.2.5 A Confiança Inicial.....	39
2.3 CONTINUIDADE DO TRATAMENTO E BUSCA DE SEGUNDA OPINIÃO	41
2.4 SATISFAÇÃO	43
2.5 CONTINUIDADE AO TRATAMENTO E BOCA-A-BOCA POSITIVO	46
2.6 CONFIANÇA EM TROCAS COM CONSEQUÊNCIAS BRANDAS	48
2.7 CONVENIÊNCIA	50
3 MÉTODO	52
3.1 DESENHO DA PESQUISA	52
3.1.1 Etapa Exploratória	53
3.1.2 Etapa Experimental.....	54
3.2 PROCESSO ESTATÍSTICO DE ANÁLISE	55
3.3 ENTREVISTAS EM PROFUNDIDADE	56
3.3.1 Confiança.....	57
3.3.2 Antecedentes Afetivos da Confiança.....	58
3.3.3 Antecedentes Cognitivos da Confiança	61
3.3.4 Boca-a-boca Positivo e Continuidade do Relacionamento.....	63
3.3.5 Segunda Opinião.....	64
3.4 ESTUDO PILOTO	65
4 EXPERIMENTOS	68
4.1 ESTUDO 1	68
4.1.1 Procedimento	68
4.1.2 Medidas	69
4.1.2.1 <i>Variáveis Dependentes</i>	<i>70</i>
4.1.2.2 <i>Checagem das Manipulações</i>	<i>70</i>
4.1.3 Resultados	72
4.1.3.1 <i>Confiança</i>	<i>73</i>
4.1.3.2 <i>Efeito Mediador</i>	<i>75</i>
4.1.4 Discussão	77

4.2 ESTUDO 2	77
4.2.1 Procedimento	78
4.2.2 Medidas	78
4.2.2.1 <i>Variáveis Dependentes</i>	79
4.2.2.2 <i>Cheragem das Manipulações</i>	80
4.2.3 Resultados	82
4.2.3.1 <i>Satisfação</i>	82
4.2.3.2 <i>Efeito Mediador</i>	84
4.2.4 Discussão	85
4.3 ESTUDO 3	87
4.3.1 Procedimento	87
4.3.2 Medidas	88
4.3.2.1 <i>Variáveis Dependentes</i>	88
4.3.2.2 <i>Cheragem das Manipulações</i>	89
4.3.3 Resultados	91
4.3.3.1 <i>Confiança</i>	91
4.3.3.2 <i>Efeito Mediador</i>	93
4.3.4 Discussão	95
4.4 ESTUDO 4	96
4.4.1 Procedimento	96
4.4.2 Medidas	97
4.4.2.1 <i>Variáveis Dependentes</i>	98
4.4.2.2 <i>Cheragem das Manipulações</i>	98
4.4.3 Resultados	100
4.4.3.1 <i>Intenção de Continuar o Tratamento</i>	100
4.4.4 Discussão	102
4.5 SUMÁRIO DOS ESTUDOS REALIZADOS	103
5 DISCUSSÃO GERAL	104
6 CONTRIBUIÇÕES PRÁTICAS E TEÓRICAS	108
7 LIMITAÇÕES E SUGESTÕES PARA FUTURAS PESQUISAS	110
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	114
ANEXO A – CONSENTIMENTO INFORMADO	126
ANEXO B – AMOSTRA DE CENÁRIOS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS DO ESTUDO 1	128
ANEXO C – AMOSTRA DE CENÁRIOS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS DO ESTUDO 2	138
ANEXO D – AMOSTRA DE CENÁRIOS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS DO ESTUDO 3	143
ANEXO E – AMOSTRA DE CENÁRIOS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS DO ESTUDO 4	152

1 INTRODUÇÃO

Então, quando eu penso sobre isso eu me questiono: estou tomando a decisão correta? Será que realmente eu quero injetar isso [quimioterapia], como eu chamo isso mesmo? Fico observando todas essas coisas entrarem no meu corpo me formigando e me dando uma sensação de calor, e então em 24 horas eu me sinto doente que nem um cachorro. Então, depois de um tratamento, eu tenho dúvidas se isto realmente está me ajudando ou não? Eles dizem que isso está me ajudando, você sabe, mas eu realmente não consigo acreditar nisso. Eu poderia me colocar em mais perigo se eu não fizesse nada? Ele [quimioterápico] mata as suas células cancerosas, mas também mata as suas células saudáveis.

(Lupton, 2003)

A situação enfrentada por Ivy, no trecho acima, é bastante delicada. Ela precisa decidir se confia no tratamento proposto por seu médico e continua a quimioterapia, ou se desiste e procura uma terapia alternativa para o tratamento do câncer. Em situações como a de Ivy, é muito difícil para o paciente e seus familiares tomarem decisões sobre o tratamento, pois existem diversas opções de terapias, o tratamento é arriscado e as consequências das escolhas feitas possuem desdobramentos importantes à vida do paciente e sua família.

O Instituto Nacional de Câncer – INCA (2009), baseando-se no histórico e perfil da população, estimou, para os anos de 2010 e 2011, a ocorrência de cerca de 489 mil novos casos de câncer por ano. De acordo com a pesquisa, aparecem como os mais frequentes o câncer de pele do tipo não melanoma, os cânceres de próstata e de pulmão no sexo masculino e os cânceres de mama e do colo do útero no sexo feminino, acompanhando o mesmo perfil de ocorrência observado na América Latina (INCA, 2009). Em nível mundial, a ocorrência de câncer mais do que dobrou em 30 anos (WORLD CANCER REPORT, 2008 apud INCA, 2009).

Conforme se pode observar nos dados apresentados, o problema enfrentado por Ivy está se tornando uma realidade cada vez mais frequente e está situado em um dos extremos de um *continuum* que varia de decisões com consequências brandas a decisões com consequências severas ao consumidor. Decisões com consequências severas podem ser definidas como problemas que possuem grande probabilidade de perda financeira e/ou emocional, além de altos custos de reverter uma decisão uma vez tomada (KUNREUTHER *et al.*, 2002).

Essas decisões com consequências severas são situações difíceis, nas quais as escolhas são dilemas que causam estresse e reações emocionais severas (BOTTEI; ORFALI; IYENGAR, 2009; KAHN, LUCE, 2003). Nesse contexto de alto risco, os indivíduos geralmente não possuem muita experiência para lidar com a situação, e estão incertos de como resolver seus problemas (KUNREUTHER *et al.*, 2002).

Apesar de os dados como os do INCA (2009) demonstrarem que os indivíduos são crescentemente demandados a tomarem decisões em situações que possuem consequências severas, esse contexto de tomada de decisão é raramente abordado nos estudos de comportamento do consumidor (BOTTEI; ORFALI; IYENGAR, 2009).

Kahn e Baron (1995) salientam que, quando a tarefa do consumidor aumenta em complexidade, provavelmente serão observadas diferenças sistemáticas em seu comportamento. Kunreuther *et al.* (2002) sugerem que futuros estudos investiguem a tomada de decisão e desenvolvam modelos normativos de escolhas no contexto de consequências severas ao consumidor e que incorporem aspectos psicológicos como o afeto.

A confiança do consumidor, que pode ser definida como a manutenção de suas expectativas de que o provedor de serviços é responsável e cumprirá suas promessas (SIRDESHMUKH; SINGH; 2000), possui um papel chave no contexto de trocas com consequências graves, pois reduz a percepção de incerteza da troca, uma vez que ajuda o consumidor a formar expectativas consistentes a respeito do provedor de serviços. A presente tese foca na confiança entre indivíduos, denominada confiança interpessoal, que pode ser definida como a expectativa de uma pessoa ou grupo em relação ao cumprimento da promessa verbal ou escrita de outro indivíduo ou grupo (ROTTER, 1967).

Corroborando esse raciocínio, Sitkin e Roth (1993) salientam que as trocas em que a confiança é particularmente importante são caracterizadas por possuírem alto nível de ambiguidade do desempenho (e.g. avaliação dos consumidores sobre tratamentos médicos podem ser altamente ambíguas); consequências importantes (e.g. o tratamento médico pode ter importantes consequências para o paciente); e grande interdependência (e.g. o paciente descreve os sintomas, o médico prescreve uma medicação e o paciente segue o tratamento indicado).

A confiança do paciente, no caso dos serviços médicos parece ser afetada por diversos aspectos afetivos e cognitivos, tais como o esforço do médico na avaliação do problema; o entendimento da experiência individual do paciente; a demonstração de cuidado e empatia; a eficácia; a comunicação; a sensibilidade; a flexibilidade; o respeito e o não julgamento do paciente por seus comportamentos (THOM *et al.*, 1999). Ressalta-se que a Teoria do Cuidado Humano (HUPCEY; MILLER, 2006), advinda da enfermagem, investiga, especificamente, o papel do cuidado e dos aspectos afetivos na relação entre os profissionais prestadores de serviços de saúde e os pacientes. A seguir, será apresentada a delimitação do tema e definição do problema de pesquisa.

1.1 DELIMITAÇÃO DO TEMA E DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Assim como o conceito de confiança tem sido amplamente explorado pela literatura, conforme será melhor evidenciado no item 2.2, as dimensões e os antecedentes da confiança também têm sido largamente discutidos por diversos pesquisadores (*e.g.* BUTLER, 1991; JOHNSON; GRAYSON, 2000; KEE; KNOX, 1970; LEWIS; WEIGERT, 1985; LUHMANN, 1979; MCALLISTER 1995). Originalmente, a confiança havia sido definida como unidimensional (CASTALDO, 2007). Após, alguns estudiosos (*e.g.* BARBER 1983; LEWIS; WEIGERT, 1985 LUHMANN, 1979) passaram a argumentar que a confiança seria um construto multidimensional com dimensões cognitivas, afetivas e comportamentais.

Mais recentemente, algumas investigações empíricas (*e.g.* MCALLISTER 1995; JOHNSON; GRAYSON, 2000) têm utilizado conceitos bi-dimensionais para o estudo da confiança, apresentando dimensões afetivas e cognitivas. Em outros estudos (*e.g.* CHEN; DILLON, 2003; DONEY; CANNON, 1997), a competência, a benevolência e a integridade também têm sido evidenciadas como dimensões da confiança. Por outro lado, muitos estudos consideram a competência, a benevolência e a integridade como antecedentes da confiança (*e.g.* BUTLER, 1991; KEE; KNOX, 1970; LEE; TURBAN, 2001; MORGAN; HUNT, 1994; SIRDESHMUKH; SINGH; SABOL, 2002; SCHUMANN *et al.*, 2010; STARK, 2001) e não como dimensões propriamente ditas.

Conforme Stark (2001), os antecedentes da confiança são os fatores necessários para se desenvolver um processo específico de confiança. Castaldo (2007) complementa afirmando que muitos antecedentes da confiança têm sido amplamente utilizados como dimensões da confiança. Entretanto, elementos como a habilidade, a competência, reputação assim como as características individuais do consumidor, influenciam a confiança, contudo não seriam partes inerentes ao construto e, por esse motivo, deveriam ser consideradas externas ao mesmo. O presente estudo considera a confiança como sendo um construto unidimensional (CASTALDO, 2007; MAYER; DAVIS; SCHOORMAN, 1995) que possui antecedentes cognitivos e afetivos (LEWICKI; TOMLINSON; GILLESPIE, 2006).

Os antecedentes cognitivos da confiança como a competência, a reputação e a honestidade, são amplamente evidenciados na literatura (e.g. JOHNSON; GRAYSON, 2000; LEWICKI; BUNKER, 1994; MCKNIGHT; CHOUDHURY; KACMAR, 1998; SHAPIRO; SHEPPARD; CHERASKIN, 1992). Entretanto, os antecedentes afetivos da confiança, por exemplo, o cuidado, a empatia e a sensibilidade não têm recebido a mesma atenção. Isso parece ocorrer por, pelo menos, dois motivos. Primeiramente, a maioria dos estudos de confiança do consumidor parece envolver o contexto de trocas business-to-business (COSTIGAN; ILTER; BERMAN, 1998; JOHNSON; GRAYSON, 2000; MCALLISTER, 1995; MOORMAN; ZALTMAN; DESHPANDE, 1992), na qual ligações emocionais são menos propensas a ocorrer; e, em segundo lugar, os contextos de serviços utilizados geralmente possuem um reduzido conteúdo emocional e não trazem consequências severas ao consumidor como serviços de varejo de vestuário (SIRDESHMUKH; SINGH, 2000).

Contudo, quando se leva em consideração trocas com consequências severas ao consumidor, tais como boa parte dos encontros de serviços médicos, os antecedentes cognitivos da confiança parecem não ser suficientes para explicar a confiança do paciente. Conforme evidencia o trabalho de Thom e seus colegas (1999), aspectos como o cuidado, a empatia, a sensibilidade, a consideração do paciente como um todo e como um ser único, também são antecedentes importantes da confiança. Entretanto, apesar de os aspectos afetivos e a cognitivos serem identificados nos estudos apresentados, nenhum desses estudos fazem diferenciação entre antecedentes afetivos e cognitivos da confiança (THOM *et al.*, 1999; LEWICKI; TOMLINSON; GILLESPIE, 2006).

No contexto específico das trocas com consequências severas, os antecedentes afetivos da confiança também assumem grande relevância junto aos antecedentes cognitivos, principalmente porque o consumidor está sensível e, geralmente, não possui conhecimento suficiente para avaliar os aspectos cognitivos da confiança (e.g. competência do médico; eficácia do tratamento). Além disso, uma falha nos serviços médicos pode ter consequências graves ou até mesmo fatais (LEISEN; HYMAN, 2004), fazendo o consumidor utilizar ao máximo as informações afetivas e cognitivas disponíveis para auxiliar no processo de tomada de decisão. O presente estudo tem como objetivo responder a seguinte pergunta-problema: qual a importância do afeto para a construção da confiança do consumidor em trocas com consequências severas?

1.2 CONTEXTO ESCOLHIDO

A escolha do contexto dos serviços médicos, mais especificamente a consulta médica, para a pesquisa da presente tese se deve a alguns motivos, conforme será evidenciado a seguir. Primeiramente, devido à relevância econômica do setor. Os gastos com a saúde no Brasil em 2005 somaram R\$114 bilhões de reais, representando 5,3% do PIB brasileiro. No ano de 2007, os gastos da saúde contabilizaram 8,4% do PIB (IBGE, 2009 apud SILVA, 2010). Nessa pesquisa, foi considerado apenas o montante gasto pelas famílias, contabilizado pelos contribuintes como gastos com planos de saúde e administração dos planos. As famílias gastam em saúde cerca de 15% a mais que o governo. As despesas com prestação de serviços representam 19% da receita do setor, ou seja, R\$51.846 milhões (ANS, 2007 apud SILVA, 2010).

Em segundo lugar, os encontros de serviços médicos são encontros presenciais que permitem uma forte interação entre o médico e o paciente, estabelecendo-se a possibilidade de desenvolvimento de laços afetivos devido às oportunidades de socialização dos indivíduos (PRICE; ARNOULD, 1999). Lovelock (1983), em sua tipologia clássica de serviços, evidenciou que, quando os consumidores precisam estar fisicamente presentes durante a prestação de serviço e gastar o seu tempo nessa atividade, fazendo parte da produção do mesmo, sua satisfação será diretamente influenciada pelo seu relacionamento com o prestador de serviço e pelas características pessoais do outro.

Em terceiro lugar, o contexto de serviços médicos possibilita a investigação de trocas com consequências severas. Nesse contexto, a confiança é um elemento crítico na relação entre pacientes e provedores de serviços médicos devido à possibilidade de riscos ao paciente, uma vez que os resultados do tratamento podem causar problemas e, em casos mais sérios, até levar o paciente ao óbito (LEISEN; HYMAN, 2004). Sendo assim, o estudo das consequências das trocas nessas relações apresenta suma importância.

Em quarto lugar, os encontros de serviços médicos geralmente envolvem situações complexas, das quais o paciente geralmente não tem conhecimento para julgar a competência técnica do provedor de serviços, estando as informações de natureza afetiva mais disponíveis para o mesmo avaliar durante a prestação do serviço (BAKER *et al.*, 2003), tais como a empatia, a cordialidade, a atenção, dentre outras.

Em quinto lugar, atualmente, o setor médico vem despertando o interesse aos aspectos relacionados ao marketing, como a satisfação e a retenção. Principalmente, porque os médicos estão inseridos nos negócios dos hospitais e planos de saúde e, para obterem retornos financeiros, necessitam investir na retenção e no boca-a-boca positivo dos clientes, assim como as empresas do varejo tradicional (CORBIN, KELLEY, SCHWARTZ, 2001; LEISEN; HYMAN, 2004).

Em sexto lugar, nesse contexto, os indivíduos tendem a preferir se engajar na relação com um mesmo médico, dada a relevância pessoal e alto envolvimento, sendo um campo fértil para o estudo da confiança (LEISEN; HYMAN, 2004) e da importância do afeto nessas relações.

Em suma, o setor médico foi escolhido devido à sua relevância econômica; necessidade de contato pessoal; possibilidade de consequências severas; complexidade de avaliação dos aspectos cognitivos pelos consumidores; setor crescentemente interessado em compreender melhor as abordagens do marketing para retenção dos pacientes e; por fim, a propensão dos consumidores em desenvolverem relacionamentos e valorizarem o afeto.

1.3 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

“Trust and transparency [are] more important to us than ever”

Global Chief Marketing Officer of McDonalds, Mary Dillon

Businessweek, September 17, 2009

A confiança possui um papel fundamental para fazer o cliente se sentir seguro para depender do prestador de serviço (SIRDESHMUKH; SINGH; SABOL, 2002). A principal contribuição do presente estudo é abordar o impacto do afeto, comparado ao da cognição, na confiança do consumidor em trocas com consequências severas. O trabalho também investigará o papel mediador da confiança no relacionamento entre o afeto e a cognição, e as intenções de comportamento, como a intenção do paciente de continuar o tratamento e buscar uma segunda opinião.

Mais especificamente, este estudo preenche lacunas na literatura, aprofunda o entendimento do processo de tomada de decisão do consumidor em trocas com consequências severas. Thorne and Robinson (1988) afirmam que a importância da confiança do paciente no médico irá variar dependendo se a doença é crônica ou se é uma doença aguda. O presente estudo foca especificamente em trocas com consequências severas que são situações difíceis, em que as escolhas são dilemas que causam estresse e reações emocionais graves (BOTTI; ORFALI; IYENGAR, 2009; KAHN, LUCE, 2003). Esse tipo de troca será mais aprofundado na revisão da literatura. A maioria dos estudos pesquisados foca em trocas com consequências brandas como varejo e experiência com companhias aéreas (SIRDESHMUKH; SINGH; SABOL, 2002).

Além disso, poucos estudos (e.g., JOHNSON; GRAYSON, 2005; MC ALLISTER, 1995) têm explorado os antecedentes afetivos da confiança e o seu relacionamento com outros construtos. Enquanto os estudos da área médica têm chamado a atenção da importância de aspectos afetivos, como o cuidado, o conforto ao paciente e o estabelecimento de uma comunicação aberta e sincera para construir a confiança (SEMMES, 1991; THOM, 2001); em estudos de marketing, os antecedentes afetivos da confiança têm recebido pouca atenção (exceções são os trabalhos de: JOHNSON; GRAYSON, 2005; MCALLISTER, 1995). O estudo dos antecedentes cognitivos da confiança não é uma contribuição nova dessa tese,

entretanto também é importante explorar esse construto, uma vez que, apesar de afeto e cognição serem diferentes antecedentes da confiança, eles são intimamente interligados (JOHNSON; GRAYSON, 2005; MCALLISTER, 1995).

Em terceiro lugar, será investigado o papel mediador da confiança entre o afeto e a cognição e as intenções do consumidor de continuar o tratamento e de buscar uma segunda opinião em trocas com consequências severas. Alguns estudos da área médica (CHIN, 2001; HALL *et al.*, 2001; TARRANT; STOKES; BAKER, 2003; THOM *et al.*, 1999) exploram o relacionamento entre a confiança e a intenção de continuar o tratamento, contudo não fazem distinção entre os antecedentes afetivos e cognitivos da confiança. Nos estudos da área médica mais especificamente, não foi encontrado nenhum trabalho que tenha explorado a severidade da doença na relação entre médico e paciente.

Em quarto lugar, é investigado o impacto da confiança e da segunda opinião na satisfação do paciente; e o efeito mediador da satisfação no relacionamento entre a confiança e as intenções de lealdade (i.e. boca-a-boca positivo e intenção de continuar o tratamento) em trocas com consequências severas. Existem algumas evidências em estudos da área médica que a confiança no médico influencia a satisfação (THOM *et al.*, 1999; THOM, 2001; THOM *et al.*, 2002). Entretanto, as intenções dos pacientes de continuar o tratamento e fazer boca-a-boca positivo não foram exploradas nesses estudos. Conforme evidenciado por Chin (2001), as consequências da confiança no relacionamento médico-paciente, tais como: a retenção do cliente, boca-a-boca positivo e bons resultados econômicos são tão importantes para esse tipo de prestação de serviço quanto para outros tipos de negócios.

Finalmente, é investigada a importância do afeto e da cognição para a confiança em trocas com consequências brandas. Apesar de este não ser o foco do presente estudo, entende-se que também é importante compreender as escolhas com consequências brandas para melhor capturar as variações do processo de desenvolvimento de confiança, dependendo do contexto de tomada de decisão. O estudo prediz que a cognição será mais importante que o afeto para a confiança em trocas com consequências brandas, pois, nessa situação, o paciente estaria mais confiante, menos sensível, e não perceberia uma alta probabilidade de perda (KUNREUTHER *et al.*, 2002); além disso, eles estariam mais focados em aspectos racionais (i.e. solução do problema e conveniência do consultório). Acredita-se também que a conveniência, juntamente com a confiança, terá uma importante influência nas intenções do consumidor de continuar o tratamento em trocas com consequências brandas (BERRY *et al.*, 2002). A seguir será detalhado como a tese encontra-se organizada.

1.4 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

O conteúdo desta tese encontra-se organizado da seguinte forma:

O capítulo 1 apresenta o problema de pesquisa que a tese se propõe a investigar, a justificativa, as contribuições e os objetivos referentes ao escopo da tese.

O capítulo 2 traz a fundamentação teórica da tese e as hipóteses do estudo. Ele oferece uma extensa revisão da literatura, na qual será discutido o conceito de confiança nas várias disciplinas em que esse tema é abordado, a importância da confiança interpessoal e a afeição *versus* cognição. Na sequência, a confiança interpessoal, baseada no afeto e a teoria do cuidado humano, serão exploradas. Após, é apresentada a literatura que discute a confiança interpessoal baseada na cognição. Sequencialmente, é apresentada a literatura referente à continuidade do tratamento e busca de segunda opinião, satisfação, intenções de lealdade, confiança em trocas com consequências brandas e conveniência.

O capítulo 3 aborda os aspectos relacionados ao método de pesquisa. Nesse capítulo, é feita uma descrição detalhada do método utilizado para o desenho dos experimentos e teste das hipóteses propostas. Essa descrição inclui questões relativas ao processo de amostragem, à coleta de dados e às técnicas estatísticas de análise. Além disso, nesse capítulo, também são apresentados os dados obtidos na fase qualitativa e o estudo piloto.

No capítulo 4, são apresentados os quatro experimentos realizados e suas respectivas discussões. No capítulo 5, são apresentadas as considerações finais, limitações e sugestões para futuras pesquisas. A seguir são apresentados os objetivos do presente estudo.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 Objetivo Principal

Investigar a importância do afeto para a construção da confiança em trocas de serviços com consequências severas.

1.5.2 Objetivos Específicos

- I. Investigar o efeito do afeto e da cognição na confiança do paciente em trocas severas e brandas.
- II. Examinar o papel mediador da confiança na relação entre afeto e cognição e as intenções do paciente de continuar o tratamento e de buscar uma segunda opinião em trocas com consequências severas e brandas.
- III. Investigar o efeito da confiança e da segunda opinião na satisfação do paciente em trocas com consequências severas e brandas.
- IV. Examinar o papel mediador da satisfação na relação entre a confiança e as intenções do paciente de continuar o tratamento e de se engajar em boca-a-boca positivo em trocas com consequências severas.
- V. Investigar o efeito da confiança e da conveniência nas intenções do paciente de continuar o tratamento em trocas com consequências brandas.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Desenvolver teoria é uma atividade complexa. Usamos o termo teorização para denotar essa atividade porque desenvolver teoria é um processo, e sempre um processo longo. Teorizar implica em não apenas conceber ou intuir ideias (conceitos), mas também formular essas ideias em um esquema lógico, sistemático e explanatório.

Strauss e Corbin (2008, p. 34)

Primeiramente será realizada uma discussão sobre a importância das trocas com consequências severas e a sua comparação com trocas com consequências brandas ao consumidor. A seguir, será discutida a importância da confiança nos diversos campos de conhecimento. Após, será explorada a confiança no contexto interpessoal, a diferença entre afeto e cognição, a confiança interpessoal baseada no afeto e seus esteios conceituais na teoria do cuidado humano; e a confiança interpessoal baseada na cognição.

Na sequência, apresenta-se a importância da continuidade do tratamento e busca de segunda opinião, da satisfação e das intenções de lealdade em trocas com consequências severas. Por fim, o trabalho explora a confiança em trocas com consequências brandas e a importância da confiança e da conveniência para as intenções do paciente para continuar o tratamento. No decorrer desse capítulo serão desenvolvidas as hipóteses.

2.1 TROCAS COM CONSEQUÊNCIAS BRANDAS E CONSEQUÊNCIAS SEVERAS

O comportamento do consumidor é influenciado por fatores externos - como a cultura, a subcultura, aspectos demográficos, sociais, grupos de referência e família - e internos - como a percepção, o aprendizado, a memória, as motivações, a personalidade, as emoções e as atitudes (HOWKINS; BEST; CONEY, 1998). O processo de avaliação e tomada de decisão do consumidor será resultante de uma combinação tanto de fatores internos quanto de fatores externos que determinarão uma atitude positiva (ou não) em relação a uma marca ou a um provedor de serviços (HAWKINS; BEST; CONEY, 1998).

Alguns estudos (*e.g.* BOTTI; ORFALI; IYENGAR, 2009; MECHANIC; MEYER, 2000; OSTROM; IACOBUCCI, 1995) sugerem que as consequências das trocas, ou seja, a importância dos desdobramentos futuros da troca para o indivíduo, também influenciarão o processo de tomada de decisão do consumidor. Ostrom e Iacobucci (1995) encontraram que em trocas que possuem consequências menos críticas, o preço foi considerado como um atributo importante para o julgamento e em trocas com consequências mais críticas, a qualidade teve uma maior importância, sugerindo que a magnitude das consequências das trocas influencia os julgamentos dos consumidores.

Os autores Ostrom e Iacobucci (1995), baseando-se na classificação proposta por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985), dividiram os serviços em “serviços experienciais” (*experience services*), que os consumidores poderiam avaliar o desempenho após algumas experiências, tais como hotéis, restaurantes *fast-food*, salões de beleza e contas em bancos; e “serviços de crença” (*credence services*), que seriam aqueles mais difíceis de serem avaliados mesmo depois de alguns encontros de serviços, tais como contador, psicoterapia, médicos e investimentos financeiros. No quadro 1, pode-se observar alguns exemplo de cenários envolvendo as diferentes experiências de serviços. As “compras pouco críticas” são consideradas como trocas com consequências mais brandas e as “compras muito críticas” como tendo consequências mais severas ao consumidor.

Quadro 1: Manipulações de Criticidade

Serviços Experienciais	Compras Pouco Críticas	Compras Muito Críticas
Hotel	Imagine que você precisa reservar um hotel para uma reunião de negócios de rotina. As despesas serão pagas pela empresa em que trabalha.	Imagine que você precisa reservar um hotel para impressionar um importante cliente que está vindo para possivelmente fechar um novo negócio.
Restaurantes Fast Food	Imagine que você vai sair para almoçar e está pensando em que restaurante ir.	Imagine que você é responsável por sair e trazer almoço para os colegas do escritório (mesmo você não tendo muito tempo para almoçar hoje), então você precisa escolher um restaurante que seja rápido e que não suje os colegas e faça bagunça no escritório.
Salões de Beleza	Imagine que você marcou para aparar as pontas do cabelo nos próximos dias.	Imagine que você marcou para cortar o cabelo e arrumá-lo para uma ocasião social muito importante que está marcada para um dia após o corte.
Contas Correntes em Bancos	Imagine que você precisa abrir uma conta bancária temporária para depositar um pouco de dinheiro que você possui até que você decida que banco irá escolher de forma permanente. Você precisa selecionar um banco para abrir uma conta corrente.	Imagine que você precisa abrir uma conta em um banco porque você irá lidar com uma grande quantia de dinheiro, com uma grande quantidade de cheques e depósitos, e você trabalha com muitos prazos, então você precisa acessar o dinheiro depositado assim que ele entrar na sua conta. Você precisa selecionar um banco para abrir uma conta corrente.

Serviços de Crença	Compras Pouco Críticas	Compras Muito Críticas
Contadores (Tax Consultant)	Imagine que você precisa encontrar um contador (<i>tax consultant</i>) para você se aconselhar para fazer o seu imposto de renda.	Imagine que você precisa encontrar um contador (<i>tax consultant</i>), pois você foi notificado que será auditado pela receita federal sobre o seu imposto de renda.
Psicoterapias	Imagine que você precisa encontrar um terapeuta para algumas sessões, pois você está com um problema de insônia.	Imagine que você precisa encontrar um terapeuta para a realização de muitas sessões, por causa de uma morte na família e o seu companheiro está deixando você.
Médicos	Imagine que você precisa ir ao médico para fazer uma revisão anual.	Imagine que você precise ir ao médico por que você começou a sentir alguns sintomas de uma doença de família que se não é tratada desde o início pode levar à morte.
Investimentos Financeiros	Imagine que você precisa investir uma pequena quantidade de dinheiro para uma viagem que fará no próximo verão.	Imagine que você precisa investir uma grande quantidade de dinheiro para você ter segurança financeira quando se aposentar, mas que também lhe permita eventualmente utilizar o dinheiro para gastos com saúde de um parente idoso que necessita de cuidados especiais.

Fonte: Ostrom e Iacobucci (1995, p. 20)

Apesar de existirem situações críticas em ambos os tipos de serviços, experienciais e de crença, os “serviços de crença”, tais como os médicos, psicoterapeutas, contadores e conselheiros financeiros, são considerados especialmente mais arriscados e, por esse motivo, os consumidores não são tão confiantes em suas habilidades de avaliação (OSTROM; IACOBUCCI, 1995). Conforme os autores, uma compra é considerada crítica devido aos riscos envolvidos no processo de entrega do serviço.

Uma condição contextual para a confiança existir é a existência de risco e incerteza (KEE; KONX, 1970). Bigley e Pearce (1998) destacam que se o indivíduo estiver em uma situação em que este não é vulnerável à ação de outros, a confiança não será necessária. Kee e Knox (1970) afirmam que as experiências individuais se combinam com os fatores estruturais (contexto) e disposicionais (propensão), levando as pessoas a confiarem ou não em um indivíduo ou instituição.

O risco pode ser compreendido como uma possibilidade de perda (TAYLOR, 1974). Jacoby e Kaplan (1972) identificaram pelo menos seis diferentes dimensões do risco, tais como perda financeira, perda de desempenho, perda física, perda social e perda psicológica. Peter e Tarpey (1975) salientam que ao selecionar uma marca, os consumidores tentariam simultaneamente reduzir o risco percebido e maximizar as possibilidades de ganhos. Quando se trata de serviços, o risco se mostra como uma influência ainda mais importante no comportamento do consumidor, pois a qualidade de informações é reduzida (MURRAY;

SCHLACHTER, 1990) uma vez que os serviços são variáveis, heterogêneos, difíceis de serem avaliados e, muitas vezes, não são passíveis de experimentação antes da compra (ZEITHAML; BITNER; GREMLER, 2009).

Colquitt, Scott e Jeffery (2007) afirmam que a aceitação da vulnerabilidade frente a uma aceitação de risco é uma das principais consequências da confiança. Além disso, os autores salientam que, partindo de uma perspectiva de trocas sociais, a confiança inspira a criação de relacionamentos, na medida que a pessoa acredita na outra parte, mesmo não tendo um contrato formal de que ela cumprirá aquilo que foi prometido. Corroborando com esses autores, Luhmann (2000) enfatiza que a confiança permite ao indivíduo agir em uma situação de arriscada, pois ela reduz a incerteza percebida. Roselius (1971), por sua vez, salienta que quando o consumidor percebe risco em alguma transação, ele possui algumas estratégias para lidar com essa situação, tal como tentar reduzir o risco percebido, diminuindo a probabilidade e severidade da falha; mudar de um tipo de perda para outra a que ele seja menos sensível; postergar a compra e mudar o tipo de risco percebido, ou ainda; ele pode fazer a compra e assumir o risco iminente.

Bettman (1973) considera que existem pelo menos dois tipos de risco: o primeiro deles seria o *risco inerente*, que se refere ao risco percebido antes do consumo *per se*; e o segundo seria o *risco manipulado*, que consiste no risco inerente modificado pela informação adquirida durante o consumo. Alguns estudos evidenciam que a confiança reduziria a incerteza percebida, ou seja, o risco percebido, através da redução do estresse, da ansiedade e fazendo a situação parecer mais segura (KUNREUTHER *et al.*, 2002). Em situações em que os resultados das trocas são intangíveis, como no caso de alguns serviços, a confiança possui um papel ainda mais importante na redução da incerteza.

Em suma, as trocas com consequências severas se diferem das trocas com consequências brandas, pois as pessoas percebem maior risco e maior possibilidade de perda (BOTTI; ORFALI; IYENGAR, 2009). Nesse contexto de trocas com consequências severas, a confiança mostra-se ainda mais importante para reduzir a incerteza percebida pelo consumidor (BIGLEY; PEARCE, 1998; KEE; KONX, 1970) e facilitar seu processo de tomada de decisão.

2.2 CONFIANÇA: UM CONCEITO MULTIDISCIPLINAR

O primeiro passo na construção de uma teoria é a conceituação que consiste na representação de um fenômeno abstrato que o pesquisador identifica como importante (STRAUSS; CORBIN, 2008). A confiança é um fenômeno que vem sendo debatido e conceituado por disciplinas como a economia, a sociologia, a psicologia e a administração, sendo encontradas suas primeiras explorações nos tempos de Platão¹.

No campo da sociologia, na década de 50, Deutsch (1958) afirmava que um elemento importante para a definição de confiança seria a expectativa ou capacidade de previsão e a relevância motivacional da situação. Ou seja, o quanto uma pessoa consegue prever o curso de uma determinada situação e o quão importante essas consequências serão para essa pessoa seriam fatores importantes para o estabelecimento da confiança.

Luhmann (1979, p. 6) avança a teoria da confiança em uma perspectiva sociológica afirmando que *“a confiança ocorre numa estrutura de interação que é influenciada tanto pelo sistema social quanto pela personalidade, e não pode ser exclusivamente associado a algum deles.”* Segundo o autor, a confiança inicia quando o conhecimento termina, sendo esta necessária apenas em situações que apresentam algum risco. Nas sociedades mais simples, a confiança era baseada essencialmente nas relações interpessoais em que existiam vínculos emocionais entre os indivíduos. Com o desenvolvimento da sociedade e o aumento da sua complexidade, a confiança passou a ser baseada no sistema, ocorrendo geralmente com pouco envolvimento emocional (LUHMANN, 1979).

Corroborando com Luhmann (1979), Lewis e Weigert (1985) afirmam que a sociedade apenas é viável de existir se houver confiança entre seus membros e nas instituições que a compõem. Para esses autores, a confiança é uma condição necessária para a existência social, mas também consiste em uma decisão individual e uma interpretação dos indivíduos. Esses autores questionam se os seres humanos estariam naturalmente inclinados a confiar/desconfiar, se seriam “neutros”, ou, ainda, se o ato de confiar/desconfiar seria socialmente aprendido.

¹ Maiores detalhes vide: MARA, G. M. Thucydides and Plato on Democracy and Trust. **The Journal of Politics**, v. 63, n. 3, p. 820-845, 2001.

Simmel (*apud* LEWIS; WEIGERT, 1985), em seu estudo sobre as sociedades secretas, acrescenta que a complexidade da vida social, especialmente na sociedade industrial moderna, torna impossível um indivíduo se manter informado sobre todos os conhecimentos e as habilidades necessários para tomar decisões racionais em cada esfera social. Por conta disso, as pessoas necessitam acreditar que um especialista possui um conhecimento especializado (e. g. médicos, advogados, atacadistas, etc.), mesmo que não exista uma evidência palpável da existência deste conhecimento.

Nos estudos seminais da economia, é discutida a questão do “contrato” como uma forma de evitar riscos em situações nas quais a confiança é baixa (WILLIAMSON, 1975). O estudo da Teoria dos Custos de Transação (WILLIAMSON, 1975) apoia-se em dois pressupostos essenciais acerca dos atores econômicos (pessoas ou firmas) engajados nas transações: a racionalidade limitada e o oportunismo. A racionalidade limitada significa que aqueles que estão envolvidos nas transações econômicas são “*intencionalmente racionais, mas apenas de modo limitado*” (WILLIAMSON, 1975, p. 135). O oportunismo se refere ao fato de que os atores econômicos não se comportam de forma isenta, mas sim pela busca de seus interesses próprios. Posteriormente, Williamson (1993) cunhou o termo confiança calculada, que se refere à aceitação de um nível de vulnerabilidade baseado nos cálculos do custo relativo de manter ou romper uma relação baseada em escolhas racionais.

No campo da psicologia, a confiança entre os indivíduos, ou interpessoal, teve suas primeiras explorações na década de 60. Dentre os muitos trabalhos, pode-se destacar o estudo de Rotter (1967), que criou uma escala para mensuração da confiança interpessoal. Em meados dos anos 80, Larzelere e Huston (1980) desenvolveram uma escala para mensurar confiança em relacionamentos próximos (“*close relationships*”) e, alguns anos depois, Johnson-George e Swap (1982) criaram uma escala para medir a confiança interpessoal em uma pessoa específica. Nesse conjunto de estudos sobre confiança no campo da psicologia, percebe-se uma preocupação constante em desenvolver e validar instrumentos para mensurar a confiança entre os indivíduos.

Nos estudos organizacionais, a confiança teve suas explorações iniciais nos anos 70 e 80, podendo ser destacados os seguintes autores: Zand (1972), que examina o impacto da confiança entre grupos no processo de tomada de decisão gerencial; Scott (1980), que investigou a confiança entre chefes, subordinados e consultores; e Gambetta (1988), que investigou a benevolência que consiste em acreditar que o outro não irá prejudicá-lo mesmo tendo uma oportunidade de fazê-lo. Outros importantes estudos da confiança nas organizações

surgiram na década de 90 e evidenciavam, por exemplo, a confiança baseada no cálculo, no conhecimento e na identificação (LEWICKI; BUNKER, 1994); a importância da confiança nos grupos de trabalho (MCALLISTER, 1995); um modelo integrativo da confiança (MAYER; DAVIS; SCHOORMAN, 1995); assim como um estudo de cunho meta-analítico sobre o tema confiança (GEYSKENS; STEENKAMP; KUMAR, 1998).

Com o objetivo de melhor compreender o fenômeno confiança, dada à grande quantidade de publicações nas diversas áreas do conhecimento com diferentes abordagens, no final dos anos 90, Rousseau, Sitkin, Burt e Camerer (1998) fizeram um apanhado dos diversos estudos sobre o tema confiança. Nas conclusões dessa investigação, os autores reforçaram a importância da acumulação de ideias através de uma abordagem multidisciplinar das diferentes disciplinas como a sociologia, a psicologia, a antropologia e a economia, pois essas seriam complementares. De uma forma ampla, na década de 90, percebe-se um grande esforço por parte dos autores da administração em investigar a confiança no âmbito das relações *business-to-business* (CUMMINGS; BROMILEY, 1996; MCALLISTER, 1995).

Ainda nos anos 90, mas mais fortemente, a partir de 2000, floresceram estudos com o objetivo de melhor compreender o impacto da confiança nas relações *business-to-consumer*, podendo ser destacados os trabalhos de Sirdeshmukh e Singh (2000), Johnson e Grayson (2000) e Sirdeshmukh e seus colegas (2002), dentre outros. Foi também nesta mesma época que se iniciaram os estudos sobre a confiança em trocas através da Internet (CHEN; DHILLON, 2003; GEFEN, STRAUB, 2004; JARVENPAA; TRACTINSKY; VITALE, 2000; MCKNIGHT; CHOUDHURY; KACMAR, 1998; MCKNIGHT; KACMAR; CHOUDHURY, 2002; PIZZUTTI; FERNANDES, 2010). No próximo subitem, a confiança interpessoal será discutida.

2.2.1 Confiança Interpessoal

A confiança interpessoal possui esteios conceituais bastante firmes na literatura da psicologia e consiste na *expectativa de uma pessoa ou grupo do cumprimento da promessa verbal ou escrita de outro indivíduo ou grupo* (ROTTER, 1967). Conforme Johnson-George e Swap (1982), a confiança interpessoal é uma figura básica de todas as instituições sociais que pressupõe cooperação e interdependência.

No momento em que uma pessoa decide emprestar dinheiro a outra pessoa, ir a um médico específico ou a um mecânico, ela acredita que o risco vale a pena devido à possibilidade de resultados positivos compartilhados (JOHNSON-GEORGE; SWAP, 1982). Nesse contexto, os autores ressaltam a importância da interação na construção da confiança, dando como exemplo o “Dilema do Prisioneiro”² que pressupõe cooperação para obter maiores ganhos. Esses autores desenvolveram uma escala de confiança interpessoal que avalia a confiança geral (e. g. pontualidade, dependência, justiça e sinceridade), a confiança emocional (e. g. preocupação, cuidado e interesse) e a confiabilidade (e. g. cumprimento de promessas).

Johnson-George e Swap (1982) ressaltam que um relacionamento interpessoal íntimo tem tanto um histórico quanto um futuro. Por exemplo, em uma relação entre dois amigos, quando um confia que o outro irá guardar um segredo, esta crença será baseada tanto na personalidade do outro, quanto no histórico de confidências anteriores (se a pessoa guardou ou não segredos), além do “clima” presente na situação (JOHNSON-GEORGE; SWAP, 1982). Portanto, a confiança dependerá de quem, especificamente, é a outra parte, da ligação e do amor entre os indivíduos e não, simplesmente, do grau de confiança na humanidade que esse possui (JOHNSON-GEORGE; SWAP, 1982).

McAllister (1995) definiu a confiança interpessoal entre os membros da organização como o grau de confiança de uma pessoa na outra e sua intenção de ação baseando-se nas palavras, ações e decisões do outro. O autor afirma que a confiança interpessoal possui duas formas principais: a confiança interpessoal, baseada no afeto, e a confiança interpessoal, baseada na cognição. A confiança interpessoal cognitiva seria baseada no conhecimento e em “boas razões para se confiar”. A confiança interpessoal afetiva seria baseada nos laços emocionais que ligam os indivíduos (e.g. cuidado, preocupação).

Em uma extensão do trabalho de McAllister (1995) para o contexto do comportamento do consumidor final, Johnson e Grayson (2005)³ afirmam que a confiança cognitiva seria baseada na competência, e no conhecimento acumulado⁴ e a confiança afetiva baseada nos sentimentos gerados pelo nível de cuidado, atenção e preocupação demonstrado pelo parceiro.

² Vide “AXELROD, R., HAMILTON, W. D. The Evolution of Cooperation. **Science**, v. 211, p. 1390-1396, 1981”.

³ Esses autores suprimiram o termo “interpessoal” que vinha sendo utilizado por Johnson-George e Swap (1982) e McAllister (1995) nos estudos de confiança (e.g. confiança *interpessoal* cognitiva e afetiva).

⁴ Apesar de o conhecimento ser acumulado, ele é incompleto ou imperfeito, pois, se a informação fosse perfeita ou completa não existiria risco e, portanto, não haveria necessidade de confiança (JOHNSON; GRAYSON, 2005).

A partir da literatura revisada em relação à confiança interpessoal, percebe-se a utilização recorrente da dicotomia cognição-afeição. A confiança interpessoal afetiva seria baseada em aspectos como preocupação, cuidado, atenção e interesse, e a confiança interpessoal cognitiva seria relacionada ao conhecimento acumulado e competência. A seguir, será feita uma discussão sobre afeição e cognição para que se possa ter um melhor entendimento sobre esses antecedentes da confiança interpessoal.

2.2.2 Afeição e Cognição

A diferença entre afeto e cognição e, principalmente, qual destes é o antecedente e qual é o conseqüente, representa um ponto de divergência na literatura da psicologia desde a década de 80. Zajonc (1980) publicou no *Journal of American Psychologist* um trabalho denominado “*Sentimentos e Pensamentos: Preferências não Necessitam de Inferências*”, destacando que o afeto *per se* seria suficiente para indicar preferências, ocorrendo automaticamente sem nenhum processo cognitivo anterior, sendo afeto e cognição diferentes construtos.

Por outro lado, Lazarus (1982) e Tsal (1985) afirmam que o afeto sempre será mediado pela cognição. Lazarus (1982) destaca que, por exemplo, a capacidade de reação emocional de uma criança dependerá do entendimento de seu contexto social e seus significados. Quanto mais complexa e simbólica forem as reações emocionais, maior será a necessidade de compreensão do seu contexto social. Dessa maneira, a entrada de uma emoção particular no repertório de um indivíduo dependerá de pré-requisitos cognitivos.

A teoria Cognitiva-Experimental de Epstein (1993 *apud* SHIV, FEDORIKHIN, 1999), por sua vez, propõe que os sistemas cognitivos e afetivos tendem a operar em paralelo. O sistema experimental seria mais afetivo e associado com um processamento rápido e grosseiro. O sistema cognitivo, por sua vez, seria mais racional e associado a um processamento mais refinado e deliberado.

Apesar dos sistemas cognitivo e afetivo estarem intimamente ligados, para que se possam realizar estudos, os autores sugerem que a cognição seja utilizada da sua forma mais pura como um programa de computador, em que não haja possibilidade de ações que não estejam premeditadas, ou seja, programadas. Os autores afirmam que a cognição é considerada como consciência; portanto, se uma pessoa consegue identificar o motivo de uma

determinada resposta emocional (e.g. careta, movimento de mão), quer dizer que houve consciência nessa ação. Todavia, se ela não reconhece o motivo, então não haveria cognição no processo, sendo então um processo afetivo (LANE *et al.*, 2000).

No dicionário Aurélio de Língua Portuguesa (FERREIRA, 2004, p. 64), afeição se refere a um “*sentimento de apego sincero por alguém ou algo; carinho, amizade*”. Esse mesmo autor define cognição como o *ato de conhecer e perceber* (FERREIRA, 2004, p. 150). Apesar de essas definições serem bastante simples, visto o emaranhado de conhecimento existente na literatura, justamente devido a sua simplicidade elas são esclarecedoras.

Para fins dessa tese, considera-se *a cognição como aquilo que é racional e reconhecido pelo indivíduo (e.g. habilidade técnica do outro) e o afeto como um sentimento de apego sincero por alguém tendo causas reconhecidas ou não pelo indivíduo (e.g. amor, carinho)* (FERREIRA, 2004). Por ora, não se entrará no mérito de quem é o antecedente e quem é o consequente, ou quais as diferenças neurofisiológicas dos processos, uma vez que nem neurocientistas nem psicólogos parecem chegar a um consenso a respeito. No próximo subitem, a confiança interpessoal e seus antecedentes afetivos será mais bem explorada, assim como será utilizada a teoria do cuidado humano advinda da enfermagem e da medicina para uma melhor compreensão do fenômeno.

2.2.3 Antecedentes Afetivos da Confiança Interpessoal

McAllister (1995) afirma que os laços emocionais que ligam indivíduos podem fornecer uma base para a confiança, influenciando a qualidade dos relacionamentos interpessoais. Segundo este mesmo autor, a confiança interpessoal, baseada em aspectos afetivos, seria complementar aos aspectos cognitivos, estando este componente emocional sempre presente em todos os tipos de confiança, mas provavelmente mais intenso em relacionamentos interpessoais.

Apesar de não existirem investigações mais profundas sobre o que leva um indivíduo a desenvolver a confiança interpessoal considerando aspectos afetivos (exceção é o trabalho de JOHNSON; GRAYSON, 2005), verifica-se que atributos como cuidado, interesse, preocupação e atenção são recorrentes nesse contexto. Dada essa lacuna, o próximo subitem explorará a teoria do cuidado humano que possui esteios teóricos na enfermagem e abarca essas questões.

2.2.3.1 Teoria do Cuidado Humano

Eu necessito de alguém que me entenda, que tenha empatia, que se preocupe comigo como uma pessoa completa e não apenas com a minha doença. Eu necessito alguém que se preocupe com os meus medos, como eu vou gerenciar a minha vida, minha família, meu trabalho e como eu estou me sentindo para fazer tudo isso diante dessa situação. Eu preciso de um médico que tenha algum nível de empatia; que me pergunte coisas que não sejam necessariamente coisas médicas... “Como isso está afetando o seu trabalho? Como você está fazendo para lidar com as suas responsabilidades junto a sua família? [...] Eu penso que eu preciso de alguém que esteja disposto a me ouvir... alguém que me olhe como uma pessoa e não apenas como uma estatística ou um número, alguém que demonstre que realmente me entende, que se sensibilize, que se importe comigo.

(Mechanic; Meyer, 2000)

A Teoria do Cuidado Humano teve suas explorações iniciais nos anos 70 e emergiu da visão da pesquisadora Jean Watson sobre a enfermagem em seus estudos de Doutorado em Psicologia Social e Clínica. Para ela, o cuidado humano inclui pelo menos sete suposições básicas: o cuidado humano somente pode ser demonstrado e praticado através de relações interpessoais; consiste nos fatores cuidativos que resultam na satisfação de certas necessidades humanas; promove a saúde e o crescimento do indivíduo e de sua família; para cuidar é necessário aceitar a pessoa não somente como ela é, mas também como ela poderá vir a ser; um ambiente de cuidado é aquele que oferece o desenvolvimento da autorrealização e permite a liberdade de escolha; o cuidado gera cuidado; a prática do cuidado integra conhecimento biofísico ao conhecimento do comportamento humano para gerar e promover saúde para quem está doente; a prática do cuidado é o centro ou a essência da enfermagem (PESSOA; PAGLIUCA; DAMASCENO, 2006).

Para Watson (2006), o cuidado no relacionamento estabelece uma conexão entre as pessoas, sendo caracterizado pela alta preocupação com o outro como um todo e como um ser humano no mundo, preservando a humanidade da relação, baseando-se no respeito, na compreensão, na preocupação e, até mesmo, no amor e no carinho.

Os trabalhos de Hall *et al.* (2002) e Hupcey e Miller (2006) destacam a importância do cuidado, preocupação, atenção e interesse para a construção da confiança dos pacientes nos médicos e enfermeiros. Corroborando com esses autores, Rempel, Holmes e Zanna (1985) afirmam que a confiança em relacionamentos interpessoais possui um elemento fundamental que é a fé como um senso de segurança emocional que permite ir além das evidências físicas e sentir que o parceiro terá cuidado e responsabilidade em relação a ele.

Cuidar é um ato que se dá entre pessoas, não podendo ser neutro em relação a valores humanos e não podendo estar separado das emoções (KOHLRAUSCH, 1999). O ato de cuidar parece não ser importante apenas na enfermagem e na medicina, mas também em outros serviços em que o cliente depende do outro, tais como em serviços mecânicos (e.g. segurança do carro), serviços domésticos (e.g. limpeza adequada), serviços estéticos (e.g. pintura de cabelo, tratamento químico de alisamento), restaurantes (e.g. higiene na preparação dos alimentos), esportes radicais (e.g. rafting e escalada), dentre outras prestações.

Hupcey e Miller (2006) definem a confiança como aceitação da vulnerabilidade baseando-se nas expectativas de cuidado. A confiança é mantida se as expectativas futuras são confirmadas, contudo, caso ela seja desconfirmada, provavelmente a confiança será perdida ou minimizada. A diferença entre a satisfação e a confiança seria que a satisfação se refere a uma avaliação de uma experiência já vivida e a confiança remete a uma disposição de vulnerabilidade orientada para o futuro (HALL *et al.*, 2002).

2.2.4 Antecedentes Cognitivos da Confiança Interpessoal

Os antecedentes cognitivos da confiança interpessoal são amplamente utilizados nos estudos de comportamento do consumidor (MCKNIGHT; KACMAR; CHOUDHURY, 2002; SANTOS; FERNANDES, 2005; SIRDESHMUKH; SINGH; SABOL, 2002) e baseiam-se nas avaliações de competência, responsabilidade, integridade, dependência e benevolência (BUTLER, 1991; JOHNSON; GRAYSON, 2000; MCALLISTER, 1995) tendo, a princípio, um conteúdo mais racional (CASTALDO, 2007).

Lewicki e Bunker (1994) afirmam que, no início do relacionamento, o indivíduo é orientado pelas recompensas no caso de ele confiar *versus* as perdas que ele pode ter caso a confiança seja violada, sendo denominada de confiança baseada no cálculo. A confiança baseada no cálculo prevê perdas potenciais, monitoramento das ações do outro e danos potenciais. O resultado desse cálculo, ou seja, confiar ou não confiar, provavelmente será influenciado pela característica de o indivíduo ser mais propenso ou mais avesso ao risco (LEWICKI; BUNKER, 1994). As bases cognitivas da confiança estariam relacionadas com o conhecimento acumulado, a partir da observação do comportamento do parceiro, estando ligada à reputação e previsibilidade (JOHNSON; GRAYSON, 2005). A seguir será apresentada a confiança inicial do paciente tendo como antecedentes aspectos afetivos e cognitivos.

2.2.5 A Confiança Inicial

A confiança do paciente pode ser definida como um conjunto de crenças e expectativas de que o médico irá se comportar de uma certa forma, baseando-se nas expectativas de competência, compaixão, privacidade, confidencialidade, confiabilidade, dependabilidade e comunicação (PEARSON, RAEKE, 2000).

O relacionamento entre pacientes e médicos é uma relação entre indivíduos que pressupõe confiança mútua entre as partes para o alcance de seus objetivos comuns (THOM *et al.*, 1999). Geralmente, essa relação inicia com a primeira consulta, na qual o paciente conta a sua história e o seu problema ao médico que, por sua vez, tenta fazer um diagnóstico sobre a doença. Com o passar o tempo, se o paciente aderir ao tratamento, ele segue a terapia indicada e faz visitas de revisão para o acompanhamento da evolução da sua melhora (LEISEN; HYMAN, 2004).

Apesar de alguns autores afirmarem que a confiança é conquistada apenas através da construção do relacionamento ao longo do tempo (LEWICKI; BUNKER, 1994; ZAND, 1972), alguns autores encontraram altos níveis de confiança inicial dos consumidores (e.g. KRAMER, 1994; MCKNIGHT; CHOUDHURY; KACMAR, 1998).

A confiança inicial ocorre em uma situação em que uma parte precisa decidir se confiará na outra, contudo essa avaliação não será baseada em nenhuma experiência ou conhecimento anterior da outra parte, uma vez que se refere a um primeiro encontro. Como, por exemplo, no caso de um paciente que fará a primeira consulta com um médico. Essa confiança se baseará em indícios institucionais ou do profissional que permitam ao consumidor confiar no outro, mesmo não tendo um histórico de relacionamento com esse provedor de serviços (MCKNIGHT; CHOUDHURY; KACMAR, 1998).

A rede de hotéis Marriott, nos Estados Unidos, encontraram nas suas pesquisas junto aos seus clientes que quatro dos cinco maiores determinantes de lealdade dos seus hóspedes são determinados nos dez primeiros minutos de estadia. Tendo isso em vista, eles desenvolveram a “Estratégia dos 10 primeiros minutos” (termo original: *First 10*) para contruir confiança no consumidor e satisfação nessas experiências iniciais (SERVICE AGE, 1993 apud BITNER, 1995). Bitner (1995) afirma que as primeiras interações do provedor de serviços com o consumidor são críticas para a formação de uma primeira impressão. Visto

que o cliente não possui nenhum histórico de interação, o primeiro encontro, seja por telefone, e-mail, seja pessoalmente, será definitivo para ele construir uma boa ou má impressão sobre a empresa ou provedor de serviços.

No contexto dos serviços médicos, o estudo de Thom e seus colegas (1999) através de um *focus group* com 29 pacientes, evidenciou que as principais categorias que afetam positivamente ou negativamente a confiança do paciente são esforço do médico na avaliação do problema (e.g. revisa o histórico do paciente, demonstra conhecimento atualizado, faz o melhor que pode); entendimento da experiência individual do paciente (e.g. atenção às necessidades do paciente, conhece o paciente e sua família, leva em conta as preferências do paciente e sua família, considera o paciente como uma pessoa completa); demonstração de esperança, cuidado e empatia em relação ao paciente; indicação de um tratamento efetivo e apropriado (e.g. faz o diagnóstico correto, reconhece a seriedade do problema, usa tratamentos preventivos); comunicação clara, sensível e honesta (e.g. sabe ouvir, tenta saber as preocupações do paciente, explica tudo ao paciente de forma honesta, responde as perguntas, é sensível, é calmo e sereno); relação de parceria com o paciente/compartilha o poder (e.g. dá opções ao paciente, trata o paciente em “pé de igualdade”, confia no paciente, é flexível e aberto para novas ideias); demonstração de honestidade e respeito pelo paciente (e.g. admite seus erros, valoriza o engajamento do paciente; respeito e não julgamento do paciente por seus comportamentos (e.g. aparência, gênero, idade); e equipe de trabalho cortês e eficiente (e.g. consegue facilmente acesso ao médico, recebe as mensagens do médico).

Muitos dos aspectos elencados por Thom *et al.* (1999) podem ser observados ainda em um primeiro encontro ou no início do tratamento, auxiliando o consumidor na decisão de confiar ou não no provedor de serviços médicos em questão, ou seja, determinar o seu nível de confiança inicial. Essa confiança, com o passar do tempo, pode ser aumentada, com o desempenho da terapia vindo ao encontro das suas expectativas, ou ser diminuída ou extinta, com a não eficácia ou falhas no tratamento. A confiança durante o tratamento será investigada posteriormente (hipóteses 4 e 5).

As decisões que possuem importantes consequências ao consumidor envolvem um grande esforço cognitivo e um profundo envolvimento emocional (BOTTI; ORFALI; IYENGAR, 2009). Situações com resultados mais sérios, como a escolha de um médico para tratar uma doença grave como o câncer ou acompanhar uma gravidez de alto risco, faz os antecedentes afetivos da confiança – além dos cognitivos – emergirem também como importantes antecedentes da confiança conforme evidenciado por Baker e seus colegas

(2003). Esses autores, a partir de uma pesquisa conduzida com 418 pacientes nos Estados Unidos e 650 pacientes na Inglaterra, concluíram que os pacientes não se sentem aptos a julgarem a competência técnica do médico, contudo se sentem aptos para julgar o cuidado interpessoal e a empatia do prestador de serviços.

Uma vez que os aspectos cognitivos como a competência e a eficiência dos provedores de serviços podem ser mais difíceis de serem avaliados devido à intangibilidade e à heterogeneidade da oferta, as evidências mais sobressalentes ao consumidor durante o encontro de serviços seriam os aspectos afetivos como, por exemplo, o provedor demonstrar sentimentos positivos em relação ao consumidor, ter uma comunicação aberta e amistosa e, principalmente, considerar o consumidor como uma pessoa que tem necessidades específicas, medos e expectativas (MECHANIC; MAYER, 2000; THOM, 2001).

Conforme evidenciado, ambos os antecedentes afetivos e cognitivos da confiança interpessoal possuem suma importância para a construção da confiança do consumidor (MECHANIC; MAYER, 2000; THOM *et al.*, 1999, THOM, 2001) em trocas com consequências severas (BAKER *et al.*, 2003; BOTTI; ORFALI; IYENGAR, 2009). Congruente as evidências apresentadas, postula-se a primeira hipótese:

H1: Em trocas com consequências severas, a confiança inicial do consumidor é maior quando ambos níveis de afeto e cognição são altos, comparando-se a situações em que apenas um ou ambos são baixos.

A seguir será feita uma discussão sobre a continuidade do tratamento e a busca de uma segunda opinião.

2.3 CONTINUIDADE DO TRATAMENTO E BUSCA DE SEGUNDA OPINIÃO

Conforme já evidenciado no subitem 2.2.5, aspectos afetivos, tais como a empatia, a sensibilidade, a serenidade e o cuidado do médico em relação ao paciente, assim como aspectos cognitivos, como a avaliação correta do problema, conhecimento atualizado e reputação são fatores que influenciam a confiança do paciente (THOM *et al.*, 1999).

A confiança do paciente no médico, por sua vez, é um preditor chave da continuidade do tratamento, ou seja, se o paciente acreditará nas avaliações do médico e seguirá suas orientações e prescrições (TRACHTENGERG, DUGAN, HALL, 2005). Além disso, o nível de confiança do paciente no seu médico também tem demonstrado se correlacionar positivamente com a sua satisfação (CHIN, 2001).

A continuidade do tratamento é um problema enfrentado por praticamente todos os profissionais da saúde e abrange toda a variedade de comportamentos por parte do paciente, tais como falha ao aderir ao programa de tratamento; término prematuro da terapia; e incompleta implementação das instruções, incluindo prescrições (BLACKWELL, 1976). O conhecimento abrangente do médico a respeito de seu paciente e a confiança do paciente no profissional da saúde são as variáveis mais fortemente associadas com a continuidade do tratamento (SAFRAN *et al.*, 1998).

Isso ocorre, principalmente, porque quando as pessoas estão doentes, elas se sentem vulneráveis e necessitam de cuidado, compaixão e precisam ser consideradas como uma pessoa completa (HALL *et al.*, 2001). Esses fatores fortalecem a confiança do paciente em relação ao médico e ajuda o mesmo a se sentir mais seguro sobre depender do provedor de serviços médicos e seguir o tratamento indicado por ele (SAFRAN *et al.*, 1998; THOM *et al.*, 1999; CHIN, 2001; HALL *et al.*, 2001; HALL *et al.*, 2002; TARRANT; STOKES; BAKER, 2003). Balkrishnan *et al.*, (2003) encontraram algumas evidências de que pacientes os quais confiam no seu médico são menos inclinados a buscar uma segunda opinião sobre seu problema, pois eles sentem que podem depender totalmente de seu médico e não veem razão para ouvir a um outro profissional.

Em trocas em que os consumidores estão altamente envolvidos, como os serviços médicos que possuem características como importância, variabilidade, complexidade e envolvimento, os indivíduos são mais propensos a continuar com o mesmo provedor de serviços a fim de reduzir os riscos (BERRY, 1995). Uma vez que os consumidores confiam em um provedor de serviços porque conhecem o histórico do mesmo, eles irão tender a permanecer no relacionamento devido a uma percepção de menor incerteza e vulnerabilidade (BERRY, 1995).

Portanto, como já foi proposto, em trocas com consequências severas, tanto o afeto quanto a cognição serão importantes antecedentes da confiança (THOM *et al.*, 1999). A confiança, por sua vez, influenciará as intenções do paciente de continuar o tratamento e de buscar uma segunda opinião (SAFRAN *et al.*, 1998; THOM *et al.*, 1999; CHIN, 2001; HALL

et al., 2001; HALL *et al.*, 2002; BALKRISHNAN *et al.*, 2003; TARRANT; STOKES; BAKER, 2003). Vindo ao encontro da literatura pesquisada, postulam-se as seguintes hipóteses:

H2: Em trocas com consequências severas, a confiança inicial mediará a relação entre o afeto (H2a) e a cognição (H2b) e as intenções do consumidor de continuar o tratamento.

H3: Em trocas com consequências severas, a confiança inicial mediará a relação entre o afeto (H3a) e a cognição (H3b) e as intenções do consumidor de buscar uma segunda opinião.

O próximo tópico abordará situações em que o consumidor já teve experiência com o provedor de serviços e, nesse contexto, investiga o papel mediador da satisfação do paciente na relação entre a confiança e a segunda opinião e as intenções comportamentais do consumidor.

2.4 SATISFAÇÃO

Westbrook e Reilly (1983, p. 256) consideram satisfação como "*uma resposta emocional às experiências associadas com produtos ou serviços comprados, lojas de varejo ou até mesmo padrões de comportamento de compras ou comportamento do comprador, assim como o mercado como um todo*". A satisfação também pode ser conceituada como "*o estado cognitivo do comprador de estar sendo adequadamente ou inadequadamente recompensado pelos sacrifícios feitos*" (HOWARD, SHETH 1969, p. 145).

De acordo com a teoria da confirmação/desconfirmação das expectativas do consumidor, a satisfação pode ser definida como um estado psicológico resultante da emoção do consumidor de ter suas expectativas de desempenho confirmadas ou desconfirmadas quando comparadas aos seus sentimentos anteriores a experiência de consumo (OLIVER, 1981). Nesse sentido, quando as expectativas são confirmadas, ou seja, o desempenho do produto ou dos serviços foi muito semelhante aos padrões que ele esperava, o consumidor fica

satisfeito. Por outro lado, quando ele espera resultados superiores ao que de fato foram entregues, ele ficará insatisfeito.

Nos estudos da área da saúde, a confiança é uma das variáveis mais fortemente associadas com a satisfação do paciente com o seu médico (SAFRAN *et al.*, 1998). Thom *et al.* (1999) afirmam que a confiança do paciente é um importante antecedente da satisfação do consumidor; da continuidade do tratamento com o mesmo médico e a aderência em até seis meses de tratamento. Baker *et al.* (2003) destacam que, quando o paciente está consultando regularmente com um médico, a confiança é um elemento essencial para manter e aumentar a satisfação do paciente. Os pesquisadores destacam que o fato de o paciente dar continuidade ao tratamento apenas culmina em satisfação quando o paciente confia no médico.

Apesar de alguns pacientes oncológicos considerarem a ignorância sobre os detalhes de sua doença uma benção (LEYDON *et al.*, 2000), muitos pacientes preferem ir em busca de maiores informações, ouvir outras pessoas com o mesmo problema e ir em busca de profissionais que tenham relação com a sua doença a fim de conhecer e lidar melhor com seus problemas e limitações (CZAJA; MANFREDI; PRICE, 2003; LEYDON *et al.*, 2000).

O estudo de Czaja e colegas (2003) explora os determinantes e as consequências da busca de informações em pacientes oncológicos. Os resultados sugerem que, quanto maior o estresse do paciente, maior será o seu envolvimento e, conseqüentemente, maior será a sua busca por informações e busca por uma segunda opinião.

Além disso, os achados desse estudo demonstraram que essas relações são moderadas pela idade do paciente. Pacientes idosos são menos propensos a se envolverem com as decisões relativas ao tratamento e são menos proativos na relação com o médico. Em suma, os pacientes idosos se mostraram menos estressados com o passar do tempo e menos propensos a buscar uma segunda opinião (CZAJA; MANFREDI; PRICE, 2003).

Por outro lado, as pessoas com maiores níveis de instrução tendem a ser mais preocupadas e questionadoras. A mesma pesquisa revelou que pacientes com maiores níveis de instrução se mostraram mais estressados durante o diagnóstico; sentem-se mais confortáveis ao questionar o médico; costumam buscar informações em outras fontes, além do médico; gostam de discutir as opções de tratamento e; tendem a buscar uma segunda opinião médica (CZAJA; MANFREDI; PRICE, 2003).

Ziebland *et al.* (2004) afirmam que os pacientes tipicamente buscam informações na Internet e opiniões de outros especialistas para estar mais seguros sobre as opções de tratamento, obter suporte e encontrar uma melhor maneira de lutar contra a doença. Contudo, não foi encontrado nenhum estudo que tenha relacionado especificamente a busca de segunda opinião pelo paciente e a satisfação com o provedor de serviços.

Se o consumidor confia no médico e vai em busca de uma segunda opinião e essa corrobora a primeira, provavelmente o paciente ficará ainda mais satisfeito com o médico, comparado a situações nas quais a segunda opinião é diferente. Isso ocorre, pois a confiança pressupõe um padrão de comportamento que faz com que uma parte perceba que possa depender da outra. Portanto, se o paciente sente que pode depender do médico, ou seja, confia no médico, e a segunda opinião corrobora a primeira, suas expectativas são confirmadas e ele ficará ainda mais satisfeito com o médico quando comparada a situações em que uma dessas condições – confiança ou congruência da segunda opinião – não ocorre.

Por outro lado, se a segunda opinião é contrária a primeira, e a confiança é baixa, será provável que o paciente desista do tratamento com o médico em questão. Em resumo, espera-se que, em trocas com consequências severas, a confiança alcance maiores níveis quando a segunda opinião é existente e corrobora a primeira, quando comparado com pessoas que não possuem a opção de uma segunda opinião disponível ou que recebem uma segunda opinião divergente da primeira. Nessa linha de raciocínio, propõe-se a seguinte hipótese:

H4: Em trocas com consequências severas, a satisfação do consumidor será maior quando a confiança é alta, e a segunda opinião apresenta o mesmo diagnóstico, comparando-se com situações em que a confiança é baixa e/ou a segunda opinião é diferente ou não está disponível.

O próximo item aproximará a literatura de confiança, satisfação e intenções de continuidade ao tratamento e boca-a-boca positivo do consumidor.

2.5 CONTINUIDADE AO TRATAMENTO E BOCA-A-BOCA POSITIVO

A continuidade ao tratamento ou recompra, no contexto específico das prestações de serviços, pode ser conceituada como o desejo de um consumidor continuar a comprar de um provedor de serviços ao longo do tempo e preferi-lo em detrimento de outros (LOVELOCK; WIRTZ, 1996; GREMLER; BROWN, 1996).

Alguns estudos (GEFEN; STRAUB, 2004; JARVENPAA; TRACTINSKY; VITALE, 2000) utilizam apenas a intenção de continuar na relação como medida das intenções de lealdade do consumidor. Contudo, é desejável que sejam levados em conta aspectos situacionais, como a falta de opções ou altas barreiras de saída (SANTOS, 2001) que podem fazer o consumidor continuar a comprar do mesmo provedor, mas não indica necessariamente uma intenção genuína de permanecer na relação.

Comportamentos do consumidor como a intenção de falar bem da empresa e indicar seus produtos e serviços a seus amigos e familiares podem ser importantes indicadores das intenções comportamentais positivas complementares a recompra (ZEITHAML; BERRY; PARASURAMAN, 1996) e, por isso, também serão considerados no presente estudo. A intenção de boca-a-boca positivo pode ser definida como a intenção do consumidor de recomendar um provedor de serviços a seus pares (MURRAY; OZZANE, 1991).

As intenções de recompra e boca-a-boca dos consumidores são influenciadas pela confiança no provedor de serviços (e.g. GARBARINO; JOHNSON, 1999; MOORMAN; ZALTMAN; DESHPANDE, 1992; MORGAN; HUNT, 1994). Alguns pesquisadores encontraram que quanto maior a confiança (MATOS; HENRIQUE, 2006) e mais estreito o relacionamento entre consumidores e prestadores de serviços (LOVELOCK; WITZ, 1996), maiores serão as chances de boca-a-boca e recompra.

Matos e Henrique (2006) realizaram uma meta-análise dos antecedentes e consequentes da satisfação e lealdade, incluindo 46 estudos empíricos obtidos nas principais publicações acadêmicas brasileiras (RAC, RAE, RAUSP e READ), nos anais dos principais congressos nacionais da área de marketing (ENANPAD e EMA) e no Portal de Teses e Dissertações da Capes. Os resultados revelaram que um dos principais antecedentes do construto lealdade é a confiança do consumidor.

Conforme já evidenciado na hipótese anterior, acredita-se que em trocas com consequências severas a confiança seja um importante antecedente da satisfação do consumidor, e a satisfação, por sua vez, impactará positivamente as intenções do consumidor de continuar o tratamento e fazer boca-a-boca positivo. Baker e seus colegas (2003) evidenciaram em um estudo longitudinal, com cerca de 1000 pacientes nos Estados Unidos e na Inglaterra, que ao longo do tratamento, a satisfação apenas é aumentada se o paciente confia no médico.

Por outro lado, pacientes com altos níveis de confiança e que estavam frequentando o médico foram os que alcançaram os maiores níveis de satisfação ao longo do tratamento (BAKER *et al.*, 2003). Em outras palavras, a confiança é uma importante condição para que a satisfação ocorra e tenha aumento em seus níveis.

Nas hipóteses 1, 2 e 3 do presente trabalho, explorou-se a confiança inicial do paciente no médico. Nas hipóteses a seguir, propõe-se investigar a confiança em situações onde o consumidor já teve a oportunidade de observar os resultados do tratamento, sendo justamente por esse motivo que postula-se que a satisfação mediará a relação entre a confiança e as intenções comportamentais do consumidor.

Postula-se que as intenções comportamentais serão maiores quando o consumidor confia e quando, necessariamente, ele está satisfeito com o tratamento. Juntas, a confiança e a satisfação contribuirão para a intenção do paciente continuar o tratamento e indicar o seu médico aos seus amigos e conhecidos. Na literatura do Marketing, existem evidências de que a satisfação leva a maiores níveis de lealdade, ou seja, intenções do consumidor de continuar o relacionamento com um provedor específico e fazer boca-a-boca positivo (ZEITHAML; BERRY; PARASURAMAN, 1996). A partir da literatura revisada, apresentam-se as seguintes hipóteses de pesquisa:

H5: Em trocas com consequências severas, a satisfação media a relação entre a confiança e as intenções do consumidor de continuar o tratamento (H5a) e as intenções de fazer boca-a-boca positivo (H5b).

O próximo item investigará a relação entre afeto, cognição, confiança e intenções de comportamentais no contexto de trocas com consequências brandas.

2.6 CONFIANÇA EM TROCAS COM CONSEQUÊNCIAS BRANDAS

A confiança é particularmente importante em situações em que as pessoas estão enfrentando incerteza, complexidade e inabilidade de prever o futuro (LUHMANN, 1979). Nesse contexto, a confiança se torna relevante devido a alta probabilidade de perdas financeiras e/ou econômicas, além dos altos custos de reversão de uma decisão uma vez que essa foi tomada. Estudiosos de marketing (GEYSKENS; STEENKAMP; KUMAR, 1998; LUHMANN, 1979; MAYER; DAVIS; SCHOORMAN, 1995) definem a confiança como um fator decisivo para redução da incerteza em situações arriscadas.

Conforme já evidenciado, durante a tomada de decisão frente a um problema que possui consequências severas, a habilidade percebida pelo consumidor de fazer a melhor escolha pode ser abalada (BOTTI; ORFALI; IYENGAR, 2009; KAHN; BARON, 1995). Nesse contexto, devido à insegurança do consumidor, ele precisará de fontes de informações ainda mais seguras para basear a sua tomada de decisão. Existem indícios na literatura que, quando um paciente possui uma doença séria, ele prefere que o médico de sua confiança escolha o melhor tratamento (FRAENKEL; MCGRAW, 2007).

Assim, em situações de consequências mais graves, a confiança será um ingrediente essencial no relacionamento entre o provedor de serviços e o consumidor (GEYSKENS; STEENKAMP; KUMAR, 1998; LUHMANN, 1979; MAYER; DAVIS; SCHOORMAN, 1995). Conforme já evidenciado, o consumidor geralmente sente que não possui condições suficientes para avaliar de forma plena a competência do médico e acaba por também basear suas avaliações em aspectos afetivos, como o cuidado e a empatia (BAKER *et al.*, 2003). Portanto, nesse contexto, tanto aspectos afetivos quanto cognitivos serão importantes para a construção da confiança do consumidor.

Por um outro lado, as trocas com consequências brandas, que são caracterizadas por uma baixa probabilidade de perdas emocionais e/ou financeiras e um baixo custo de reversão da tomada de decisão (KUNREUTHER *et al.*, 2002), não geram tanta insegurança no consumidor. Por exemplo, na obturação de uma cárie, visto que é um procedimento simples, parece plausível que o paciente seguirá o tratamento indicado pelo profissional sem contestá-lo ou ir em busca uma segunda opinião. Além disso, trocas com consequências brandas geralmente são menos complexas e mais fáceis de serem julgadas baseando-se na cognição.

Em trocas com consequências mais brandas, os riscos envolvidos serão menores (TAYLOR, 1974). Conforme Ostrom e Iacobucci (1995), quanto maior os riscos envolvidos no processo de entrega do serviço, mais crítica uma compra é considerada. Em compras menos críticas, o papel do afeto possivelmente não será tão importante para a confiança quando comparado à cognição, uma vez que o consumidor provavelmente estará mais seguro, autoconfiante, menos ansioso e estressado (KUNREUTHER *et al.*, 2002).

Nesse sentido, propõe-se que em trocas com consequências brandas, o afeto e a cognição tenham diferentes influências na confiança do consumidor, quando comparado ao contexto de trocas com severas consequências. Em trocas com consequências severas, como um câncer ou uma doença degenerativa, o paciente possui um contato bastante frequente com o médico e necessita mais da construção de um relacionamento que também seja baseado em aspectos afetivos, tais como: compaixão, empatia e amizade. Em trocas com consequências mais brandas, o consumidor possivelmente não percebe tanto risco e não possui tanto contato, portanto as avaliações dos resultados, ou seja, os aspectos mais cognitivos, serão mais importantes do que os afetivos para a construção da confiança.

A confiança, por sua vez, conforme já explicitado, terá suma importância em trocas com consequências severas e será um importante antecedente das intenções comportamentais do consumidor, como as intenções de continuar o tratamento (e.g. GARBARINO; JOHNSON, 1999; MOORMAN; ZALTMAN; DESHPANDE, 1992; MORGAN; HUNT, 1994) e buscar uma segunda opinião de outro médico (BALKRISHNAN *et al.*, 2003).

Assim, postula-se que em trocas com consequências brandas, a cognição exerça uma maior influência sobre a confiança do paciente, comparando-se com o papel do afeto. A confiança, assim como nas trocas com consequências severas, impactará as intenções do consumidor de continuar o tratamento e de buscar uma segunda opinião. Baseando-se nas evidências encontradas, postulam-se as seguintes hipóteses:

H6: Em trocas com consequências brandas, a confiança será maior quando a cognição for alta, comparando-se com situações nas quais a cognição é baixa, independentemente se o afeto é alto ou baixo.

H7: Em trocas com consequências brandas, a confiança mediará a relação entre o afeto (H7a) e a cognição (H7b) e as intenções do consumidor de continuar o tratamento.

H8: Em trocas com consequências brandas, a confiança mediará a relação entre o afeto (H8a) e a cognição (H8b) e as intenções do consumidor de buscar uma segunda opinião.

O próximo item explora a relação entre confiança inicial, conveniência e intenções do consumidor continuar o tratamento em trocas com consequências brandas.

2.7 CONVENIÊNCIA

Nos estudos da área da saúde assim como nos estudos de marketing, a confiança tem sido fortemente associada à satisfação dos consumidores (SAFRAN *et al.*, 1998; SIRDESHMUKH; SINGH, 2000). Berry *et al.* (2002) encontraram que as percepções de conveniência do serviço também possuem uma importante influência na satisfação do consumidor e em suas intenções de continuar a utilizar o mesmo provedor, principalmente em situações que não apresentam alto risco aos consumidores.

Em situações com consequências brandas ao consumidor, como um exame de rotina para uma pessoa perfeitamente saudável, os consumidores são menos tolerantes à inconveniência em relação ao serviço (BERRY *et al.*, 2002). A maioria das compras que possuem uma consequência branda, por exemplo, a escolha de um restaurante para almoçar no dia-a-dia ou a limpeza ortodôntica de rotina, os consumidores geralmente percebem pouco risco e tipicamente não fazem tanto esforço cognitivo quando comparados a compras com consequências mais severas.

Acredita-se que em trocas com consequências severas, as pessoas estejam mais dispostas a fazer sacrifícios na escolha e relacionamento com um provedor de serviços. Por exemplo, uma pessoa tem um câncer e descobre que existe um especialista do seu caso em um estado vizinho. Se ela tiver condições, existem grandes chances de essa pessoa agendar uma consulta com esse médico e talvez até continuar o tratamento com o mesmo. Em contrapartida, se uma pessoa escolher um dermatologista para fazer um tratamento leve de acne e o mesmo for de difícil acesso ou de difícil agendamento talvez essa pessoa não tenha tanta persistência em seguir no tratamento com esse profissional e procurará um médico que seja mais conveniente, visto que seu problema não é tão grave. Pesquisadores (KEARLEY; FREEMAN; HEATH, 2001) demonstram que, quando o paciente possui um problema mais grave ou um problema psicológico, a relação com o médico será mais importante que a conveniência. Por outro lado, em problemas considerados mais simples pelos pacientes, a conveniência foi avaliada como um fator mais importante do que a relação com o médico.

Portanto, acredita-se que a conveniência e a confiança influenciam as decisões dos consumidores em trocas com consequências brandas (KASTELER; KANE; OLSEN; THETFORD, 1976; KEARLEY; FREEMAN; HEATH, 2001). Baseando-se nessas evidências, postula-se a hipótese final do presente estudo:

H9: Em trocas com consequências brandas, as intenções do consumidor em continuar o tratamento serão maiores quando ambas conveniência e confiança inicial forem altas comparado-se a situações onde uma ou ambas forem baixas.

O próximo capítulo apresenta o método utilizado a fim de que a tese alcançasse os objetivos propostos.

3 MÉTODO

Neste capítulo, os principais aspectos metodológicos serão discutidos, incluindo questões relativas ao desenho da pesquisa, procedimentos estatísticos para análise de dados, etapa qualitativa e estudo piloto.

3.1 DESENHO DA PESQUISA

A fim de que os objetivos propostos nessa tese fossem alcançados, desenhou-se duas etapas de pesquisa: uma primeira fase de natureza qualitativa, de cunho exploratório, através de entrevistas em profundidade; e uma segunda fase quantitativa, de cunho descritivo, utilizando o método experimental conforme será melhor explicitado a seguir.

Primeiramente, foi realizada uma etapa exploratória qualitativa, na qual se entrevistou três provedores de serviços: um médico, uma proprietária de uma agência de turismo e uma proprietária de um *spa*. A partir das entrevistas realizadas e da literatura pesquisada, evidenciou-se que o setor médico seria o setor mais apropriado de ser realizado o estudo quantitativo, visto que claramente o risco e o afeto pareceram ser mais evidentes nesse setor que nos outros setores e, portanto, mais facilmente identificados nesse tipo de prestação de serviço.

Em um segundo momento foi realizada a etapa experimental, em que foram idealizados quatro experimentos a fim de as hipóteses propostas nessa tese serem empiricamente testadas. Foi escolhido o desenho experimental por, pelo menos, dois motivos: primeiramente por o desenho experimental possibilitar a identificação de relações causa-efeito e o estudo tem como objetivo principal verificar o efeito do afeto na confiança do consumidor.

Além disso, nos estudos que utilizam correlação é praticamente impossível saber qual variável vem antes e qual vem depois, ou seja, a correlação não prova relação causal (SHADISH; COOK; CAMPBELL, 2001). O segundo motivo é que, apesar de os experimentos serem artificiais e bastante específicos, a checagem ortogonal das manipulações, o controle de variáveis que possam estar influenciando os resultados, randomização e os tratamentos dos dados, dentre outros cuidados experimentais, permitem uma maior validade de conclusão estatística, que se referem a validade das inferências sobre a correlação entre tratamento e resultado (SHADISH; COOK; CAMPBELL, 2001). Dessa forma, a presente tese visa contribuir para a literatura através da investigação experimental dos antecedentes e consequentes da confiança do consumidor em trocas com consequências severas e brandas. A seguir, as duas etapas deste estudo serão apresentadas em maior detalhamento.

3.1.1 Etapa Exploratória

A pesquisa exploratória normalmente é utilizada para uma melhor compreensão da natureza geral de um problema de pesquisa (MALHOTRA, 2001). Nesse primeiro momento, optou-se por investigar apenas os prestadores de serviços para se obter informações mais aprofundadas sobre a natureza do serviço em si. O objetivo dessa etapa foi verificar quais os principais sentimentos evocados na prestação de serviço e quais são os atributos mais importantes para a construção da confiança baseada tanto em aspectos afetivos quanto em aspectos cognitivos na visão do provedor de serviços.

Foram entrevistados provedores de serviços médicos, estéticos e turismo, pois esses serviços consistem em encontros que proporcionam o desenvolvimento de laços afetivos. Uma vez que essa primeira etapa é de cunho exploratório, na qual tem-se como objetivo uma compreensão qualitativa do contexto de estudo (MALHOTRA, 2001), foram realizadas entrevistas com um profissional de cada área citada, que serão apresentadas no item 3.3, a fim de investigar qual o setor que seria mais adequado para aplicação do estudo.

3.1.2 Etapa Experimental

Conforme Aaker, Kumar e Day (1997), os experimentos são definidos como estudos, em que as condições são controladas e uma ou mais variáveis são manipuladas para testar variáveis que influenciam uma variável dependente. Segundo esses autores, a chave do desenho experimental é a manipulação da variável de tratamento, seguido pela observação da variável resposta. Contudo, essa relação causal deve ser desenhada de uma maneira a controlar outras variáveis que possam influenciar a relação. A relação causal consiste em uma ação e uma provável reação.

Após a revisão da literatura e a formulação das hipóteses, idealizaram-se quatro estudos experimentais a ser aplicados a fim de que as hipóteses fossem testadas. Essa etapa da tese foi realizada no laboratório de estudos do comportamento do consumidor da Warrington College of Business Administration da University of Florida, sendo supervisionada pelo Prof. Dr. Richard Lutz.

Antes do início dos experimentos, a University of Florida exigiu que fosse submetido um dossiê ao comitê de ética contendo os objetivos do estudo, benefícios e riscos aos participantes, quantos participantes seriam recrutados, idade dos participantes e modelo de formulário de “consentimento informado” (ANEXO A), no qual foi explicado ao participante a natureza da pesquisa sem relevar explicitamente o objetivo principal para que os resultados não fossem prejudicados. O estudo foi devidamente aprovado.

Para o teste das hipóteses no estudo piloto, o experimento foi aplicado no setor médico, conforme será justificado na fase qualitativa do estudo. Após o estudo piloto, realizaram-se ajustes para calibragem das manipulações e ajustes das escalas.

Para realização do estudo, os participantes dirigiram-se ao laboratório de comportamento de consumidor e se sentavam em estações individuais isoladas. A pesquisadora dizia aos participantes que eles participariam de um estudo sobre o comportamento do consumidor no setor de serviços. Os experimentos foram aplicados em um desenho “entre sujeitos” (“*between subjects*”), em que cada participante respondeu aleatoriamente a apenas um dos cenários. Conforme Robson (1993), o principal ponto forte do desenho experimental “entre sujeitos” seria a alocação aleatória dos participantes nos grupos que permitiria determinar uma sequência temporal e inferir relações causais.

O efeito do tratamento foi avaliado pela comparação dos resultados dos dois pós-testes (por exemplo, a comparação entre quem recebeu o cenário de “pouco afeto” *versus* quem recebeu o cenário de “muito afeto”). A análise estatística permite ao pesquisador determinar a probabilidade que a diferença observada ocorreu puramente por acaso. Se essa probabilidade é suficientemente baixa, então a decisão tomada é que o tratamento experimental teve o efeito esperado (ROBSON, 1993). Os desenhos experimentais serão explicados detalhadamente no capítulo dos resultados.

3.2 PROCESSO ESTATÍSTICO DE ANÁLISE

Assessing validity always entails fallible human judgements. We can never be certain that all of the many inferences drawn for a single experiment are true or even that other inferences have been conclusively falsified.

Shadish, Cook e Campbell (2001, p. 34)

Para a verificação de relações causais em experimentos, deve-se ter algumas preocupações em relação à validade do estudo. A validade se refere ao quanto nos aproximamos da verdade, ou seja, o quanto uma evidência relevante suporta uma inferência como verdadeira (SHADISH; COOK; CAMPBELL, 2001). Cook e Campbell (1979) dividem a validade em quatro componentes: a validade da conclusão estatística, a validade interna, a validade de construto e a validade externa. A validade de conclusão estatística se refere ao uso apropriado da estatística para inferir que uma variável dependente e independente covariam. A validade interna permite verificar se essa covariação resulta em uma relação causal. A validade de construto e a validade externa se referem à generalização dos achados do estudo.

Em relação à validade da conclusão estatística, o presente estudo utilizou-se de testes de significância que aceitam ou rejeitam a hipótese nula. Esses testes foram realizados no Software SPSS, por meio do teste Foi realizado o teste Two-Way Anova, em que foram verificados o “efeito principal” (*main effect*) e o “efeito de interação” (*interaction effect*).

A fim de que fosse verificada a validade interna do experimento, primeiramente foi realizada a checagem da manipulação, no qual foi apresentado o cenário aos participantes e se verificou a eficácia da manipulação. Campbell (1957) salienta que o papel da validade interna é verificar se, de fato, o estímulo do experimento possui alguma diferença significativa nessa situação específica. Nessa etapa, esperou-se que o grupo que tenha recebido, por exemplo, o

cenário de “muito afeto” tenha uma média significativamente maior nesse quesito do que o grupo que recebeu o estímulo de “pouco afeto”.

Em relação à generalização dos resultados, Shadish, Cook e Campbell (2001) afirmam que a validade externa pode ser aumentada quando um experimento demonstra o fenômeno em uma ampla variedade de condições. No caso do presente estudo, a generalização seria possível através da replicação do estudo em outros setores de serviço, contudo essa replicação não foi realizada, sendo proposta para pesquisas futuras. A seguir são apresentadas as entrevistas em profundidade realizadas com os provedores de serviços.

3.3 ENTREVISTAS EM PROFUNDIDADE

Os profissionais entrevistados foram escolhidos por serem prestadores de serviço que possuem um contato mais próximo com seus clientes. Os entrevistados foram: (1) médico cardiologista, 62 anos, possui consultório e trabalha também em um hospital público; (2) psicóloga e gerontóloga, 60 anos, atua há 28 anos como proprietária e gerente de um SPA; e (3) proprietária e gerente de uma tradicional agência de turismo de Porto Alegre, 70 anos e atua há 47 anos no ramo de viagens principalmente, tendo como destino os parques temáticos da Disney em Orlando nos Estados Unidos da América. Todas as entrevistas foram realizadas em novembro de 2010, no próprio ambiente de trabalho do prestador de serviço e levaram, em média, 45 minutos.

A seguir são apresentados os principais atributos levantados durante as entrevistas em profundidade. Primeiramente, apresentam-se as opiniões dos entrevistados sobre a confiança. Após, a importância do amor, do carinho, da amizade, do cuidado, do afeto, e do afeto aliado à competência para a construção da confiança. Por fim, são apresentados alguns consequentes da confiança, segundo a visão dos entrevistados: boca-a-boca positivo e continuidade da relação.

3.3.1 Confiança

Quando questionado sobre os motivos que levam o paciente a confiar no médico, o cardiologista ressaltou os seguintes fatores como sendo importantes: o conhecimento do médico, sua experiência, a relação médico-paciente, a indicação de outros pacientes e a resolução do problema, conforme se pode observar no trecho a seguir da entrevista.

Eu acho que o mais importante [para a confiança] é o conhecimento, a relação, a indicação, olha, o Dr. Rui tem experiência, trabalha em hospital público, já trabalhou em UTI, você tem que ter a sua história [...] Eu só faço clínica privada. Eu cobro barato, R\$120,00, por que eu digo que é barato? Por que tem gente cobrando 300-400 reais e 30% dos meus pacientes são da Unimed. 22 pacientes são do Ipê e de outros convênios. Eles vêm, esquecem a Unimed deles, por causa da relação de confiança que eles têm. Por que eu vou ao médico do convênio? Eu vou ao médico do convênio para pedir os exames que eu vou levar no meu médico de família.

A proprietária e gerente da agência de turismo salienta que afeto, confiança e carisma são elementos essenciais para a construção de um relacionamento duradouro com seus clientes. Essa relação desenvolvida entre clientes e provedor de serviços, segundo a profissional, resulta em recompra e indicação a outros clientes.

Afeto, confiança, carisma que eu tenho, não to puxando a sardinha para o meu lado. Nem gosto. Mas devido a grande quantidade de e-mails e cartões de agradecimentos, a gente vê que eles têm depois que os filhos viajam até... É raro receber a quantidade de cartas e e-mails de agradecimento que eu recebo para mais de cem de cada viagem que a gente chega. E eu consegui passar isso para uma equipe, né? Eu, sozinha, não sou ninguém. A nossa equipe está comigo há 32 anos. Começando por ela que está há 35 anos comigo. Então, é uma excelente guia, leva os grupos para mim para Nova Iorque e tudo, e questão de dedicação de guias, eu costumo dizer que a gente não tem hora nem para fazer pipi. Primeiro lugar o cliente, tá?

A proprietária e gerente do SPA, por sua vez, também explicita que, para que suas pacientes desenvolvam confiança, a amizade também é um aspecto fundamental. Essa amizade surgiria da habilidade do provedor de serviços de ouvir o cliente e realmente procurar compreender as suas necessidades de uma forma ampla, ou seja, considerar o cliente como uma pessoa completa.

E dentro desse tipo de avaliação [a primeira consulta no SPA], ainda no primeiro encontro eu já criava um vínculo. Então a pessoa já sai dali decidida a fazer o tratamento, mas ao mesmo tempo ela sai dali achando que tem uma amiga íntima. E eu procuro, na medida do possível, por que são muitas clientes, dar esse retorno de afetividade que não é fácil.

A seguir é apresentada a importância do afeto demonstrado pelo provedor de serviços em relação ao cliente para a construção da confiança.

3.3.2 Antecedentes Afetivos da Confiança

O médico cardiologista ressalta a importância do afeto demonstrado pelo médico para a construção de uma relação entre médico e paciente, principalmente em situações de doenças graves. Ele ressalta que, muitas vezes, o médico sabe que o paciente vai morrer, mas não pode demonstrar esse sentimento, pois precisa dar conforto e tranquilidade ao doente. Além disso, fica bastante claro que esse esforço teatral do médico é algo que lhe exige um trabalho emocional profundo, pois ele precisa mascarar seus sentimentos para preservar o bem-estar do paciente. A fala a seguir evidencia essas questões levantadas.

[...]a medicina também é um estado de arte, é uma coisa muito teatral também. Às vezes tu sabes que um paciente vai morrer... Uma vez um paciente me chamou às 4 horas da manhã, aí foi quando eu pedi demissão desse hospital. Era inverno, ele me chamou e eu pedi para a enfermeira aumentar o gotejamento de morfina, não doutor, ele chamou por que ele quer falar com o senhor. Então tá. Daí eu saí e fui lá. Ele pegou na minha mão. E disse: “Doutor, eu quero agradecer por não ter sofrido durante toda a minha doença”. Uma hora e meia depois ele morreu. Ele tinha 98 kg e tava com 48 kg. “Por que todos nós esperamos o senhor”, [...] “por que quando o senhor chega, o senhor aumenta o gotejamento[de morfina] para todo mundo. E a gente sabe o que a gente está recebendo”. Eu aumentava o gotejamento e falava: “Hoje no meu plantão não morre ninguém”. Quando eu saía, eu dizia: “No meu plantão, todos vão morrer dignamente”. Nesse dia eu pensei: “está na hora de ir embora”.

A proprietária e gerente do SPA relata que o vínculo afetivo, muitas vezes, é criado ainda na primeira avaliação onde algumas pacientes choram e contam seus problemas pessoais. Ela ressalta ainda que esse conhecimento mais aprofundado da paciente é importante ao tratamento estético, pois, por exemplo, quando uma pessoa engorda ou possui um problema de pele, muitas vezes, isso tem explicação no tipo de vida que a pessoa leva, seus hábitos e conflitos emocionais. A profissional também destaca que as funcionárias que não

são afetivas com as clientes são mais utilizadas para operarem aparelhos, ou seja, não são colocadas em funções que tenham que tocar nas clientes, pois elas perceberiam essa “frieza”, conforme evidenciado no trecho a seguir. Ela relata ainda que esse “toque afetivo” faz a pessoa ter maior confiança e segurança para se entregar ao tratamento.

Lembra da Maria Luiza que perdeu o pai e a mãe? Ela era fria, ela não tocava no cliente, mas ela era competente, mas ela era fria. Ela operava aparelhos, não dava para ser nada de toque, por que ela era muito fria. Se eu a botasse em alguma coisa que precisasse de toque, as pessoas iam se sentir mal. A pessoa que vai fazer uma massagem, ela sente isso. Esse vínculo afetivo é uma coisa que também se aprende. Eu acho que esse vínculo faz a diferença, mas ele suga muito.

A proprietária e gerente da agência de turismo salienta que a dedicação da sua equipe aos clientes, faz serem criados vínculos afetivos entre passageiros e provedores de serviços e, frequentemente, na volta das viagens a gerente recebe cartas e mensagens de agradecimento conforme amostra apresentada a seguir. Nas mensagens, fica evidenciado o afeto demonstrado pela equipe da agência que trabalha com dedicação, acolhimento, amor, carinho e profissionalismo.

Competência, seriedade e amor pelo que faz. Ingrediente certo de seu merecido sucesso. Parabéns! Obrigada por cuidar tão bem do que temos de mais preciosa com carinho, X”. (carta dos pais de uma passageira)

[nome suprimido], Agradecemos o profissionalismo e ótimo atendimento prestado à nossa filha [nome suprimido]. Agradecemos especialmente às guias [nome suprimido] e [nome suprimido] pela atenção dispensada e pelo doutor [nome suprimido] por atender com muito zelo e profissionalismo. Também agradeço por gentileza o “Sr. [nome suprimido]” que com rapidez e presteza transmitia nossos recados a nossa filha. Obrigada. Desejamos muito sucesso e que a equipe [nome suprimido] continue tão dedicada (carta dos pais de uma passageira)

Querida [nome suprimido], Sonhos são a melhor parte da realidade, quando conseguimos concretizá-los! Obrigada por nos ouvir, aconselhar, dar apoio, carinho e principalmente a sua amizade... que ainda dividiremos em muitos outros momentos mágicos como foi agora na Disney. Receba todo nosso carinho, [nome suprimido], [nome suprimido] e [nome suprimido]. Disney, Jan 2009. (carta de passageira em nome dela e da sua família que viajou junto)

Querida [nome suprimido], Amiga ou será um anjo vestido de gente? ... é anjo sim, que sob a suas asas sob proteger o nosso “maior tesouro” e nos acolher de forma tão doce!! Muito obrigada por tudo. Só posso pedir a Deus que continue sempre iluminando o teu caminho. Sucesso a toda a equipe. Um abraço, [nome suprimido] e [nome suprimido]. (carta dos pais de um passageiro)

O médico cardiologista coloca que “*O alicerce principal na relação médico-paciente é a confiança, a amizade e o afeto.*” O médico salienta que a profissão exige que o profissional tenha afeto espontâneo pelas pessoas e goste de conversar, ou seja, ouvir e, principalmente falar com seus pacientes.

[...] tu tens que ter o afeto espontâneo pelas pessoas. Tu tens que ter afeto espontâneo. Mesmo que elas sejam diferentes de ti. Isso é uma coisa psicanalítica, freudiana. Eu acho assim, fundamental, essa coisa para funcionar bem tem que ter o gosto pronunciado pela palavra, palavreado, tu tens que falar. O médico não pode ficar de cabeça baixa. Eu sempre digo para os meus alunos, para os meus residentes, que eles deveriam deixar 3 moradores de rua falar e passar a mão neles. Aquelas mãos sujas. E os deixar falarem sem responder. Tu ta entendendo? Deixá-los falarem. Por que aí tu vê se tu tens ou não a facilidade de ter a espontaneidade do afeto pelas pessoas. Por que o médico tem que ter isso. Isso é o grande alicerce da medicina.

A proprietária e gerente do SPA também chama a atenção para a importância do carinho, do cuidado e da “necessidade de ser recebido”. Ela considera que esses fatores são grandes incentivadores das clientes continuarem o tratamento, conforme pode se observar na passagem a seguir.

As pessoas querem ser cuidadas, acarinhadas, existe uma coisa que Freud dizia muito que é “a necessidade de ser recebido”: tem pessoas que não aceitam a rejeição. E tem muitas pessoas que são rejeitadas hoje em dia pela mulher, pelos filhos, não tem um bom ambiente em casa, ele é rejeitado. No momento em que ele vem para cá e ele é aceito, puxa, é o único lugar que alguém recebeu ele bem. Onde ele não é chefe, não é patrão, não é marido, ele não é pai, ele não é nada. Ele é apenas uma pessoa que veio aqui receber uma massagem e ele foi tratado diferente. Então, nesse momento, é um vínculo diferente, porque ele mudou o papel dele e nós ficamos no nosso papel de profissional.

A proprietária e gerente da agência de turismo, que tem como um dos focos principais o turismo para crianças e adolescentes, salienta que, no caso da sua prestação de serviço especificamente, o carinho e o amor também devem vir acompanhados da imposição de limites, conforme evidenciado na passagem a seguir.

*O amor, o carinho e a disciplina são essenciais. Se não tiver disciplina e só tiver “nhem nhem nhem” não funciona. Nada na vida funciona sem disciplina, sem educação. Com os adultos é a mesma coisa. É só você se posicionar e se posicionar bem no sentido de organização, qual o país que ele vai, quais as dificuldades que ele vai ter, é abrir o jogo e, realmente, posicionar as coisas da maneira que elas precisam ser posicionadas
Cuidados, cumprir horário, cumprir todas as obrigações que a gente tem que cumprir com atenção, carinho, respeito e com profissionalismo que eu não abro mão também.*

Apontada pelo médico cardiologista como um dos alicerces da relação médico-paciente, a construção de uma amizade é citada como algo que o cliente deseja para se sentir a vontade com seu médico e desenvolver um relacionamento mais próximo que lhe permita compartilhar plenamente seus problemas e sua intimidade. Essas expectativas ficam claramente evidenciadas na passagem a seguir:

O doente quer ter uma relação contigo, ele quer ser teu amigo. Tu és médico, mas ele quer ser teu amigo. Ele quer que tu sejas o confiante dele. Em todas as áreas. “Doutor, eu sou um aidético, eu gostaria que a minha empresa não soubesse, por que o meu companheiro sabe. Eu infartei, vou precisar fazer uma safena, mas quero assim, assim, assim.” Ele na verdade te considera como um confiante. Tu tens que estar aberto a isso. Não pode ser preconceituoso. No hospital, nós temos que dar tratamento intensivo para ninguém ser preconceituoso.

A entrega do paciente ao médico, ou seja, a criação dessa relação mais estreita é pontada pelo médico como sendo, muitas vezes, um processo gradativo:

É uma entrega, e é gradativa, na primeira entrevista ele não te conta as coisas, na terceira entrevista, ele fala: “doutor, eu tô mal da minha potência”. Aí tu já sabes: “eu tô mal do ponto de vista sexual”, aí tu já sabes que tu és amigo dele. Leva duas, três, quatro, às vezes leva uma vida toda.

Em suma, a partir das entrevistas realizadas, pode se inferir que o cuidado, o afeto, o carinho e a amizade demonstrada pelo provedor de serviços são importantes ingredientes para a construção de um relacionamento e o desenvolvimento da confiança do cliente em relação ao prestador de serviços. A seguir, é apresentada a importância dos antecedentes cognitivos para a construção da confiança.

3.3.3 Antecedentes Cognitivos da Confiança

O cardiologista afirma que o médico deve ter “o gosto pela palavra”, ou seja, gostar de se comunicar com as pessoas “com muito carinho sem perder a qualidade da informação”. A competência, conforme o cardiologista advém de uma boa formação, experiência e também sensibilidade. Na opinião do médico, o residente deve ser “rato de hospital”, ou seja, estar constantemente no hospital observando e praticando.

Ele ressalta ainda que o médico deve saber do que está tratando, ter uma boa formação em farmacologia e saber o que ele está receitando aos pacientes: “*A relação de confiança, o interesse, tu tens que ter uma formação, tu tens que saber o que tu estás tratando, uma formação boa em farmacologia, saber o que tu estás receitando.*” Além disso, o médico deve ter esse conhecimento técnico aliado ao afeto pelo paciente. Ele afirma que se o médico não reunir essas duas características a relação não é plenamente desenvolvida conforme trecho abaixo.

Se não tiver as duas coisas juntas, não funciona. Começa pelo afeto e termina na competência. Só que o afeto se tu não resolve o problema, ele pode ficar teu amigo, mas não fica teu paciente. Então tu tens que dar um poder de resolução também. Tu tens que dar um poder de resolução com afeto.

No ponto de vista dele, a relação começa devido ao afeto demonstrado pelo médico e depois é sustentada pela solução do problema do paciente através do tratamento. Se o médico for afetuoso, mas não resolver o problema do doente, ele pode ficar amigo do médico, mas não continuará sendo paciente no futuro, conforme evidenciado na passagem a seguir.

Não adianta tu ser simpático, se eu continuo doente. Não funciona. Não adianta se eu não der resolução no caso dele. Tu faz ele trazer os parentes, os amigos, é a resolução do seu caso. E tu teres a humildade de dizer, não é para mim, é para um psiquiatra. Entende? Não ser preconceituoso. O senhor tem que ir para um endocrinologista, para um reumatologista. Ta entendendo? Tu não perdes o paciente, tu ganha ele para toda a vida

A proprietária e gerente do SPA também relata que a confiança do paciente é desenvolvida tanto por aspectos afetivos, como o relacionamento estreito entre a cliente e o provedor de serviços que faz a cliente se sentir bem, segura e a vontade; quanto também devido aos resultados do tratamento:

Eu acho que a confiança é importante e o resultado que tu fizeste também. Eu posso confiar muito em ti, mas se eu fizer o tratamento e não obtiver resultado, não adianta. Se isso acontecer, a confiança fica balançada. Tu tens que oferecer resultado, tem que ter competência. [...] A pessoa tem que ter algo além de competência, títulos, ela tem que ter afetividade. Não pode também ser grudenta e não saber fazer as coisas direito. Tem que ter as duas coisas.

A seguir são apresentados os fatores que, na opinião dos entrevistados, levam seus clientes a terem intenções de fazer boca-a-boca positivo e continuar o relacionamento.

3.3.4 Boca-a-boca Positivo e Continuidade do Relacionamento

A proprietária e gerente do SPA salienta que para que o cliente retorne à sua clínica e a indique aos amigos e familiares, a questão da satisfação com os resultados do tratamento e o preço praticado pelo SPA, mesmo para camadas sociais mais elevadas, são considerados como importantes fatores conforme exemplificado a seguir.

Se eu vou num lugar que eu não gosto onde eu fui mal atendida, ou até mesmo, eu nem fui atendida, eu não vou indicar para ninguém. Eu tenho notado muito que a indicação vem muito também pelos preços. Antigamente as pessoas não se preocupavam tanto com isso. Quando não tinha a tal crise, as pessoas faziam o tratamento e depois me perguntavam quanto que deu. Hoje não. Antes mesmo da avaliação elas perguntam quanto que vai sair.

Já para o médico cardiologista, um dos fatores mais importantes para o boca-a-boca positivo e a continuidade do tratamento é a resolução do problema e a criação de relacionamentos mais estreitos com seus pacientes. O médico ressalta ainda que a entrada dos planos de saúde mudaram o panorama da saúde e a figura do médico acabou sendo desvalorizada nesse contexto. Conforme o médico, hoje em dia, as pessoas vão mais frequentemente no médico do plano do que no médico “da família”. Contudo, no caso de seus pacientes de consultório, mesmo 30% possuindo planos de saúde, eles preferem pagar a consulta e se consultar com o “seu médico”. A fala abaixo ilustra o posicionamento do médico referente a esses aspectos.

Por exemplo, aquela polaca que saiu daqui. Eu sou médico dos filhos dela, do marido dela, entende? Sou médico também do ex-marido dela e do atual também (risos) e assim vai...tá entendendo? É muito difícil a questão do marketing na saúde. Hoje as empresas de saúde deveriam usar os seus nomes e os seus médicos. Olha, na Unimed nós temos tais e tais médicos. Não, eles não dão o nome. Eles vendem Bradesco Seguros, vendem Sul América, ...

O cardiologista também elucida a importância de o médico ser sincero e indicar o paciente a outro médico, se ele perceber que o caso não é da sua especialidade para a construção de verdadeiros relacionamentos com seus clientes. Essa atitude que culmina em intenções de boca-a-boca positivo, conforme elucidado na fala a seguir.

Tu faz ele trazer os parentes, os amigos, é a resolução do seu caso. E tu teres a humildade de dizer, não é para mim, é para um psiquiatra. Entende? Não ser preconceituoso. O senhor tem que ir para um endocrinologista, para um reumatologista. Ta entendendo? Tu não perdes o paciente, tu ganha ele para toda a vida.

A proprietária e gerente da agência de turismo salienta que o boca-a-boca positivo de seus clientes é um dos elementos essenciais para o seu sucesso e estima que cerca de 60% dos seus clientes são oriundos da indicação de amigos, familiares e conhecidos. A recompra dos passageiros seria fortemente influenciada pelas experiências positivas anteriores com a agência de viagem conforme destacado a seguir.

Irmãos que já foram, mandaram outros irmãos. Eu tenho uma mala de cartões... Esses aqui são apenas de julho. Olha aquele quadro, eles fizeram para mim. Existem adolescentes que foram comigo para a Disney e agora voltam para fazer a lua de mel conosco.

A seguir é apresentada a importância da segunda opinião na relação médico-paciente.

3.3.5 Segunda Opinião

Segundo o médico cardiologista entrevistado, no contexto da prestação de serviços médicos, a busca de uma segunda opinião a respeito de um diagnóstico e/ou tratamento é visto como um fator essencial para a construção de um relacionamento forte entre médico-paciente e o desenvolvimento da confiança. Esse fator parece ser especialmente importante em doenças mais sérias, situações em que o paciente está estressado e com sua autoestima em baixa.

O médico também elucida que, atualmente, o ato médico como uma cirurgia é presenciado por muitas pessoas como o anestesista, os alunos, a circulante, etc. Portanto, a busca por uma segunda opinião (*second opinion*) serviria tanto para o paciente quanto para o médico se sentirem mais seguros e confiantes no tratamento escolhido.

Tem situações que tu chegas ao limite, que tu tens que assumir, mas tu tens que falar com alguém sobre os riscos. Por que hoje os blocos cirúrgicos são assistidos por alunos. Hoje tem a circulante, tem o anestesista. Hoje tem muitas pessoas assistindo o teu ato médico, não era como antigamente que a freira anestesiava e tu colocavas marca-passo. Hoje há um auto-cuidado, isso os pacientes se informam muito. E por isso que eu peço a “second opinion”. A “second opinion” é uma coisa nos Estados Unidos; é muita coisa comum, maravilhosa. Quando eu indico

uma cirurgia, depois eu digo: “agora o senhor procura um outro cardiologista para ver se ele tem a mesma opinião”. “Second opinion” fica para sempre contigo. É uma segunda opinião, uso muito com os meus alunos. No Brasil isso não tem muito. O cara tem medo de perder o paciente. Bom, então, chega o outro e diz outra coisa. Tem a coisa da entrega psicanalítica do paciente. Ele chega com a auto-estima baixa, estressado. Tem também a questão da entrega da doença. A gravidade da doença faz com que tu te entregues. Tu quer resolver. É com ele que eu vou, ele tem boas informações, o doutor ainda pede uma segunda opinião, uma “second opinion”, aí ele fica ainda mais seguro.

Em suma, os principais indícios encontrados na fase qualitativa foram a importância dos aspectos afetivos, tais como amizade, carinho e amor para a construção da confiança. Contudo, esses aspectos afetivos parecem não ser suficientes para sustentar uma relação de confiança entre consumidores e provedores de serviços. Os prestadores também devem ser competentes, ou seja, os pacientes precisam verificar resultados palpáveis do tratamento para que essa confiança seja reforçada e o relacionamento fortalecido ao longo do tempo e o consumidor tenha intenções de continuar na relação e falar bem do provedor de serviços. Conforme os dados encontrados, a busca de uma segunda opinião reforça ainda mais o relacionamento do consumidor com o provedor de serviços.

3.4 ESTUDO PILOTO

Apesar de existirem alguns estudos que abordam a confiança baseada no afeto e a confiança baseada na cognição (e.g. MCALLISTER, 1995; JOHNSON; GRAYSON, 2005), nenhum desses estudos utilizou um desenho experimental para explorar as relações causais entre essas variáveis (afeto, cognição e confiança). A manipulação do afeto e da cognição separadamente foi um desafio para o presente estudo, uma vez que esses construtos são intimamente ligados e é difícil fazer uma variável não influenciar a outra e vice-versa. Para isso, foram necessários vários ajustes e calibrações nas manipulações para que se chegasse aos cenários finais que foram efetivamente utilizados na presente tese.

Os experimentos realizados utilizaram como estímulo um cenário escrito (FOLKES, 1984; SURPRENANT; SOLOMON, 1987; MCKNIGHT; KACMAR; CHOUDHURY, 2002), e alguns desses utilizam um sujeito hipotético (HAVLENA; HOLBROOK, 1986; HUI; BATESON, 1991). No caso do presente estudo, julgou-se pertinente utilizar essa abordagem, uma vez que está se manipulando doenças com consequências severas ao consumidor e uma abordagem pessoal poderia deprimir ou causar eventuais danos psicológicos ao entrevistado.

Nos cenários de consequência branda, pede-se ao entrevistado que se imagine na dada situação, pois nesse caso, não há nenhum risco psicológico ao participante.

Para a manipulação do afeto, foram utilizados os dados levantados nas entrevistas em profundidade e a Teoria do Cuidado Humano advinda da enfermagem, que apresenta a atenção, o interesse, a preocupação e o cuidado demonstrado pelo provedor de serviços como importantes elementos afetivos para a construção de uma relação entre pacientes e profissionais da saúde (WATSON, 2006). Por exemplo, no cenário de “muito afeto”, o médico fala de uma forma gentil, presta atenção enquanto os pacientes está relatando os seus sintomas e é amistoso com o paciente. No cenário de “pouco afeto”, o médico não olha nos olhos do paciente enquanto eles conversam, fica de cabeça baixa fazendo anotações em seu receituário e é frio durante a consulta.

No cenário de “pouca cognição”, o sujeito hipotético não possui nenhuma referência do médico e possui evidências que ele não é competente devido a opiniões de outros pacientes que ele encontrou na Internet. No cenário de “muita cognição”, o médico foi indicado por amigos devido a bons resultados em tratamentos anteriores, além de ser professor e pesquisador em uma universidade conhecida. O contexto do serviço também foi manipulado como tendo consequências severas ao paciente. O sujeito hipotético recebe a notícia que está com um câncer em seu estômago.

Foi realizado um pré-teste com 58 estudantes da graduação da Warrington College of Business Administration da Universidade da Flórida que se inscreveram para participar do estudo e receberam créditos extras para participarem do estudo, contudo não se obtiveram resultados satisfatórios, pois as manipulações não funcionaram. Esses resultados iniciais foram atribuídos à dificuldade de manipular afeto e cognição independentemente, uma vez que esses construtos são intimamente relacionados (LANE; NADEL; ALLEN; KASZNIAK, 2000).

A fim de obter cenários mais realistas e adequados à realidade norte-americana, foi questionado a 21 estudantes da referida população as seguintes questões: (1) “O que é importante para você confiar em um médico? Por quê?” e (2) “O que pode levar você a não confiar em alguns médicos? Por quê?”. Os antecedentes afetivos da confiança que emergiram foram: atenção (e.g. o doutor me ouve); acessibilidade (e.g. é acessível); preocupação (e.g. quer o melhor para mim; preocupa-se com a minha saúde); comprometimento (e.g. é comprometido com seus pacientes); comunicação (e.g. comunica-se bem); e empatia (e.g. tem

compaixão; é amigável; faz o paciente se sentir bem vindo e confortável; transmite calma; possui empatia).

Os antecedentes cognitivos que emergiram foram competência (e.g. o doutor é um dos melhores da área; é formado em uma instituição reconhecida; possui experiência e conhecimento especializado; é eficiente), ética; recomendação (e.g. o doutor possui boas referências nos sites sobre opinião a respeito dos médicos; é o mais recomendado); e reputação (e.g. é um dos mais reputados do seu campo de conhecimento).

Os aspectos afetivos que levaram os pacientes a não confiarem nos médicos foram a ausência de preocupação (e.g. o doutor não se preocupa com a minha saúde); cuidado (e.g. o doutor me examina apenas por que estou pagando); paciência (e.g. o doutor não tem paciência comigo); bom senso (e.g. o doutor me julga); e compaixão (e.g. o doutor é rude; egoísta). Já os aspectos cognitivos que levaram os pacientes a não confiarem nos médicos foram: recomendações ruins (e.g. o doutor possui reclamações de pacientes na Internet); falta de competência (e.g. diagnóstico errado; tratamento ineficaz; falta de experiência; é inconsistente; não é seguro com seu conhecimento e/ou formação médica); recusa de segunda opinião (e.g. doutor se recusa a ouvir a opinião de outro colega); e falta de ética.

Após, foi realizado um segundo pré-teste com 52 estudantes, que receberam créditos extras para participarem do estudo. Neste segundo pré-teste, a manipulação funcionou. Foram feitos alguns ajustes nos cenários e nos instrumentos, e então foi realizado o Estudo 1, conforme será melhor explicitado no próximo capítulo.

No estudo 1, foram testadas as hipóteses 1 a 3, que trazem o efeito da cognição e do afeto na confiança e o efeito mediador da confiança na relação entre afeto e cognição, e a busca de segunda opinião e continuidade do tratamento, em trocas com consequências severas. No estudo 2, foram testadas as hipóteses 4 e 5, as quais investigam o efeito da segunda opinião e da confiança na satisfação do paciente e o efeito mediador da satisfação na relação entre confiança e intenções de continuidade do tratamento e boca-a-boca positivo em trocas com consequências severas. Já no estudo 3, são testadas as hipóteses 6 a 8, as quais testam o efeito da cognição e do afeto na confiança e o efeito mediador da confiança na relação entre afeto e cognição, e segunda opinião e continuidade do tratamento, em trocas com consequências brandas. Por fim, o estudo 4 testa a hipótese 9, a qual investiga o efeito da conveniência e da confiança nas intenções do consumidor de continuar o tratamento, em trocas com consequências brandas.

4 EXPERIMENTOS

A seguir, são apresentados, com maior detalhamento, os quatro experimentos realizados que deram sustentação empírica ao presente estudo.

4.1 ESTUDO 1

Cinquenta e oito estudantes de graduação da Warrington College of Business Administration da University of Florida receberam créditos extras para participarem do Estudo 1. Para a realização dos quatro experimentos da presente tese, os estudantes se inscreviam no site do laboratório de estudos do comportamento do consumidor para participarem dos experimentos e, ao chegarem para realizar o estudo, eram encaminhados randomicamente para um dos quatro cenários (*random assignment*).

O experimento foi entre sujeitos (*between subjects*), dois por dois (2 x 2) e manipulou o afeto (pouco/muito) e a cognição (pouca/muita). O contexto do serviço também foi manipulado como tendo consequências severas ao consumidor. Neste estudo, foram testadas as hipóteses 1 a 3 que investigam o efeito do afeto e da cognição na confiança e o papel mediador da confiança na relação entre afeto e cognição e intenções de continuar o tratamento e busca de segunda opinião em trocas com consequências severas ao consumidor.

4.1.1 Procedimento

Os sujeitos foram expostos a uma situação na qual um sujeito hipotético estava enfrentando uma situação com consequências severas (tratamento de câncer), e então marca uma consulta com um médico. Antes de ele ir à consulta, ele procura o nome do médico na Internet e acha alguns depoimentos de pacientes sobre o profissional. Durante a consulta, no cenário de “muita cognição”, o médico foi indicado por amigos; possui muito conhecimento;

e possui ótimos depoimentos na Internet a respeito de seu trabalho⁵. No cenário de “pouca cognição”, o médico finalizou seus estudos de medicina apenas há um ano e possui depoimentos na Internet falando mal de seu trabalho.

No cenário de “muito afeto”, o médico é bastante cuidadoso, olha nos olhos do paciente todo o tempo, faz o paciente sentir-se bem vindo e a vontade, além de ser amistoso. No cenário de “pouco afeto”, o médico não olha nos olhos do paciente, é rude e parece estar com pressa para finalizar a consulta. No anexo B, é apresentada uma amostra dos cenários utilizados no estudo 1. A seguir são apresentadas as medidas que foram utilizadas para mensuração dos construtos estudados.

4.1.2 Medidas

Com o objetivo de checar as manipulações, foram feitas as seguintes perguntas aos participantes: “Como você pode caracterizar o comportamento de Dr. Heiden?”. Para checar a manipulação de afeto foram apresentadas escalas Likert de 7 pontos variando de “pouco cuidadoso/muito cuidadoso”; “pouca compaixão/muita compaixão”; “pouco amistoso/muito amistoso”; e “pouca empatia/muita empatia”. Para se checar a manipulação da cognição, foram utilizadas escalas Likert de 7 pontos variando de “pouca competência/muita competência”; e “pouca *expertise*/muita *expertise*”. O Alpha de Crombach para o afeto foi de 0,92 e para a cognição foi de 0,89.

Para que fosse checada a manipulação das consequências das trocas, baseando-se na revisão da literatura (BOTTEI; ORFALI; IYENGAR, 2009; KAHN; LUCE, 2003), foram feitas as seguintes perguntas aos participantes: “O problema enfrentado por Sam possui consequências severas”; “O problema enfrentado por Sam é grave”; “O problema enfrentado por Sam tem consequências que ele não precisa se preocupar” (reversa); e “Sam está preocupado sobre as possibilidades de consequências trágicas de seu problema”. Para mensurar as respostas dessas questões foi utilizada uma escala Likert de 7 pontos variando de “Discordo Fortemente” a “Concordo Fortemente”. O Alpha de Crombach final foi de 0,85.

⁵ No contexto americano, a busca por depoimentos (“reviews”) na Internet sobre produtos e serviços é uma prática comum e usada frequentemente pelas pessoas. Existem sites específicos (e.g. <http://www.ratemds.com/>) sobre serviços médicos onde você coloca a região e ele faz uma busca dos médicos existentes e os respectivos comentários sobre eles.

4.1.2.1 Variáveis Dependentes

Para mensurar a segunda opinião, foi perguntado aos participantes o quanto eles concordavam com as seguintes afirmações, utilizando uma escala Likert de 7 pontos variando de “Discordo Fortemente” a “Concordo Fortemente”: “Sam buscará uma segunda opinião de outro médico”; “Sam buscará informações sobre seu problema na Internet”; e “Sam não buscará avaliação de um outro médico” (reversa). O Alpha de Crombach da escala foi de 0,88.

As intenções de continuar o tratamento foram mensuradas questionando aos participantes se “Após os exames estarem prontos, Sam irá voltar ao consultório de Dr. Heiden verificar os resultados”; “Sam pretende continuar se tratando com Dr. Heiden”; e “Sam nunca mais voltará ao consultório de Dr. Heiden”. As respostas utilizaram uma escala Likert de 7 pontos variando de “Muito pouco provável” a “Muito provável”. O Alpha de Crombach foi de 0,88.

Finalmente, para mensurar a confiança, os entrevistados foram questionados o quanto eles concordavam com as seguintes afirmações utilizando uma escala Likert de 7 pontos variando de “Discordo Fortemente” a “Concordo Fortemente”: “Sam poderia confiar em Dr. Heiden”; “Sam poderia depender (*rely on*) de Dr. Heiden”; “Sam pensa que poderia contar com Dr. Heiden”; “Sam não poderia contar com Dr. Heiden”(reversa); e “Sam poderia sentir que Dr. Heiden é uma pessoa confiável (*reliable*)”. O Alpha de Crombach foi de 0,92.

4.1.2.2 Checagem das Manipulações

Os sujeitos avaliaram o cenário apresentado como tendo consequências severas ($M=5,99/DP= 0,98$). Foi realizado o teste Two-Way Anova 2 x 2 no cenário do afeto e foi encontrado um efeito principal (*main effect*) para o afeto ($F = 186,58$; $p<0,00$) e nenhum efeito significativo para a cognição ($F = 1,65$; $p= 0,20$), o que significa dizer que, a partir do teste ortogonal, a manipulação do afeto funcionou conforme esperado. Os resultados da checagem da manipulação do afeto podem ser observados nas tabelas 1 e 2.

Tabela 1 - Efeitos dos Testes Entre Sujeitos (Tests of Between-Subjects Effects)

Variável Dependente: Afeto

Fonte	Tipo III: Soma dos Quadrados	Graus de Liberdade	Quadrado da Média	F	Significância
Modelo Corrigido	204,71 ^a	3	68,24	63,63	0,00
Interceptação	938,66	1	938,67	875,31	0,00
Cenário do Afeto	200,08	1	200,08	186,58	0,00
Cenário da Cognição	1,76	1	1,77	1,65	0,20
Erro	63,27	59	1,07		
Total	1284,00	63			
Total Corrigido	267,98	62			

a. R ao quadrado = 0,76 (R ao quadrado ajustado = 0,75)

Fonte: Software SPSS

Na tabela 1, podem ser observadas as significâncias utilizando o afeto como variável dependente e os cenários da cognição e afeto como variáveis independentes e na tabela 2 podem ser observadas as médias da variável dependente nos diferentes cenários.

Tabela 2 - Cenário do Afeto Versus o Cenário da Cognição

Variável Dependente: Afeto

Cenário do Afeto	Cenário da Cognição	Média	Erro Padrão	95% de Intervalo de Confiança	
				Mínimo	Máximo
Pouco Afeto	Pouca Cognição	2,12	0,26	1,58	2,65
	Muita Cognição	2,05	0,28	1,50	2,60
Muito Afeto	Pouca Cognição	5,29	0,25	4,79	5,79
	Muita Cognição	6,03	0,25	5,58	6,53

Fonte: Software SPSS

Da mesma forma, foi realizado o teste Two-Way Anova 2 x 2 no cenário da cognição e foi encontrado um efeito principal (*main effect*) para a cognição ($F = 66,30$; $p < 0,00$) e nenhum efeito significativo para o afeto ($F = 3,29$; $p = 0,08$), o que significa dizer que a manipulação da cognição também funcionou de acordo com o esperado. Note que o efeito da cognição no afeto foi próximo de ser significativo a 0,05 ($p = 0,08$), sendo esse resultado atribuído à dificuldade de manipular afeto e cognição independentemente, uma vez que esses construtos são intimamente ligados (LANE *et al.*, 2000). Os resultados da checagem da manipulação da cognição podem ser observados nas tabelas 3 e 4 a seguir.

Tabela 3 - Efeitos dos Testes Entre Sujeitos (Tests of Between-Subjects Effects)

Variável Dependente: Cognição

Fonte	Tipo III: Soma dos Quadrados	Graus de Liberdade	Quadrado da Média	F	Significância
Modelo Corrigido	79,85 ^a	3	26,61	24,71	0,00
Interceptação	1333,33	1	1333,33	1238,09	0,00
Cenário do Afeto	3,54	1	3,55	3,29	0,08
Cenário da Cognição	71,40	1	71,40	66,30	0,00
Erro	58,15	54	1,07		
Total	1504,25	58			
Total Corrigido	138,00	57			

a. R ao quadrado = 0,58 (R ao quadrado ajustado = 0,56)

Fonte: Software SPSS

Na tabela 3, podem ser observadas as significâncias utilizando a cognição como variável dependente e os cenários da cognição e afeto como variáveis independentes, e, na tabela 4, podem ser observadas as médias utilizando a cognição como variável dependente nos diferentes cenários de afeto e cognição.

Tabela 4 - Cenário do Afeto Versus o Cenário da Cognição

Variável Dependente: Cognição

Cenário do Afeto	Cenário da Cognição	Média	Erro Padrão	95% de Intervalo de Confiança	
				Mínimo	Máximo
Pouco Afeto	Pouca Cognição	3,50	0,28	2,93	4,06
	Muita Cognição	5,57	0,29	4,98	6,15
Muito Afeto	Pouca Cognição	3,82	0,26	3,29	4,35
	Muita Cognição	6,23	0,26	5,70	6,76

Fonte: Software SPSS

O próximo tópico apresentará os principais achados do Estudo 1.

4.1.3 Resultados

A seguir são apresentados os resultados encontrados no Estudo 1. Primeiramente será realizado o teste entre sujeitos, utilizando a confiança como variável dependente e os cenários do afeto e da cognição como variáveis independentes a fim de testar a hipótese 1. A seguir serão apresentados os testes de mediação da confiança na relação entre afeto e cognição e intenções de continuar o tratamento e busca de uma segunda opinião.

4.1.3.1 Confiança

O teste “entre sujeitos” (*between subjects*) mostrou que a confiança do consumidor é significativamente maior quando o afeto e a cognição são maiores, comparando-se a situações em que o afeto e/ou a cognição são menores ($F = 5,58$; $p < 0,02$), corroborando a hipótese 1, que estabelece que em trocas com consequências severas, a confiança do consumidor é maior quando ambos níveis de afeto e de cognição são altos, comparando-se a situações em que apenas um ou ambos são baixos, conforme se pode observar nas tabela 5 e 6 e no gráfico 1 a seguir.

Tabela 5 - Efeitos dos Testes Entre Sujeitos (Tests of Between-Subjects Effects)

Variável Dependente: Confiança

Fonte	Tipo III: Soma dos Quadrados	Graus de Liberdade	Quadrado da Média	F	Significância
Modelo Corrigido	95,86 ^a	3	31,95	30,82	0,00
Interceptação	1196,61	1	1196,61	1154,25	0,00
Cenário do Afeto	44,90	1	44,90	43,31	0,00
Cenário da Cognição	41,41	1	41,41	39,94	0,00
Cenário do Afeto * Cenário da Cognição	5,78	1	5,78	5,58	0,02
Erro	61,16	59	1,03		
Total	1394,81	63			
Total Corrigido	157,02	62			

a. R ao quadrado = 0,61 (R ao quadrado ajustado = 0,59)

Fonte: Software SPSS

Na tabela 5, podem ser observadas as significâncias utilizando a confiança como variável dependente e os cenários da cognição e afeto como variáveis independentes, e, na tabela 6, podem ser observadas as médias da variável dependente “confiança” nos diferentes cenários - afeto e cognição. No gráfico 1, podem ser observadas as médias e o efeito de interação entre as variáveis.

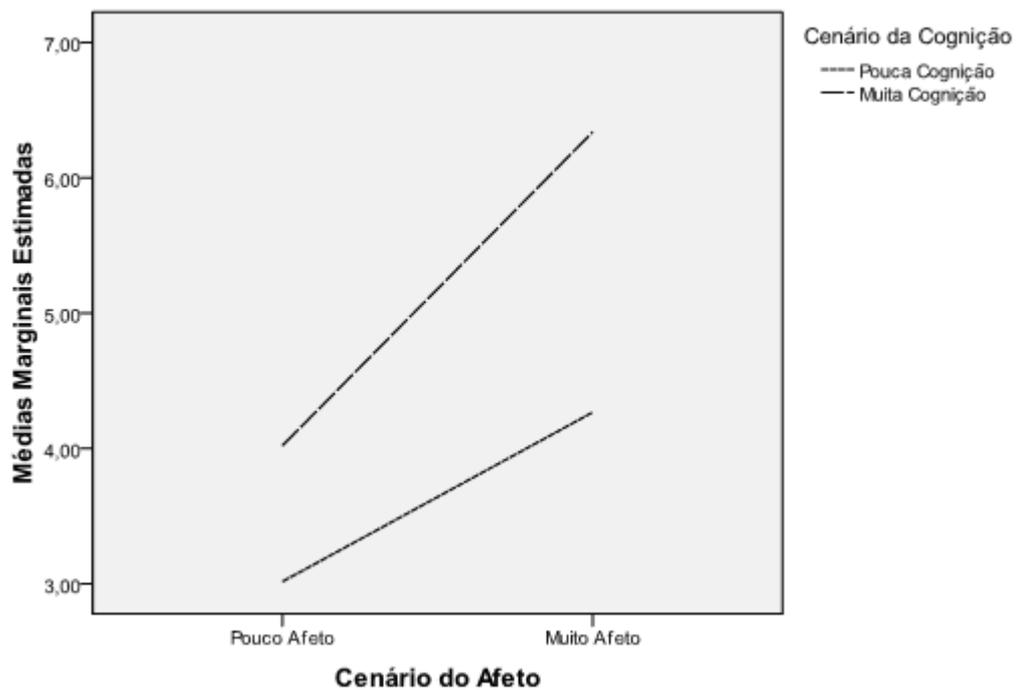
Tabela 6 - Cenário do Afeto Versus o Cenário da Cognição

Variável Dependente: Confiança

Cenário do Afeto	Cenário da Cognição	Média	Erro Padrão	95% de Intervalo de Confiança	
				Mínimo	Máximo
Pouco Afeto	Pouca Cognição	3,02	0,26	2,49	3,54
	Muita Cognição	4,03	0,27	3,49	4,58
Muito Afeto	Pouca Cognição	4,10	0,24	3,61	4,59
	Muita Cognição	6,34	0,24	5,84	6,83

Fonte: Software SPSS

Figura 1 - Gráfico das Médias de Confiança



Fonte: Software SPSS

A seguir, será apresentado o efeito mediador da confiança na relação entre afeto e cognição e intenções de continuidade do tratamento e busca de uma segunda opinião em trocas com consequências severas.

4.1.3.2 Efeito Mediador

Com o objetivo de verificar o efeito mediador foi realizada uma análise *bootstrapping* (ZHAO; LYNCH JR.; CHEN, 2010; PREACHER; HAYES, 2008). A fim de testar se a confiança media o relacionamento entre o afeto e a cognição e as intenções do consumidor de continuar o tratamento e buscar uma segunda opinião em trocas com consequências severas, quatro *scripts* foram realizados: primeiramente, o afeto foi testado como uma variável independente (a partir desse ponto será referenciado como VI), a confiança como mediadora e a intenção de continuar o tratamento como uma variável dependente (a partir desse ponto será referenciado como VD); em segundo lugar, a cognição foi testado como VI, a confiança como mediadora e a intenção de continuar o tratamento como VD; em terceiro lugar, o afeto foi testado como VI, a confiança como mediadora e a intenção de buscar segunda opinião como VD e; por fim, em quarto lugar, a cognição foi testado como VI, a confiança como mediadora e a intenção de buscar segunda opinião como VD. Nos quatro testes foram utilizadas 5000 sub-amostras (*bootstrap resample*) e 95% de nível de confiança para os intervalos de confiança.

No primeiro teste, o afeto foi considerado como uma VI, a confiança como mediadora, e a intenção de continuar o tratamento como uma VD. O relacionamento entre afeto e confiança foi significativo ($\beta = 0,58$; $p < 0,00$) assim como o relacionamento entre confiança e intenção de continuar o tratamento ($\beta = 0,49$; $p < 0,00$). O efeito total do afeto na intenção de continuar o tratamento mediado pela confiança foi significativo ($\beta = 0,39$; $p = 0,00$) e o efeito direto do afeto na intenção de continuar o tratamento não foi significativo ($\beta = 0,125$; $p = 0,10$).

O intervalo de confiança dos “Resultados *Bootstrap* para Efeitos Indiretos” não incluiu zero (0,14 a 0,42) e o resultado do teste Sobel foi $p < 0,00$. Utilizando a classificação proposta por Zhao, Lynch Jr. e Chen (2010), a confiança pode ser considerada como mediadora (*Indirect-Only*) do relacionamento entre afeto e intenção de continuar o tratamento, corroborando a hipótese 2a que afirma que em trocas com consequências severas, a confiança mediará a relação entre afeto e as intenções de continuar o tratamento.

No segundo teste, a cognição foi considerada como uma VI, a confiança como mediadora, e a intenção de continuar o tratamento como uma VD. O relacionamento entre cognição e confiança foi significativo ($\beta = 0,52$; $p < 0,00$) assim como o relacionamento entre

confiança e intenção de continuar o tratamento ($\beta = 0,63$; $p < 0,00$). O efeito total da cognição na intenção de continuar o tratamento mediado pela confiança foi significativo ($\beta = 0,30$; $p = 0,00$) e o efeito direto da cognição na intenção de continuar o tratamento não foi significativo ($\beta = - 0,03$; $p = 0,71$).

O intervalo de confiança dos “Resultados *Bootstrap* para Efeitos Indiretos” não incluiu zero (0,20 a 0,48) e o resultado do teste Sobel foi $p < 0,00$. Utilizando a classificação proposta por Zhao, Lynch Jr. e Chen (2010), a confiança pode ser considerada como mediadora (*Indirect-Only*) da relação entre cognição e intenção de continuar o tratamento, corroborando a hipótese 2b que estabelece que em trocas com consequências severas, a confiança possui um papel mediador na relação entre a cognição e as intenções do consumidor de buscar uma segunda opinião.

No terceiro teste, o afeto foi considerado como VI, a confiança como mediadora, e a segunda opinião como uma VD. O relacionamento entre afeto e confiança foi significativo ($\beta = 0,58$; $p < 0,00$) assim como o relacionamento entre confiança e busca de segunda opinião ($\beta = - 0,68$; $p < 0,00$). O efeito total do afeto na segunda opinião mediado pela confiança foi significativo ($\beta = - 0,38$; $p = 0,00$) e o efeito direto do afeto na segunda opinião não foi significativo ($\beta = - 0,00$; $p = 0,96$).

O intervalo de confiança dos “Resultados *Bootstrap* para Efeitos Indiretos” não incluiu zero (-0,51 a -0,27) e o resultado do teste Sobel foi $p < 0,00$. Utilizando a classificação proposta por Zhao, Lynch Jr. e Chen (2010), a confiança pode ser considerada como mediadora (*Indirect-Only*) da relação entre afeto e busca de segunda opinião, corroborando a hipótese 3a que afirma que em trocas com consequências severas, a confiança media a relação entre o afeto do consumidor e sua intenção de buscar opinião de outro médico.

No quarto teste, a cognição foi considerada como uma VI, a confiança como mediadora, e a segunda opinião como uma VD. O relacionamento entre cognição e confiança foi significativo ($\beta = 0,52$; $p < 0,00$) assim como o relacionamento entre confiança e busca de segunda opinião ($\beta = -0,62$; $p < 0,00$). O efeito total da cognição na segunda opinião mediado pela confiança foi significativo ($\beta = - 0,41$; $p = 0,00$) e o efeito direto da cognição na segunda opinião não foi significativo ($\beta = - 0,08$; $p = 0,18$).

O intervalo de confiança dos “Resultados *Bootstrap* para Efeitos Indiretos” não incluiu zero (-0,44 a -0,21) e o resultado do teste Sobel foi $p < 0,00$. Portanto, a confiança pode ser considerada como mediadora (*Indirect-Only*) no relacionamento entre cognição e busca de segunda opinião, corroborando hipótese 3b que estabelece que em trocas com consequências severas, a confiança é mediadora da relação entre a cognição e a busca de uma segunda opinião pelo paciente.

4.1.4 Discussão

Os resultados do Estudo 1 demonstraram que o afeto e a cognição significativamente influenciam a confiança. Pacientes que percebem mais aspectos afetivos e cognitivos em seu médico confiam significativamente mais do que quando percebem pouco afeto ou pouca cognição. Os achados vão ao encontro dos dados qualitativos levantados por meio das entrevistas em profundidade, em que foi encontrado indícios de que, para a construção da confiança, seriam necessários, ao mesmo tempo, aspectos afetivos e cognitivos, principalmente nos encontros de serviços médicos e estéticos. Esse resultado elucidou que o afeto é tão importante quanto a cognição para a construção da confiança em encontros com consequências severas.

Outro achado importante do Estudo 1 foi identificar a confiança como um mediador chave entre a cognição e o afeto e as intenções do consumidor de continuar o tratamento e de buscar uma segunda opinião. Os resultados reforçam a importância da confiança para as avaliações dos consumidores.

4.2 ESTUDO 2

Setenta e seis estudantes de graduação da Warrington College of Business Administration da University of Florida receberam créditos extras para participar do Estudo 2. O experimento foi “entre sujeitos” (*between subjects*), dois por três (2 x 3) e manipulou a confiança (pouca/muita) e a segunda opinião (mesmo diagnóstico/diagnóstico diferente/grupo de controle sem diagnóstico). O contexto do serviço também foi manipulado como tendo consequências severas ao consumidor. Nesse estudo, foram testadas a hipótese 4, que postula

que em trocas com consequências severas, a satisfação do consumidor será maior quando a confiança é alta e a segunda opinião apresenta o mesmo diagnóstico, comparada a situações em que a confiança é baixa e/ou a segunda opinião é diferente ou indisponível; e as hipóteses 5a e 5b que investigam o papel mediador na satisfação na relação entre a confiança e as intenções do paciente continuar o tratamento e fazer boca-a-boca positivo, respectivamente.

4.2.1 Procedimento

Os sujeitos foram expostos a uma situação onde um sujeito hipotético (Sam) estava enfrentando uma situação com consequências severas (tratamento de câncer), e então marca uma consulta com um médico. No cenário de “pouca confiança”, o médico não sabe exatamente qual tipo de câncer Sam tem, a medicação não está funcionando bem, e o médico não parece estar certo sobre qual é o melhor tratamento para o caso de Sam. Além disso, um mês após o início do tratamento, o paciente não observa nenhum resultado significativo. No cenário de “muita confiança”, as medicações estão fazendo efeito, houve melhora nos sintomas, o diagnóstico é mais preciso, e, após um mês de tratamento, o tumor já está um pouco menor.

No Estudo 2, a segunda opinião também foi manipulada. No cenário de “mesmo diagnóstico”, Sam busca uma segunda opinião e essa corrobora completamente com a opinião de seu médico, Dr. Heiden. No cenário de “diferente diagnóstico”, Sam busca a opinião de um outro médico e esse lhe diz que as medicações indicadas por Dr. Heiden não são tão eficientes para a sua doença e prescreve outro tratamento. No grupo de controle, não foi apresentada nenhuma segunda opinião. No anexo C, é apresentada uma amostra dos cenários utilizados no estudo 2. A seguir, são apresentadas as medidas que foram utilizadas para mensuração dos construtos estudados.

4.2.2 Medidas

Com o objetivo de checar o funcionamento da manipulação das consequências das trocas e da confiança, foram utilizadas as mesmas escalas do Estudo 1. O Alpha de Crombach foram, respectivamente, 0,73 e 0,71. Para checar a manipulação da segunda opinião, foram

questionados aos participantes o quanto eles concordavam com as seguintes afirmações: “A segunda opinião corrobora com a avaliação de Dr. Heiden”; e “A segunda opinião não corrobora com as avaliações de Dr. Heiden” (reversa). O Alpha de Crombach foi de 0,98.

4.2.2.1 Variáveis Dependentes

A fim de mensurar as intenções de continuar o tratamento (recompra) e boca-a-boca positivo as escalas propostas por Zeithaml, Berry e Parasuraman (1996) foram adaptadas. Na escala de intenção de continuidade ao tratamento do estudo 2, foi agregada uma questão direta em relação a Sam continuar o tratamento com Dr. Heiden, a fim de aumentar a confiabilidade da escala que tinha apenas a questão reversa. A escala final para intenção de Sam continuar o tratamento tinha as seguintes questões: “*Sam considera Dr. Heiden como sua primeira opção para esse tipo de serviço*”; “*Se necessário, Sam fará mais consultas com Dr. Heiden nos próximos meses*”; “*Sam pretende continuar seu tratamento com Dr. Heiden*” e “*Sam nunca mais voltará ao consultório de Dr. Heiden*”.

Para a mensuração de intenção de boca-a-boca positivo foram apresentadas as seguintes afirmações: “*Sam diz coisas positivas sobre Dr. Heiden para outras pessoas*”; “*Sam recomenda Dr. Heiden para alguém que lhe pedir um conselho*”; “*Sam encoraja amigos e parentes para irem ao Dr. Heiden*”. As respostas utilizaram uma escala Likert de 7 pontos variando de “Muito pouco provável” a “Muito provável”. O Alpha de Crombach das escalas foram, respectivamente; 0,89 e 0,96.

Para medir a satisfação geral do paciente em relação ao médico, baseando-se na literatura (BAKER, 1990), foi questionado aos participantes o quanto eles concordam com as seguintes afirmações: “*Sam está totalmente satisfeito com Dr. Heiden*”; “*Alguns aspectos da consulta de Dr. Heiden poderiam ter sido melhores*”; “*Sam não está completamente satisfeito com sua visita ao consultório de Dr. Heiden*” (reversa). Os sujeitos responderam utilizando uma escala Likert de 7 pontos variando de “Discordo Fortemente” a “Concordo Fortemente”. O teste de comunalidade apresentou um valor muito baixo (.323) para o segundo item dessa escala que foi desconsiderado para fins de análise. O Alpha de Crombach final foi de 0,89.

4.2.2.2 Checagem das Manipulações

Os sujeitos avaliaram o cenário apresentado como tendo consequência severa ($M=6,57/DP= 0,63$). Foi realizado o teste Two-Way Anova 2 x 2 no cenário de confiança e foi encontrado um efeito principal (*main effect*) para a confiança ($F = 6,53, p=0,01$) e nenhum efeito significativo para a segunda opinião ($F = 2,67; p= 0,08$), o que significa dizer, a partir do teste ortogonal, que a manipulação da confiança funcionou conforme esperado.

A diferença das médias da confiança ao longo dos cenários da segunda opinião (segunda opinião igual a primeira; diferente; e grupo de controle, sem segunda opinião) foi próximo de ser significativo ao nível de 0,05 ($p= 0,08$). Provavelmente isso ocorreu, pois, apesar de a segunda opinião e a confiança serem aspectos distintos, eles são intimamente interligados, daí a dificuldade de manipulá-los separadamente. Ou seja, uma vez que a segunda opinião corrobora a primeira, a confiança pode ser aumentada, independente de o cenário ser de muita ou de pouca confiança. Contudo, essa interferência não chega a ser significativa em nível 0,05; permitindo a utilização dessas manipulações. Os resultados da checagem da manipulação da confiança podem ser observados nas tabelas 7 e 8.

Tabela 7 - Efeitos dos Testes Entre Sujeitos (Tests of Between-Subjects Effects)

Variável Dependente: Confiança

Fonte	Tipo III: Soma dos Quadrados	Graus de Liberdade	Quadrado da Média	F	Significância
Modelo Corrigido	15,61(a)	5	3,12	2,97	0,01
Interceptação	2246,54	1	2246,54	2141,47	0,00
Cenário da Confiança	6,85	1	6,85	6,53	0,01
Cenário da Segunda Opinião	5,61	2	2,8	2,67	0,08
Erro	77,63	74	1,05		
Total	2345,75	80			
Total Corrigido	93,25	79			

a. R ao quadrado = 0,17 (R ao quadrado ajustado = 0,11)

Fonte: Software SPSS

Na tabela 7, podem ser observadas as significâncias, utilizando a confiança como variável dependente e os cenários da segunda opinião e confiança como variáveis independentes. Na tabela 8, observa-se as médias também utilizando a confiança como variável dependente, e os cenários da confiança e segunda opinião como variáveis independentes.

Tabela 8 - Cenário da Confiança Versus o Cenário da Segunda Opinião

Variável Dependente: Confiança

Cenário da Confiança	Cenário da Segunda Opinião	Média	Erro Padrão	95% de Intervalo de Confiança	
				Mínimo	Máximo
Pouca Confiança	Diagnóstico Diferente	4,53	0,28	3,97	5,10
	Mesmo Diagnóstico	5,50	0,27	4,95	6,04
	Controle	5,03	0,26	4,50	5,56
	Diagnóstico Diferente	5,33	0,29	4,74	5,92
Muita Confiança	Mesmo Diagnóstico	5,50	0,27	4,95	6,04
	Controle	6,00	0,29	5,41	6,59

Fonte: Software SPSS

Da mesma forma, foi realizado o teste Two-Way Anova 2 x 2 no cenário da segunda opinião e foi encontrado um efeito principal (*main effect*) para a segunda opinião ($F = 62,98$, $p < 0,00$) e nenhum efeito significativo para a confiança ($F = 0,01$, $p = 0,91$), o que significa dizer que a manipulação da segunda opinião funcionou conforme o esperado. Os resultados da checagem da manipulação da segunda opinião podem ser observados nas tabelas 9 e 10.

Tabela 9 - Efeitos dos Testes Entre Sujeitos (Tests of Between-Subjects Effects)

Variável Dependente: Segunda Opinião

Fonte	Tipo III: Soma dos Quadrados	Graus de Liberdade	Quadrado da Média	F	Significância
Modelo Corrigido	161,65(a)	3	53,88	21,19	0,00
Interceptação	1124,37	1	1124,37	442,16	0,00
Cenário da Confiança	0,032	1	0,032	0,01	0,91
Cenário da Segunda Opinião	160,15	1	160,16	62,98	0,00
Erro	124,60	49	2,54		
Total	1465,50	53			
Total Corrigido	286,25	52			

a. R ao quadrado = 0,57 (R ao quadrado ajustado = 0,54)

Fonte: Software SPSS

Na tabela 9, observam-se as significâncias, utilizando a segunda opinião como variável dependente e os cenários da segunda opinião e confiança como variáveis independentes. Na tabela 10, apresentam-se as médias, utilizando as mesmas variáveis dependentes e independentes.

Tabela 10 - Cenário da Confiança Versus Segunda Opinião

Variável Dependente: Segunda Opinião					
Cenário da Confiança	Cenário da Segunda Opinião	Média	Erro Padrão	95% de Intervalo de Confiança	
				Mínimo	Máximo
Pouca Confiança	Diagnóstico Diferente	3,03	0,44	2,15	3,92
	Mesmo Diagnóstico	6,14	0,42	5,28	6,99
Muita Confiança	Diagnóstico Diferente	2,70	0,46	1,78	3,63
	Mesmo Diagnóstico	6,57	0,42	5,71	7,43

Fonte: Software SPSS

No próximo tópico serão apresentados os achados do presente estudo.

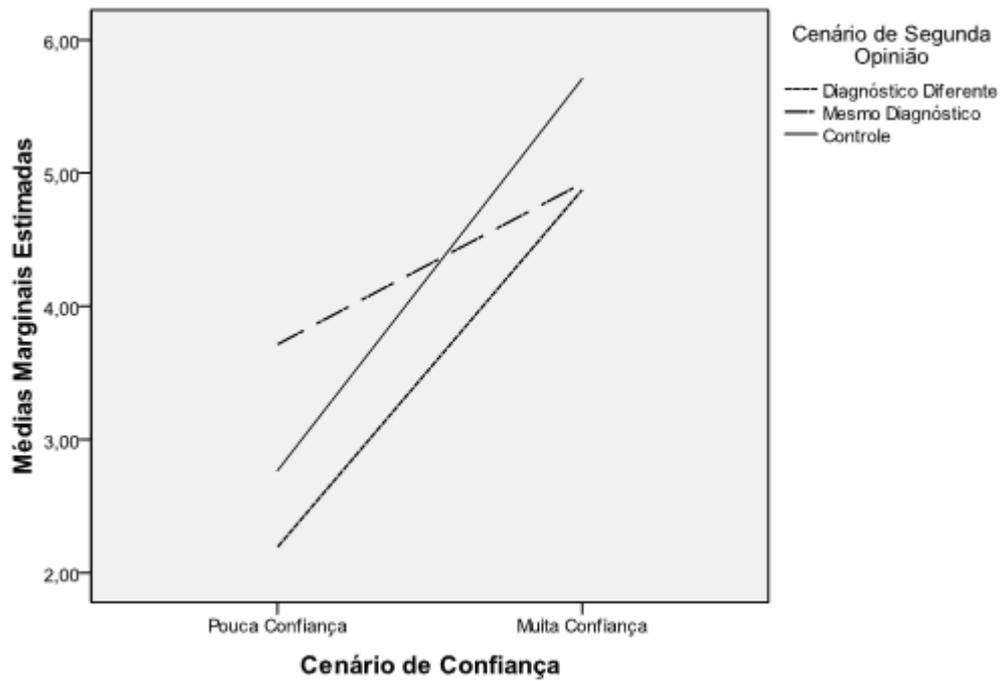
4.2.3 Resultados

A seguir, são apresentados os resultados encontrados no Estudo 2. Primeiramente, será realizado o teste entre sujeitos utilizando a satisfação como variável dependente e os cenários da confiança e da segunda opinião como variáveis independentes, a fim de testar a hipótese 4. Na sequência, são apresentados os testes de mediação da confiança na relação entre a confiança e a segunda opinião e as intenções de continuar, com o objetivo de testar as hipóteses 5a e 5b.

4.2.3.1 Satisfação

O teste “entre sujeitos” (*between subjects*) mostrou que a satisfação do consumidor é maior quando a confiança é maior e a segunda opinião não é presente. Portanto, a hipótese 4 que afirma que “em trocas com consequências severas, a satisfação do consumidor é maior quando a confiança é alta e a segunda opinião apresenta o mesmo diagnóstico, comparada a situações em que a confiança é baixa e/ou a segunda opinião é diferente ou não está disponível” não foi corroborada, uma vez que a satisfação do consumidor foi maior quando a confiança foi alta e a segunda opinião não esteve presente (grupo de controle). Contudo, quando se compara a satisfação de quem efetivamente recebeu o segundo diagnóstico, percebe-se que a satisfação é significativamente maior nos consumidores que possuem “muita confiança”, independente se o diagnóstico apresenta uma opinião igual ou diferente do seu médico de origem ($F = 3,75$; $p = 0,02$), conforme se pode observar no gráfico da figura 2 a seguir.

Figura 2 - Gráfico das Médias da Satisfação



Fonte: Software SPSS

Na tabela 11, podem ser observadas as significâncias utilizando a satisfação como variável dependente e os cenários da confiança e segunda opinião como variáveis independentes.

Tabela 11 - Efeitos dos Testes Entre Sujeitos (Tests of Between-Subjects Effects)
Variável Dependente: Satisfação

Fonte	Tipo III: Soma dos Quadrados	Graus de Liberdade	Quadrado da Média	F	Significância
Modelo Corrigido	121,61(a)	5	24,32	15,67	0,00
Interceptação	1274,85	1	1274,85	821,58	0,00
Cenário da Confiança	101,81	1	101,81	65,61	0,00
Cenário da Segunda Opinião	9,53	2	4,76	3,07	0,05
Cenário da Confiança *	11,66	2	5,83	3,75	0,02
Cenário da Segunda Opinião					
Erro	113,27	73	1,55		
Total	1475,00	79			
Total Corrigido	234,88	78			

a. R ao quadrado = 0,52 (R ao quadrado ajustado = 0,49)

Fonte: Software SPSS

Na tabela 12, podem ser observadas as médias da variável dependente “satisfação”, nos diferentes cenários – segunda opinião e confiança.

Tabela 12 – Cenário da Confiança Versus o Cenário da Segunda Opinião

Variável Dependente: Satisfação					
Cenário da Confiança	Cenário da Segunda Opinião	Média	Erro Padrão	95% de Intervalo de Confiança	
				Mínimo	Máximo
Pouca Confiança	Diagnóstico Diferente	2,19	0,34	1,50	2,88
	Mesmo Diagnóstico	3,71	0,33	3,05	4,37
	Controle	2,76	0,32	2,12	3,40
Muita Confiança	Diagnóstico Diferente	4,87	0,36	4,15	5,59
	Mesmo Diagnóstico	4,92	0,34	4,23	5,61
	Controle	5,70	0,36	4,99	6,42

Fonte: Software SPSS

A seguir, são apresentados os testes de mediação realizados a fim de verificar se a satisfação media a relação entre confiança e segunda opinião e a intenção de continuar o tratamento e de fazer boca-a-boca positivo, em trocas com consequências severas e então testar empiricamente as hipóteses 5a e 5b.

4.2.3.2 Efeito Mediador

Com o objetivo de verificar o efeito mediador, foi realizada uma análise *bootstrapping* (PREACHER; HAYES, 2008; ZHAO; LYNCH JR.; CHEN, 2010). A fim de testar se a satisfação media o relacionamento entre a confiança e as intenções de continuar o tratamento e boca-a-boca positivo em trocas com consequências severas, dois *scripts* foram realizados: primeiramente, a confiança foi testada como VI, a satisfação como mediadora e a intenção de continuar o tratamento como VD e; em segundo lugar, a confiança como VI; a satisfação como mediadora e a intenção de boca-a-boca positivo como VD. Nos dois testes foram utilizadas 5000 sub-amostras (*bootstrap resample*) e 95% de nível de confiança para os intervalos de confiança.

No primeiro teste, a confiança foi considerada como uma VI, a satisfação como mediadora, e a intenção de continuar o tratamento como uma VD. O relacionamento entre confiança e satisfação foi significativo ($\beta = 0,99$; $p < 0,00$), assim como o relacionamento

entre a satisfação e a intenção de continuar o tratamento ($\beta = -0,57$; $p < 0,00$). O efeito total da confiança na intenção de continuar o tratamento mediado pela satisfação foi significativo ($\beta = 0,69$; $p = 0,00$) e o efeito direto da confiança na intenção de continuar o tratamento não foi significativo ($\beta = 0,12$; $p = 0,26$).

O intervalo de confiança dos “Resultados *Bootstrap* para Efeitos Indiretos” não incluiu zero (0,38 a 0,81) e o resultado do teste Sobel foi $p < 0,00$. Utilizando a classificação proposta por Zhao, Lynch Jr. e Chen (2010), a satisfação pode ser considerada como mediadora (*Indirect-Only*) do relacionamento entre a confiança e as intenções de continuar o tratamento em trocas com consequências severas, corroborando a hipótese 5a.

No segundo teste, a confiança foi considerada como uma VI, a satisfação como mediadora, e a intenção de boca-a-boca positivo como uma VD. O relacionamento entre confiança e satisfação foi significativo ($\beta = 0,99$; $p < 0,00$) assim como o relacionamento entre a satisfação e a intenção de boca-a-boca positivo ($\beta = 0,62$; $p < 0,00$). O efeito total da confiança na intenção de boca-a-boca positivo mediado pela satisfação foi significativo ($\beta = 0,80$; $p = 0,00$) e o efeito direto da confiança na intenção de boca-a-boca positivo não foi significativo ($\beta = 0,19$; $p = 0,09$).

O intervalo de confiança dos “Resultados *Bootstrap* para Efeitos Indiretos” não incluiu zero (0,43 a 0,86) e o resultado do teste Sobel foi $p < 0,00$. Utilizando a classificação proposta por Zhao, Lynch Jr. e Chen (2010), a satisfação pode ser considerada como mediadora chave (*Indirect-Only*) no relacionamento entre a confiança e as intenções de boca-a-boca positivo em trocas com consequências severas, corroborando a hipótese 5b.

4.2.4 Discussão

Os resultados do Estudo 2 chamam a atenção para a importância da confiança do consumidor para a satisfação em trocas com consequências severas. Nos resultados do estudo, a satisfação foi maior quando a confiança foi alta, indiferentemente se a segunda opinião foi a mesma ou diferente da primeira, comparada a situações em que a confiança era baixa. Em contrapartida, quando os níveis de confiança são baixos, a busca de uma segunda opinião pode melhorar os níveis de satisfação se essa corroborar com a opinião do primeiro médico. No caso de a segunda opinião ser divergente da primeira e a confiança ser baixa, a satisfação alcança seus menores níveis.

Foi postulado, nesse estudo, que a satisfação seria maior quando a confiança fosse alta e a segunda opinião apresentasse o mesmo diagnóstico, comparada a situações em que a confiança fosse baixa e a segunda opinião fosse diferente ou não estivesse disponível. Contudo, os resultados demonstraram que a satisfação é mais alta quando a confiança é alta e não existe uma segunda opinião. Esse resultado pode ser atribuído a um efeito de demanda (*demand effect*), uma vez que a única informação que esse grupo de controle tinha disponível era a confiança (não houve manipulação da segunda opinião) o que pode ter influenciado diretamente os níveis de satisfação. Portanto, se a confiança foi alta para esse grupo, a satisfação também foi alta e, se a confiança foi baixa, a satisfação também foi baixa. Nesse sentido, não houve uma manipulação ortogonal no grupo de controle, ou seja, um cenário 2 x 2, uma vez que, no grupo de controle, a confiança era a única informação disponível, esse efeito possivelmente ocorreu. Apesar de a hipótese não ter sido corroborada, evidenciou-se que a satisfação é mais alta quando a confiança é alta, independentemente, se a segunda opinião é a mesma ou diferente, comparadas com situações onde a confiança é baixa.

Esses achados reforçam ainda mais o papel da confiança nessa relação. Uma vez que a confiança do paciente é alta, a satisfação do consumidor também será alta, mesmo que a segunda opinião seja diferente da primeira, não havendo motivos para os médicos ficarem receosos em relação a essa segunda opinião que pode tranquilizar o paciente sobre a melhor opção de tratamento e deixá-lo ainda mais satisfeito.

Em relação ao papel mediador da satisfação na relação entre a confiança do consumidor e suas intenções de continuar o tratamento e fazer boca-a-boca positivo, ambas hipóteses foram corroboradas. Os achados reforçam as evidências encontradas na literatura que afirmam que o paciente pode ter uma confiança inicial no prestador de serviços baseando-se nas evidências do primeiro encontro tais como suas habilidades de relação interpessoal e as evidências físicas do ambiente de serviços. Contudo, ao longo do tempo, a confiança será reforçada e aumentada apenas se suas expectativas de desempenho forem confirmadas ao longo do tratamento com o provedor de serviços. De nada adianta o paciente confiar inicialmente no prestador de serviços, se o tratamento não alcançar os efeitos desejados, ou seja, se ele não estiver satisfeito com o desempenho do serviço. Portanto, a satisfação é um elo fundamental entre a confiança do paciente no provedor de serviços e as suas intenções comportamentais tais como intenções de continuar o tratamento e falar bem do provedor a seus amigos e familiares. No Estudo 3, o foco da pesquisa voltou-se para as trocas que possuem consequências brandas ao consumidor conforme apresentado a seguir.

4.3 ESTUDO 3

Noventa e quatro estudantes de graduação da Warrington College of Business Administration da University of Florida receberam créditos extras para participar do Estudo 3. O experimento foi “entre sujeitos” (*between subjects*), dois por dois (2 x 2) e manipulou o afeto (pouco/muito) e a cognição (pouca/muita). O contexto do serviço também foi manipulado como tendo consequências brandas ao consumidor. Nesse estudo foi testada a hipótese 6, que afirma que em trocas com consequências brandas, independentemente se o afeto é alto ou baixo, a confiança será maior quando a cognição for alta, comparada com situações em que a cognição é baixa; e as hipóteses 7 e 8 que investigam o efeito mediador da confiança na relação entre afeto e cognição e as intenções do consumidor de continuar o tratamento e buscar uma segunda opinião.

4.3.1 Procedimento

Os sujeitos foram expostos a um caso no qual eles estariam enfrentando uma situação com consequências brandas (acne leve) e então marcam uma consulta com uma dermatologista. Antes de ir à consulta, a pessoa procura o nome da dermatologista na Internet e encontra alguns depoimentos de outros pacientes sobre a profissional.

No cenário de “pouca cognição”, a médica não possui muita experiência e possui depoimentos na Internet falando mal de seu trabalho. Durante a consulta, o paciente percebe que a pele da médica é mal cuidada e ela não recomenda o uso de protetor solar durante o tratamento, o que poderia lhe causar manchas na área tratada. No cenário de “muita cognição”, a dermatologista é uma médica sênior, muito reputada e com 30 anos de experiência. A médica também possui ótimos depoimentos na Internet, é professora universitária e já escreveu um livro sobre diferentes tipos de tratamentos de pele.

No cenário de “pouco afeto”, a médica não olha nos olhos do paciente; não demonstra cuidado; não faz o paciente se sentir a vontade e não parece estar interessada no paciente como um ser humano, mas sim apenas como “mais um paciente”. A médica não “perde” muito tempo com o paciente e parece estar com pressa para finalizar a consulta.

No cenário de “muito afeto”, a médica é bastante cuidadosa; olha nos olhos do paciente todo o tempo; faz o paciente se sentir bem vindo e a vontade; parece estar interessada no paciente como um ser humano, não apenas como um paciente; além de ser bastante amistosa. A médica passa bastante tempo conversando com seu paciente e parece ser muito comprometida com seu trabalho. No anexo D, é apresentada uma amostra dos cenários utilizados no estudo 3. A seguir são apresentadas as medidas que foram utilizadas para mensuração dos construtos estudados.

4.3.2 Medidas

Para que fosse checada a manipulação das consequências das trocas, foram feitas as seguintes perguntas aos participantes: “O problema que eu estou enfrentando possui consequências brandas”; “O problema que eu estou enfrentando é grave” (reversa); “Eu estou muito preocupado com as consequências do meu problema de pele”; e “O meu problema tem consequências severas que eu preciso me preocupar” (reversa). Para mensurar as respostas dessas questões foi utilizada uma escala Likert de 7 pontos variando de “Discordo Fortemente” a “Concordo Fortemente”. O Alpha de Crombach final foi de 0,85. Adicionalmente, foi questionado aos participantes “Como você pode caracterizar o seu problema de pele?” e então apresentada uma escala Likert de 7 pontos variando de “consequências brandas” a “consequências severas”.

Para a checagem da manipulação do afeto e da cognição foram utilizados os mesmos itens do Estudo 1. O Alpha de Crombach foi de 0,97 para o afeto e de 0,98 para a cognição.

4.3.2.1 Variáveis Dependentes

A fim de mensurar a intenção de busca de uma segunda opinião, a intenção de continuar o tratamento médico e a confiança, foram utilizadas as mesmas escalas do Estudo 2 com pequenas adaptações ao contexto. O Alpha de Crombach foi, respectivamente, 0,79; 0,97; e 0,96.

4.3.2.2 Checagem das Manipulações

Os sujeitos avaliaram o cenário apresentado como tendo consequências brandas ($M=3,38/DP=1,43$). Foi realizado o teste Two-Way Anova 2 x 2 no cenário do afeto e foi encontrado um efeito principal (*main effect*) para o afeto ($F = 92,47$; $p < 0,00$) e nenhum efeito significativo para a cognição ($F = 3,03$, $p = 0,09$), o que significa dizer que, a partir do teste ortogonal, a manipulação do afeto funcionou conforme esperado. Os resultados da checagem da manipulação do afeto podem ser observados nas tabelas 13 e 14.

Tabela 13 - Efeitos dos Testes Entre Sujeitos (Tests of Between-Subjects Effects)

Variável Dependente: Afeto					
Fonte	Tipo III: Soma dos Quadrados	Graus de Liberdade	Quadrado da Média	F	Significância
Modelo Corrigido	174,48 ^a	3	58,16	34,79	0,00
Interceptação	1522,45	1	1522,45	910,70	0,00
Cenário da Cognição	5,07	1	5,07	3,03	0,09
Cenário do Afeto	154,60	1	154,60	92,47	0,00
Erro	155,47	93	1,67		
Total	1898,00	97			
Total Corrigido	329,96	96			

a. R ao quadrado = 0,53 (R ao quadrado ajustado = 0,52)

Fonte: Software SPSS

Na tabela 13, podem ser observadas as significâncias, utilizando o afeto como variável dependente e os cenários do afeto e da cognição como variáveis independentes; e, na tabela 14, podem ser observadas as médias utilizando o afeto como variável dependente e os diferentes cenários da cognição e do afeto como variáveis independentes.

Tabela 14 – Cenário do Afeto Versus o Cenário da Cognição

Variável Dependente: Afeto					
Cenário do Afeto	Cenário da Cognição	Média	Erro Padrão	95% de Intervalo de Confiança	
				Mínimo	Máximo
Pouco Afeto	Pouca Cognição	2,23	0,25	1,72	2,73
	Muita Cognição	3,20	0,29	2,62	3,77
Muito Afeto	Pouca Cognição	5,28	0,26	4,76	5,79
	Muita Cognição	5,23	0,25	4,72	5,73

Fonte: Software SPSS

Da mesma forma, foi realizado o teste Two-Way Anova 2 x 2 no cenário da cognição e foi encontrado um efeito principal (*main effect*) para a cognição ($F = 352,79$; $p < 0,00$) e nenhum efeito significativo para o afeto ($F = 2,07$; $p = 0,15$), o que significa dizer que a manipulação da cognição também funcionou de acordo com o esperado. Os resultados da checagem da manipulação do afeto podem ser observados nas tabelas 15 e 16.

Tabela 15 - Efeitos dos Testes Entre Sujeitos (Tests of Between-Subjects Effects)

Variável Dependente: Cognição

Fonte	Tipo III: Soma dos Quadrados	Graus de Liberdade	Quadrado da Média	F	Significância
Modelo Corrigido	359,64 ^a	3	119,88	120,77	0,00
Interceptação	1846,95	1	1846,95	1860,75	0,00
Cenário da Cognição	350,17	1	350,17	352,79	0,00
Cenário do Afeto	2,05	1	2,05	2,07	0,15
Erro	92,31	93	0,99		
Total	2244,62	97			
Total Corrigido	451,95	96			

a. R ao quadrado = 0,79 (R ao quadrado ajustado = 0,79)

Fonte: Software SPSS

Na tabela 15, são apresentadas as significâncias utilizando a cognição como variável dependente e os cenários do afeto e da cognição como variáveis independentes. Na tabela 16 a seguir, são observadas as médias utilizando a cognição como variável dependente e os cenários de afeto e cognição como variáveis independentes.

Tabela 16 - Cenário do Afeto Versus o Cenário da Cognição

Variável Dependente: Cognição

Cenário do Afeto	Cenário da Cognição	Média	Erro Padrão	95% de Intervalo de Confiança	
				Mínimo	Máximo
Pouco Afeto	Pouca Cognição	2,33	0,19	1,95	2,72
	Muita Cognição	6,15	0,22	5,71	6,59
Muito Afeto	Pouca Cognição	2,62	0,19	2,22	3,02
	Muita Cognição	6,45	0,19	6,06	6,84

Fonte: Software SPSS

No próximo item, 4.3.3, serão apresentados os principais achados do Estudo 3.

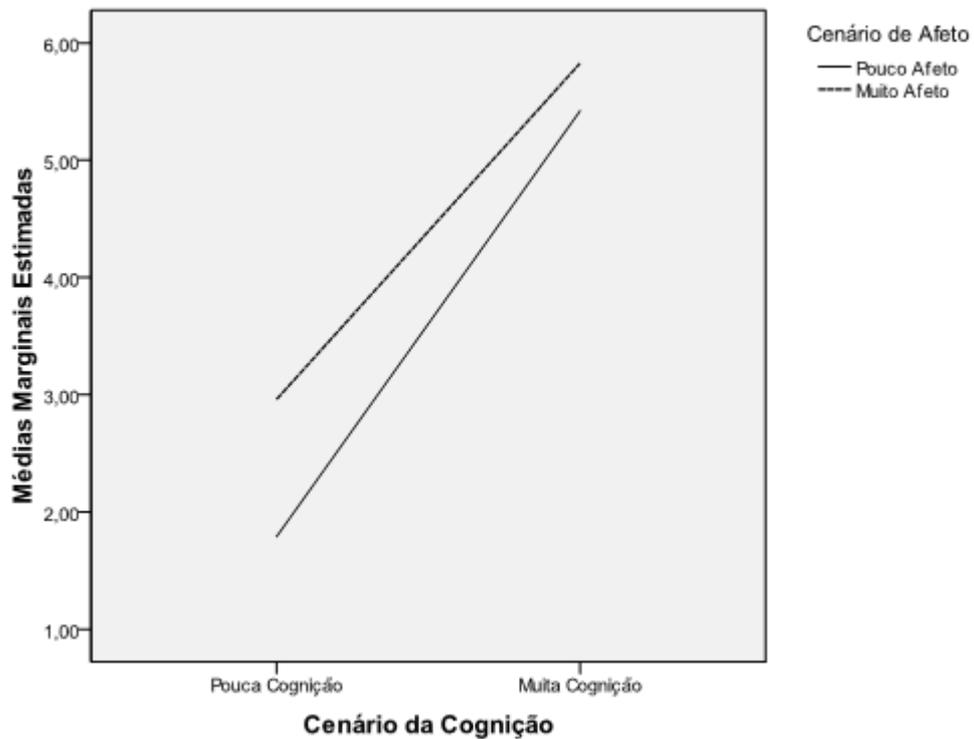
4.3.3 Resultados

Nessa sessão, são apresentados os resultados encontrados no Estudo 3. Primeiramente, apresenta-se o teste entre-sujeitos utilizando a confiança como variável dependente e o afeto e a cognição como variáveis independentes. A seguir, é realizado um teste para verificar o efeito mediador da confiança na relação entre afeto e cognição e intenção de continuar o tratamento e busca de segunda opinião.

4.3.3.1 Confiança

O teste “entre sujeitos” (*between subjects*) mostrou que a confiança do consumidor é significativamente maior quando a cognição é maior, independentemente se o afeto é maior ou menor, comparada a situações em que a cognição é menor ($F = 3,46$; $p < 0,06$) corroborando a hipótese 6, conforme se pode observar no gráfico da figura 3 a seguir. Note que a interação foi marginalmente significativa (0,06), comparando-se ao recomendado ($p < 0,05$).

Figura 3 - Gráfico das Médias de Confiança



Fonte: Software SPSS

Na tabela 17, são apresentadas as significâncias utilizando a confiança como variável dependente e os cenários do afeto e da cognição como variáveis independentes.

Tabela 17 - Efeitos dos Testes Entre Sujeitos (Tests of Between-Subjects Effects)
Variável Dependente: Confiança

Fonte	Tipo III: Soma dos Quadrados	Graus de Liberdade	Quadrado da Média	F	Significância
Modelo Corrigido	278,51 ^a	3	92,83	92,93	0,00
Interceptação	1509,16	1	1509,16	1510,82	0,00
Cenário do Afeto	14,67	1	14,67	14,69	0,00
Cenário da Cognição	249,14	1	249,14	249,42	0,00
Cenário do Afeto * Cenário da Cognição	3,46	1	3,46	3,46	0,06
Erro	91,89	92	0,99		
Total	1835,25	96			
Total Corrigido	370,40	95			

a. R ao quadrado = 0,75 (R ao quadrado ajustado = 0,74)

Fonte: Software SPSS

Na tabela 18 a seguir, são observadas as médias utilizando a confiança como variável dependente e os cenários de afeto e cognição como variáveis independentes.

Tabela 18 - Cenário do Afeto Versus o Cenário da Cognição

Variável Dependente: Confiança					
Cenário do Afeto	Cenário da Cognição	Média	Erro Padrão	95% de Intervalo de Confiança	
				Mínimo	Máximo
Pouco Afeto	Pouca Cognição	1,78	0,19	1,34	2,17
	Muita Cognição	5,42	0,23	4,96	5,87
Muito Afeto	Pouca Cognição	2,96	0,20	2,56	3,35
	Muita Cognição	5,82	0,19	5,44	6,21

Fonte: Software SPSS

A seguir são apresentados os testes de mediação realizados, a fim de verificar se a confiança media a relação entre afeto e cognição e a intenção de continuar o tratamento e busca de segunda opinião, em trocas com consequências brandas.

4.3.3.2 Efeito Mediador

Com o objetivo de verificar o efeito mediador, foi realizada uma análise *bootstrapping* (PREACHER; HAYES, 2008; ZHAO; LYNCH JR.; CHEN, 2010). A fim de testar se a confiança media o relacionamento entre o afeto e a cognição e as intenções do consumidor de continuar o tratamento e buscar uma segunda opinião em trocas com consequências brandas, quatro *scripts* foram realizados: primeiramente, o afeto foi testado como uma variável independente (a partir desse ponto será referenciado como VI), a confiança como mediadora e a intenção de continuar o tratamento como uma variável dependente (a partir desse ponto será referenciado como VD); em segundo lugar, a cognição foi testado como VI, a confiança como mediadora e a intenção de continuar o tratamento como VD; em terceiro lugar, o afeto foi testado como VI, a confiança como mediadora e a intenção de buscar segunda opinião como VD e; por fim, em quarto lugar, a cognição foi testado como VI, a confiança como mediadora e a intenção de buscar segunda opinião como VD. Nos quatro testes foram utilizadas 5000 sub-amostras (*bootstrap resample*) e 95% de nível de confiança para os intervalos de confiança.

No primeiro teste, o afeto foi considerado como uma VI, a confiança como mediadora, e a intenção de continuar o tratamento como uma VD. O relacionamento entre afeto e confiança foi significativo ($\beta = 0,36$; $p < 0,00$) assim como o relacionamento entre confiança e intenção de continuar o tratamento ($\beta = 0,98$; $p < 0,00$). O efeito total do afeto na intenção de continuar o tratamento mediado pela confiança foi significativo ($\beta = 0,39$; $p = 0,00$) e o efeito direto do afeto na intenção de continuar o tratamento não foi significativo ($\beta = 0,03$; $p = 0,47$).

O intervalo de confiança dos “Resultados *Bootstrap* para Efeitos Indiretos” não incluiu zero (0,15 a 0,54) e o resultado do teste Sobel foi $p < 0,00$. Utilizando a classificação proposta por Zhao, Lynch Jr. e Chen (2010), a confiança pode ser considerada como mediadora (*Indirect-Only*) no relacionamento entre afeto e intenção de continuar o tratamento em trocas com consequências brandas, corroborando a hipótese 7a.

No segundo teste, a cognição foi considerada como uma VI, a confiança como mediadora, e a intenção de continuar o tratamento como uma VD. O relacionamento entre cognição e confiança foi significativo ($\beta = 0,80$; $p < 0,00$) assim como o relacionamento entre confiança e intenção de continuar o tratamento ($\beta = 0,70$; $p < 0,00$). O efeito total da cognição

na intenção de continuar o tratamento mediado pela confiança foi significativo ($\beta = 0,85$; $p = 0,00$) assim como o efeito direto da cognição na intenção de continuar o tratamento ($\beta = 0,29$; $p = 0,00$).

O intervalo de confiança dos “Resultados *Bootstrap* para Efeitos Indiretos” não incluiu zero (0,40 a 0,72) e o resultado do teste Sobel foi $p < 0,00$. Utilizando a classificação proposta por Zhao, Lynch Jr. e Chen (2010), a confiança pode ser considerada como uma mediadora complementar (*Mediation*) no relacionamento entre cognição e intenção de continuar o tratamento em trocas com consequências brandas, corroborando hipótese 7b. Entretanto, a análise evidencia que podem existir outros mediadores omitidos que não foram considerados na presente análise.

No terceiro teste, o afeto foi considerado como VI, a confiança como mediadora, e a segunda opinião como uma VD. O relacionamento entre afeto e confiança foi significativo ($\beta = 0,36$; $p < 0,00$) assim como o relacionamento entre confiança e busca de segunda opinião ($\beta = -0,54$; $p < 0,00$). O efeito total do afeto na segunda opinião mediado pela confiança não foi significativo ($\beta = -0,15$; $p = 0,09$) assim como e o efeito direto do afeto na segunda opinião ($\beta = 0,48$; $p = 0,50$). Utilizando a classificação proposta por Zhao, Lynch Jr. e Chen (2010), a confiança pode ser considerada como não-mediadora (*No Effect*) no relacionamento entre afeto e busca de segunda opinião em trocas com consequências brandas, rejeitando a hipótese H8a.

No quarto teste, a cognição foi considerada como uma VI, a confiança como mediadora, e a segunda opinião como uma VD. O relacionamento entre cognição e confiança foi significativo ($\beta = 0,80$; $p < 0,00$), entretanto o relacionamento entre confiança e busca de segunda opinião não foi significativo ($\beta = 0,08$; $p < 0,50$). O efeito total da cognição na segunda opinião mediado pela confiança foi significativo ($\beta = -0,55$; $p = 0,00$) assim como o efeito direto da cognição na segunda opinião ($\beta = -0,61$; $p = 0,00$).

O intervalo de confiança dos “Resultados *Bootstrap* para Efeitos Indiretos” incluiu zero (-0,15 a 0,30) e o resultado do teste Sobel foi $p < 0,00$. Utilizando a classificação proposta por Zhao, Lynch Jr. e Chen (2010), a confiança pode ser considerada como não-mediadora (*No Effect*) no relacionamento entre cognição e busca de segunda opinião em trocas com consequências brandas, rejeitando a hipótese H8b.

4.3.4 Discussão

No Estudo 1, foi identificado que o afeto e a cognição são ambas importantes causas da confiança do consumidor em trocas com consequências severas. No Estudo 3, o Estudo 1 foi replicado, se modificando o contexto para trocas com consequências brandas. Conforme hipotetizado, em trocas com consequências brandas, a confiança é maior quando a cognição é alta independentemente do afeto ser alto ou baixo, comparando-se a situações onde a cognição é baixa. Esses resultados demonstram que no contexto de consequências brandas, o afeto não é tão importante quanto a cognição na construção da confiança no consumidor, diferentemente das trocas com consequências severas, onde ambas possuem suma importância.

Neste estudo, assim como em trocas com consequências severas, a confiança foi identificada como uma mediadora da relação entre afeto e cognição e as intenções do consumidor de continuar o tratamento. Em outras palavras, o afeto e a cognição percebida pelo consumidor apenas culminarão na continuidade do tratamento, se essa relação perpassar, obrigatoriamente, pela construção da confiança do cliente, independente se as trocas possuem consequências severas ou brandas.

Entretanto, a confiança não foi identificada como mediadora da relação entre afeto e cognição e as intenções de busca de uma segunda opinião, em trocas com consequências brandas, ou seja, nesse caso, a confiança não teria um papel chave na relação entre o afeto e a cognição e a busca de uma segunda opinião, rejeitando as hipóteses H8a e H8b do presente estudo. Esses resultados podem ser atribuídos a, pelos menos, dois motivos. Primeiramente, em trocas com consequências mais brandas, visto que o grau de incerteza é bastante reduzido, a busca de uma segunda opinião não parece ser tão importante quando comparada às trocas com consequências mais sérias ao consumidor. Em segundo lugar, a busca de um outro médico, em trocas com consequências mais brandas, pode ser motivada por outras questões que não seja apenas a questão da confiança. Quando a pessoa possui um problema que não é considerado tão grave, talvez outros aspectos sejam importantes para ir em busca de um outro médico, como a conveniência do provedor de serviços (BERRY *et al.*, 2002).

Conforme a literatura (BERRY *et al.*, 2002), no contexto de trocas com baixo risco, a conveniência do provedor de serviço emerge como uma importante influência do consumidor

continuar no relacionamento com um prestador de serviços ou ir em busca de um outro. O próximo experimento investigará mais profundamente esses indícios.

4.4 ESTUDO 4

Setenta e um estudantes de graduação da Warrington College of Business Administration da University of Florida receberam créditos extras para participarem do Estudo 4. O experimento foi “entre sujeitos” (*between subjects*), dois por dois (2 x 2) e manipulou a confiança (pouca/muita) e a conveniência (pouca/muita). O contexto do serviço também foi manipulado como tendo consequências brandas ao consumidor. O estudo 4 teve como objetivo testar a hipótese 9, que propõe que em trocas com consequências brandas, as intenções do consumidor em continuar o tratamento serão maiores quando a conveniência e confiança forem altas, comparadas a situações em que uma ou ambas forem baixas.

4.4.1 Procedimento

Os sujeitos foram expostos a um caso em que ele estaria enfrentando uma situação com consequências brandas (acne leve), e então agendam uma consulta com uma dermatologista. No cenário de “pouca confiança”, utilizou-se a manipulação do *servicescape*, ou ambiente de serviços (BITNER, 1992), em que o prédio no qual o consultório está localizado possui uma aparência ruim, a decoração do consultório é fora de moda e na sala de espera são disponibilizadas revistas mais antigas para distração dos pacientes. Durante a consulta, o paciente percebe que a médica possui a pele mal cuidada. Na parede de seu consultório, o diploma da médica é de apenas 2 anos atrás. A médica então receita uma medicação para o paciente tomar via oral e uma pomada para passar na pele.

No cenário de “muita confiança”, o prédio no qual o consultório está localizado é muito bonito, a decoração do consultório é requintada e na sala de espera são disponibilizadas revistas atuais para distração dos pacientes, inclusive uma delas, sobre tratamentos de pele, traz uma entrevista com essa médica a qual ele irá se consultar. Durante a consulta, o paciente percebe que a médica possui a pele muito bem cuidada. Na parede de seu consultório, o

diploma da médica que evidencia 20 anos de experiência na medicina. A médica então receita uma medicação para o paciente tomar via oral e uma pomada para passar na pele.

No cenário de baixa conveniência, a médica informa que o paciente necessita ir a seu consultório uma vez por mês durante um ano para completar seu tratamento. Contudo, o consultório da médica é longe da casa do paciente e não há espaço disponível para estacionar próximo ao consultório. Apenas um ônibus passa próximo ao consultório e o paciente necessitaria pegar dois ônibus para ir até lá. A médica geralmente está disponível quando o paciente está no horário de aula.

No cenário de alta conveniência, a médica também informa que o paciente necessita ir a seu consultório uma vez por mês durante um ano para completar seu tratamento. Nesse caso, o consultório da médica é a uma distância que o paciente pode ir caminhando a partir da sua casa, existem muitos espaços disponíveis para estacionar e existem pelo menos três ônibus que podem levar o paciente ao consultório que levaria cerca de 2 minutos. Além disso, o horário que a médica atende geralmente o paciente estaria disponível. No anexo E é apresentada uma amostra dos cenários utilizados no estudo 4. A seguir, são apresentadas as medidas que foram utilizadas para mensuração dos construtos estudados.

4.4.2 Medidas

A fim de checar a manipulação da conveniência, foi questionado aos participantes o quanto eles concordam com as seguintes afirmações: “Eu tenho condições de ir ao consultório da Dr. Adams de forma rápida e fácil”; “O consultório de Dr. Adams possui estacionamento disponível”; “Dr. Adams possui uma agenda conveniente para mim”. Para responder essas questões, os participantes respondiam em uma escala Likert de 7 pontos variando de “Discordo Fortemente” a “Concordo Fortemente”. O Alpha de Crombach foi de 0,99.

Para checar a manipulação da confiança, foram utilizadas as seguintes questões adaptadas do estudo 2: “Eu poderia confiar em Dr. Adams”; “Eu penso que Dr. Adams é alguém que eu posso contar (*rely on*)”; “Eu sei que eu posso depender (*dependable*) de Dr. Adams”; “Eu não confio em Dr. Adams” (reversa); e “Eu penso que Dr. Adams é confiável”. Para responder essas questões, os participantes respondiam em uma escala Likert de 7 pontos variando de “Discordo Fortemente” a “Concordo Fortemente”. O Alpha de Crombach foi de 0,97.

4.4.2.1 Variáveis Dependentes

As escalas de intenções de continuar o tratamento do consumidor foram adaptadas do estudo 2, contendo as seguintes afirmações: “Considero Dr. Adams como minha primeira opção nesse tipo de serviço”; “Eu faria mais consultas com Dr. Adams nos próximos meses”; “Eu tenho intenção de continuar o tratamento com Dr. Adams”; e “Eu voltaria ao consultório de Dr. Adams”. Para responder essas questões, os participantes respondiam em uma escala Likert de 7 pontos variando de “Discordo Fortemente” a “Concordo Fortemente”. O Alpha de Crombach foi de 0,97.

4.4.2.2 Checagem das Manipulações

Os sujeitos avaliaram o cenário como tendo consequências brandas ($M=3,27/DP=1,63$). Foi realizado o teste Two-Way Anova 2 x 2 no cenário da conveniência e foi encontrado um efeito principal (*main effect*) para a conveniência ($F = 2540,99$, $p < 0,00$) e nenhum efeito significativo para a confiança ($F = 0,07$, $p = 0,78$), o que significa dizer que a manipulação da conveniência também funcionou de acordo com o esperado. Os resultados da checagem da manipulação da conveniência podem ser observados nas tabelas 19 e 20.

Tabela 19 - Efeitos dos Testes Entre Sujeitos (Tests of Between-Subjects Effects)

Variável Dependente: Conveniência

Fonte	Tipo III: Soma dos Quadrados	Graus de Liberdade	Quadrado da Média	F	Significância
Modelo Corrigido	510,06(a)	3	170,02	851,37	0,00
Interceptação	1131,02	1	1131,01	5663,50	0,00
Cenário da Conveniência	507,44	1	507,44	2540,99	0,00
Cenário da Confiança	0,01	1	0,01	0,07	0,79
Erro	13,38	67	0,20		
Total	1675,50	71			
Total Corrigido	523,44	70			

a. R ao quadrado = 0,97 (R ao quadrado ajustado = 0,97)

Fonte: Software SPSS

Na tabela 19, podem ser observadas as significâncias utilizando a conveniência como variável dependente e os cenários da conveniência e da confiança como variáveis independentes; e, na tabela 20, podem ser observadas as médias utilizando a conveniência como variável dependente e os diferentes cenários da conveniência e da confiança como variáveis independentes.

Tabela 20 - Cenário da Conveniência Versus o Cenário da Confiança

Variável Dependente: Conveniência					
Cenário da Conveniência	Cenário da Confiança	Média	Erro Padrão	95% de Intervalo de Confiança	
				Mínimo	Máximo
Pouco Conveniente	Pouca Confiança	1,18	0,10	0,97	1,39
	Muita Confiança	1,45	0,10	1,24	1,67
Muito Conveniente	Pouca Confiança	6,83	0,10	6,62	7,04
	Muita Confiança	6,50	0,10	6,29	6,71

Fonte: Software SPSS

Na sequência, foi realizado o teste Two-Way Anova 2 x 2 no cenário da confiança e foi encontrado um efeito principal (*main effect*) para a confiança ($F = 130.80$, $p < 0,00$) e nenhum efeito significativo para a conveniência ($F = 0,09$, $p = 0,76$), o que significa dizer que a manipulação da confiança também funcionou de acordo com o esperado. Os resultados da checagem da manipulação da confiança podem ser observados nas tabelas 21 e 22.

Tabela 21 - Efeitos dos Testes Entre Sujeitos (Tests of Between-Subjects Effects)

Variável Dependente: Confiança					
Fonte	Tipo III: Soma dos Quadrados	Graus de Liberdade	Quadrado da Média	F	Significância
Modelo Corrigido	142,60(a)	3	47,53	44,31	0,00
Interceptação	1430,19	1	1430,19	1333,30	0,00
Cenário da Conveniência	0,10	1	0,10	0,09	0,76
Cenário da Confiança	140,31	1	140,31	130,80	0,00
Erro	71,87	67	1,07		
Total	1631,60	71			
Total Corrigido	214,47	70			

a. R ao quadrado = 0,66 (R ao quadrado ajustado = 0,65)

Fonte: Software SPSS

Na tabela 21 são apresentadas as significâncias, utilizando a confiança como variável dependente e os cenários da confiança e da conveniência como variáveis independentes. Na tabela 22 a seguir, são observadas as médias, utilizando a confiança como variável dependente e os cenários de confiança e conveniência como variáveis independentes.

Tabela 22 - Cenário da Confiança Versus o Cenário da Conveniência

Variável Dependente: Confiança					
Cenário da Conveniência	Cenário da Confiança	Média	Erro Padrão	95% de Intervalo de Confiança	
				Mínimo	Máximo
Pouco Conveniente	Pouca Confiança	2,85	0,24	2,36	3,34
Muito Conveniente	Muita Confiança	6,04	0,25	5,54	6,54
Pouco Conveniente	Pouca Confiança	3,31	0,24	2,82	3,79
Muito Conveniente	Muita Confiança	5,74	0,24	5,25	6,23

Fonte: Software SPSS

No item 4.4.3 são apresentados os resultados do Estudo 4.

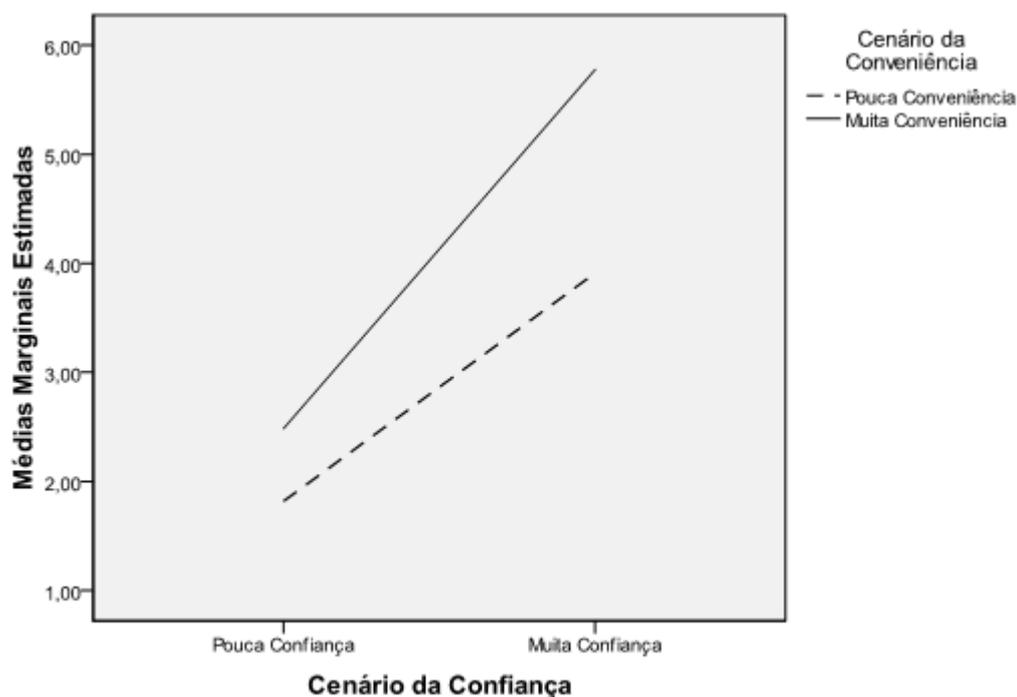
4.4.3 Resultados

A seguir são apresentados os resultados encontrados no Estudo 4. Primeiramente, apresentam-se os testes, utilizando a intenção de continuar o tratamento como variável dependente, após a discussão dos resultados e, por fim, um sumário das hipóteses do estudo e os resultados encontrados.

4.4.3.1 Intenção de Continuar o Tratamento

O teste “entre sujeitos” (*between subjects*) mostrou que a intenção de continuar o tratamento com o provedor de serviços é significativamente maior quando a confiança e a conveniência são mais altas, comparando-se a situações aonde uma ou ambas são mais baixas ($F = 4,58$; $p = 0,03$), corroborando a hipótese 9, conforme se pode observar no gráfico da figura 4 a seguir.

Figura 4 - Gráfico das Médias da Intenção de Continuar o Tratamento



Fonte: Software SPSS

Na tabela 23 a seguir, são apresentadas as significâncias, utilizando a intenção de continuar o tratamento como variável dependente e os cenários de confiança e da conveniência como variáveis independentes.

Tabela 23 - Efeitos dos Testes Entre Sujeitos (Tests of Between-Subjects Effects)

Variável Dependente: Intenção de Continuar o Tratamento

Fonte	Tipo III: Soma dos Quadrados	Graus de Liberdade	Quadrado da Média	F	Significância
Modelo Corrigido	165,60(a)	3	55,20	39,65	0,00
Interceptação	868,61	1	868,61	624,00	0,00
Cenário da Conveniência	28,44	1	28,44	20,43	0,00
Cenário da Confiança	128,55	1	128,55	92,35	0,00
Cenário da Conveniência* Confiança	6,38	1	6,38	4,58	0,03
Erro	93,26	67	1,39		
Total	1125,12	71			
Total Corrigido	258,87	70			

a. R ao quadrado = 0,64 (R ao quadrado ajustado = 0,62)

Fonte: Software SPSS

Na tabela 24 são observadas as médias utilizando a intenção de continuar o tratamento como variável dependente e os cenários de confiança e conveniência como variáveis independentes.

Tabela 24 - Cenário da Confiança Versus o Cenário da Conveniência

Variável Dependente: Intenção de Continuar o Tratamento					
Cenário da Conveniência	Cenário da Confiança	Média	Erro Padrão	95% de Intervalo de Confiança	
				Mínimo	Máximo
Pouco Conveniente	Pouca Confiança	1,81	0,27	1,26	2,37
Muito Conveniente	Muita Confiança	3,91	0,28	3,34	4,48
Pouco Conveniente	Pouca Confiança	2,48	0,27	1,93	3,04
Muito Conveniente	Muita Confiança	5,77	0,27	5,22	6,33

Fonte: Software SPSS

A seguir é apresentada a discussão do estudo 4 e uma sumarização das hipóteses e resultados principais dos quatro estudos realizados.

4.4.4 Discussão

No Estudo 4, foi identificada uma importante “condição limitadora” (*boundary condition*) da influência da confiança nas intenções de continuar o tratamento em situações de consequências brandas. As intenções do consumidor de prosseguir no tratamento com o mesmo médico foi significativamente maior quando a confiança e conveniência foram altas; comparadas com situações em que uma ou ambas são baixas. A partir dos achados, fica evidente que, quando a pessoa confia pouco, mesmo a conveniência sendo alta, o indivíduo provavelmente não terá fortes intenções de continuar o tratamento. Por outro lado, quando a pessoa confia bastante, em trocas de baixas consequências, a conveniência possui um papel fundamental para que as intenções de continuidade ao tratamento sejam ainda mais intensas.

Esses resultados possuem implicações práticas importantes. Uma vez que se identifique que a especialidade médica é caracterizada por casos que possuem consequências mais brandas, a questão da conveniência do consultório vai influenciar positivamente a decisão do paciente em continuar ou não o tratamento com o médico, mesmo que o paciente tenha plena confiança nele.

Por fim, os resultados reforçam a importância da confiança em trocas com consequências brandas e, adicionalmente, evidenciam um outro influenciador importante das intenções de lealdade que é a conveniência do provedor de serviços nesse tipo de troca.

4.5 SUMÁRIO DOS ESTUDOS REALIZADOS

A seguir, o quadro 2 apresenta um sumário dos estudos realizados. Foram propostas nove hipóteses ao longo de quatro estudos das quais sete foram corroboradas e duas não foram confirmadas.

Quadro 2 - Sumário dos Estudos, Hipóteses e Resultados

Estudos	Hipóteses	Resultados
Estudo 1	H1: Em trocas com consequências severas, a confiança do consumidor é maior quando ambos níveis de afeto e cognição são altos, comparando-se a situações em que apenas um ou ambos são baixos.	Corroborada
	H2: Em trocas com consequências severas, a confiança inicial mediará a relação entre o afeto (H2a) e a cognição (H2b) e as intenções do consumidor de continuar o tratamento.	Corroborada
	H3: Em trocas com consequências severas, a confiança inicial mediará a relação entre o afeto (H3a) e a cognição (H3b) e as intenções do consumidor de buscar uma segunda opinião.	Corroborada
Estudo 2	H4: Em trocas com consequências severas, a satisfação do consumidor é maior quando a confiança é alta e a segunda opinião apresenta o mesmo diagnóstico, comparando-se com situações em que a confiança é baixa e/ou a segunda opinião é diferente ou não está disponível.	Não Corroborada
	H5: Em trocas com consequências severas, a satisfação media a relação entre a confiança e as intenções do consumidor de continuar o tratamento (H5a) e as intenções de fazer boca-a-boca positivo (H5b).	Corroborada
Estudo 3	H6: Em trocas com consequências brandas, independentemente se o afeto é alto ou baixo, a confiança será maior quando a cognição for alta, comparando-se com situações em que a cognição é baixa.	Corroborada
	H7: Em trocas com consequências brandas, a confiança mediará a relação entre o afeto (H7a) e a cognição (H7b) e as intenções do consumidor de continuar o tratamento.	Corroborada
	H8: Em trocas com consequências brandas, a confiança mediará a relação entre o afeto (H8a) e a cognição (H8b) e as intenções do consumidor de buscar uma segunda opinião.	Não Corroborada
Estudo 4	H9: Em trocas com consequências brandas, as intenções do consumidor em continuar o tratamento serão maiores quando ambas, conveniência e confiança inicial, são altas, se comparado as situações em que uma ou ambas são baixas.	Corroborada

Fonte: Autora.

No próximo capítulo é realizada uma discussão geral dos resultados encontrados.

5 DISCUSSÃO GERAL

A presente tese descreve o relacionamento entre afeto, cognição, confiança e as intenções do consumidor de continuar o tratamento e de buscar uma segunda opinião; em dois tipos diferentes de trocas: com consequências severas e com consequências brandas ao consumidor. Ao longo de quatro estudos, foram encontradas evidências substanciais da maioria das relações causais hipotetizadas pelo estudo. O principal foco dessa tese foi investigar a importância do afeto para a construção da confiança, em encontros de serviços com consequências severas ao consumidor.

Primeiramente, no Estudo 1, investigou-se o efeito do afeto e da cognição na confiança inicial e o papel mediador da confiança inicial na relação entre afeto, cognição e as intenções comportamentais, isto é, na continuidade no tratamento e busca de uma segunda opinião. Os resultados demonstraram que o afeto e a cognição influenciam significativamente a confiança inicial do consumidor corroborando com a literatura revisada (ALFORD; SHERRELL, 1996). Portanto, adicionalmente às informações cognitivas, os consumidores também baseiam sua decisão de confiar ou não no provedor de serviços, em aspectos afetivos, como, demonstração de sentimentos positivos em relação ao consumidor, comunicação aberta e amistosa e, principalmente, o provedor de serviços considerá-lo como um ser humano (MECHANIC; MAYER, 2000; THOM, 2001). Adicionalmente, o estudo 1 reforçou trabalhos anteriores (BITNER, 1995; MCKNIGHT; CHOUDHURY; KACMAR, 1998) que evidenciam a importância do primeiro encontro para a avaliação do consumidor em relação ao provedor de serviços e a formação de uma primeira impressão.

Além disso, a confiança inicial também foi identificada como uma mediadora chave da relação entre a cognição e o afeto e as intenções do consumidor de continuar o tratamento e de buscar uma segunda opinião. Os resultados do presente trabalho são relevantes para a área médica, uma vez que a adesão ao tratamento indicado é um problema complexo que vem sendo estudado há, pelo menos, três décadas e é essencial para o sucesso do tratamento médico (VERMEIRE *et al.*, 2001). O estudo reforçou evidências anteriores, que afirmam que a confiança do consumidor no profissional da saúde é de suma importância para a continuidade do tratamento (SAFRAN *et al.*, 1998) e para a satisfação do consumidor (CHIN,

2001). De uma forma geral, os indícios encontrados no Estudo 1 reforçam a importância da confiança inicial para as intenções comportamentais.

Ao contrário do Estudo 1, que investiga o desenvolvimento da confiança no primeiro encontro, o Estudo 2 propõe-se a investigar a confiança após o consumidor possuir resultados do tratamento. Nesse caso, postulou-se que a satisfação mediará a relação entre a confiança e as intenções comportamentais, corroborando a literatura, que afirma que a confiança do paciente no provedor de serviços é essencial para a continuidade do tratamento e relacionada ao aumento da satisfação do paciente (TARRANT; STOKES; BAKER, 2003). Na fase qualitativa, tanto profissionais da área estética e quanto da área médica afirmaram que o paciente passaria a confiar profundamente no profissional quando ele percebesse resultados, como não ter mais dor, no caso dos serviços médicos ou ter melhora na pele, no caso de serviços estéticos. As hipóteses do estudo 2 foram corroboradas, ou seja, a satisfação com o tratamento comportou-se como uma mediadora chave da relação entre confiança e intenções comportamentais.

Outro achado importante desse estudo refere-se à busca de uma segunda opinião. Nesse estudo, a satisfação foi maior quando a confiança era elevada, indiferentemente, se a segunda opinião era convergente ou divergente da primeira, comparada a situações em que a confiança apresentava níveis mais baixos. Em outras palavras, se o paciente possui um alto nível de confiança no provedor de serviços, não importa o que o outro profissional disser, ainda assim o paciente apresentará elevados níveis de satisfação, se comparada com pacientes que possuem níveis mais baixos de confiança. Em pacientes com baixo grau de confiança no provedor, em que a segunda opinião corrobora a opinião do primeiro médico, a busca de uma segunda opinião pode aumentar os níveis de satisfação. No entanto, se a segunda opinião divergir da primeira, e a confiança apresentar baixos níveis, a satisfação será bastante reduzida. Esses resultados reforçam evidências de estudos anteriores que afirma que quando o paciente está se tratando com um médico, a confiança é um elemento chave para manter e aumentar a satisfação do paciente (BAKER *et al.*, 2003; SAFRAN *et al.*, 1998; THOM *et al.*, 1999).

No entanto, os resultados demonstraram que a satisfação é ainda maior quando a confiança apresenta elevados níveis e não há segunda opinião rejeitando a hipótese 4 que afirma que a satisfação alcançaria maiores níveis quando a segunda opinião apresentasse o mesmo diagnóstico, comparando-se a situações onde a confiança apresentasse níveis mais baixos e a segunda opinião fosse divergente ou não estivesse disponível ao consumidor. Esse

resultado foi atribuído a um efeito de demanda (*demand effect*), pois a única informação disponível no grupo de controle era a confiança, e não houve manipulação da segunda opinião, o que pode ter influenciado de forma direta o grau de satisfação do consumidor. Apesar de a hipótese ter sido rejeitada, evidenciou-se que a satisfação é maior quando a confiança apresenta maiores níveis, independentemente, se a segunda opinião é igual ou divergente, comparado-se com situações onde o grau de confiança é baixo.

No Estudo 3, o Estudo 1 foi replicado no contexto de trocas com consequências brandas. Em trocas com consequências brandas, a confiança foi maior quando a cognição era alta, independentemente de o afeto ser alto ou baixo, comparada a situações em que a cognição é baixa. Esses resultados evidenciaram que, no contexto de consequências brandas, o afeto não é tão importante quanto a cognição para a confiança no consumidor, diferentemente das trocas com consequências severas onde ambas possuem relevância.

Esses achados corroboram indícios anteriores, que afirma que uma vez que nessas trocas os riscos envolvidos são menores (TAYLOR, 1974) e, portanto a compra é menos crítica (OSTROM; IACOBUCCI, 1995), o papel do afeto não seria tão relevante para a confiança do consumidor, quando comparado à importância da cognição, pois o consumidor possivelmente está menos ansioso e mais seguro (KUNREUTHER *et al.*, 2002).

Assim como no Estudo 1, a confiança foi identificada como uma mediadora da relação entre afeto e cognição e as intenções do consumidor de continuar o tratamento. No entanto, a confiança não foi identificada como mediadora da relação entre afeto e cognição e as intenções de busca de uma segunda opinião, em trocas com consequências brandas. Esses resultados foram atribuídos a dois motivos. Em primeiro lugar, em trocas com consequências mais brandas, na quais a incerteza possui nível menos elevados, a busca de uma segunda opinião não é tão relevante quando compara-se a trocas com consequências mais incertas e severas. Em segundo lugar, em trocas com consequências mais brandas, visto o reduzido grau de incerteza, a busca de um outro provedor de serviços pode ser motivada por outras questões que não sejam apenas a confiança, como a conveniência do provedor de serviços (BERRY *et al.*, 2002).

Portanto, no Estudo 4, foi investigada a influência da confiança e da conveniência nas intenções do consumidor em continuar o tratamento em situações de consequências brandas. Os resultados evidenciaram que, em trocas com consequências brandas, as intenções do consumidor de continuar o tratamento foi maior quando a confiança e a conveniência foram elevadas, comparadas a situações em que uma ou ambas apresentam menores níveis. Os

resultados reforçam a importância da confiança em trocas com consequências brandas e, adicionalmente, evidenciam outro influenciador importante das intenções comportamentais do consumidor que é a conveniência do provedor de serviços, corroborando o estudo de Kearley, Freeman e Heath (2001), que afirma que quando o paciente possui uma doença menos crítica, a conveniência seria mais valorizada do que a relação do paciente com o médico em si e, no caso de uma doença mais complexa, o relacionamento com o médico emergiria como um fator mais relevante do que a conveniência.

6 CONTRIBUIÇÕES PRÁTICAS E TEÓRICAS

As principais contribuições do presente estudo são, primeiramente, o fato de o estudo estender o conhecimento sobre escolhas que possuem consequências severas. Baseando-se nos resultados encontrados, pode se afirmar que, em trocas com consequências severas, afeto e cognição geram confiança e essa, por sua vez, é um elo chave de ligação entre afeto e cognição e as intenções do consumidor de continuar o tratamento e de buscar a opinião de um outro especialista.

Em segundo lugar, poucos estudos (e.g. JOHNSON; GRAYSON, 2005; MCALLISTER, 1995) têm explorado os antecedentes afetivos e cognitivos da confiança e sua relação com outros construtos. Apesar de a literatura médica sugerir que aspectos afetivos ajudam a construir a confiança no médico, usualmente os estudos não discriminam esses antecedentes (e.g. ANDERSON; DEDRICK, 1990; BOVA *et al.*, 2006; PEARSON; RAEKE, 2000). A presente tese testou e validou as relações entre esses construtos. Essa contribuição possui uma implicação prática importante, uma vez que para os provedores de serviços, em especial em serviços médicos, construírem uma relação de confiança com seus pacientes, eles deverão além de serem competentes, também deverão se preocupar com os sentimentos do paciente, serem cuidadosos, amistosos, empáticos e bons ouvintes, em trocas com consequências severas.

Em terceiro lugar, encontrou-se que a confiança e a busca por uma segunda opinião impactam a satisfação do consumidor e a satisfação media a relação entre confiança e segunda opinião e as intenções do consumidor de boca-a-boca e continuidade do tratamento. Os resultados evidenciam que a confiança terá implicações comportamentais positivas, apenas se o consumidor estiver satisfeito, ou seja, se ele efetivamente estiver percebendo desempenho e suas expectativas estiverem sendo satisfeitas. Ao contrário de um primeiro encontro, em que o paciente não tem condições de avaliar a eficácia do tratamento, na segunda consulta, o consumidor já está fazendo o terapia indicada e, por mais que tenha confiança inicial, essa confiança será apenas mantida e reforçada se ele perceber resultados positivos do trabalho do provedor de serviços.

Outra contribuição teórica que também possui uma importância prática relevante, é a abordagem da busca de uma segunda opinião como um auxílio ao diagnóstico e escolha do melhor tratamento ao paciente. Encontrou-se evidências de que a busca de uma segunda opinião, e a congruência dessa com a primeira, aliada a um alto nível de confiança no médico do paciente, leva a níveis superiores de satisfação do consumidor e a maiores níveis de intenções comportamentais do consumidor, se comparando-se a pacientes que possuem baixos níveis de confiança, em trocas com consequências severas.

Os resultados do estudo reforçam indícios sobre a importância da segunda opinião. Czaja e colegas (2003) afirmam que quanto maior for o estresse do paciente, maior será o seu envolvimento com o tratamento e, conseqüentemente, maior será a sua busca por informações e por uma segunda opinião. Essa busca de informações, seja na Internet ou através de outros especialistas, deixam os pacientes mais seguros sobre as opções de tratamento e os auxiliam a encontrarem melhores formas de lutar contra a doença e a lidarem melhor com os problemas físicos e psicológicos trazidos pela mesma (ZIEBLAND *et al.*, 2004).

Finalmente, explorou-se a importância do afeto e da cognição em trocas com consequências brandas ao consumidor. Os resultados desses estudos no contexto de consequências brandas demonstraram que a cognição é mais importante que o afeto para a construção da confiança e essa, aliada a conveniência, levarão a maiores níveis de intenções de continuidade ao tratamento. Em outras palavras, nos casos em que o consumidor não percebe grandes possibilidades de perda, quanto maiores os níveis de confiança aliados a uma elevada conveniência do serviço, como amplo estacionamento, facilidade de acesso, grande disponibilidade de horários, dentre outros fatores, maiores serão as intenções do consumidor continuar com o mesmo provedor de serviços.

Em suma, a presente tese integra afeto, cognição, confiança e intenções do consumidor de continuar o tratamento, de buscar uma segunda opinião e fazer boca-a-boca positivo; e oferece importantes contribuições sobre a relação desses construtos em trocas com consequências severas e brandas. Especificamente, as evidências encontradas sugerem que a confiança é mais propensa de emergir em trocas com consequências severas, quando o médico reúne aspectos afetivos (e.g. cuidado, carinho, amizade) e também cognitivos (e.g. competência, *expertise*). Em trocas com consequências brandas, os aspectos cognitivos se mostraram mais importantes para a construção da confiança. Acredita-se que esse fato ocorra pois nesse caso o paciente não está percebendo tantos riscos e está mais autoconfiante e menos sensível.

7 LIMITAÇÕES E SUGESTÕES PARA FUTURAS PESQUISAS

A presente tese possui algumas limitações que representam importantes direções para o desenvolvimento de futuros estudos para uma melhor compreensão do fenômeno da confiança. Primeiramente, os estudos realizados utilizaram, para aplicação dos experimentos, estudantes, que não representam a média dos consumidores da população investigada. Futuros estudos poderiam investigar uma população mais ampla a fim de minimizar esse aspecto limitador. Além disso, é desejável que futuras pesquisas repliquem os estudos em outros contextos de serviços. Na presente tese foi utilizado o contexto da consulta médica. Futuras investigações poderiam explorar a importância do afeto para a construção da confiança no setor médico de uma forma mais ampla, incluindo enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem, ou ainda em outros setores de serviços, tais como cabeleireiros e serviços estéticos. Conforme já evidenciado na introdução dessa tese, grande parte dos estudos sobre confiança foca em trocas *business-to-business*, e os estudos que abordam trocas *business-to-consumer* costumam utilizar contextos de trocas com baixo conteúdo afetivo, por exemplo, o varejo.

Lovelock (1983) afirma que vista a diversidade dos serviços torna-se difícil a generalização de resultados de um setor de serviços para os demais, principalmente devido à variabilidade de características essenciais dos serviços: se o serviço é feito no corpo das pessoas, como no caso dos serviços médicos e estéticos; se é uma ação tangível em um produto ou posse da pessoa, como em serviços de advocacia ou de transporte; ações intangíveis diretamente na mente das pessoas, como no serviço do psicólogo e no ensino; e ações intangíveis em ativos intangíveis das pessoas, como em investimentos e consultorias. A replicação desse estudo em diferentes setores aumentaria a validade externa dos resultados encontrados que consiste na preocupação relacionada ao quanto a relação causal encontrada, mantém-se constante ao longo de variações de participantes, ambientes, tratamentos e resultados (SHADISH; COOK; CAMPBELL, 2001).

Em segundo lugar, os estudos da presente tese utilizaram ou trocas com consequências severas ou trocas com consequências brandas. Nos dois primeiros estudos, foram utilizadas consequências severas e, nos dois últimos, consequências brandas. Futuros trabalhos

poderiam utilizar ambos contextos no mesmo estudo permitindo a comparação dos efeitos em um único experimento. Uma outra alternativa seria a realização de uma *survey* para o teste do modelo que verifique, ao mesmo tempo, a relação de todas as variáveis estudadas através de modelagem de equações estruturais permitindo examinar efeito moderador do tipo de troca (brandas *versus* severas).

Em terceiro lugar, sugere-se o estudo da confiança e de seus antecedentes – afeto e cognição - através de um corte longitudinal (SERVA; FULLER; MAYER, 2005) que permitisse avaliar, ao longo que tempo, a interação entre consumidores e provedores de serviços e os diferentes estágios de desenvolvimento da confiança. Conforme Webber (2008), o exame da confiança em apenas um determinado ponto no tempo e de forma estática, captura a confiança em apenas uma fase do relacionamento. Portanto, estudos da confiança que levem em consideração essas interações e seus resultados com o passar do tempo, capturariam melhor as diversas influências na confiança e o impacto desta em outras variáveis.

Em quarto lugar, o estudo utilizou uma amostra que, possivelmente, nunca viveu a situação proposta nos cenários. Sugere-se que futuras pesquisas repliquem os estudos com pacientes reais que estejam se submetendo a algum tipo de tratamento, principalmente, pois o experimento cria sentimentos de forma artificial e, especificamente nesse caso, que trata de situações extremas, estudos mais realísticos são fortemente recomendados. Esse tipo de estudo consistiria em um experimento natural, em que se compara em um ambiente natural duas situações ou mais com tratamentos distintos (SHADISH; COOK; CAMPBELL, 2001). Outra limitação do presente estudo foi que o mesmo não mensurou o realismo dos cenários. Futuros estudos poderiam incluir uma escala de realismo a fim de verificar essa questão.

Em quinto lugar, sugere-se que se investigue o papel das influências individuais na relação entre afeto, cognição, confiança e intenções comportamentais como a disposição a confiar⁶. Rotter (1980) evidencia as diferenças entre pessoas mais e menos dispostas a confiar. Pessoas que são mais propensas a confiar tendem menos a mentir, trair ou roubar, se comparadas com aquelas que são menos dispostas a confiar. Além disso, os mais propensos a confiar são mais inclinados a dar uma segunda chance à outra pessoa e respeitam mais os direitos alheios se comparadas com aquelas que são menos propensas a confiar.

⁶ Inclinação a ter fé na humanidade e adotar um posicionamento de confiar nos outros (MCKNIGHT; KACMAR; CHOUDHURY, 1998).

Em sexto lugar, os estudos da presente tese não compararam situações em que o consumidor tinha maior ou menor familiaridade com o provedor de serviços. A familiaridade refere-se ao entendimento do comportamento do outro baseando-se em interações ou experiências anteriores (BHATTACHERJEE, 2002; LUHMAN, 1979; MAYER; DAVIS; SCHOORMAN, 1995). Futuros estudos poderiam investigar o papel moderador da familiaridade dos consumidores em relação aos provedores de serviços na relação entre afeto, cognição e confiança.

Por fim, o presente estudo utilizou apenas o método experimental para o estudo da confiança que é um construto complexo. Futuros estudos poderiam explorar a importância do afeto para a construção da confiança através de uma abordagem qualitativa que possibilite um aprofundamento do conhecimento acerca do tema e das interações entre os diferentes atores envolvidos durante a prestação de serviços, tal como a pesquisa de cunho etnográfico. A pesquisa etnográfica pressupõe observação participante por parte do pesquisador e tem como objetivo o *“levantamento de todos os dados possíveis sobre uma determinada comunidade com a finalidade de conhecer melhor o estilo de vida ou a cultura específica da mesma”* (CAVEDON, 2003, p. 143). Esse tipo de método permitiria a observação da relação entre profissionais, pacientes e familiares possibilitando uma entendimento mais amplo da confiança como sendo uma construção social.

Por fim, não foram pesquisados outros possíveis antecedentes da confiança assim como não foi verificado possíveis covariáveis tais como renda, curso, gênero, dentre outros. Após a finalização da presente tese, ainda restaram alguns questionamentos não investigados a serem respondidos por futuros estudos: será que o afeto será um antecedente importante da confiança do consumidor em qualquer troca com consequência severa? Os resultados encontrados não poderiam ser atribuídos ao setor escolhido - serviços médicos - que possui implicações vitais para o consumidor? Ostrom e Iacobucci (1995) sugerem que serviços de experiências, como hotel, restaurante fast-food, salão de beleza e serviços bancários também podem ter consequências muito críticas ao consumidor. Nestes outros contextos de serviços, o afeto também seria importante para a construção da confiança do consumidor?

Em relação às trocas com consequências brandas, se essa teoria for testada em outros contextos, nos quais os consumidores possuam um intenso contato com o provedor de serviços, como ensino e salões de beleza, o afeto não poderia emergir como um importante antecedente da confiança? Qual seria a importância do afeto para a construção da confiança em trocas à distância com consequências severas em que não existe interação face-a-face, mas

mesmo assim existe possibilidade de desenvolvimento de laços emocionais, como ensino à distância ou comunidades virtuais de empresas?

Apesar das limitações encontradas ao longo do estudo, principalmente no que tange o uso do método experimental para o estudo do afeto, da cognição e da confiança, considerando o conjunto de estudos realizados, os resultados oferecem importantes contribuições dos mecanismos da confiança e identifica o afeto e a cognição como causas importantes e robustas da construção da confiança inicial do consumidor em trocas com consequências severas. Além disso, o estudo também identifica a satisfação como um importante mediador na relação entre confiança e intenções comportamentais do consumidor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AAKER, D. A.; KUMAR, V.; DAY, G. S. **Marketing Research**, Wiley, 6th edição, Estados Unidos, 1997.

ALFORD, B. L.; SHERRELL, D. L. The Role of Affect in Consumer Satisfaction Judgments of Credence-Based Services. **Journal of Business Research**, v. 37, p. 71-84, 1996.

ANDERSON, L. A.; DEDRICK, R. F. Development of the Trust in Physician Scale: A Measure to Assess Interpersonal Trust in Patient-Physician Relationships. **Psychological Reports**, v. 67, p. 1091-1100, 1990.

AXELROD, R., HAMILTON, W. D. The Evolution of Cooperation. **Science**, v. 211, p. 1390-1396, 1981.

BALKRISHNAN, R.; DUGAN, E.; CAMACHO, F.; HALL, M. A. Trust and Satisfaction With Physicians, Insurers, and the Medical Profession. **Medical Care**, v. 41, n. 9, p. 1058-1064, 2003.

BAKER, R. Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultations in general practice. **British Journal of General Practice**, v. 40, n. (342), p. 487-90, 1990.

BAKER, R.; MAINOUS III, A. G.; GRAY, D. P.; LOVE, M. M. Exploration of the relationship between continuity, trust in regular doctors and patient satisfaction with consultations with family doctors. **Scan. J. Primary Health Care**, v. 21, n. 1, p. 27-31, 2003.

BARBER, B. **The Logic and Limits of Trust**, Rutgers University Press, New Brunswick, NJ, 1983.

BERRY, L. L., SEIDERS, K., GREWAL, D. Understanding Service Convenience. **Journal of Marketing**, v. 66, p. 1-17, 2002.

BETTMAN, J. R. Perceived Risk and Its Components: A Model and Empirical Test. **Journal of Marketing Research**, v. X, n. 2, p. 1984-90, 1973.

BHATTACHERJEE, A. Individual Trust in Online Firms: Scale Development and Initial Test. **Journal of Management Information Systems**, v. 19, n. 1, p. 211-241, Summer, 2002.

- BIGLEY, G. A.; PEARCE, J. L. Straining for Shared Meaning in Organization Science: Problems of Trust and Distrust. **The Academy of Management Review**, v. 23, n. 3, p. 405-421, 1998.
- BITNER, M. J. Building Service Relationship: It's All About Promises. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v. 23, n. 4, p. 246-251, 1995.
- BLACKWELL, B. Treatment Adherence. **British Journal of Psychiatry**, v. 129, p. 513-531, 1976.
- BOTTI, S., ORFALI, K., IYENGAR, S. S. Tragic choices: Autonomy and emotional responses to medical decisions. **Journal of Consumer Research**, v. 36, n. 3, p. 337-352, 2009.
- BOVA, C. FENNIE, K. P. WATROUS, E. DIECKHAUS, K. WILLIAMS, A. The Health Care Relationship: Development and Psychometric Evaluation. **Research in Nursing and Health**, v. 29, p. 477-488, 2006.
- BUTLER, J. K. Toward understanding and measuring conditions of trust: Evolution of a conditions of trust inventory. *Journal of Management*, 1991.
- BUSINESSWEEK. 100 Best Global Brands. Disponível em 18 de setembro de 2010 em http://www.businessweek.com/magazine/content/09_39/b4148038492933.htm.
- CAMPBELL, D. T. Factors relevant to the validity of experiments in social settings, **Psychology Bulletin**, v. 54, p. 297-312, 1957.
- CASTALDO, S. Trust in Market Relationships. Massachusetts, USA: Edward Elgar Publishing Limited, 2007.
- CAVEDON, N. R. Antropologia para Administradores. Porto Alegre: UFRGS, 2003.
- CHEN, S. C., DHILLON, G. S. Interpreting Dimensions of Consumer Trust in E-Commerce. **Journal of Information Technology and Management**, 2003.
- CHIN, J. J. A Doctor-Patient Relationship: A Covenant of Trust. **Singapore Medical Journal**, v. 41, n. 12, 579-581, 2001.
- COLQUITT, J. A.; SCOTT, B. A.; JEFFERY, A. L. Trust, Trustworthiness, and Trust Propensity: A Meta-Analytic Test of Their Unique Relationships With Risk Taking and Job Performance. **Journal of Applied Psychology**, v. 92, n. 4, p. 909-927, 2007.

- CORBIN, C. L.; KELLEY, S. W.; SCHWARTZ, R. W. Concepts in service marketing for healthcare professionals. **The American Journal of Surgery**, v. 181, n. 1, p. 1-7, 2001.
- COOK, T. D.; CAMPBELL, D. T. **Quasi-Experimentation: Design and Analysis Issues for Field Setting**. Chicago: Rand-McNally, 1979.
- COSTIGAN, R. D., ILTER, S. S., BERMAN, J. J. A Multi-Dimensional Study of Trust in Organizations. **Journal of Managerial Issues**, 1998.
- CUMMINGS, L. L.; BROMILEY, P. Organizational Responses to Crisis: The Centrality of Trust, in R. M. Kramer e T. R. Tyler (eds.) **Trust in Organizations: Frontiers of Theory and Research**, Sage Publications, Thousand Oaks, California, p. 302-330, 1996.
- CZAJA, R.; MANFREDI, C.; PRICE, J. The Determinants and Consequences of Information Seeking Among Cancer Patients. **Journal of Health Communication**, v. 8, p. 529-562, 2003.
- DEUTSCH, M. Trust And Suspicion. **Journal of Conflict Resolution**, 1958.
- DONEY, P.; CANNON, J.P. An examination of the nature of trust in buyer-seller relationships". **Journal of Marketing**, v. 61, p. 35-51, 1997.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**, Versão 5.0, Curitiba: Positivo, 2004.
- FOLKES, V. S. Consumer Reactions to Product Failure: An Attributional Approach. **Journal of Consumer Research**, v. 10, p. 398-409, March, 1984.
- FRAENKEL, L.; MCGRAW, S. Participation in Medical Decision Making: The Patients Perspective, **Medical Decision Making**, p. 533-538, September, 2007.
- GAMBETTA, D. **Trust: making and breaking cooperative relations**. New York: Basic Blackwell, Inc., 1988.
- GARBARINO, E., JOHNSON, M. S. The Different Roles of Satisfaction, Trust, and Commitment in Customer Relationships. **The Journal of Marketing**, 1999.
- GEFEN, D.; STRAUB, D. W. Consumer Trust in B2C E-Commerce and Importance of Social Presence: Experiments in E-Products and E-Services, **Omega**, v. 32, n. 6, December, 2004.
- GEYSKENS, I.; STEENKAMP, J. E. M.; KUMAR, N. Generalizations about trust in marketing channel relationships using meta-analysis. **International Journal of Research in Marketing**, v. 15, p. 223-248, 1998.

GREMLER, D. D., BROWN, S. W. Service Loyalty: its nature, importance and implications in EDVARDSSON, B., BROWN, S. W., JOHNSON, R., SCHEUING, E. E. (Eds.) In: **Proceedings American Marketing Association**, p. 171-180, 1996.

HALL, M. A.; ZHENG, B.; DUGAN, E.; CAMACHO, F. Measuring patients' trust in their primary care providers. **Medical Care Research and Review**, v. 59, n. 3, September, 2002.

HALL, M. A.; DUGAN, E. ; ZHENG, B.; MISHRA, A. Trust in Physicians and Medical Institutions: What Is It? Can It Be Measured, and Does It Matter. **The Milbank Quarterly**, v. 79, n. 4, p. 613-639, 2001.

HAVLENA, W. J.; HOLBROOK, M. B. The Varieties of Consumption Experience: Comparing Two Typologies of Emotion in Consumer Behavior. **The Journal of Consumer Research**, v. 13, n. 3, p. 394-404, Dec., 1986.

HAWKINS, D. E.; BEST, R. J.; CONEY, K. A. **Consumer Behavior: Building Marketing Strategy**. McGraw-Hill, Estados Unidos, 1998.

HOWARD, J. A.; SHETH, J. N. **The Theory of Buyer Behavior**, New York: John Wiley and Sons, 1969.

HUI, M. K.; BATESON, J. E. G. Perceived Control and the Effects of Crowding and Consumer Choice on the Service Experience, **The Journal of Consumer Research**, v. 18, n. 2, p. 174-184, Sept., 1991.

HUPCEY, J. E.; MILLER, J. Community dwelling adult's perception of interpersonal trust vs. trust in health care providers. **Journal of Clinical Nursing**, v. 15, p. 1132-1139, Blackwell, 2006.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em 25 de novembro de 2009 em <http://www.ibge.gov.br/home/>.

INCA – Instituto Nacional de Câncer. **Estimativas 2010: Incidência de Câncer no Brasil**. Ministério da Saúde, 2009. Disponível em 19 de agosto de 2011 em http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=1

JACOBY, J., KAPLAN, L. B. The Components of Perceived Risk. In M. Venkatesan (Ed.), **Proceedings, Third Annual Conference, Association for Consumer Research**. University of Chicago, p. 382-393, 1972.

JARVENPAA, S. L.; TRACTINSKY, N.; VITALE, M. Consumer Trust in an Internet Store. **Information Technology and Management**, v. 1, n. 1-2, November, 2000.

JOHNSON, D. S., GRAYSON, K. Cognitive and affective trust in service relationships. **Journal of Business Research**, v. 58, p. 500-507, 2005.

JOHNSON, D. S., GRAYSON, K. Sources and Dimensions of Trust in Service Relationships. **Handbook of Service Relationship**, p. 357-370, 2000.

JOHNSON-GEORGE, C.; SWAP, W. C. Measurement of Specific Interpersonal Trust: Construction and Validation of a Scale to Assess Trust in a Specific Other. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 43, p. 1306–1317, 1982.

JONES, G. R.; GEORGE, J. M. The Experience and Evolution of Trust: Implications for Cooperation and Teamwork. **The Academy of Management Review**, v. 23, n. 3, p. 531-546, 1998.

KAHN, B. E.; BARON, J. An Exploratory Study of Choice Rules Favored for High-Stakes Decisions. **Journal of Consumer Psychology**, v. 4, n. 4, p. 305-328, 1995.

KAHN, B. E.; LUCE, M. F. Understanding High-Stakes Consumer Decisions: Mammography Adherence Following False-Alarm Test Results. **Marketing Science**, v. 22, n. 3, 393-410, 2003.

KASTELER, J.; KANE, R. L.; OLSEN, D. M.; THETFORD, C. Issues Underlying Prevalence of "Doctor-Shopping" Behavior. **Journal of Health and Social Behavior**, v. 17, n. 4, p. 328-339, 1976.

KEARLEY, K. E.; FREEMAN, G. K.; HEATH, A. An exploration of the value of the personal doctor-patient relationship in general practice. **British Journal of General Practice**, v. 51, n. 470, p. 712–718, 2001.

KEE, H. W.; KNOX, R. E. Conceptual and Methodological Considerations in the Study of Trust and Suspicious. **Journal of Conflict Resolution**, n. 14, p. 357-366, 1970.

KOHLRAUSCH, E. Sensibilizando as Enfermeiras para o Cuidado Transpessoal no Atendimento aos Portadores de HIV e Doentes de AIDS: Relato de Experiência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.20, n.1, p.120-131, Janeiro, 1999.

KRAMER, R. M. The Sinister Attribution Error: Paranoid Cognition and Collective Distrust in Organizations. **Motivation and Emotion**, v. 18, p. 199-230, 1994.

KUNREUTHER, H.; MEYER, R. ZECKHAUSER, R.; SLOVIC, P.; SCHWARTZ, B. SCHADE, C.; LUCE, M. F.; LIPPMAN, S.; KRANTZ, D.; KAHN, B.; HOGARTH, R. High Stakes Decision Making: Normative, Descriptive and Prescriptive Considerations. **Marketing Letters**, v. 13, n. 3, 2002.

LANE, R. D., NADEL, L., ALLEN, J. J. B., KASZNIAK, A. W. The study of emotion from the perspective of cognitive neuroscience. In R. D. Lane, L. Nadel, G. L. Ahern, J. J. B. Allen, A. W. Kaszniak, S. Z. Rapcsak, & G. E. Schwartz (Eds.), **Cognitive Neuroscience of Emotion**, p. 3–11, New York: Oxford University Press, 2000.

LARZELERE, R. E.; HUSTON T. L. The Dyadic Trust Scale: Toward Understanding Interpersonal Trust in Close Relationships. **Journal of Marriage and the Family**, p. 595-604, August, 1980.

LAZARUS, R. S. Thoughts on the Relations between Emotion and Cognition. **American Psychologist**, v. 35, p. 1019-1024, 1982.

LEE, M. K. O.; TURBAN, E. A Trust Model for Consumer Internet Shopping. **International Journal of Electronic Commerce**, v. 6, n. 1, p. 75-91, 2001.

LEISEN, B.; HYMAN, M. Antecedents and consequences of trust in a service provider. The case of primary care physicians. *Journal of Business Research*, v. 57, p. 990-999, 2004.

LEWICKI, R. J., BUNKER, B. B. **Trust in Relationships: A Model of Trust Development and Decline** em *Conflict, Cooperation, and Justice*, Barbara Benedict Bunker and Jeffrey Z. Rubin, eds. San Francisco: Jossey-Bass, 1994.

LEYDON, G. M.; BOULTON, M.; MOYNIHAN, C.; JONES, A.; MOSSMAN, J.; BOUDIONI, M.; MCPHERSON, K. Cancer Patients' Information Needs and Information Seeking Behavior: In-Depth Interview Study. **British Medical Journal**, v. 320, p. 909-913, April, 2000.

LEWICKI, R. J., TOMLINSON, E. C., GILLESPIE, N. Models of Interpersonal Trust Development : Theoretical Approaches, Empirical Evidences, and Future Directions. **Journal of Management**, v. 32, p. 991-1022, 2006.

LEWIS, J. D., WEIGERT, A. J. Social Atomism, Holism, And Trust . **The Sociological Quarterly**, 1985.

LOVELOCK, C. H. Classifying Services to Gain Strategic Marketing Insights. **The Journal of Marketing**, v. 47, p. 9-20, Summer, 1983.

- LOVELOCK, C. H.; WIRTZ, J. **Services Marketing: People, Technology, Strategy**. Pearson Prentice Hall, 6th ed., New Jersey, 1996.
- LUHMANN, N. Familiarity, Confidence, Trust: Problems and Alternatives, in Gambetta, Diego (ed.) **Trust: Making and Breaking Cooperative Relations**, electronic edition, Department of Sociology, University of Oxford, Chapter 6, p. 94-107, 2000.
- LUHMANN, N. **Trust and Power**, Wiley, New York, 1979.
- LUPTON, D. **Medicine as Culture: Illness, Disease, and the Body in Western Societies**, London, Sages, 2003.
- MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. 3ª Edição. Porto Alegre: Bookman, 2001.
- MATOS, C. A., HENRIQUE, J. L. Balanço do Conhecimento em Marketing: Uma Meta-Análise dos Resultados Empíricos dos Antecedentes e Consequentes da Satisfação e da Lealdade. In **Encontro Anual da ANPAD**, Bahia, Setembro de 2006.
- MAYER, R. C.; DAVIS, J. H.; SCHOORMAN, F. D. An Integrative Model of Organizational Trust. **Academy of Management Review**, v. 30, n. 3, p. 709-734, 1995.
- MARA, G. M. Thucydides and Plato on Democracy and Trust. **The Journal of Politics**, v. 63, n. 3, p. 820-845, 2001.
- MCALLISTER, D. J. Affect- and Cognition-Based Trust as Foundations for Interpersonal Cooperation in Organizations. **Academy of Management Journal**, v. 38, n. 1, p. 24-59, 1995.
- MCDUGALL, G. H. G.; SNETSINGER, D. W. The Intangibility of Services: Measurement and Competitive Perspectives. **Journal of Services Marketing**, v. 4, n. 4, p. 27-40, 1990.
- MCKNIGHT, H.; KACMAR, C.; CHOUDHURY, V. Dispositional Trust and Distrust Distinctions in Predicting High- and Low-Risk. **E - Service Journal**, v. 3, n. 2, p. 35-59, 2004.
- MCKNIGHT, H.; KACMAR, C.; CHOUDHURY, V.. Developing and validating trust measures for e-commerce: An integrative typology. **Information Systems Research**, v. 13, n. 3, p. 334-359, 2002.

MCKNIGHT, H.; CHOUDHURY, V.; KACMAR, C. The impact of initial consumer trust on intentions to transact with a web site: a trust building model. **Journal of Strategic Information Systems**, v. 11, n. 3, p. 297-323, 1998.

MECHANIC, D.; MAYER, S. Concepts of Trust among Patients with Serious Illness. **Social Science & Medicine**. V. 51, p. 657-668, 2000.

MOORMAN, C., ZALTMAN, G., DESHPANDE, R. Relationships between Providers and Users of Market Research. **Journal of Marketing Research**, 1992.

MORGAN, R. M.; HUNT, S. D. The Commitment-Trust Theory of Relationship Marketing. **The Journal of Marketing**, v. 58, p. 20-38, July, 1994.

MURRAY, J. B.; OZZANE, J. L. The Critical Imagination: Emancipatory Interests in Consumer Research, **Journal of Consumer Research**, v. 18, September, 1991.

MURRAY, K.B.; SCHLACHTER, J. L. The Impact of Services versus Goods on Consumers' Assessment of Perceived Risk and Variability. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v. 18, p. 51-65, 1990.

OLIVER, R. L. **Developing Better Measures of Consumer Satisfaction: Some Preliminary Results**, in *Advances in Consumer Research*, Kent B. Monroe, ed., Ann Arbor, MI: Association for Consumer Research, p. 94-9, 1981.

OSTROM, A.; IACOBUCCI, D. Consumer Trade-Offs and the Evaluation of Services. **The Journal of Marketing**, v. 59, n. 1, p. 17-28, 1995.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. **The Journal of Marketing**, v. 49, n. 4, p. 41-50, 1985.

PEARSON, S. D.; RACKE, L. H. Patients' Trust in Physicians: Many Theories, Few Measures, and Little Data. **Journal of General Internal Medicine**, v. 15, p. 509-513, 2000.

PESSOA, S. M. F.; PAGLIUCA, L. M. F.; DAMASCENO, M. M. C. Teoria do cuidado humano: análise crítica e possibilidades de aplicação a mulheres com diabetes gestacional. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 14, n. 3, Rio de Janeiro, Setembro, 2006.

PETER, J. P.; TARPEY, L. X. A Comparative Analysis of Three Consumer Decision Strategies. **Journal of Consumer Research**, n. 2, p. 29-37, June, 1975

PIZZUTTI, C.; FERNANDES, D. Effect of Recovery Efforts on Consumer Trust and Loyalty in E-Tail: A Contingency Model. **International Journal of Electronic Commerce**, v. 14, n. 4, p. 127-160, 2010.

PREACHER, K. J.; HAYES, A. F. Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. **Behavior Research Methods**, v. 40, p. 879-891, 2008.

PRICE, L.; ARNOULD, E. Commercial Friendships: Service Provider-Client Relationships in Context. **The Journal of Marketing**, v. 63, p. 38-56, October, 1999.

REMPEL, J. K.; HOLMES, J. G.; ZANNA, M. P. Trust in close relationships. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 49, n. 11, p. 95-112, 1985.

ROBSON, C. **Real World Research: A Resource for Social Sciences and Practitioner-Researcher**. Oxford: Blackwell, 1993.

ROSELIUS, T. Consumer Rankings of Risk Reduction Methods. **The Journal of Marketing**, v. 35, n. 1, p. 56-61, Jan., 1971.

ROSENBERG, M. J., HOVLAND, C. I. **Attitude organization and change: An analysis of consistency**, Yale University Press , 1960.

ROTTER, J. B. A New Scale for the Measurement of Interpersonal Trust, **Journal of Personality**, 35, p. 651-665, 1967.

ROTTER, J. B. Interpersonal trust, trustworthiness and gullibility. **American Psychologist**, v. 26, p. 1-7, 1980.

ROUSSEAU, F. M.; SITKIN, S. B. ; BURT, R. S. ; CAMERER, C. Not so different after all: a cross-discipline view of trust. **The Academy of Management Review**, v. 23, p. 393-404, July, 1998.

SAFRAN D. G.; TAIRA D. A.; ROGERS W.H.; KOSINSKI, M.; WARE J. E.; TARLOV, A. R.; Linking primary care performance to outcomes of care. **Journal of Family Practice**, v. 47, n. 3, p. 213-20, 1998.

SANTOS, C. P. **Impacto do gerenciamento de reclamações na confiança e lealdade do consumidor, no contexto de trocas relacionais de serviços: construção e teste de um modelo teórico**. Tese de Doutorado, PPGA, EA, UFRGS, 2001.

SANTOS, C. P., FERNANDES, D. V. H. A recuperação de serviços como ferramenta de relacionamento: seu impacto na confiança e lealdade dos clientes. In: **Encontro Anual da ANPAD**. Brasília, ANPAD, 2005.

SCHUMANN, J. H.; WANGENHEIM, F. V. STRINGFELLOW; A.; YANG, S.; PRAXMARER, S.; JIMÉNEZ, F. R. BLAZEVIC , V.; SHANNON, R. M.; SHAINESH G; KOMOR, M. Drivers of Trust in Relational Service Exchange: Understanding the Importance of Cross-Cultural Differences. **Journal of Service Research**, v. 13 n. 4, p. 453-468, 2010.

SCOTT, C. L. The Causal Relationship between Trust and the Assessed Value of Management by Objectives, **Journal of Management**, n. 6, p. 157-175, 1980.

SEMMES, S. E. Developing Trust: Patient-Practitioner Encounters in Natural health Care. **Journal of Contemporary Ethnography**, v. 19, p. 450-470, 1991.

SERVA, M. A; FULLER, M. A.; MAYER, R. C. The Reciprocal Nature of Trust: a Longitudinal Study of Interacting Teams. **Journal of Organizational Behavior**, v. 26, p. 625-648, 2005.

SHADISH, W. R. ; COOK, T. D.; CAMPBELL, D. T. **Experimental and Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inferences**. Wadsworth Cengage Learning, Belmont, CA, USA, 2001.

SHAPIRO, D. L.; SHEPPARD, B. H.; CHERASKIN, L. Business on a handshake. **Negotiation Journal**, Springer, 1992.

SHIV, B.; FEDORIKHIN, A. Heart and Mind in Conflict: The Interplay of Affect and Cognition in Consumer Decision Making. **Journal of Consumer Research**, v. 26, n. 3, December, 1999.

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

SILVA, P. N. S. O Setor de Saúde na Perspectiva Macroeconômica. **IESS – Instituto de Estudos de Saúde Suplementar**, 2010. Disponível em 01 de outubro de 2011 em <http://www.iess.org.br/html/TD00292010ContasNacionaisalterado.pdf>

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

SIRDESHMUKH, D.; SINGH, J.; SABOL, B. Consumer Trust, Value, and Loyalty in Relational Exchanges. **The Journal of Marketing**, v. 66, n. 1, January, 2002.

SITKIN, S. B.; ROTH, N. L. Explaining the Limited Effectiveness of Legalistic "Remedies" for Trust/ Distrust, **Organization Science**, v. 4, n. 3, Focused Issue: The Legalistic Organization, p. 367-392, 1993.

STARK, J. B. **Trust Development: A Test of Image Theory to Explain the Process**. Tese de Doutorado em Filosofia, Universidade de Missouri, Columbia, Dezembro, 2001.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa: Técnicas e Procedimentos para o Desenvolvimento de uma Teoria Fundamentada**. 2ª edição, Porto Alegre: Artmed: 2008.

SURPRENANT, C. F; SOLOMON, M. R. Predictability and Personalization in the Service Encounter. **Journal of Marketing**, v. 51, p. 86-96, April, 1987.

TARRANT, C.; STOKES, T.; BAKER, R. Factors associated with patients' trust in their general practitioner: a cross-sectional survey. **Journal of General Practice**, v. 53, n. 495, p. 798-800, 2003.

TAYLOR, J. W. The Role of Risk in Consumer Behavior. **The Journal of Marketing**, v. 38, n. 2, p. 54-60, 1974.

THOM, D. H. Physician Behaviors that Predict Patient Trust. **Journal of Family Practice**, v. 50, n. 4, 2001.

THOM, D. H.; RIBISL, K. M.; STEWART, A. L.; LUKE, D. A. Further Validation and Reliability Testing of the Trust in Physician Scale. **Medical Care**, v. 37, n. 5, p. 510-517, 1999.

THOM, D. H.; KRAVITZ, R. L.; BELL, R. A.; KRUPAT, E.; AZARI, R. Patient Trust in the Physician. **Family Practice**, v. 19, n. 5, p. 476-483, 2002.

THORNE, S.; ROBINSON, E., C. A. Reciprocal trust in health care relationships. **Journal of Advanced Nursing**, v. 13, n.6, p. 782-9, 1988.

TRACHTENGERG, F.; DUGAN, E.; HALL, M. How patient's trust relates to their involvement in medical care. **The Journal of Family Practice**, v. 54, n. 4, 2005.

TSAL, Y. On the Relationship Between Cognitive and Affective Processes: A Critique of Zajonc and Markus. **Journal of Consumer Research**, v. 12, p. 358-362, December, 1985.

- VERMEIRE, E.; HEARNSHAW, H.; ROYEN, V.; DENEKENS, J. Patient Adherence to Treatment: Three Decades of Research. A Comprehensive Review. **Journal of Clinic Pharmacy and Therapeutics**, v. 26, p. 331-342, 2001.
- WATSON J. Carative factors, Caritas processes guide to professional nursing. **Clinical Nursing Journal**, v. 20, n. 3, p. 21-27, 2006.
- WEBBER, S. S. Development of Cognitive and Affective Trust in Teams: A Longitudinal Study. **Small Group Research**, v. 39 n. 6, p. 746-769, 2008.
- WESTBROOK, R. A.; OLIVER, R. L. The dimensionality of consumption emotion patterns and consumer satisfaction. **Journal of Consumer Research**, v. 18, n. 1, Jun., 1991.
- WESTBROOK, R. A.; REILLY, M. D. Value-Percept Disparity: An Alternative to the Disconfirmation of Expectations Theory of Consumer Satisfaction, em **Advances in Consumer Research**, n. 10, eds. Richard P. Bagozzi and Alice M. Tybout, Ann Arbor : Association for Consumer Research, 256-261, 1983.
- WILLIAMSON, O. E. Calculativeness, Trust, and Economic Organization. **The Journal of Law and Economics**, v. 36, April, 1993.
- WILLIAMSON, O. E. **Markets and Hierarchies**. New York, Free Press, 1975.
- ZAJONK, R. B. Feelings and thinking: Preferences need no Inferences. **American Psychologist**, v. 35, p. 151-175, 1980.
- ZAND, D. E. Trust and Managerial problem Solving. **Administrative Science Quarterly**, n. 17, p. 229-239, 1972.
- ZHAO, X.; LYNCH JR. JR., J. G.; CHEN, Q. Reconsidering Baron and Kenny: Myths and Truths about Mediation Analysis. **Journal of Consumer Research**, v. 37, 2010.
- ZEITHAML, V. A.; BITNER, M. J.; GREMLER, D. D. **Services Marketing: Integrating Customer Focus Across the Firm**, 5th Edition. New York: Irwin/McGraw-Hill, 2009.
- ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L.; PARASURAMAN, A. The Behavioral Consequences of Service Quality. **The Journal of Marketing**, v. 60, n. 2, p. 31-46, 1996.
- ZIEBLAN, S.; CHAPPLE, A.; DUMELOW, C.; EVANS, J.; PRINJHA, S.; ROZMOVITZ, L. How the internet affects patients' experience of cancer: a qualitative study. **British Medical Journal**, v. 328, n. 6, p. 1-6, 2004.

ANEXO A – CONSENTIMENTO INFORMADO

INFORMED CONSENT

Project Title: Exploring Consumer Behavior in Services

Please read this consent document carefully before you decide to participate in this study.

Purpose of the research study: The purpose of this study is to examine how you feel when faced with different situations in service encounters.

What you will be asked to do: In this study, you will be asked to read about some different situations that involves services providers. Then, you will be asked to complete a questionnaire.

Time required: Approximately 25 minutes.

Risks: We do not anticipate any discomfort arising from the questions asked in this questionnaire.

Benefits/Compensation: Beyond the one point of extra credit you will earn, there are no other benefits anticipated.

Confidentiality: Your identity will be kept confidential to the extent required by law. When the study is completed and the data have been analyzed, any identifying data will be destroyed. Your name will not be used in any report. Dr. Lutz will not see a list of names of those who participate.

Voluntary participation: Your participation is completely voluntary. There is no penalty for not participating.

Right to withdraw from the study: You have the right to withdraw from the study at any time without consequence. In other words, if you choose to leave this questionnaire incomplete at any point, there will be no negative consequences.

Whom to contact if you have any questions about the study:

Dr. Richard J. Lutz, Ph.D., Marketing Dept., 212 Bryan Hall, (352) 273-3273
or Mellina Terres, Marketing Research Assistant, Marketing Dept., (352) 246-5072

Whom to contact about your rights in the study:

UFIRB Office, PO Box 112250, UF, (352) 392-0433

Agreement: I have read the procedure described above. I voluntarily agree to participate in the procedure and I have received a copy of this description.

Participant: _____ Date: _____

Principal Investigator: _____ Date: _____

**ANEXO B – AMOSTRA DE CENÁRIOS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE
DADOS DO ESTUDO 1**

**CENÁRIO DE CONSEQUÊNCIAS SEVERAS, “POUCO AFETO” E “POUCA
COGNIÇÃO”**

Code: 1

Please, STOP and THINK carefully about the situation below:

Sam started his college studies last year and now is living alone in a city very far from his parents' house. In the last three months, he has had a strong stomach ache. He goes to the emergency room and the doctor decides to run a battery of tests. After 3 days, Sam comes back to the hospital to see the exam results. The tests show that Sam has a Characinoid Tumor. This tumor occurs when cells in the body become abnormal and multiplies, forming a growth of tissue. The tumor can be benign or malignant. A benign tumor is not cancerous and usually can be removed without it causing much harm. A malignant tumor is cancerous and can be harmful if not found early and treated. The doctor tells him that he needs to look for a specialist immediately.

Sam schedules an appointment with a doctor, called Dr. Heiden, indicated by his health insurance. Dr. Heiden is the only doctor available immediately. After Sam schedules an appointment, he searches for the doctor's name on Google to find more information about him. Dr. Heiden is a young doctor who doesn't have much practical experience. Sam also saw some bad reviews about him. Some people affirm that they did not achieve good results after having followed the treatment prescribed by Dr. Heiden.

At the scheduled time, Sam went to the clinic to see Dr. Heiden. Sam sat in the waiting room until Dr. Heiden called his name for the consultation. Sam went into Dr. Heiden's office and Dr. Heiden started to ask him, very coldly, about his symptoms, without making any eye contact. Then, Dr. Heiden examined him and asked to run more specific tests. Sam did not feel very comfortable to talk openly about his problem because Dr. Heiden did not seem to be interested in him as a human being, only as a patient. After that, Dr. Heiden prescribed some pain medications for. When the tests that he asked for are ready, Sam needs to come back to see Dr. Heiden again.

Doctor Search | RateMDs.com - Windows Internet Explorer

http://www.ratemds.com/doctor-ratings

File Edit View Favorites Tools Help

Google Search Share Sidewiki Check mellin.

Doctor Search | RateMDs.com

Main | Find a Doctor | Browse Rated Docs | Add/Rate Doc | FAQ | Forums | My Profile

RateMDs.com

Main links

- o Main
- o Find a Doctor
- o Browse Rated Docs
- o Add/Rate Doc
- o FAQ
- o Forums
- o My Profile

Other links

- o My Doctors
- o Chat (IRC)
- o Dr. House (for fun)
- o Contact Us

Active forum topics

- On Thread Deletion
- John will you please delete this thread
- Patient Expectations Too High?
- Patient Expectations Too High?
- Rating Feedback for Dr. Rosenkrantz (949322)

[more](#)

Please search by **at least** one category.
Note: **all fields are OPTIONAL**

Country:

Doctor Name:

Enter **last name** or last name, first name (include comma)

City: State:

Specialty:

- Oncologist
- Ophthalmologist
- Optometrist
- Oral Surgeon
- Orthodontist
- Orthopedic Surgeon
- Pain Management

(Press the "Ctrl" key while clicking to select multiple Specialties)

Male: Female: Both:

Zip / Postal Code: Radius:

Show Rated Docs Only?

Date	Comments	Range: 1-5 (5 is best)	Overall Quality
02/17/2010	Referred to Dr. Heiden by my insurance when I was first diagnosed with cancer one year ago. I have asked him numerous times to give me more information on my particular cancer and I always get analogies so detailed that it just seems to go in circles. I have absolutely never gotten a straight or satisfactory answer to my questions. As for his knowledge, very poor. I am searching a second opinion.	Avg Punctuality: 1.0 Avg Helpfulness: 1.0 Avg Knowledge: 1.0 Overall Quality*: 1.0	
08/02/2010	Medications are working well, but I think that he is not the best doctor to treat my cancer. He is not sure about his diagnosis and I am not feeling comfortable because of this.	Avg Punctuality: 2.5 Avg Helpfulness: 3.0 Avg Knowledge: 2.0 Overall Quality*: 2.5	

**CENÁRIO DE CONSEQUÊNCIAS SEVERAS, “MUITO AFETO” E “MUITA
COGNIÇÃO”**

Code: 3

Please, STOP and THINK carefully about the situation below:

Sam started his college studies last year and now is living alone in a city very far from his parents' house. In the last three months, he has had a strong stomach ache. He goes to the emergency room and the doctor decides to run a battery of tests. After 3 days, Sam comes back to the hospital to see the exam results. The tests show that Sam has a Characinoid Tumor. This tumor occurs when cells in the body become abnormal and multiplies, forming a growth of tissue. The tumor can be benign or malignant. A benign tumor is not cancerous and usually can be removed without it causing much harm. A malignant tumor is cancerous and can be harmful if not found early and treated. The doctor tells him that he needs to look for a specialist immediately.

Sam schedules an appointment with a doctor recommended by a friend of his father. His father's friend knew Dr. Heiden because his uncle had a similar problem and he had good results after having followed the treatment prescribed by Dr. Heiden. Sam was surfing in the Internet and decided to search for the Dr. Heiden's name on Google to see more information about him. Dr. Heiden is a reputed senior doctor with 30 years of experience in medicine. Dr. Heiden has very good reviews.

At the scheduled time, Sam went to the clinic to see Dr. Heiden. Sam sat in the waiting room until Dr. Heiden called his name for the consultation. Then, Sam went into Dr. Heiden's office and, Dr. Heiden started to ask very nicely about his symptoms and made eye contact while listening. Then, Dr. Heiden examined him and asked to run more specific tests. Dr. Heiden talked honestly, but at the same time carefully, about what he thought about Sam's problem. Dr. Heiden seemed to be interested in him, as a human being, not just as a patient. After that, Dr. Heiden prescribed some pain medications for Sam. When the tests that he asked for are ready, Sam needs to come back to see Dr. Heiden again.

Doctor Search | RateMDs.com - Windows Internet Explorer

http://www.ratemds.com/doctor-ratings

File Edit View Favorites Tools Help

Google Search Share Sidewiki Check mellin.

Doctor Search | RateMDs.com

Main | Find a Doctor | Browse Rated Docs | Add/Rate Doc | FAQ | Forums | My Profile

RateMDs.com

Main links

- o Main
- o Find a Doctor
- o Browse Rated Docs
- o Add/Rate Doc
- o FAQ
- o Forums
- o My Profile

Other links

- o My Doctors
- o Chat (IRC)
- o Dr. House (for fun)
- o Contact Us

Active forum topics

- On Thread Deletion
- John will you please delete this thread
- Patient Expectations Too High?
- Patient Expectations Too High?
- Rating Feedback for Dr. Rosenkrantz (949322)

[more](#)

Please search by **at least** one category.
Note: **all fields are OPTIONAL**

Country:

Doctor Name:

Enter **last name** or last name, first name (include comma)

City: State:

Specialty:

- Oncologist
- Ophthalmologist
- Optometrist
- Oral Surgeon
- Orthodontist
- Orthopedic Surgeon
- Pain Management

(Press the "Ctrl" key while clicking to select multiple Specialties)

Male: Female: Both:

Zip / Postal Code: Radius:

Show Rated Docs Only?

Date	Comments	Range: 1-5 (5 is best)	Overall Quality
02/17/2010	Dr. Heiden is a highly-qualified doctor. I went to Dr. Heiden for a second opinion and he was wonderful. Very intelligent and willing to explain very things and answer all my questions. Highly recommend his practice.	Avg Punctuality: 5.0 Avg Helpfulness: 5.0 Avg Knowledge: 5.0 Overall Quality*:5.0	
08/02/2010	He is a very good doctor. The pain medication worked very well. He is respected for doing a good work. However, he didn't explain me the medication side effects, and I had some side effects.	Avg Punctuality: 2.5 Avg Helpfulness: 3.0 Avg Knowledge: 2.0 Overall Quality*:2.5	

ESCALAS UTILIZADAS

<i>How much do you agree with the following statements?</i>	<i>Strongly Disagree</i>							<i>Strongly Agree</i>	
	1	2	3	4	5	6	7		
<i>The problem faced by Sam has high consequences.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)		
<i>The problem faced by Sam is severe.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)		
<i>Sam is concerned about the probability of serious consequences of his problem.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)		
<i>This problem faced by Sam has consequences that he does NOT need to worry about it.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)		

<i>How much do you agree with the following statements?</i>	<i>Strongly Disagree</i>							<i>Strongly Agree</i>	
	1	2	3	4	5	6	7		
<i>Sam and Dr. Heiden have a sharing relationship. Sam can freely share his ideas, feelings, and hopes.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)		
<i>Sam can talk freely to Dr. Heiden about difficulties that he is having and know that he will want to listen.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)		
<i>Sam would feel a sense of loss if he could no longer has Dr. Heiden as his doctor.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)		
<i>If Sam shares his problems with Dr. Heiden, he knows he would respond constructively.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)		
<i>Sam can say that Dr. Heiden probably will make a considerable emotional investments in their patient-doctor relationship.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)		

<i>How much do you agree with the following statements?</i>	<i>Strongly Disagree</i> <i>Strongly Agree</i>						
	1	2	3	4	5	6	7
<i>Dr. Heiden approaches his job with professionalism.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<i>Sam probably sees no reason to doubt his competence.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<i>Sam can rely on Dr. Heiden not to make his treatment more difficult by careless work.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<i>Probably, most people, even those who aren't close friends of Dr. Heiden, respect him as a doctor.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<i>Other doctors and patients who must interact with Dr. Heiden probably consider him to be trustworthy.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

<i>How much do you agree with the following statements?</i>	<i>Strongly Disagree</i> <i>Strongly Agree</i>						
	1	2	3	4	5	6	7
<i>Sam would seek a second opinion from another doctor.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<i>Sam would check the information given by Dr. Heiden on Google.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<i>Sam would NOT seek another doctor's evaluation.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

<i>How much do you agree with the following statements?</i>	<i>Strongly Disagree</i> <i>Strongly Agree</i>						
	1	2	3	4	5	6	7
<i>After the tests are ready, Sam would come back to Dr. Heiden's office to discuss the results.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<i>Sam would intend to continue his treatment with Dr. Heiden.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<i>Sam would NEVER come back to Dr. Heiden's office.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

I feel that Dr. Heiden is...

<i>Very incompetent</i>	(1)---(2)---(3)---(4)---(5)---(6)---(7)	<i>Very competent</i>
<i>Very low expertise</i>	(1)---(2)---(3)---(4)---(5)---(6)---(7)	<i>Very high expertise</i>

How can you characterize Dr. Heiden's behavior?

<i>Very uncaring</i>	(1)---(2)---(3)---(4)---(5)---(6)---(7)	<i>Very caring</i>
<i>Very uncompassionate</i>	(1)---(2)---(3)---(4)---(5)---(6)---(7)	<i>Very compassionate</i>
<i>Very unfriendly</i>	(1)---(2)---(3)---(4)---(5)---(6)---(7)	<i>Very friendly</i>
<i>Very unsympathetic</i>	(1)---(2)---(3)---(4)---(5)---(6)---(7)	<i>Very sympathetic</i>

How can you characterize Dr. Heiden's behavior?

<i>How much do you agree with the following statements?</i>	<i>Strongly Disagree</i>							<i>Strongly Agree</i>	
	1	2	3	4	5	6	7		
<i>Sam would trust Dr. Heiden.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)		
<i>Sam would rely on Dr. Heiden.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)		
<i>Sam thinks that Dr. Heiden would be dependable.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)		
<i>Sam would NOT trust Dr. Heiden.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)		
<i>Sam would feel that Dr. Heiden is reliable.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)		

Gender: () Male () Female

How old are you? _____ years-old

Thank you!

**ANEXO C – AMOSTRA DE CENÁRIOS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE
DADOS DO ESTUDO 2**

**CENÁRIO DE CONSEQUÊNCIAS SEVERAS, “POUCA CONFIANÇA” E
DIFERENTE DIAGNÓSTICO**

Code: 1

Please, STOP and THINK carefully about the situation below:

Sam started his college studies last year and is now living alone in a city very far from his parents' house. In the last three months, he has had a strong stomach ache, so he goes to the emergency room and the doctor runs a battery of tests. After 3 days, Sam comes back to the hospital for the exam results. The tests show that Sam has a Characinoid Tumor. The tumor may be benign or malignant. A benign tumor is not cancerous and usually can be removed without causing much harm. A malignant tumor is cancerous and can be harmful if not found and treated early. The doctor tells him that he needs to look for a specialist immediately.

Sam schedules an appointment with a doctor, called Dr. Heiden, indicated by his health insurance. Sam goes into Dr. Heiden's office and Dr. Heiden asks him about his symptoms. Then, Dr. Heiden examines him and asks to run more specific tests. After one week, when the tests he requested are ready, and Sam comes back to see Dr. Heiden again. In the second consultation, Sam goes into Dr. Heiden's office and tells him that medications are not working and that he still feels a lot of pain. Dr. Heiden evaluates the test, but doesn't seem to be sure about the diagnosis. Dr. Heiden runs many tests but doesn't know exactly what kind of cancer Sam has. Dr. Heiden requests more tests. After one week, Sam reports that the pain medications are now working well. Dr. Heiden diagnosed the kind of cancer Sam had. Sam starts the treatment with chemotherapy immediately.

Sam is very anxious with this situation and decides to seek a second opinion. The other doctor doesn't agree with Dr. Heiden's diagnosis. He also tells Sam that the medications indicated by Dr. Heiden are not the best for his case, and prescribes other medications. Sam decides to await the results of the next tests to consider changes in his treatment.

One month after Sam has starts the chemotherapy, Dr. Heiden asks for new tests to evaluate the efficacy of the treatment. Unfortunately, no effects on the tumor were observed.

**CENÁRIO DE CONSEQUÊNCIAS SEVERAS, “MUITA CONFIANÇA” E MESMO
DIAGNÓSTICO**

Code: 3

Please, STOP and THINK carefully about the situation below:

Sam started his college studies last year and is now living alone in a city very far from his parents' house. In the last three months, he has had a strong stomach ache, so he goes to the emergency room and the doctor runs a battery of tests. After 3 days, Sam comes back to the hospital for the exam results. The tests show that Sam has a Characinoid Tumor. The tumor may be benign or malignant. A benign tumor is not cancerous and usually can be removed without causing much harm. A malignant tumor is cancerous and can be harmful if not found and treated early. The doctor tells him that he needs to look for a specialist immediately.

Sam schedules an appointment with a doctor, called Dr. Heiden, indicated by his health insurance. Sam goes into Dr. Heiden's office and Dr. Heiden asks him about his symptoms. Then, Dr. Heiden examines him and asks to run more specific tests. After one week, when the tests he requested are ready, Sam goes back to see Dr. Heiden again. In the second consultation, Sam goes into Dr. Heiden's office and tells him that the medications worked very well. Sam doesn't feel pain anymore. Dr. Heiden evaluates the tests and diagnoses Sam's cancer. Dr. Heiden tells Sam about the treatment options, and answers all questions Sam has about medications, treatments, need for surgery, etc. Sam starts the treatment with chemotherapy immediately.

Sam is very anxious with this situation and decides to seek a second opinion. The other doctor agrees with Dr. Heiden's diagnosis. He also tells Sam that the medications indicated by Dr. Heiden are very effective in his case, and that he should keep taking the prescribed medications.

One month after Sam starts the chemotherapy, Dr. Heiden's asks for new tests to evaluate the efficacy of the treatment. Fortunately, the tumor is smaller.

ESCALAS UTILIZADAS

<i>How much do you agree with the following statements?</i>	<i>Strongly Disagree</i> ←						<i>Strongly Agree</i> →
	1	2	3	4	5	6	7
<i>The problem faced by Sam has high consequences.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<i>The problem faced by Sam is severe.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<i>Sam is concerned about the probability of serious consequences of his problem.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<i>This problem faced by Sam has consequences that he does NOT need to worry about it.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

<i>How much do you agree with the following statements?</i>	<i>Strongly Disagree</i> ←						<i>Strongly Agree</i> →
	1	2	3	4	5	6	7
<i>The second opinion corroborated with Dr. Heiden's evaluations.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<i>The second opinion didn't corroborate with Dr. Heiden's evaluations.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

<i>How much do you agree with the following statements?</i>	<i>Strongly Disagree</i> ←						<i>Strongly Agree</i> →
	1	2	3	4	5	6	7
<i>Sam would trust Dr. Heiden.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<i>Sam would rely on Dr. Heiden.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<i>Sam thinks that Dr. Heiden would be dependable.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<i>Sam would NOT trust Dr. Heiden.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<i>Sam would feel that Dr. Heiden is reliable.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

Turn the Page



<i>In your opinion, how likely is Sam to...</i>	<i>Not at all likely</i> ← → <i>Extremely likely</i>						
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<i>Say positive things about Dr. Heiden to other people.</i>							
<i>Recommend Dr. Heiden to someone who seeks his advice.</i>							
<i>Encourage friends and relatives to go to Dr. Heiden.</i>							

<i>In your opinion, how likely is Sam to...</i>	<i>Not at all likely</i> ← → <i>Extremely likely</i>						
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<i>Consider Dr. Heiden as his first choice for this kind of service.</i>							
<i>If necessary, make more appointments with Dr. Heiden over the next months.</i>							
<i>Sam intends to continue his treatment with Dr. Heiden.</i>							
<i>Sam will NEVER come back to Dr. Heiden's office.</i>							

<i>How much do you agree with the following statements?</i>	<i>Strongly Disagree</i> ← → <i>Strongly Agree</i>						
	1	2	3	4	5	6	7
<i>Sam is totally satisfied with Dr. Heiden.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<i>Some things about Sam's consultation with Dr. Heiden could have been better.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<i>Sam is NOT completely satisfied with his visit to Dr. Heiden.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

Gender: () Male () Female

How old are you? _____ years-old

Thank you!

**ANEXO D – AMOSTRA DE CENÁRIOS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE
DADOS DO ESTUDO 3**

**CENÁRIO DE CONSEQUÊNCIAS BRANDAS, “POUCO AFETO” E “POUCA
COGNIÇÃO”**

Code: 1

Please, STOP and THINK carefully about the situation below:

Imagine that you are having very few small red pimples on your neck caused by acne. You call your health insurance, and they referred you to a dermatologist named Dr. Liz Adams.

After you schedule the appointment, you search for the doctor's name on Google to find more information about her. Dr. Adams is a young doctor who doesn't have much practical experience. You also see some bad reviews about her. Some people affirm that they did not achieve good results after having followed the treatment prescribed by Dr. Adams.

Dr. Adams calls your name at the time scheduled. She examines you and prescribes a medication for you to spread on your neck. During the consultation, you perceive that Dr. Adams has very bad skin. You ask her if she could indicate some treatment to remove a blemish you have on your face, and she tells you that she doesn't know any good medications or procedure. She doesn't recommend any sun screen, even though you know that based on your previous treatment that usually this kind of lotion can cause spots if you don't protect your skin from the sun.

While you are talking about your problem, Dr. Adams continues writing in her pad without showing any concern for you. You don't feel very comfortable talking to her because she doesn't seem to be interested in you as a human being, only as one more patient. Dr. Adams did not spend much time listening you. She seemed to be in a hurry.

Date	Comments	Range: 1-5 (5 is best)	Overall Quality
02/17/2010	<p>Referred to Dr. Adams by my insurance when I was diagnosed with a skin problem one year ago. I have asked her numerous times to give me more information on my particular problem and I always get analogies so detailed that it just seems to go in circles. I have absolutely never gotten a straight or satisfactory answer to my questions. As for her knowledge, very poor. I am searching a second opinion.</p>	<p>Avg Punctuality: 1.0 Avg Helpfulness: 1.0 Avg Knowledge: 1.0</p> <p>Overall Quality*:1.0</p>	
08/02/2010	<p>Medications are working well, but I think that she is not the best doctor to treat my skin. She is not sure about her diagnosis and I am not feeling comfortable because of this.</p>	<p>Avg Punctuality: 2.5 Avg Helpfulness: 3.0 Avg Knowledge: 2.0</p> <p>Overall Quality*:2.5</p>	

CENÁRIO DE CONSEQUÊNCIAS BRANDAS, “MUITO AFETO” E “MUITA COGNIÇÃO”

Code: 3

Please, STOP and THINK carefully about the situation below:

Imagine that you are having very few small red pimples on your neck caused by acne. You call your health insurance, and they referred you to a dermatologist named Dr. Liz Adams.

After you schedule the appointment, you search for the doctor's name on Google to find more information about her. Dr. Adams is a reputed senior doctor with 30 years of experience in medicine. Dr. Adams has very good reviews. Some people affirm that they achieved very good results after having followed the treatment prescribed by Dr. Adams.

Dr. Adams calls your name at the time scheduled. She examines you very well and prescribes a medication for you to take orally, and another for you spread on your neck. During the consultation, you perceive that Dr. Adams has very good skin. She is a professor in a very good university and well recognized by her work in skin treatment. She wrote a book about it. Then, you ask her if she would indicate some treatment to remove a blemish on your face, and she tells you that she can try a laser procedure that is usually very effective.

While you are talking about your problem, Dr. Adams maintains eye contact. You feel very welcome and comfortable talking about your problem. Dr. Adams seems to be interested in you as a human being, not just as a patient. Dr. Adams takes a lot of time talking with you. Dr. Adams seems committed to her patients.

Date	Comments	Range: 1-5 (5 is best)	Overall Quality
02/17/2010	Dr. Adams is a highly-qualified doctor. I went to Dr. Adams for a second opinion and she was wonderful. Very intelligent and willing to explain very things and answer all my questions. Highly recommend her practice.	Avg Punctuality: 5.0 Avg Helpfulness: 5.0 Avg Knowledge: 5.0 Overall Quality*:5.0	
08/02/2010	She is a very good doctor. The medication worked very well. She is respected for doing a good work. However, she didn't explain me the medication side effects, and I had some side effects.	Avg Punctuality: 2.5 Avg Helpfulness: 3.0 Avg Knowledge: 2.0 Overall Quality*:2.5	

ESCALAS UTILIZADAS

Code: 1

How can you characterize Dr. Heiden's behavior?

<i>Very uncaring</i>	(1)---(2)---(3)---(4)---(5)---(6)---(7)	<i>Very caring</i>
<i>Very uncompassionate</i>	(1)---(2)---(3)---(4)---(5)---(6)---(7)	<i>Very compassionate</i>
<i>Very unfriendly</i>	(1)---(2)---(3)---(4)---(5)---(6)---(7)	<i>Very friendly</i>
<i>Very unsympathetic</i>	(1)---(2)---(3)---(4)---(5)---(6)---(7)	<i>Very sympathetic</i>

<i>How much do you agree with the following statements?</i>	Strongly Disagree ←							Strongly Agree →
	1	2	3	4	5	6	7	
<i>The skin problem that I am facing has low consequences.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	
<i>The skin problem that I am facing is very severe.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	
<i>I am very concerned about the consequences of my skin problem.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	
<i>This skin problem that I am facing has high consequences that I need to worry about it.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	

How can you characterize your skin problem?

<i>Very low consequences</i>	(1)---(2)---(3)---(4)---(5)---(6)---(7)	<i>Very high consequences</i>
------------------------------	---	-------------------------------

How can you characterize Dr. Adams' behavior?

<i>Very incompetent</i>	(1)---(2)---(3)---(4)---(5)---(6)---(7)	<i>Very competent</i>
<i>Very low expertise</i>	(1)---(2)---(3)---(4)---(5)---(6)---(7)	<i>Very high expertise</i>



Turn the page

<i>How much do you agree with the following statements?</i>	<i>Strongly Disagree</i> ← <i>Strongly Agree</i>						
	1	2	3	4	5	6	7
<i>I would trust Dr. Adams.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<i>I would rely on Dr. Adams.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<i>I think that Dr. Adams would be dependable.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<i>I would NOT trust Dr. Adams.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<i>I would feel that Dr. Adams is reliable.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

<i>How much do you agree with the following statements?</i>	<i>Strongly Disagree</i> ← <i>Strongly Agree</i>						
	1	2	3	4	5	6	7
<i>I would seek a second opinion from another doctor.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<i>I would check the information given by Dr. Adams on Google.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<i>I would NOT seek another doctor's evaluation.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

<i>How likely are you to...</i>	<i>Not at all likely</i> ← <i>Extremely likely</i>						
	1	2	3	4	5	6	7
<i>Consider Dr. Adams as your first choice for this kind of service.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<i>Make more appointments with Dr. Adams over the next months.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<i>Continue the skin treatment with Dr. Adams.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<i>Come back to Dr. Adams' office.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

Gender: () Male () Female

How old are you? _____ years-old

Thank you!

**ANEXO E – AMOSTRA DE CENÁRIOS E INSTRUMENTOS DE COLETA DE
DADOS DO ESTUDO 4**

**CENÁRIO DE CONSEQUÊNCIAS BRANDAS, “POUCA CONFIANÇA” E BAIXA
CONVENIÊNCIA**

Code: 1

Please, STOP and THINK carefully about the situation below:

Imagine that you are having very few small red pimples on your face and neck caused by acne. You call your health insurance, and they referred you to a dermatologist named Dr. Liz Adams.

The building that Dr. Adams' office is located is very ugly, and the office decoration is antiquated. In the waiting room, there are old magazines. Dr. Adams calls your name at the time scheduled. She examines you and prescribes a medication for you to take, and another for you to spread on your face and on your neck. During the consultation, you perceive that Dr. Adams has very bad skin. You see that her diploma is dated only 2 years ago.

Dr. Adams tells you that you need to go to her office every month for one year to complete the skin treatment. Dr. Adams' office is very far from your place, and there is no parking space available around the building. Only one bus can reach that area, and you have to take at least 2 buses to go there. Dr. Adams is only available when usually you have classes.

**CENÁRIO DE CONSEQUÊNCIAS BRANDAS, “MUITA CONFIANÇA” E ALTA
CONVENIÊNCIA**

Code: 3

Please, STOP and THINK carefully about the situation below:

Imagine that you are having very few small red pimples on your face and neck caused by acne. You call a friend, who has experience with the same problem, and he recommends a dermatologist named Dr. Liz Adams.

The building where Dr. Adams’s office is located is very beautiful, and the office decoration is really fancy. In the waiting room, there are updated magazines for patient distraction. One of these magazines has an interview with Dr. Adams talking about skin treatments.

At the time scheduled, Dr. Adams calls your name. She examines you and prescribes a medication for you take, and another for you spread on your face and on your neck. During the consultation, you perceive that Dr. Adams has really good skin. You see that her diploma is dated about 20 years ago.

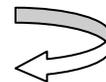
Dr. Adams tells you that you need to go to her office every month for one year to complete the skin treatment. Dr. Adams’ office is within walking distance to your place, and there are a lot of parking spaces available around the building. Also you have at least 3 buses available so that it takes about 2 minutes to get there. Dr. Adams is available during your free time.

ESCALAS UTILIZADAS

<i>How much do you agree with the following statements?</i>	<i>Strongly Disagree</i> <i>Strongly Agree</i>						
	1	2	3	4	5	6	7
<i>The skin problem that I am facing has low consequences.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<i>The skin problem that I am facing is severe.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<i>I am concerned about the consequences of my skin problem.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<i>This skin problem that I am facing has consequences that I need to worry about it.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

<i>How much do you agree with the following statements?</i>	<i>Strongly Disagree</i> <i>Strongly Agree</i>						
	1	2	3	4	5	6	7
<i>I would trust Dr. Adams.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<i>I would rely on Dr. Adams.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<i>I think that Dr. Adams would be dependable.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<i>I would NOT trust Dr. Adams.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<i>I would feel that Dr. Adams is reliable.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

Turn the page



<i>How much do you agree with the following statements?</i>	Strongly Disagree ← → Strongly Agree						
	1	2	3	4	5	6	7
<i>I am able to go to Dr. Adams' office quickly and easily.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<i>Dr. Adams' office has convenient parking.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<i>Dr. Adams' office is in a convenient location.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<i>Dr. Adams' has convenient schedule.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

<i>How likely are you to...</i>	Not at all likely ← → Extremely likely						
	1	2	3	4	5	6	7
<i>Consider Dr. Adams as your first choice for this kind of service.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<i>Make more appointments with Dr. Adams over the next months.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<i>Continue the skin treatment with Dr. Adams.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
<i>Come back to Dr. Adams' office.</i>	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

What are your guesses about the hypotheses of this study?

Gender: () Male () Female

How old are you? _____ years-old

Thank you!