

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

RUBENS BARROS COELHO

**O PROCESSO DE BUSCA DE INFORMAÇÕES NA ESCOLHA DE PROFISSIONAIS
DA ÁREA DA SAÚDE PELO CONSUMIDOR**

Porto Alegre, novembro de 2004

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO
PROGRAMAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO**

Rubens Barros Coelho

**O PROCESSO DE BUSCA DE INFORMAÇÕES NA ESCOLHA DE PROFISSIONAIS
DA ÁREA DA SAÚDE PELO CONSUMIDOR**

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

Orientador: Prof. Dr. Luiz Antônio Slongo

Porto Alegre, novembro de 2004.

AGRADECIMENTOS

Agradeço especialmente a Deus e a minha família, que sempre acreditou em mim e me patrocinou. Agradeço da mesma forma a minha namorada, Renata Duarte, pelo apoio emocional, pelo companheirismo e compreensão, e pelas repetidas revisões de ortografia e de apresentação das idéias dessa dissertação. Agradeço também aos meus colegas de mestrado e doutorado pela grata convivência de quase dois anos de apoio e cooperação mútua, com destaque especial para Fabiano Larentis, Dilney Albornoz, Felipe Feldens, Hugo Müller, Guilherme Liberali, Gerson Goulart e meus demais colegas do marketing 2003. Agradeço, ainda, ao meu orientador, o Prof. Dr. Luiz Antonio Slongo, pela amizade e pelas idéias e conhecimentos transmitidos, ao Prof. Dr. João Luiz Becker, pelo suporte nas análises estatísticas do trabalho, ao Prof. Dr. Antonio Carlos Maçada, pelo apoio e pela amizade, e a banca examinadora, pelas dicas e aconselhamentos. Por fim, agradeço ao povo brasileiro, que por meio da organização do estado que compõem, mantém a universidade pública, gratuita e de qualidade e a CAPES, pelo período em que disponibilizou a bolsa de mestrado muito importante para os estudantes que se dedicam de forma exclusiva, como é exigido pelo curso de mestrado acadêmico por seu volume de trabalho e nível de qualidade exigidos.

RESUMO

Esse trabalho aborda as questões relativas à comunicação de serviços na área da saúde. A cultura assistencialista existente nessa área produziu restrições éticas e legais em relação à promoção de serviços na área da saúde, o que torna a comunicação interpessoal um importante meio de comunicação dos serviços nessa área. Utilizando a técnica da análise conjunta, a importância relativa da comunicação de boca em boca foi verificada em comparação a categorias de mídias tradicionais como a mídia externa, mídia eletrônica, mídia impressa e mídia direcionada na escolha de serviços na área da saúde pelos consumidores. A pesquisa realizada mostrou que os 80 pacientes de uma clínica odontológica da cidade de Porto Alegre-RS vêem a comunicação de boca em boca positiva como a mídia mais importante na escolha dos serviços na área da saúde pelos consumidores. Além disso, dentre outras coisas, ainda foi testada a influência da familiaridade dos consumidores com os serviços na área da saúde na importância dada à comunicação de boca em boca. Entretanto, não houve diferença significativa entre os pacientes que responderam que tinham familiaridade e os que responderam que não tinham familiaridade com os serviços nessa área.

Palavras-chave: comportamento do consumidor, serviços de saúde, comunicação de boca em boca.

ABSTRACT

This thesis treats of the questions related to the communication of health services. The assistentialist culture that exists in this area produced ethical and legal restrictions to the promotion of the health services that turns the interpersonal communication an important media for health services. Using conjoint analysis technique, the relative importance of word of mouth communication was verified in comparison to traditional categories of medias as outdoors, electronic media, press media and direct mail in consumer choice of health services. The research showed that the 80 patients of a dentistry clinic of the Porto Alegre-RS city see the positive word to mouth communication as the most important media in the consumer choice of health services. Furthermore, among other things, the influence of consumer's familiarity with the health services in the importance given to the word of mouth by the consumers was also tested. However, there was no significant difference between the patients that answered that were familiar to the health services and the patients that answered that were not familiar to the health services.

Key words: consumer behavior, health service, word to mouth communication.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	III
RESUMO	IV
ABSTRACT	V
LISTA DE FIGURAS	VIII
1 INTRODUÇÃO	1
1.1 DELIMITAÇÃO DO TEMA	2
1.2 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA	5
1.3 IMPORTÂNCIA DO ESTUDO	10
1.4 DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS.....	11
1.4.1 – OBJETIVOS GERAIS.....	11
1.4.2 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	13
2.1 PROCESSOS DE DECISÃO DE COMPRA	14
2.1.1 ESTÁGIO DE BUSCA DE INFORMAÇÕES	15
2.1.2 COMUNICAÇÃO DE BOCA EM BOCA.....	20
2.1.2.1 – Boca em Boca Positivo	20
2.1.2.2 – Boca em Boca Negativo	24
2.2 GRUPOS DE REFERÊNCIA	27
3 MÉTODO	31
3.1 ETAPA EXPLORATÓRIA	31
3.2 ANÁLISE CONJUNTA (<i>CONJOINT ANALYSIS</i>).....	33
3.2.1 – TERMINOLOGIA.....	35
3.2.2 – POPULAÇÃO.....	37
3.2.3 – AMOSTRA	38
3.2.4 – INSTRUMENTO DE COLETA	39
3.2.5 – PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	39
3.2.6 – DECISÕES-CHAVE NA CONDUÇÃO DE UMA ANÁLISE CONJUNTA	40

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS	46
4.1 RESULTADOS DA ETAPA EXPLORATÓRIA	46
4.2 RESULTADOS DA ANÁLISE CONJUNTA	52
4.2.1 – ANÁLISE CONJUNTA.....	53
4.2.2 – PROCEDIMENTOS ESTATÍSTICOS POSTERIORES	64
4.2.3 – VALIDADE DO ESTUDO	66
5 CONCLUSÃO	68
5.1 SUGESTÕES DE PESQUISA FUTURA	70
5.2 IMPLICAÇÕES GERENCIAIS	71
5.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	72
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	74
ANEXOS	78

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Processos decisórios do consumidor	2
Figura 2	Conjuntos conhecido, evocado e considerado	18
Figura 3	Fluxo de dois passos	23
Figura 4	Modelo dos fatores que influenciam o comportamento de boca em boca negativo	25
Figura 5	Influências da comunicação de boca em boca na decisão de compra	29
Figura 6	Atributos e níveis de atributo do estudo	42
Figura 7	Gráfico da importância relativa das mídias estudadas	54
Figura 8	Importâncias relativas e utilidades parciais	55
Figura 9	Amostras estatísticas pareadas	56
Figura 10	Gráfico da utilidade dos níveis de atributo da mídia externa	58
Figura 11	Gráfico da utilidade dos níveis de atributo da mídia eletrônica	59
Figura 12	Gráfico da utilidade dos níveis de atributo da mídia impressa	60
Figura 13	Gráfico da utilidade dos níveis de atributo da mídia direcionada	61
Figura 14	Gráfico da utilidade dos níveis de atributo da comunicação de boca em boca	62
Figura 15	Gráfico da utilidade dos níveis de atributo das mídias estudadas	63

1 INTRODUÇÃO

Há muito tempo vêm sendo estudados os efeitos da comunicação de boca em boca em diversas situações dentro do contexto de marketing. Muitos autores têm abordado o tema sob os mais diversos aspectos. Sobre sua importância, Engel *et al.* (2000, p.470) fizeram a seguinte colocação:

O boca a boca¹ positivo pode ser um dos maiores ativos do profissional de marketing, enquanto o oposto pode ser verdadeiro quando o conteúdo é negativo. A influência pessoal não pode ser diretamente controlada por uma empresa, mas pode ser estimulada e canalizada de muitas maneiras.

Em comportamento do consumidor, esse é um assunto que já vem sendo muito discutido. Para trabalhar o assunto, essa dissertação, tem como campo de aplicação dessa teoria o serviço na área da saúde. O campo de estudo escolhido se deveu a afinidade do autor com a área da saúde, onde já desenvolveu e ainda desenvolve trabalhos de consultoria na administração de clínicas e consultórios médicos.

Para introduzir o trabalho, foi feita uma contextualização dos assuntos que englobam e se relacionam com o tema central do estudo, abordados na delimitação do tema, bem como a definição do problema de pesquisa e seus objetivos primários e secundários. Logo após, consta uma revisão bibliográfica sobre assuntos que envolvem o tema em discussão, presente no capítulo da fundamentação teórica. Depois, foram tratadas questões referentes à metodologia. Por fim, são analisados os resultados da pesquisa e é feita uma

¹ A tradução do livro original de Engel *et al.* traz o termo “boca a boca” que se refere à linguagem coloquial no Brasil, entretanto a linguagem culta traz o termo como “boca em boca”, também utilizado pelos professores de marketing do PPGA da UFRGS.

conclusão da dissertação, contendo limitações do estudo, sugestões de pesquisas futuras e implicações gerenciais.

1.1 DELIMITAÇÃO DO TEMA

A pesquisa proposta é fundamentalmente uma pesquisa de comportamento do consumidor. Engel *et al.* (2000) definiram comportamento do consumidor como sendo as atividades diretamente envolvidas em obter, consumir e dispor de produtos e serviços, incluindo os processos decisórios que antecedem e sucedem estas ações.

Modelos semelhantes desses processos referidos na definição de comportamento do consumidor foram apresentados por Engel *et al.* (2000), Sheth *et al.* (2001) e Solomon (2002). Neste trabalho, foi utilizado o modelo de Engel *et al.* por apresentar uma configuração mais elucidativa das diferentes partes dos processos, já que o modelo se apresenta mais completo do que os demais. A figura 1 expõe o modelo do Engel *et al.* (2000).



Fonte: Engel *et al.* (2000).

Figura 1 – Processos decisórios do consumidor.

Dentro do modelo apresentado, a etapa em que foi abordado o tema que nos remete ao problema pesquisado foi a de busca de informações, que no modelo proposto por Engel *et al.* (2000) foi chamado apenas de busca.

Na etapa de busca, o consumidor procura informações sobre as alternativas para resolver o seu problema de consumo, e é nesse contexto que surge a comunicação de boca em boca. Dentre as fontes de informações disponíveis, têm-se fontes empresariais, como por exemplo, a propaganda, os vendedores, os *displays* informativos e outros, e fontes não empresariais, que ficam divididas em fontes pessoais e fontes independentes. As fontes independentes são informes públicos, órgãos avaliadores de produtos e etc., já as fontes pessoais são constituídas pelas experiências anteriores de consumo e pela comunicação de boca em boca feita por amigos e outros conhecidos (SHETH *et al.*, 2001).

A comunicação de boca em boca pode ser de dois tipos: positiva ou negativa. Estimular o boca em boca positivo deveria ser um dos objetivos do mix de comunicação de muitas empresas, pois a credibilidade que é dada a esse tipo de comunicação é comprovadamente maior do que a credibilidade dada à propaganda veiculada nas mídias convencionais (HARRISON-WALKER, 2001). Já a comunicação de boca em boca negativa deve ser gerenciada devido ao grande impacto na imagem do produto, ou da empresa. Esse impacto negativo proveniente da comunicação de boca em boca negativa se dá pelo aumento do risco percebido pelo consumidor do produto ou da empresa que tenha sido alvo desse tipo de comunicação durante o processo decisório de compra (ENGEL *et al.*, 2000).

Além do estudo da comunicação de boca em boca, abordar os grupos de referência também faz parte do contexto da comunicação interpessoal. É importante estudar o relacionamento das pessoas com seus grupos de referência, pois esses grupos “ditam” normas de conduta que podem ser seguidas, por aqueles que pertencem ou desejam pertencer ao grupo. Além disso, ainda podem ser repudiadas por aqueles que possuem uma atitude dissonante em relação a um determinado grupo (ENGEL *et al.*, 2000).

Independentemente dessa classificação, os grupos de referência influenciam fortemente no comportamento referente aos processos decisórios do consumidor.

Outra peculiaridade da comunicação interpessoal é a influência do endosso de produtos ou serviços por especialistas ou celebridades. Esse é um tipo de comunicação interpessoal que ganha um aporte especial de acordo com a legitimidade dada ao especialista pela sociedade. Além disso, a legitimidade pode aumentar com a identificação do público-alvo com a celebridade, melhorando ainda mais a credibilidade do produto. O uso de celebridades amplifica os apelos emocionais e melhora a imagem do produto devido à influência interpessoal exercida pela celebridade em questão (AGRAWAL e KAMAKURA, 1995).

Dessa forma, a comunicação interpessoal pode ser fator de grande relevância no lançamento de novos produtos (ENGEL, 1969), no gerenciamento de reclamações (SWANSON e KELLEY, 2001) e, principalmente, pode ter papel estratégico fundamental no mix de comunicação de produtos e serviços (HAYWOOD, 1989). Além disso, existe uma diversidade de implicações gerenciais que envolvem as questões de comunicação interpessoal como a utilização de celebridades para a promoção de produtos e serviços, o estímulo à comunicação de boca em boca e outros.

Os assuntos abordados acima são de grande importância, especialmente na área da saúde. Como fruto de uma cultura que vem sendo reafirmada desde os primórdios da medicina, que é muito bem expressa nos códigos de ética médica e odontológica, na área da saúde, a visão dos serviços de saúde como objeto de comercialização é condenada. A área da saúde é vista pela sociedade e por ela própria como uma obra social de amparo à comunidade.

Como exemplo disso, em diversos países, o “Juramento de Hipócrates”¹ vem sendo realizado há décadas pelos estudantes de medicina durante a

¹ Hipócrates é considerado o pai da medicina. Nascido na ilha de Cós, 460 anos a.C., segundo a mitologia, é o décimo nono descendente de Esculápio e o vigésimo a partir de Zeus.

formatura. Visto como um ato simbólico, o “Juramento de Hipócrates” é um exemplo de manifestação dessa cultura. Trechos do juramento como *“prometo que, ao exercer a arte de curar, mostrar-me-ei sempre fiel aos preceitos da honestidade, da caridade e da ciência”* refletem bem essa cultura da medicina como uma obra social.

Também fruto dessa cultura, os códigos de ética médica e odontológica, que podem ser observados na próxima seção, condenam uma série de ações de comunicação que facilitariam a venda e a diferenciação dos profissionais da área da saúde no mercado.

Diante disso, a comunicação de boca em boca, ganha ainda mais importância especificamente para os serviços na área da saúde.

Todos esses assuntos se mostram pertinentes para uma abordagem mais completa do tema e podem ser analisados na fundamentação teórica.

1.2 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA

Apesar da importância da área da saúde para a sociedade, a propaganda tradicionalmente feita através das mídias de massa não é efetiva se comparada com a comunicação de boca em boca (GELB e JOHNSON, 1995).

Além disso, o Conselho Federal de Medicina (CFM), “órgão que possui atribuições constitucionais de fiscalização e normatização da prática médica”¹ e o Conselho Federal de Odontologia (CFO), cuja a “finalidade é a supervisão da

¹ Definição extraída do Código de Ética de Medicina, vigente atualmente no Brasil e adquirido no site do Conselho Federal de Medicina (CFM), www.cfm.org.br em 11/03/2004.

ética odontológica em todo o território nacional”¹, consideram anti-éticas muitas das ações de comunicação tradicionais e até mesmo fundamentais para qualquer negócio.

Atualmente, no código de ética médica vigente no Brasil, segundo os artigos 131, 132, 134 e 136, do capítulo XIII intitulado “Publicidade e Trabalhos Científicos”, replicados abaixo, é possível observar as restrições de comunicação impostas a esse mercado:

É vedado ao médico:

Art. 131 - *Permitir que sua participação na divulgação de assuntos médicos, em qualquer veículo de comunicação de massa, deixe de ter caráter exclusivamente de esclarecimento e educação da coletividade.*

Art. 132 - *Divulgar informação sobre o assunto médico de forma sensacionalista, promocional, ou de conteúdo inverídico.*

Art. 134 - *Dar consulta, diagnóstico ou prescrição por intermédio de qualquer veículo de comunicação de massa.*

Art. 136 - *Participar de anúncios de empresas comerciais de qualquer natureza, valendo-se de sua profissão.*

E também no artigo 104 do capítulo IX, intitulado “Segredo Médico”:

É vedado ao médico:

Art. 104 - *Fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou seus retratos em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos em programas de rádio, televisão ou cinema, e em artigos, entrevistas ou reportagens em jornais, revistas ou outras publicações leigas.*

¹ Definição extraída do Código de Ética de Odontologia, vigente atualmente no Brasil e adquirido no site do Conselho Federal de Odontologia (CFO), www.cfo.org.br em 11/03/2004.

No código de ética de odontologia, também é possível encontrar restrições a estratégias de comunicação comumente utilizadas, sem qualquer impedimento legal ou ético, em outras áreas de negócio.

Exemplos dessa situação são apresentados abaixo com artigos, ou partes de artigos, extraídos do Código de Ética de Odontologia aprovado pelo CFO em 20 de maio de 2003 e vigente atualmente no Brasil:

CAPÍTULO X – DAS ENTIDADES COM ATIVIDADES NO ÂMBITO DA ODONTOLOGIA

Art. 24. *Constitui infração ética:*

III – executar e anunciar trabalho gratuito ou com desconto com finalidade de aliciamento;

VIII – oferecer serviços profissionais como prêmio em concurso de qualquer natureza;

CAPÍTULO XIV – DA COMUNICAÇÃO

Art. 31. *A comunicação em Odontologia obedecerá ao disposto neste capítulo e às especificações dos Conselhos Regionais, aprovadas pelo Conselho Federal.*

§1º. *É vedado aos profissionais auxiliares, como os técnicos em prótese dentária, atendente de consultório dentário, técnico em higiene dental, auxiliar de prótese dentária, bem como aos laboratórios de prótese dentária fazer anúncios, propagandas ou publicidade dirigida ao público em geral.*

§2º. *Serão permitidas propagandas em revistas, jornais ou folhetos especializados, desde que dirigidos aos cirurgiões-dentistas, e acompanhadas*

do nome do profissional ou do laboratório do seu responsável técnico e número de inscrição no Conselho Regional de Odontologia.

SEÇÃO I

DO ANÚNCIO, DA PROPAGANDA E DA PUBLICIDADE

Art. 34. *Constitui infração ética:*

I – anunciar preços e modalidades de pagamento;

III – anunciar técnicas de tratamento, equipamentos e instalações;

IV – criticar técnicas utilizadas por outros profissionais como sendo inadequadas ou ultrapassadas;

V – dar consulta, diagnóstico ou prescrição de tratamento por meio de qualquer veículo de comunicação de massa, bem como permitir que sua participação na divulgação de assuntos odontológicos deixe de ter caráter exclusivo de esclarecimento e educação da coletividade;

VII – aliciar pacientes;

VIII – induzir a opinião pública a acreditar que exista reserva de atuação clínica para determinados procedimentos;

IX – anunciar especialidade odontológica não regulamentada pelo Conselho Federal de Odontologia;

X – divulgar ou permitir que sejam divulgadas publicamente observações desabonadoras sobre a atuação clínica ou qualquer manifestação relativa à atuação de outro profissional;

XI – oferecer trabalho gratuito com intenção de autopromoção ou promover campanhas políticas oferecendo troca de favores.

Art. 35. *Caracteriza infração ética se beneficiar de propaganda irregular ou em desacordo com o previsto neste capítulo, ainda que aquele sujeito às Normas deste Código de Ética não tenha sido responsável direto pela veiculação da publicidade.*

Art. 36. *Aplicam-se, também, as normas deste Capítulo a todos aqueles que exerçam a Odontologia, ainda que de forma indireta, sejam pessoas físicas ou jurídicas, clínicas, policlínicas, cooperativas, planos de assistência à saúde, convênios de qualquer forma, credenciamentos, administradoras, intermediadoras, seguradoras de saúde, ou quaisquer outras entidades.*

Devido a todas essas restrições éticas e legais à comunicação de massa na área da saúde, a comunicação de boca em boca ganha ainda mais importância.

Por outro lado, visto pela ótica do consumidor, a área da saúde é entendida como um serviço de alto envolvimento, ganhando assim, uma grande atenção na fase de busca de informação durante os processos decisórios do consumidor (GELB e JOHNSON, 1995).

Além da discussão referente a como, por quê e com quem as pessoas buscam informações sobre esse tipo de serviço, também foi foco do estudo descobrir por quê as pessoas indicam os profissionais de saúde às outras pessoas em seu grupo de relacionamento. Além disso, é necessário saber qual é o impacto dessas indicações na efetiva escolha dos serviços de saúde pelos consumidores.

Portanto, entender como se dá o processo de busca de informações para a escolha de profissionais na área da saúde e que tipos de influências e relações existem entre emissores e receptores das mensagens na comunicação desse tipo de serviço se torna imprescindível para uma compreensão adequada das questões que envolvem o problema.

Diante dessa situação, esse estudo se propôs a investigar como os consumidores escolhem os profissionais na área de saúde e verificar a importância relativa da comunicação de boca em boca nessa decisão.

Desse modo, a questão da pesquisa é: Qual é a importância relativa da comunicação de boca em boca, em comparação com outras formas de comunicação, na escolha do consumidor por profissionais de saúde?

1.3 IMPORTÂNCIA DO ESTUDO

A importância desse estudo está em tratar o assunto da comunicação na área da saúde. Problemas de comunicação em gestão de saúde constituem temas muito interessantes devido a um aspecto cultural existente nessa área. Por ser um serviço essencial para a sociedade e por ter desenvolvido uma cultura de assistencialismo desde a época de Hipócrates, a área da saúde se destaca das demais áreas por diversas características. Essa cultura gerou alguns impedimentos éticos e alguns impedimentos legais que fizeram da comunicação de boca em boca o caminho mais eficaz para comunicar os serviços na área da saúde.

Portanto, conduzir uma pesquisa comparando as diversas formas de comunicação disponíveis e suas efetividades em conduzir os pacientes à escolha de um determinado profissional ou de uma determinada instituição na área da saúde se torna muito instigante, pois descreve qual o comportamento do consumidor em relação à comunicação nessa área.

Outro aspecto importante desse trabalho é mostrar como a comunicação de boca em boca se porta em termos de efetividade quando é comparada a outras fontes de informações que levam os pacientes à escolha de um profissional na área da saúde. Dessa maneira, todos esses aspectos fazem desse tema inspiração para se desenvolver esse trabalho de pesquisa.

1.4 DEFINIÇÃO DOS OBJETIVOS

Nesse item são apresentados os objetivos geral e específicos desse trabalho.

1.4.1 – OBJETIVOS GERAIS

Compreender o processo de busca de informações na escolha dos consumidores por profissionais de saúde.

1.4.2 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar as mídias utilizadas durante a busca de informações dos consumidores sobre os profissionais de saúde;
2. Identificar a importância relativa da comunicação de boca em boca e de outras formas de comunicação disponíveis, na escolha dos consumidores por profissionais de saúde;
3. Verificar se os grupos de referência a que as pessoas aspiram que realizam a comunicação de boca em boca (emissores da mensagem) têm efeito na importância dada a esta comunicação pelos consumidores na escolha de profissionais de saúde.

4. Testar o efeito da valência (positivo ou negativo) da comunicação de boca em boca na importância que esta assume na escolha dos consumidores por profissionais na área da saúde;
5. Testar a influência da familiaridade dos consumidores com os serviços de saúde na importância dada à comunicação de boca em boca na escolha por profissionais na área da saúde.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Nesse capítulo são abordados temas que contextualizam e dão sustentação a todo o estudo que foi desenvolvido. Para tanto, teremos, a seguir, a revisão teórica sobre a etapa de busca de informações no processo decisório de compra, discussão que nos conduz diretamente ao tema central da dissertação que é a comunicação de boca em boca. Esta foi analisada detalhadamente, em sua natureza, suas categorias, positiva e negativa, e suas implicações. Outro assunto abordado nesse capítulo são os grupos de referência, pois, como ENGEL *et al.* (2000) colocaram, os grupos de referência vão influenciar na eficácia da comunicação de boca em boca. Por fim, como o objeto do estudo é um serviço de alto envolvimento, característica que também vai ter influência direta na intensidade da busca de informações (ENGEL *et al.*, 2000), esse assunto também foi abordado na fundamentação teórica.

É importante ressaltar que os referidos assuntos foram abordados sob a ótica da escolha do consumidor por profissionais na área da saúde.

2.1 PROCESSOS DE DECISÃO DE COMPRA

Segundo Engel *et al.* (2000), pesquisadores e especialistas vêm estudando, ao longo do tempo, teorias que expliquem o comportamento de escolha dos seres humanos. Diariamente, os consumidores são abrigados a tomar decisões relacionadas à compra: comprar, ou não comprar, quando e onde comprar e como pagar? Ao consumo: se consome, ou não, como e quando consumir? E ao descarte: descartar sumariamente, reciclar, ou revender?

Os processos de decisão podem ser entendidos como solução de problemas (SOLOMON, 2002). Segundo Engel *et al.* (2000), a solução de problemas pode ser definida como a ação constante, ponderada, tomada para trazer satisfação de uma necessidade.

Como referido na seção de definição do problema, tomou-se o modelo do Engel *et al.* (2000) exposto na figura 1 (p. 2) como base para desenvolver esse trabalho. De acordo com esse modelo, os processos decisórios do consumidor constam de seis¹ passos e podem ser influenciados por variáveis ambientais como cultura, classe social, situação e diferenças individuais como recursos do consumidor, atitudes, conhecimento e valores.

Os seis passos dos processos decisórios do consumidor podem ser definidos da seguinte maneira:

¹ Engel *et al.* (2000), na figura 1, apresentam o modelo com apenas seis passos, entretanto, no decorrer do texto, um sétimo passo é apresentado: **Despojamento** – Quando enfim ocorre o descarte do produto que não tenha sido consumido ou de seus restos.

Reconhecimento de necessidade – Esse é o estágio inicial do processo decisório do consumidor, onde ocorre uma ativação dos processos através de um estímulo proveniente da diferença percebida entre uma situação real e uma situação desejada.

Busca de Informações – Nesse estágio, ocorre uma busca de informação interna, isto é, na memória e depois, não sendo suficiente, começa a busca em fontes externas, no ambiente.

Avaliação de Alternativa Pré-Compra – Aqui, ocorre a avaliação das alternativas em função dos benefícios esperados até que se chegue a alternativa preferida.

Compra – Esse é o estágio onde ocorre a compra do produto ou serviço da alternativa preferida, ou de uma substituta aceitável.

Consumo – Nesse estágio, ocorre o uso da alternativa escolhida.

Avaliação Pós-Consumo – Após o estágio do consumo, ocorre uma avaliação da experiência de consumo, medindo a satisfação produzida por ela.

Após essa visão geral dos processos decisórios do consumidor, foi aprofundado o estágio de busca de informações, pois é nesse estágio que está situado o foco do trabalho, a comunicação de boca em boca.

2.1.1 ESTÁGIO DE BUSCA DE INFORMAÇÕES

Dentro do processo decisório do consumidor, o estágio em que se situa o estudo realizado é o estágio de busca de informações. A busca de

informação é definida como o processo pelo qual o consumidor investiga seu ambiente à procura de dados adequados para tomar uma decisão razoável (SOLOMON, 2002).

Sobre esse tema, dois pontos são de extrema relevância para essa pesquisa. O primeiro se refere às fontes onde os consumidores buscam as informações para efetuarem suas escolhas. O segundo ponto importante diz respeito ao risco percebido pelos consumidores na compra ou no consumo de produtos ou serviços os quais se pretende comprar ou consumir.

Segundo Engel *et al.* (2000), primeiramente ocorre uma busca interna, na memória, com a intenção de encontrar informações armazenadas que resolvam o problema de consumo. Aplicando a teoria ao objeto desse estudo, o problema de consumo seria a escolha por um profissional na área da saúde. Caso essa informação esteja disponível internamente, o processo de busca está finalizado. Entretanto, esse não é o foco desse estudo, que busca avaliar a influência da comunicação de boca em boca nessa escolha. Portanto, para se chegar no nível de busca através da comunicação de boca em boca, é necessário que essa informação não esteja disponível na memória, quando só então se inicia uma busca externa por informações que solucionem o problema.

Essa busca externa pode ser de diversas fontes as quais podem ser classificadas como comerciais e não comerciais (ENGEL *et al.*, 2000; SHETH *et al.*, 2001). As fontes comerciais são constituídas das propagandas, dos informativos de ponto-de-venda, dos vendedores, etc. Já as fontes não comerciais podem ser de contatos sociais ou de mídias de uso geral. As relações interpessoais provenientes dos contatos sociais é que são o foco principal do estudo, pois é daí que deriva-se a comunicação de boca em boca. Esse tema é abordado com maior profundidade no item 2.1.2.

Outra característica importante é o risco percebido pelo consumidor. Engel *et al.* (2000) propuseram que o risco é maior na compra de serviços do que de produtos e, por isso, os consumidores, para reduzir o risco percebido,

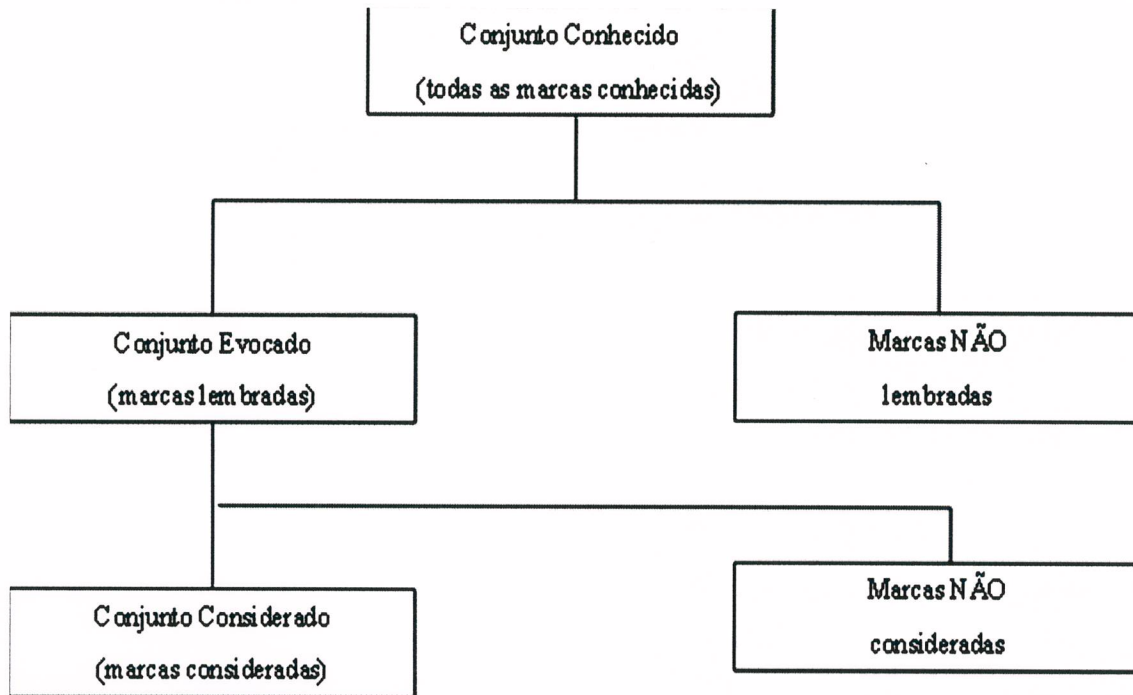
baseiam-se fortemente em fontes pessoais de informações para decisões envolvendo serviços.

Dentre os riscos percebidos, Sheth *et al.* (2001) citaram o desempenho, o risco social, o psicológico, o financeiro e o risco de obsolescência. Solomon (2002), ainda adiciona a esses o risco físico, onde se enquadra justamente a questão da escolha dos profissionais da área da saúde. Dessa maneira, o risco percebido pelos pacientes de se adquirir seqüelas, deformidades e da própria morte no consumo de serviços na área da saúde leva a um alto envolvimento e a uma busca por informações de fontes não comerciais derivadas dos contatos sociais do indivíduo, a fim de reduzir esse risco percebido.

O assunto envolvimento possui diversas definições as quais são provenientes da área da propaganda, da área de decisão de compra e da área de produto. Entretanto, uma generalização que pode ser feita é que o nível de envolvimento do consumidor está relacionado ao grau de importância que este atribui ao produto, serviço ou situação de compra (LARÁN, 2003). Essa generalização vale para o estudo proposto, visto que a importância dos serviços na área da saúde se dá devido ao risco percebido em sua utilização.

Sobre envolvimento, cabe ainda acrescentar que, quanto maior o envolvimento, maior será a intensidade da busca por informações e, além disso, essa busca ocorrerá em fontes de origem pessoal e não comercial (ENGEL *et al.*, 2000).

Sheth *et al.* (2001) propõem um modelo que leva em conta os conjuntos conhecido, evocado e considerado que está representado na figura 2. Apesar desse modelo pertencer a etapa de avaliação de alternativa pré-compra, ele ajuda na compreensão do processo de escolha dos consumidores por profissionais na área da saúde.



Fonte: Sheth *et al.* (2001).

Figura 2 – Conjuntos conhecido, evocado e considerado.

Desse modelo podemos apreender que nem todas as opções existentes são lembradas e das opções lembradas, nem todas são consideradas. Transferindo esses conceitos para a área da saúde, o modelo proposto poderia ser exemplificado da seguinte maneira. Um paciente, ao necessitar os serviços em uma determinada especialidade médica, tem a opção de qualquer médico especializado nessa determinada especialidade, desde que esse paciente saiba de sua existência (conjunto conhecido). Entretanto, mesmo sabendo da existência de um determinado número de profissionais especializados na especialidade pretendida, somente alguns serão lembrados (conjunto evocado). E, por fim, dos profissionais conhecidos e lembrados, somente alguns serão considerados para a escolha efetiva daquele que vai ser consultado (conjunto considerado).

Outro fator importante colocado por Sheth *et al.* (2001) como determinante para a busca de informação é a pressão do tempo. Em primeiro lugar a pressão de tempo cotidiana na vida moderna, onde as pessoas não dispõem de tempo para todas as suas atividades e precisam se agendar da forma mais conveniente possível. Em segundo lugar, para serviços na área de saúde, o tempo pode ser fator de extrema relevância para a eficácia dos tratamentos, pois muitas doenças evoluem com o passar do tempo e podem tornar o processo de cura mais custoso e até mesmo mais doloroso. Para atendimentos de urgência e de emergência, a pressão do tempo acaba por obrigar os clientes/ pacientes a buscarem por conveniência, pois nesse tipo de atendimento, cada minuto é precioso para salvar a vida do paciente. Esses requerimentos reduzem extremamente o processo de busca por informações e tornam o tempo e conveniência os principais fatores para a escolha do profissional da saúde que vai prestar o atendimento.

Além disso, o fator familiaridade também influencia na intensidade de busca. Quanto maior a familiaridade com os produtos ou serviços a serem consumidos, menor será a importância e a intensidade de busca externa por informação relacionada a esses produtos ou serviços (MOWEN e MINOR, 1998; ENGEL *et al.*, 2000). Desse modo, pessoas com maior familiaridade com os serviços na área da saúde podem ter um comportamento de busca por informações diferente para esses serviços, o que poderia levar a uma menor importância da comunicação de boca em boca para essas pessoas na escolha por profissionais na área da saúde.

Concluídas as discussões gerais sobre o processo de busca de informações, passa-se a discutir questões específicas que embasam teoricamente as pressuposições do estudo que justamente mediu a importância da comunicação de boca em boca na escolha do consumidor por profissionais na área da saúde.

2.1.2 COMUNICAÇÃO DE BOCA EM BOCA

Segundo Engel *et al.* (2000), quando fontes não comerciais de natureza pessoal são utilizadas se está falando de comunicação interpessoal e a principal forma de comunicação interpessoal é a comunicação de boca em boca. A comunicação de boca em boca pode ser de dois tipos: positiva, elevando o serviço ou produto divulgado; e negativa, depreciando e denegrindo a imagem do produto ou serviço em questão.

2.1.2.1 – Boca em Boca Positivo

Por quê o boca em boca positivo? Com tantas mídias de massa disponíveis, por quê os profissionais de saúde deveriam se preocupar com essa forma tão incontrolável de comunicação? A resposta para essa questão possui duas dimensões. A primeira, e principal, é que os serviços de saúde são dotados de um alto risco percebido pelos consumidores e por esse motivo, são considerados de alto envolvimento, o que leva a uma busca em fontes pessoais e não comerciais (GELB e JOHNSON, 1995; ENGEL *et al.*, 2000).

A segunda dimensão é que a credibilidade dada à comunicação de boca em boca é muito maior do que as propagandas veiculadas nas mídias tradicionais. Isso se dá devido à isenção do informante no que diz respeito ao conteúdo da mensagem (WALKER, 1995). Em outras palavras, o emissor da mensagem numa mídia tradicional é quem vai lucrar com a efetiva “compra” do

serviço anunciado. Já um indivíduo satisfeito, que fala bem do serviço comprado, não possui nenhum interesse econômico ao indicar o profissional que o atendeu, e isso traz a credibilidade nesse tipo de comunicação.

Para Pires e Marchetti (2000), os clientes satisfeitos realizam comunicações informais, em razão de relações de altruísmo (desejo de ajudar os outros) e do instrumentalismo (desejo de parecer bem informado ou inteligente).

Outro aspecto relevante para a maior credibilidade desse tipo de comunicação é que, em geral, quem inicia o processo de comunicação é o próprio receptor da mensagem. No caso dessa dissertação, esse aspecto se traduz pelo indivíduo consultando outras pessoas sobre quem seria o profissional que melhor atenderia às suas necessidades de saúde.

Comparando esse fato com o que ocorre nas mídias de massa, constata-se que, no caso das mídias de massa, quem inicia o processo de comunicação é o emissor, entregando a mensagem deliberadamente, sem levar em conta se o receptor deseja recebê-la ou necessita dos serviços oferecidos no conteúdo da mensagem (ENGEL *et al.*, 2000).

Gildin (2002) afirma que o mundo vive na idade da informação. Cada indivíduo é exposto a, em média, mil e quinhentos anúncios por dia. Com isso, os consumidores estão ficando céticos aos anúncios que vêem e ouvem. Estão se comunicando mais entre si, o que aumenta ainda mais a importância da comunicação de boca em boca diante das outras mídias.

Um outro fator relevante, e que influencia na efetividade da comunicação de boca em boca, é a credibilidade que é dada no julgamento do indivíduo emissor da mensagem. Para um melhor entendimento desse assunto, esse tipo de influência é mais profundamente abordada na seção 2.2.

Haywood (1989), afirmou que as empresas devem gerenciar a comunicação de boca em boca. Para isso, muitos autores propuseram diversos

modelos de processo de influência pessoal, que são baseados na comunicação de boca em boca.

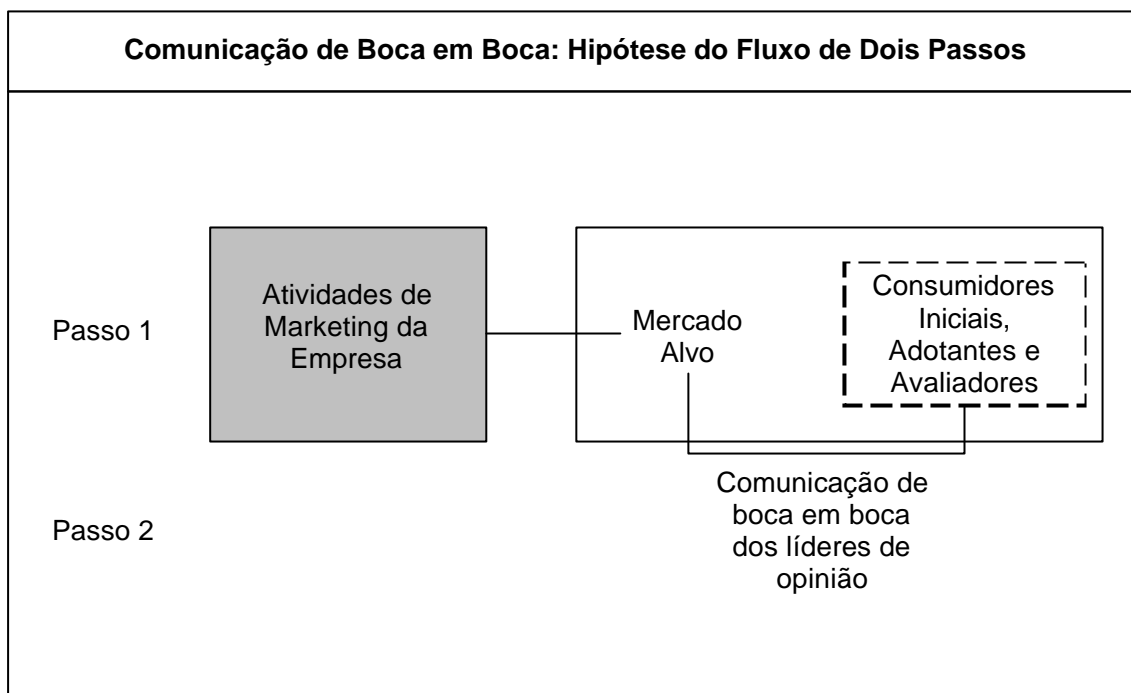
Engel *et al.* (2000) propuseram três modelos distintos: a teoria corrente abaixo, o fluxo de dois passos e a interação multiestágios.

A teoria corrente abaixo propunha que as classes sociais mais baixas emulavam o comportamento das classes sociais um nível acima, com quem mantinha um certo contato. Dessa maneira, a influência era transmitida das classes sociais mais altas para as classes sociais mais baixas, verticalmente, pois o comportamento de consumo era copiado pelas classes sociais imediatamente abaixo (ENGEL *et al.*, 2000).

Entretanto, a teoria corrente abaixo raramente é observada nos dias de hoje, devido ao fácil acesso aos meios de comunicação de massa e às rápidas mudanças de moda. Além disso, rapidamente versões de massa dos produtos são lançados, copiando os produtos mais sofisticados. Essa teoria, atualmente, é mais observada entre grupos de características semelhantes, mesma classe social, mesma idade, educação e que mantém algum tipo de ligação, que é chamada de influência homófila (ENGEL *et al.*, 2000).

O fluxo de dois passos é um modelo já superado que propõe que na sociedade existem indivíduos que são influenciadores dos demais. Esses demais buscam informações e baseiam seus comportamentos nos influenciadores. Portanto, acreditava-se, que as propagandas de massa deveriam se concentrar nesses influenciadores e eles iriam repassar o que aprendessem nas mídias para o restante da sociedade (ENGEL *et al.*, 2000).

Haywood (1989) propôs um modelo que representa o fluxo de dois passos e pode ser observado na figura 3.



Fonte: Haywood (1989).

Figura 3 – Fluxo de dois passos.

A interação multiestágios substitui o modelo do fluxo de dois passos, pois demonstra que tanto influenciadores quanto os indivíduos que buscam informações são afetados pelos meios de comunicação de massa. Na realidade, as mídias de massa estimulam mais os indivíduos que buscam informações a intensificar a busca do que os influenciadores a falarem sobre os produtos ou serviços anunciados (ENGEL *et al.*, 2000).

Assim, de uma forma sucinta, deve-se entender que a comunicação de boca em boca positiva é caracterizada por sua maior credibilidade em relação a outras mídias por seu caráter pessoal e não-comercial. A próxima seção apresenta as características da comunicação de boca em boca negativa.

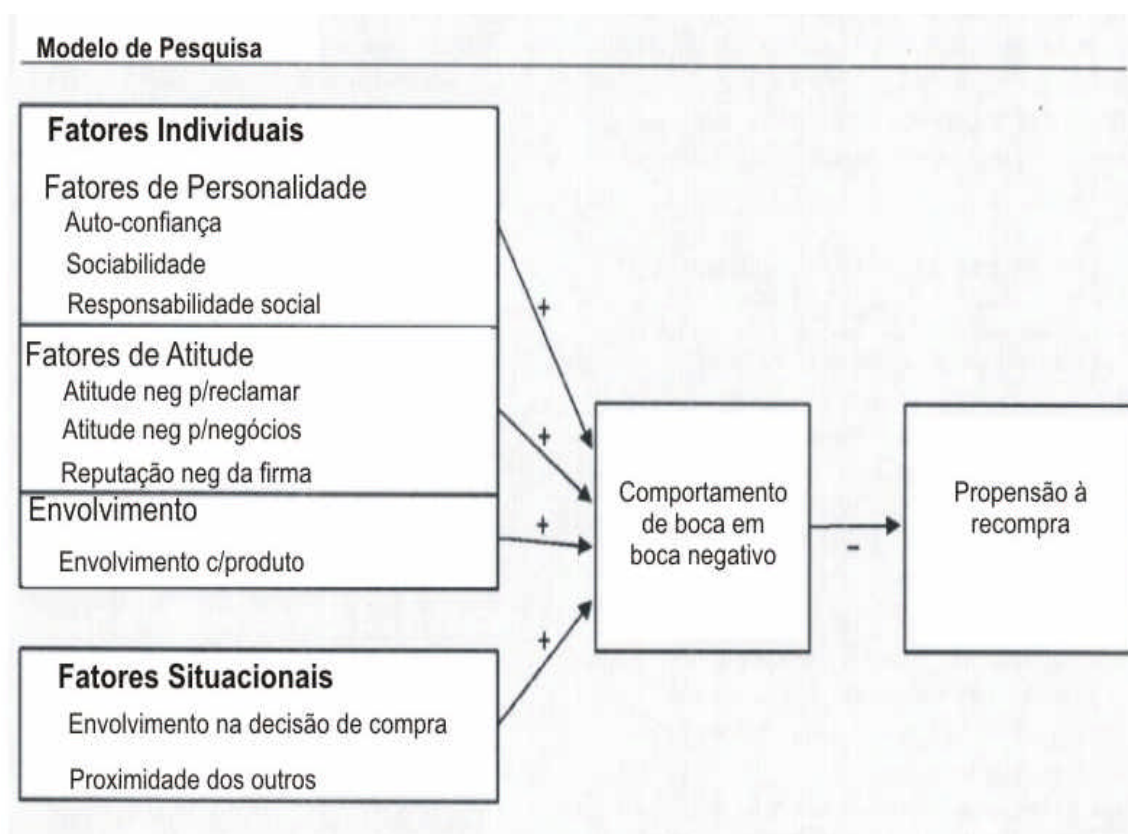
2.1.2.2 – Boca em Boca Negativo

Quando clientes, ou pacientes, ficam insatisfeitos com os serviços prestados, três atitudes podem ser tomadas. Em primeiro lugar, o índice de recompra do serviço diminui. Outra possibilidade é o comportamento de reclamação. E por fim, caso a unidade prestadora não consiga se retratar de forma satisfatória, o que acontece é o boca em boca negativo (RICHINS, 1983).

Todas as referências da literatura apontam que o boca a boca negativo é gerado em maior número que o positivo. Halstead (2002) reporta que numa pesquisa feita para a *Coca-Cola Company*, em 1981, descobriu-se que quem falava negativamente do produto, falava, em média, para o dobro de pessoas em relação aos indivíduos que falavam bem do produto. Lau e Ng (2001) também acharam essa relação em suas pesquisas. Já Mangold *et al.* (1999) reportaram que o número de clientes satisfeitos falaram do serviço consumido para, em média, 5 pessoas e os clientes insatisfeitos falaram para, em média 9 pessoas. Gildin (2002) afirmou que essa relação era de 3 para 7. Essas pesquisas mostraram, independentemente dos valores da relação entre a comunicação de boca em boca positiva e a comunicação de boca em boca negativa, que o alcance da comunicação de boca em boca negativa é maior do que o da comunicação de boca em boca positiva.

Segundo Huefner e Hunt (2000), o boca em boca negativo possui uma peculiaridade em relação ao positivo. O negativo pode ser uma forma de ação retaliatória contra a empresa que prestou o mau serviço com a intenção de ferir o negócio. Alternativamente, também pode ser uma forma de avisar aos outros do risco relacionado ao consumo de determinado serviço.

Lau e Ng (2001) propõem determinados fatores que influenciam no comportamento do boca em boca negativo. Os fatores podem ser de dois tipos, individuais ou situacionais. Os fatores individuais seriam de personalidade, de atitude e de envolvimento com o produto, e os fatores situacionais seriam o envolvimento com a decisão de compra e a proximidade de outras pessoas. Todos esses fatores estão positivamente relacionados com o comportamento de emissão da comunicação de boca em boca negativa que, por sua vez está negativamente relacionado com a predisposição para a recompra, como mostrado na figura 4.



Fonte: Lau e Ng (2001).

Figura 4 – Modelo dos fatores que influenciam o comportamento de boca em boca negativo

O modelo de Lau e Ng (2001) apresentado na figura 4, introduz fatores da personalidade das pessoas que define um perfil dos indivíduos que

possuem mais propensão a emitirem a comunicação de boca em boca. As características que compuseram esse perfil foram a autoconfiança, a sociabilidade e a responsabilidade social.

Além disso, características das atitudes das pessoas também foram detectadas para a propensão do comportamento de comunicação de boca em boca negativa. As atitudes encontradas foram a atitude negativa para reclamar, a atitude negativa em relação a empresa prestadora dos serviços e, por fim, a reputação negativa da empresa em questão.

O envolvimento com o produto, apareceu como fator que estimulou o comportamento de comunicação de boca em boca negativa e como já foi visto, a área da saúde é composta por serviços que denotam um alto envolvimento.

Como fatores situacionais, Lau e Ng (2001) propuseram o envolvimento no processo de decisão de compra e a proximidade com as outras pessoas, que levaria ao comportamento de alertar a essas pessoas próximas do risco de se consumir o produto ou serviço que tenha causado insatisfação.

Todos esses fatores apresentados acima levariam a um comportamento de comunicação de boca em boca negativa e esse comportamento teria uma relação negativa com a propensão de recompra do produto ou serviço por parte do consumidor.

Os detalhamentos feitos sobre a comunicação de boca em boca negativa até então serviram para uma maior compreensão do assunto. Para tal, todo o estudo feito teve como foco o emissor do boca em boca negativo. Entretanto, o interesse desse trabalho nesse tema não é o emissor, mas sim o receptor da comunicação de boca em boca negativa. O efeito do boca em boca negativo sobre o receptor, de forma oposta ao boca em boca positivo, será de que ele poderá perceber um risco maior ao avaliar a alternativa que tenha sido alvo da comunicação de boca em boca negativa.

Como referido anteriormente, os efeitos da comunicação de boca em boca são influenciados pelo emissor da mensagem, para isso é necessário entender as questões relacionadas aos grupos de referência.

2.2 GRUPOS DE REFERÊNCIA

Segundo Engel *et al.* (2000), os grupos de referência fornecem padrões (normas) e valores que podem vir a tornar-se a perspectiva dominante de como pensa e se comporta uma pessoa.

Engel *et al.* (2000) classificam os grupos de referência quanto à frequência em que o indivíduo tem contato com o grupo, podendo ser classificados como primários, quando a frequência do contato é grande, ou como secundários, quando a frequência do contato é pequena.

Os grupos de referência também são classificados quanto à atitude que o indivíduo tem frente ao grupo, quando a valência da atitude frente ao grupo é positiva, isto é, quando o indivíduo concorda com os valores e o comportamento do grupo, o grupo de referência é aspiracional e quando a valência da atitude frente ao grupo é negativa, de forma oposta ao grupo de referência aspiracional, o grupo de referência é dissociativo.

Por fim, quanto ao grau de formalidade exigida pelo grupo, quando o grau exigido é alto o grupo de referência é formal, quando o grau exigido é baixo o grupo de referência é informal.

O estudo a respeito dos grupos de referência é importante para esse trabalho porque a credibilidade dada pelo receptor da mensagem à comunicação de boca em boca vai depender de que tipo de grupo de referência pertence o emissor da mensagem, dada a classificação acima.

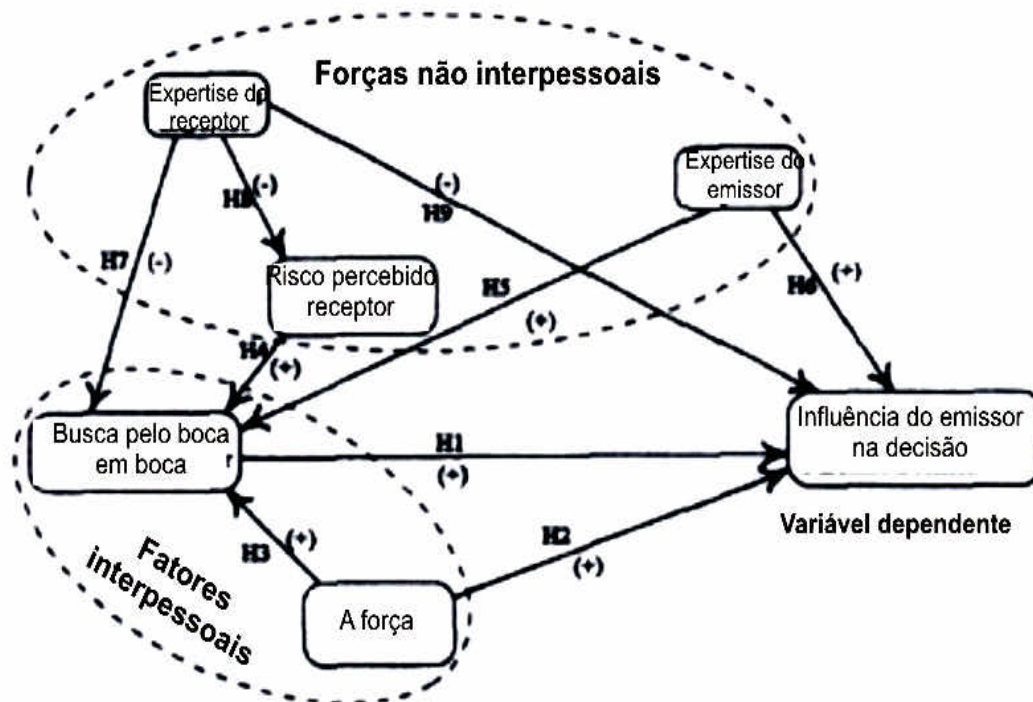
Desse modo, grupos de referência primários, tendem a exercer efeito mais forte no boca em boca do que os grupos de referência secundários, já que, nesse caso, o contato com os indivíduos do grupo é mais escasso e a ligação do indivíduo com o grupo é mais fraca (BROWN e REINGEN, 1987).

Se a atitude de uma pessoa com um determinado grupo é dissociativa é esperado que uma comunicação de boca em boca proveniente desse grupo tenha menor efeito, ou efeito inverso, do que uma comunicação de boca em boca proveniente de um grupo de referência ao qual o indivíduo tenha uma atitude aspiracional.

Do mesmo modo, quanto mais formal for um grupo de referência, maior serão os efeitos da comunicação de boca em boca, devido a maior credibilidade dada ao grupo (ENGEL *et al.*, 2000).

Essas três classificações dos grupos de referência podem ter um efeito na importância dada à comunicação de boca em boca e foram testados empiricamente nesse estudo.

Bansal e Voyer (2000), propuseram um modelo constituído por forças interpessoais e forças não interpessoais modificando a influência do emissor da comunicação de boca em boca no receptor da comunicação de boca em boca. Dentre as forças não interpessoais estão a expertise do emissor, a expertise do receptor e o risco percebido do receptor da mensagem. Já as forças interpessoais são constituídas pela força dos laços entre o receptor e o emissor e a atividade de busca pela comunicação de boca em boca. A variável dependente é a influência da comunicação de boca em boca do emissor na decisão de compra do receptor, como demonstrado na figura 5.



Fonte: Bansal e Voyer (2000).

Figura 5 – Influências da Comunicação de Boca em Boca na Decisão de Compra

A figura 5 mostra claramente características dos grupos de referência. Quando um indivíduo possui uma forte relação com o grupo de referência, o emissor da comunicação de boca em boca terá uma maior influência na decisão do receptor da mensagem.

Outro aspecto abordado nesse modelo, é a questão de que a influência exercida pelo emissor da comunicação de boca em boca e a própria busca por essa comunicação de boca em boca pelo receptor da mensagem vai depender da expertise do emissor e do receptor da mensagem. Isso significa que quanto mais o receptor da mensagem tiver conhecimento sobre o serviço procurado, menor será o interesse pela comunicação de boca em boca para solucionar o problema de consumo que é fazer a escolha do profissional certo. De forma oposta, quanto maior o conhecimento do emissor da comunicação de boca em

boca, maior será a credibilidade e a procura por sua opinião, o que pode explicar a busca por indicação de um profissional da saúde feita um outro profissional da mesma área.

Por fim, o modelo proposto traz, mais uma vez aparecendo na teoria, a questão do risco percebido pelo consumidor influenciando na efetividade da comunicação de boca em boca.

Dessa forma, aprofundados os assuntos relacionados com a teoria, pode-se passar a discussão, no próximo capítulo, das questões de método da pesquisa.

3 MÉTODO

Neste capítulo, são descritas as etapas do método da pesquisa. A pesquisa foi feita em duas etapas: a primeira etapa exploratória, de natureza qualitativa, e a segunda etapa, uma análise conjunta, realizada para analisar quantitativamente os dados.

3.1 ETAPA EXPLORATÓRIA

Definida por Burns e Bush (1995) como uma pesquisa informal e não-estruturada que é realizada para gerar informações que contextualizam a natureza geral do problema, a etapa exploratória de um estudo pode possuir 3 papéis inter-relacionados: (1) diagnosticar uma situação, (2) explicitar alternativas, e (3) descobrir novas idéias (ZIKMUND, 2000).

Nesse estudo, a etapa exploratória teve os seguintes objetivos:

- Obter uma melhor compreensão do problema a ser pesquisado através da revisão de literatura e de entrevistas em profundidade;
- Identificar as mídias utilizadas na busca de informações com vistas a medir a importância relativa da comunicação de boca em boca na escolha de profissionais na área da saúde;

- Montar um instrumento de coleta de dados que seja adequado aos propósitos da análise conjunta, utilizada na etapa seguinte .

A etapa exploratória, nessa pesquisa, consistiu em, além da revisão bibliográfica, 14 entrevistas em profundidade, que buscaram munir o pesquisador de mais informações de natureza qualitativa que ajudaram na compreensão do problema (MALHOTRA, 2001). Para Marshall e Rossman (1989), as entrevistas em profundidade podem ser descritas como “uma conversa com um propósito” e dependem da interação entre entrevistador e entrevistado para que se consigam respostas efetivas. Segundo Burns e Bush (1995), as entrevistas em profundidade são um método de coleta de dados cujo propósito é conseguir informações válidas e confiáveis. Essa técnica se caracteriza pela versatilidade na coleta de dados, onde o entrevistado deve se sentir à vontade com o entrevistador para expor, com liberdade, suas idéias sobre o problema.

Aaker, Kumar e Day (2004) classificaram as entrevistas em profundidade em dois tipos básicos: **não diretivas** e **semi-estruturadas**, diferindo em quanto o pesquisador interfere em sua aplicação, onde as semi-estruturadas, a interferência é maior. Para este trabalho, o tipo mais indicado seria a entrevista em profundidade semi-estruturada. Como as informações a serem buscadas são muito específicas, uma maior interferência do pesquisador se faz necessária para garantir a obtenção de todas as informações relevantes para o trabalho. Um objetivo a ser aqui atingido pelas entrevistas em profundidade foi alcançar uma definição realista dos atributos e dos níveis dos atributos de busca de informações do consumidor sobre profissionais na área da saúde. Essa contribuição das entrevistas em profundidade é um requerimento imprescindível da análise conjunta. Maiores detalhamentos sobre a técnica podem ser encontrados no item 3.2.

Nessa fase, foram entrevistados pelo pesquisador 4 profissionais da área da saúde (o roteiro das entrevistas está no anexo B), para se obter uma visão mais ampla do problema, e 10 indivíduos pertencentes à população do

estudo (o roteiro das entrevistas está no anexo A), que está descrita no item 3.2.2. O número de entrevistados dependeu da utilidade dos possíveis novos dados que foram sendo gerados a cada nova entrevista. Quando os dados começaram a se repetir e as entrevistas não estavam mais sendo produtivas, ou seja, não estavam agregando mais informações, considerou-se que novas entrevistas não seriam mais necessárias.

Os entrevistados, pacientes da Ortoclin – Clínica Odontológica e Ortodontia, tiveram seus números de telefones disponibilizados pela clínica (Ortoclin) (ver item 3.2.2) e tiveram suas entrevistas previamente agendadas através de contato telefônico. As entrevistas ocorreram em um dos escritórios da clínica e duraram em média 50 minutos cada uma. Quanto ao registro das informações, elas foram anotadas no momento em que foram sendo geradas, durante a entrevista. O produto final das entrevistas foi uma análise de conteúdo exposta no capítulo da análise dos resultados e a identificação das mídias de maior influência na busca de informações por profissionais na área da saúde.

3.2 ANÁLISE CONJUNTA (*CONJOINT ANALYSIS*)

A análise conjunta é um conjunto de técnicas que modela como as pessoas fazem julgamentos complexos como as decisões de compra. Essas técnicas habilitam o pesquisador a quantificar os valores implícitos nas decisões dos consumidores. Os estudos de análise conjunta revelam as preferências do consumidor de maneira realista, lembrando uma situação de compra, onde os consumidores avaliam alternativas, comparam e escolhem (INTELLIQUEST, 2000).

A escolha da utilização da análise conjunta nessa dissertação foi feita devido à adequação da técnica aos objetivos a serem alcançados pela dissertação e as possibilidades de análise proporcionadas pela análise conjunta. Com a utilização dessa técnica, é possível avaliar a importância relativa da comunicação de boca em boca frente às demais formas de comunicação no processo de busca de informações do consumidor. Além disso, a utilização da análise conjunta é uma decisão que agrega muito valor para o estudo, já que possibilita uma análise detalhada do peso de cada alternativa de comunicação no processo de escolha do consumidor, permitindo ainda a comparação entre as alternativas.

Essa seção vai tratar do desenvolvimento da pesquisa com a utilização da análise conjunta. Primeiramente, para um melhor entendimento da técnica a ser utilizada na pesquisa, a conceituação de alguns termos técnicos referentes à análise conjunta é explicitada (HAIR *et al.*, 1998). Depois, são descritas a população e a amostra do estudo. Em seguida, é demonstrado o passo a passo do desenvolvimento da pesquisa com a utilização da análise conjunta sugerido por Churchill (1999). Por fim, serão demonstrados o instrumento e os procedimentos de coleta de dados.

É muito importante que se entenda que as mídias identificadas na etapa exploratória, na análise conjunta, são chamadas tecnicamente de atributos, para efeitos de análise. Esse é um termo técnico da análise conjunta que é definido na terminologia sugerida por Hair *et al.* (1998), na próxima seção.

Desse modo, essa fase do estudo teve os seguintes objetivos:

- Caracterizar a amostra do estudo em familiar ou não familiar¹ aos serviços na área da saúde;

¹ Um dos objetivos específicos do estudo foi testar o efeito da familiaridade do consumidor com os serviços na área da saúde. Para tal, foi necessário caracterizar a amostra em indivíduos que responderam serem familiares aos serviços na área da saúde e indivíduos que responderam não serem familiares aos serviços nessa área.

- Analisar o atributo comunicação de boca em boca e compará-lo com os demais atributos do estudo que levam o consumidor à escolha dos profissionais na área da saúde para avaliar a importância relativa da comunicação de boca em boca;

- Analisar o efeito da valência (positiva ou negativa) da comunicação de boca em boca na importância que esta assume na escolha por profissionais na área da saúde através da utilidade parcial dos níveis de atributo relacionados com esse tipo de comunicação;

- Analisar a influência da familiaridade dos consumidores com os serviços de saúde na importância dada ao boca em boca na escolha por profissionais na área da saúde através da caracterização da amostra em familiar ou não familiar aos serviços nessa área.

3.2.1 – TERMINOLOGIA

Para um melhor entendimento da técnica a ser utilizada na pesquisa, a análise conjunta, a conceituação de alguns termos técnicos referentes à análise conjunta é sugerida por Hair *et al.* (1998).

Atributo – Os atributos são características, propriedades, que podem ser de produto ou serviço, objeto de análise da análise conjunta. No caso específico dessa dissertação o termo é utilizado para o fator comunicação na oferta para o consumidor de serviços na área de saúde. Os atributos também são conhecidos por fatores controláveis, variáveis independentes ou parâmetros e, geralmente, são representados por letras maiúsculas.

Nível de atributo – São desmembramentos dos atributos que servem para qualificá-los ou quantificá-los. Um exemplo para o atributo de serviço tempo de

espera para o atendimento seriam os possíveis níveis do atributo: 5, 15 ou 25 minutos.

Cenário – Os cenários são as combinações de níveis de atributos que serão apresentadas aos respondentes.

Ortogonalidade – É uma restrição matemática que exige que os efeitos sejam estimados de forma independente uns dos outros. Dessa forma, o cálculo de um efeito não é alterado por variações dos outros efeitos.

Estimulação – É o conjunto de estímulos aos quais o respondente é submetido para responder uma pesquisa de análise conjunta. Pode ser uma instrução, um questionário, um objeto real a ser pesquisado.

Método full-profile – Método de apresentação de estimulação para o respondente para avaliação, que consiste da completa descrição da estimulação através de um nível de cada atributo.

Análise conjunta tradicional – Metodologia que emprega os princípios “clássicos” de análise conjunta, usando um modelo aditivo de preferência do consumidor e método de comparação *full-profile*.

Utilidade parcial – É a estimativa de análise conjunta para as preferências ou utilidades associadas a cada nível dos atributos.

Efeitos principais – São os efeitos que cada atributo tem individualmente sobre a preferência dos consumidores.

Efeitos de interação – Os efeitos de interação ocorrem quando o valor combinado de dois ou mais atributos é maior ou menor que a soma simples de seus efeitos principais.

Utilidade total – Se refere ao subjetivo julgamento de um indivíduo, representado holisticamente pelo valor de um objeto específico (cenário). De outra forma, uma utilidade é o valor previsto ou o resultado da expressão numérica que representa o valor atribuído pelo consumidor, para os níveis dos atributos. Em análise conjunta é assumido que a utilidade é formada pela combinação das utilidades parciais de um específico conjunto de níveis de atributos (cenário).

Modelo de composição – Classe de modelos multivariados que baseia a relação de dependência em observações do respondente relacionando as variáveis dependentes e independentes. Tais modelos calculam ou compõem as variáveis dependentes a partir dos valores dados pelo respondente para as variáveis independentes.

3.2.2 – POPULAÇÃO

A população do estudo foi composta dos 200 pacientes ativos de uma unidade de saúde da cidade de Porto Alegre: a Ortoclin – Clínica de Odontologia e Ortodontia.

A Ortoclin é uma clínica odontológica que existe em Porto Alegre há 25 anos e tradicionalmente era especializada em ortodontia. Os pacientes, de classes A e B, eram predominantemente particulares. Desde o ano de 2003, iniciou-se um processo de reestruturação administrativa da clínica passando atuar fortemente em todas as especialidades da odontologia. Além disso, firmaram-se convênios com empresas que ocasionou uma maior parcela de pacientes conveniados, entretanto ainda pertencentes às classes A e B.

Portanto, esse corte garantirá que os respondentes possuam renda que possibilite a escolha dos seus profissionais de saúde e tenham condições de responder adequadamente às questões da pesquisa.

3.2.3 – AMOSTRA

O número de casos foi de 80 indivíduos, entretanto, após a entrada de dados no sistema, o software eliminou quatro casos por terem ordenado os cartões de forma idêntica. Portanto a amostra final foi de 76 casos. O número reduzido de casos é uma característica da análise conjunta (AKAAH e KORGAONKAR, 1988) e pode ser verificada em trabalhos publicados em ENANPAD como o de Potsch e Motta (1998) e o de Spers (2003).

Como, em geral, os estudos de análise conjunta são de natureza descritiva e a população-alvo da pesquisa é bastante homogênea para efeitos do estudo realizado, a amostra foi escolhida por conveniência (MALHOTRA, 2002). Apesar dos cuidados de coletar dados em horários diversos e nos diferentes dias da semana, a escolha dos respondentes era feita de acordo com a disponibilidade e tempo de espera estimado para o atendimento dos pacientes, de forma a perturbar o mínimo possível o funcionamento da clínica.

Para estudar a influência da familiaridade com os serviços na área da saúde na forma como os pacientes escolhem os profissionais nesta área, a amostra foi dividida em duas categorias, os que responderam que eram familiarizados com os serviços na área da saúde e aqueles que responderam que não eram familiarizados. A familiaridade foi definida verbalmente para os respondentes como intimidade e contato com o cotidiano das profissões da área da saúde. Um teste de médias comparou a significância da diferença observada entre a média dos resultados de cada grupo.

3.2.4 – INSTRUMENTO DE COLETA

Como a técnica utilizada na análise de dados foi a análise conjunta, o instrumento de coleta teve que ser apropriado aos seus requerimentos. Dessa forma, o instrumento utilizado para a coleta de dados foi um questionário estruturado contendo variáveis categóricas para a caracterização da amostra (anexo E) e cartões (exemplo de cartão no anexo D) contendo cada qual uma configuração diferente de mídias disponíveis na busca de informações que leva o consumidor à escolha dos profissionais na área da saúde. O questionário continha ainda um item para registrar a ordenação dos cartões por parte do respondente.

Como material de apoio, cada informação contida nos cartões teve explicação específica para auxiliar no entendimento e na ordenação adequada dos cartões (o cartão de explicação está no anexo C).

Maiores informações sobre a técnica da análise conjunta são encontradas no item 3.2.6.

3.2.5 – PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Após a geração da versão final do questionário e dos cartões, foram realizados pré-testes com 5 indivíduos pertencentes à população do estudo para reduzir a possibilidade de erro de preenchimento devido ao não

entendimento das questões presentes no questionário ou nos cartões. Nenhuma alteração ou mau entendimento foram apontados pelos respondentes pré-testados, o que manteve esta versão como definitiva.

A coleta de dados foi feita em entrevista pessoal na sala de espera da unidade de saúde escolhida. Foi pedido para que os respondentes ordenassem os cartões de acordo com suas percepções sobre que configurações de disponibilidade de informações o levariam mais facilmente a escolha de um determinado profissional na área da saúde. Os dados da ordenação foram anotados no questionário pelo pesquisador. Depois, os pacientes eram convidados a responderem à seção de itens caracterizadores da amostra.

A aplicação do questionário revisado foi feita pelo próprio autor dessa dissertação entre 05/07/2004 e 23/07/2004.

3.2.6 – DECISÕES-CHAVE NA CONDUÇÃO DE UMA ANÁLISE CONJUNTA

Churchill (1999) propõe 6 passos na condução de uma pesquisa utilizando a análise conjunta: seleção de atributos, determinação dos níveis de atributo, determinação das combinações de atributos a serem utilizadas, seleção da forma de apresentação da estimulação e a natureza dos julgamentos a serem obtidos dos indivíduos, decisão sobre se os julgamentos serão agregados, e caso sim, como eles serão agregados e a seleção da técnica de análise. Esses passos serviram de guia para a realização da pesquisa e foram acrescidos pela busca exaustiva por outras fontes que pudessem agregar valor aos passos propostos inicialmente. Temos ainda o passo extra que não foi abordado no passo a passo proposto por Churchill (1999) que trata das questões de validade e confiabilidade do estudo.

1º Passo: Selecionar atributos

A primeira decisão a ser tomada é que atributos serão utilizados na construção da estimulação. Essa decisão vai derivar primeiramente do propósito da investigação. Entretanto, deve-se ter cuidado nessa escolha, pois todos os atributos relevantes para determinar a preferência do consumidor devem ser incluídos. Para determinação dos atributos relevantes, podem ser realizadas entrevistas em profundidade (CHURCHILL, 1999; INTELLIQUEST, 2000). Nesse estudo foi realizada uma etapa exploratória, já discutida anteriormente no item 3.1, que teve como um de seus objetivos a satisfação dos requerimentos acima explicitados.

Para efeitos da análise conjunta, os atributos desse estudo, como explicado anteriormente, corresponderam as mídias citadas nas entrevistas em profundidade que foram categorizadas em: *Mídia Externa*, *Mídia Eletrônica*, *Mídia Impressa*, *Mídia Direcionada* e a *Comunicação de Boca em Boca*.

2º Passo: Determinar os níveis do atributo

Os níveis dos atributos devem ser significativos, informativos e realistas. Devem capturar a forma como os indivíduos responsáveis pela decisão de compra pensam. A escolha dos níveis de atributos adequados influencia diretamente na validade do julgamento de preferência dos respondentes. Além disso, como o número de níveis intermediários de um atributo pode afetar artificialmente a importância relativa do atributo (CHURCHILL, 1999; INTELLIQUEST, 2000). Os níveis de atributos da busca por profissionais na área da saúde pelo consumidor também foram definidos na etapa exploratória.

Os níveis de atributo, definidos após as análises das entrevistas em profundidade, que melhor contemplavam as questões da pesquisa passavam

pela exposição ou não às diversas mídias definidas como atributos da análise conjunta. No caso da Comunicação de Boca em Boca ainda foi levada em conta a valência do atributo. Desse modo para a Comunicação de Boca em Boca, os níveis de atributo foram *Positiva*, *Inexistente* e *Negativa*. Para as demais mídias os níveis de atributo ficaram definidos como *Viu* ou *Não viu*.

3º Passo: Determinar as combinações de atributo a serem utilizadas

Classificado como uma análise conjunta tradicional, esse trabalho assume como regra de composição para os atributos um modelo aditivo de preferência. A estimulação foi realizada com um *design* ortogonal, que trabalha com uma pequena parte do número total de estímulos, assumindo assim que não há interação entre os atributos (CHURCHILL, 1999). O número total de estímulos sem levar em conta o *design* ortogonal é definido pela multiplicação do número de níveis de atributo de cada atributo, o que levaria a conta de $2 \times 2 \times 2 \times 2 \times 3$, resultando em 48 cartões (alternativas) a serem ordenados por cada respondente (ver figura 6). Com a utilização do *design* ortogonal através do *SPSS Conjoint 4.0* o número de cartões ficou reduzido a 18 com mais 4 cartões adicionais para testar a confiabilidade dos dados, totalizando 22 cartões a serem ordenados. A robustez do *design* ortogonal é comprovada pelo trabalho de Carmone, Green e Jain (1978).

Atributo	Níveis do Atributo
Mídia Externa	Viu
	Não Viu
Mídia Eletrônica	Viu
	Não Viu
Mídia Impressa	Viu
	Não Viu
Mídia Direcionada	Viu
	Não Viu
Comunicação de Boca em Boca	Positiva
	Inexistente
	Negativa

Figura 6 – Atributos e níveis de atributo do estudo.

4º Passo: Selecionar a forma de apresentação da estimulação e a natureza dos julgamentos a serem obtidos dos indivíduos

A apresentação da estimulação foi com o método *full-profile* com descrição verbal e com a utilização dos cartões contendo os cenários (GREEN, 1978). Essa forma de apresentação se tornou popular devido à conveniência para o respondente em fazer o julgamento dos cenários, bastando a ordenação dos mesmos de acordo com suas intenções ou preferências (CHURCHILL, 1999).

5º Passo: Decidir sobre se os julgamentos serão agregados, e caso sim, como os julgamentos serão agregados

Os julgamentos podem ser analisados em nível individual, para cada atributo, ou para cada nível de atributo. A agregação dos julgamentos pode ser feita para segmentar a amostra (CHURCHILL, 1999). Esse procedimento teve que ser feito para avaliar se existia diferença dos indivíduos que responderam que possuíam familiaridade com os serviços na área da saúde em relação aqueles que responderam que não possuíam familiaridade com esses serviços. Além disso, os julgamentos também foram analisados de forma global para toda a amostra.

6º Passo: Selecionar a técnica de análise

Selecionar a técnica de análise depende do tipo de modelo de preferência assumido e do método utilizado para assegurar os julgamentos feitos (CHURCHILL, 1999). Para analisar os dados coletados, atribuir valor a

cada nível de atributo (utilidade parcial) e assim conseguir o valor para cada atributo (utilidade total) foi utilizado o modelo linear, que não prevê interação entre os fatores para estimar as funções. O modelo linear foi escolhido, pois o fato ser exposto por uma mídia, não modifica o fato de exposto a qualquer outra das mídias.

Passo Extra: Validação e confiabilidade dos resultados da análise conjunta

Este passo é considerado extra, pois não pertence ao modelo proposto por Churchill (1999). Entretanto, apesar de não abordadas no passo a passo proposto por Churchill (1999), as questões de validade e confiabilidade são abordadas por outros autores e foram incluídas no passo a passo como passo extra.

Hair *et al.* (1998) afirmam que os resultados da análise conjunta podem ser validados interna e externamente. Para Green (1978), a validade interna pode ser reportada em termos da correlação entre os dados coletados e os valores estimados da variável dependente. Malhotra (2002) propõe que se avalie a aderência do modelo estimado utilizando a regressão com as variáveis *dummy*, onde o valor de R^2 indica o grau de aderência do modelo aos dados. Como foi utilizada a ordenação de cartões para o processamento, a validade interna deve ser estimada pelo *Tau de Kendall*, que trabalha com variáveis ordinais e avalia a correlação entre os dados coletados e os valores estimados.

A validade externa não pode ser verificada nesse estudo devido à natureza da amostra – amostra por conveniência – não permitir generalizações e constitui uma das limitações do estudo (HAIR *et al.*, 1998).

Para assegurar a confiabilidade dos resultados, Green (1978) propõe que se faça uma espécie de teste e re-teste. Para tal, uma pequena parte da amostra ordenaria novamente um número reduzido de cenários para verificar a

confiabilidade dos dados. Esse procedimento é realizado pelo *SPSS Conjoint* através da adição de cartões extras (*holdouts*) que são misturados aos demais cartões e utilizados para o re-teste, verificando assim a confiabilidade.

O software utilizado para os processamentos de análise conjunta foi o *SPSS Conjoint 4.0* e os demais processamentos e gráficos foram gerados com o *SPSS 12.0*.

Com isso, a descrição da forma como a pesquisa foi conduzida é concluída. No próximo capítulo, são apresentados e discutidos os resultados.

4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Nesse capítulo são apresentados os resultados das duas etapas da pesquisa, realizadas durante o processo de desenvolvimento desse trabalho de dissertação. Inicialmente, são demonstrados os resultados da etapa exploratória, e posteriormente, são detalhados os resultados da análise conjunta e os demais procedimentos estatísticos realizados a partir dos resultados da análise conjunta. Todos os resultados são discutidos na medida em que vão sendo apresentados, eliminando a necessidade de um capítulo ou item específico de discussão.

4.1 RESULTADOS DA ETAPA EXPLORATÓRIA

A análise do conjunto de dados obtidos através das entrevistas em profundidade foi feita após toda a coleta gerando a possibilidade de uma análise de conteúdo descrita a seguir e teve como produto final (1) um maior entendimento do problema, (2) relação das mídias (atributos da análise conjunta) utilizadas pelos respondentes para a busca de informações de profissionais na área da saúde, e (3) definição dos níveis desses atributos, que foram indispensáveis para o desenvolvimento da análise conjunta, cujos resultados são discutidos na próxima seção. Os produtos 2 e 3 já foram

demonstrados na seção do método – o passo a passo proposto por Churchill (1999) – que trata do desenvolvimento da análise conjunta.

As entrevistas em profundidade, efetuadas junto a profissionais da saúde e consumidores de serviços médicos e odontológicos, tiveram como propósito identificar características e dimensões a respeito de: busca de informações por profissionais na área da saúde, influência das diversas mídias, influência dos grupos de referência, influência da comunicação de boca em boca positiva e negativa, fatores que importam na hora dos pacientes buscarem profissionais médicos ou dentistas, além da influência de planos de saúde no processo de busca de informações.

Quando buscam um profissional da saúde de determinada especialidade, os pacientes podem não ter informação nenhuma a respeito dele. Através das entrevistas, identificou-se a influência das indicações e da necessidade de confiabilidade delas. Os respondentes apontaram que a indicação de pessoas mais próximas, ou de maior confiança têm maior peso na escolha de um profissional de saúde, como pode-se constatar pelas seguintes afirmações:

“A indicação tem bem mais peso do que qualquer outra propaganda.” – W. D. – 57 anos – Profissional de saúde.

“Todo o peso para a indicação e o mínimo para as propagandas” – L. F. – 28 anos – Paciente.

Outras questões que também surgiram foram preço, localização e guias de informações dos convênios dos planos de saúde. Também surgiu como forma de subsidiar a busca de um profissional de uma determinada especialidade pensar em alguém que já teve o mesmo problema ou enfermidade do paciente em questão e buscar auxílio ou informação com essa pessoa.

A propaganda surgiu, principalmente, como condição para que as pessoas buscassem mais informação sobre o serviço ofertado, servindo mais como reforço e conhecimento (primeiro contato), mas sem mobilizar muito os pacientes para finalizar, de imediato, o processo de decisão de compra. A

propaganda pode reforçar a imagem de uma instituição que já seja conhecida, mas, geralmente, não leva diretamente à escolha do serviço. Por outro lado, a propaganda de determinado profissional pode surtir efeito se o paciente já foi exposto a uma comunicação de boca em boca positiva a respeito do mesmo, conforme declarações expressas pelos respondentes:

“O que importa é que um amigo ou conhecido me indique o médico, a propaganda serve como reforço.” – M. V. – 23 anos – Paciente.

“A propaganda pode me estimular a ir buscar mais informações sobre o médico, mas eu nunca iria só pela propaganda.” – A. K. – 22 anos – Paciente.

“A propaganda reforça a imagem de instituição sólida, mas não leva diretamente à escolha do serviço.” – V. M. – 31 anos – Profissional de saúde.

Outro ponto discutido foi que os pacientes não acreditam na propaganda em função da falta de confiança em fontes de informação comerciais ou pela facilidade em produzir anúncios que não traduzem a realidade, ou seja, quaisquer argumentos podem ser utilizados nas propagandas, verdadeiros ou não. A comunicação de boca em boca (indicação) possui um apelo mais consistente, pois dá dados reais de como é o atendimento. Além disso, a confiança no amigo, emissor da comunicação de boca em boca, dá credibilidade, como é abordado na teoria por Sheth *et al.* (2001). Conforme frisou um entrevistado, “se uma pessoa diz que um médico é bom, é porque já foi e gostou, conhece o trabalho, então se pode confiar.”

“Só procuro um médico que tenha visto uma propaganda se alguém indicar. Fazer propaganda é muito fácil!” – L. F. – 28 anos – Paciente.

“Não me guio pelas propagandas, porque não acredito.” – V. L. – 57 anos – Paciente.

“Não acredito em propaganda de forma alguma, é mentira, ilusão!” – J. O. – 55 anos – Paciente.

“A indicação é 90%. Dá dados reais sobre como é o atendimento. A confiança no amigo dá a credibilidade.” – V. M. – 31 anos – Profissional de saúde.

Além das questões da propaganda de forma geral, também foram discutidos os tipos de mídia que mais influenciam. Alguns entrevistados consideram comunicação em outdoor mais confiável, ou que chama mais a atenção. Outros, por sua vez, consideram informações de jornais ou revistas mais confiáveis. Alguns, por fim, indicaram que o que importa é a mensagem chegar até eles, não importando a mídia. Além disso, um ponto que causou controvérsias foi o uso do rádio: para alguns, não dá credibilidade ou não surte efeito, para outros (principalmente quando o referido meio de comunicação é tradicional), pode servir como ótimo guia para quem não sabe onde procurar determinado serviço (as pessoas geralmente estão expostas a essa mídia).

Outra dimensão avaliada foi a diferença entre indicações de pessoas mais próximas e mais distantes dos entrevistados. Assim, de forma qualitativa, as questões relacionadas ao objetivo específico de avaliar os grupos de referência que influenciam as pessoas na comunicação de boca em boca (emissores da mensagem) são respondidas aqui. Ficou clara a probabilidade de maior credibilidade de pessoas mais próximas em conformidade com o que Engel *et al.* (2000) afirmam em seus estudos. Em pessoas mais próximas, segundo um entrevistado, “se confia mais, pois se sabe que ela quer o bem da outra pessoa”. Além disso, quando se trata de uma pessoa estranha, não se sabe quais critérios dessa pessoa para avaliar. Indo além, um entrevistado indicou que é necessário que a pessoa que esteja recomendando, não terceiros, tenha usufruído do serviço e ela mesmo tenha falado bem, podendo aí não importar a questão de proximidade. Por outro lado, alguns entrevistados não vêem diferenças em relação ao grau de proximidade entre as pessoas. O que importa é que alguém diga que foi, que gostou e que é bom, com empolgação e com conteúdo persuasivo. Por fim, considerando uma questão de urgência por parte de quem busca um serviço médico, a indicação de qualquer pessoa pode servir, o que pode ser observado nos estudos de Sheth *et al.*(2001).

E quando o boca em boca é negativo, como fica a imagem do profissional de saúde? Alguns acreditam que se alguém fala mal de um profissional que o paciente não conhece, ele automaticamente o exclui das

possíveis alternativas, ou essa exclusão vai depender da existência ou não de informações positivas de uma outra pessoa, o que condiz com os trabalhos de Huefner e Hunt (2000). Outros acreditam que o conteúdo da informação pode determinar a exclusão ou não do serviço de determinado profissional. Outros, por sua vez, indicam que a repetição de fatos semelhantes negativos levará à exclusão daquela alternativa. Conforme afirmou um entrevistado, um simples falar mal não exclui automaticamente o profissional porque, às vezes, é culpa do paciente, que pode distorcer os fatos. Além disso, um dos entrevistados ressaltou a influência de uma informação negativa relacionada a aspectos técnicos que pode ser mais devastadora do que uma informação negativa relacionada a atendimento ou ambiente.

“Se a reclamação for do tratamento, tecnicamente, aí eu excluo o profissional das possibilidades, mas se for por questões de atendimento, ambiente, aí não.” – A. K. – 22 anos – Paciente.

Os entrevistados também indicaram fatores que importam na hora do paciente buscar um novo médico ou dentista e fatores que excluem um médico ou dentista das opções viáveis. Surgiram como fatores positivos atributos tangíveis e intangíveis, como indicação segura de alguém, disponibilidade de horário, facilidade de acesso, estacionamento, qualidade do atendimento, localização, boa fama do médico, nome reconhecido, médico ser conveniado ao plano de saúde do paciente, propaganda e outras formas de comunicação. Como fatores negativos, foram citados o boca em boca negativo, o mau atendimento, demora no atendimento, preço incompatível, indisponibilidade de horários, quando um erro do médico é divulgado na mídia, falta de experiência (recém-formação) e de currículo (não ser especialista), além da não cobertura do plano ou do médico não estar conveniado. Ou seja, a maior parte dos atributos, positivos e negativos, são da mesma natureza só que de valências opostas.

Além de verificar a influência da indicação em relação a outras formas de comunicação e a influência da proximidade das pessoas que estão indicando um profissional, também se verificou as influências de uma indicação feita pelo médico ou dentista que o paciente já frequenta. Quanto a isso, alguns

entrevistados identificaram que se transfere a confiança no profissional que indica para o profissional indicado. O profissional que indica tem conhecimento técnico e sabe que se ele fizer uma má indicação estará comprometendo a sua própria imagem. Entretanto, há também a influência do convênio, que serve como filtro da busca, caso o médico ou dentista indicados não façam parte do plano do paciente. Além disso, houveram divergências quanto a influência da indicação feita por um médico para o paciente se consultar com um outro médico de outra especialidade. Isso vai depender da relação de afetividade que se tem entre paciente e médico, bem como da forma como a informação é assimilada (para alguns, a indicação do médico poderá servir como mais uma fonte).

“A indicação do médico é muito forte, mas quando um paciente é quem indica, eu confio bem mais.” – G. S. – 41 anos – Paciente.

“Iria 50% pela indicação do médico. Se eu já tivesse meu médico na especialidade indicada continuaria com meu médico.” – A. M. – 42 anos – Paciente.

“Eu transfiro a confiança que tenho no meu médico para o médico que ele indicar.” – V. L. – 57 anos – Paciente.

O último ponto identificado foi a influência dos planos de saúde no processo de busca de informações. Dentro disso, foi quase unânime o seguinte: a gravidade da situação poderá determinar a busca de um profissional que não se encontre conveniado. Além disso, há também dependência do profissionalismo e da qualidade de atendimento de médicos e dentistas (conforme frisou um entrevistado, muitas pessoas ainda investem num bom profissional de saúde). Em relação a isso, segundo um entrevistado, pessoas vão aos médicos credenciados, desde que o plano possua bons médicos em determinada área.

Dessa maneira, fica evidente que o comportamento dos consumidores na escolha dos profissionais na área da saúde, apreciado por essa análise de conteúdo, condiz consistentemente com o que se encontra disponível na teoria sobre o assunto. A unanimidade registrada de como o boca em boca positivo é

determinante e como as outras mídias possuem um papel secundário na condução dessa escolha corroboram a teoria de Sheth *et al.* (2001) de que nos serviços na área da saúde, devido ao seu alto risco percebido, o processo de busca tende a ser de natureza mais pessoal e não-comercial, para aumentar a confiabilidade das fontes de informação. Outro fator é a questão dos grupos de referência. De modo geral, quanto mais próximo o indivíduo for do seu grupo de referência, mais importância o boca em boca vai ter (ENGEL *et al.*, 2000), fato que também pode ser observado com predominância nessa primeira fase do trabalho. Dessa maneira, todas as questões abordadas, como pode ser observado ao longo das análises, se enquadram dentro daquilo que sugerem as teorias existentes e que foram previamente abordadas no capítulo da fundamentação teórica.

Finalizada a análise de resultados da etapa exploratória da pesquisa, a seguir são apresentados os resultados da análise conjunta e os procedimentos estatísticos realizados a partir dos resultados da análise conjunta.

4.2 RESULTADOS DA ANÁLISE CONJUNTA

Essa seção traz os resultados e a discussão referentes à segunda fase da pesquisa, na qual utilizou-se como técnica básica a análise conjunta. Os resultados são apresentados em duas subdivisões distintas. A primeira trata especificamente da análise conjunta. A segunda trata dos procedimentos estatísticos realizados com base nos resultados da análise conjunta para estudar comportamentos específicos de segmentos-alvo da amostra, além de testes para avaliar a significância de alguns resultados mais específicos da análise conjunta.

4.2.1 – ANÁLISE CONJUNTA

Nessa seção, são demonstrados e discutidos os resultados da análise conjunta realizada conforme já visto no capítulo do método.

A análise conjunta permite avaliar as preferências dos respondentes indivíduo por indivíduo, ou de forma global, analisando todos os indivíduos de uma só vez. Através da inserção da ordenação dos cartões no sistema, o *SPSS Conjoint* analisa o peso que cada uma das opções contidas nos cartões teve para determinar a ordem. Com isso, o *software* atribui um valor adimensional para cada uma das opções apresentadas, que é chamada de utilidade parcial. A utilidade total de cada um dos atributos, que também é chamada de importância relativa do atributo é dada pela relação entre os atributos extraída da ordenação dos cartões. Nessa dissertação, como já visto no capítulo do método, os atributos definidos para a análise conjunta foram baseados nas mídias citadas nas entrevistas em profundidade e definidas como: mídia externa, mídia eletrônica, mídia impressa, mídia direcionada e comunicação de boca em boca. As opções relativas a cada uma dessas mídias foram definidas pela exposição ou não a essas mídias. No caso da comunicação de boca em boca, ainda foi contemplada a possibilidade do boca em boca poder ter sido positivo ou negativo (valência).

Analisando de uma forma global a amostra, são geradas como saída do processamento da análise conjunta, as importâncias relativas de cada uma das mídias estudadas (atributos) que podem ser observadas no gráfico da figura 7.

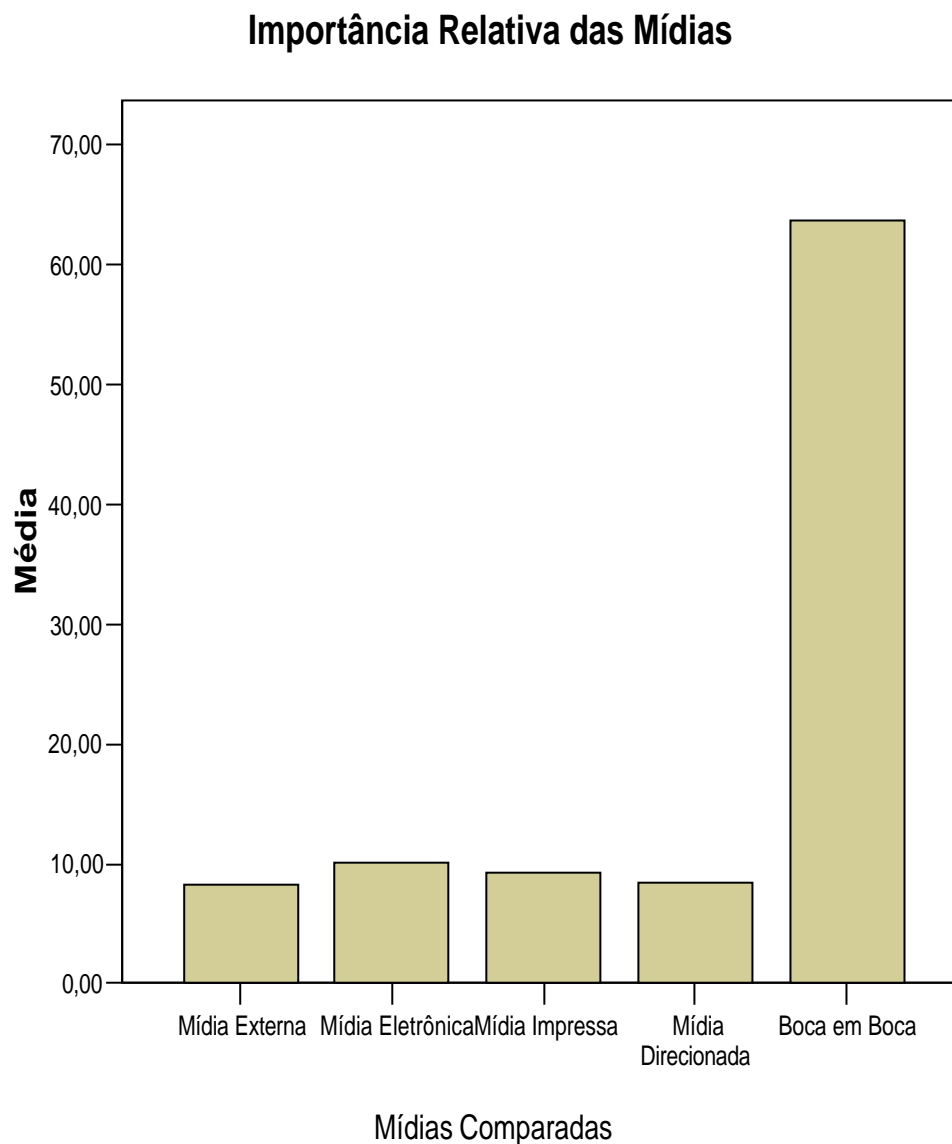


Figura 7 – Gráfico da importância relativa das mídias estudadas.

Em termos numéricos, a figura 8 mostra as importâncias relativas de cada um dos atributos (utilidades total) e as utilidades parciais dos níveis dos atributos.

Atributos	Níveis de Atributos	Utilidades Parciais (média)	Importâncias Relativas dos Atributos (média)
Mídia Externa			8.3258
	Viu	.805378	
	Não Viu	-.805378	
Mídia Eletrônica			10.1266
	Viu	1.075114	
	Não Viu	-1.050991	
Mídia Impressa			9.3505
	Viu	.756036	
	Não Viu	-.748359	
Mídia Direcionada			8.4129
	Viu	.759325	
	Não Viu	-.720949	
Comunicação de Boca em Boca			63.7704
	Positiva	6.987571	
	Inexistente	-.951030	
	Negativa	-5.941159	

Figura 8 – Importâncias relativas e utilidades parciais.

Em conformidade com a teoria de Engel *et al.* (2000), a importância da comunicação de boca em boca na escolha de um profissional na área da saúde foi maior diante das demais mídias estudadas.

Para verificar se a diferença entre as importâncias relativas das mídias

estudadas eram estatisticamente significante foi feito um teste t das importâncias relativas das mídias aos pares. A figura 9 mostra as estatísticas das variáveis pareadas onde ficaram demonstradas as médias das importâncias relativas das mídias, os desvios padrões, o valor do t e as significâncias do teste t de todos os pares possíveis para as mídias estudadas.

		Média das Importâncias Relativas	N	Desvio Padrão	t	Sig.
Par 1	Importância Mídia Externa	8.3258	76	7.63692	-1.482	.143
	Importância Mídia Eletrônica	10.1266	76	6.77127		
Par 2	Importância Mídia Externa	8.3258	76	7.63692	-.782	.437
	Importância Mídia Impressa	9.3505	76	8.85821		
Par 3	Importância Mídia Externa	8.3258	76	7.63692	-.086	.931
	Importância Mídia Direcionada	8.4129	76	6.04646		
Par 4	Importância Mídia Externa	8.3258	76	7.63692	-24.237	.000
	Importância Boca em Boca	63.7704	76	14.38845		
Par 5	Importância Mídia Eletrônica	10.1266	76	6.77127	.665	.508
	Importância Mídia Impressa	9.3505	76	8.85821		
Par 6	Importância Mídia Eletrônica	10.1266	76	6.77127	1.457	.149
	Importância Mídia Direcionada	8.4129	76	6.04646		

Par 7	Importância Mídia Eletrônica	10.1266	76	6.77127	-25.570	.000
	Importância Boca em Boca	63.7704	76	14.38845		
Par 8	Importância Mídia Impressa	9.3505	76	8.85821	.688	.493
	Importância Mídia Direcionada	8.4129	76	6.04646		
Par 9	Importância Mídia Impressa	9.3505	76	8.85821	-22.531	.000
	Importância Boca em Boca	63.7704	76	14.38845		
Par 10	Importância Mídia Direcionada	8.4129	76	6.04646	-28.553	.000
	Importância Boca em Boca	63.7704	76	14.38845		

Figura 9 – Amostras estatísticas pareadas.

Analisando a figura 9, pode-se concluir que os pares de médias cujo o teste t teve significância $<0,05$ são constituídos por médias que tem importância relativa significativamente diferentes entre si. Como se pode observar, só houve diferença significativa da importância relativa da comunicação de boca em boca em relação à importância relativa das outras mídias. Pares de médias que não continham a comunicação de boca em boca não se diferenciaram entre si. A diferença de importância relativa entre os demais pares de médias não possuem significância estatística, pois a significância ficou $>0,05$. Isso comprova os resultados obtidos durante a análise conjunta no que diz respeito ao quanto realmente a importância de cada uma das mídias se diferem.

Para avaliar os níveis dos atributos, isto é, o valor de cada opção, também foi gerada uma análise global da amostra. As figuras 10, 11, 12, 13 e 14 mostram os gráficos das utilidades parciais dos níveis de atributo de cada um dos atributos. Isso pode ser traduzido da seguinte maneira: as utilidades

verificadas nos gráficos denotam o valor atribuído pelos respondentes para o fato de ser ou não ser exposto a cada uma das mídias estudadas no sentido de ser influenciado para a efetiva escolha de um profissional na área da saúde.

Na figura 10, é demonstrado que, na média de todos os respondentes, o fato de ser exposto a uma mídia externa sobre o serviço procurado tem maior influência na efetiva escolha dos serviços da área da saúde do que não ser exposto. Os valores são quantitativamente válidos se comparados com as demais variáveis do modelo.

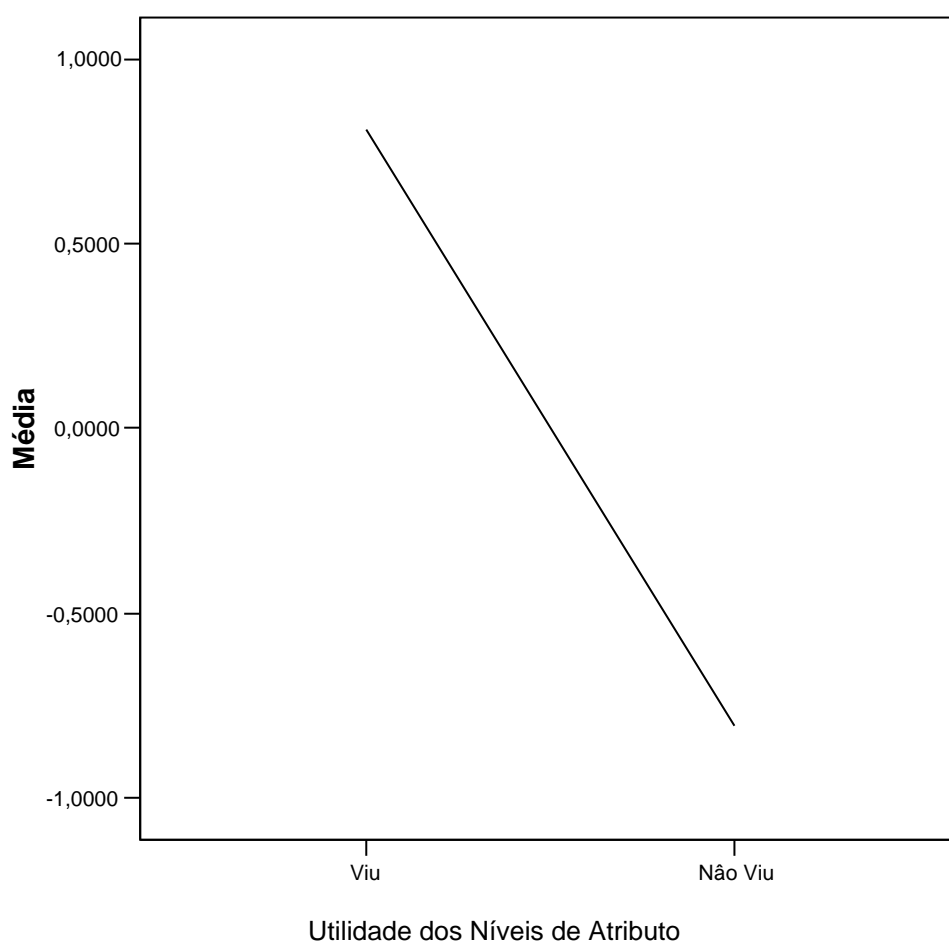


Figura 10 – Gráfico da utilidade dos níveis de atributo da mídia externa.

O gráfico da figura 10 mostra as utilidades parciais do atributo mídia externa. A reta decrescente demonstra as diferenças entre ser ou não ser

exposto a uma mídia externa, no processo de escolha de serviços na área da saúde.

Da mesma forma, o gráfico da figura 11 mostra o comportamento dos respondentes quando são expostos e quando não são expostos a uma mídia eletrônica sobre o serviço que estão buscando.

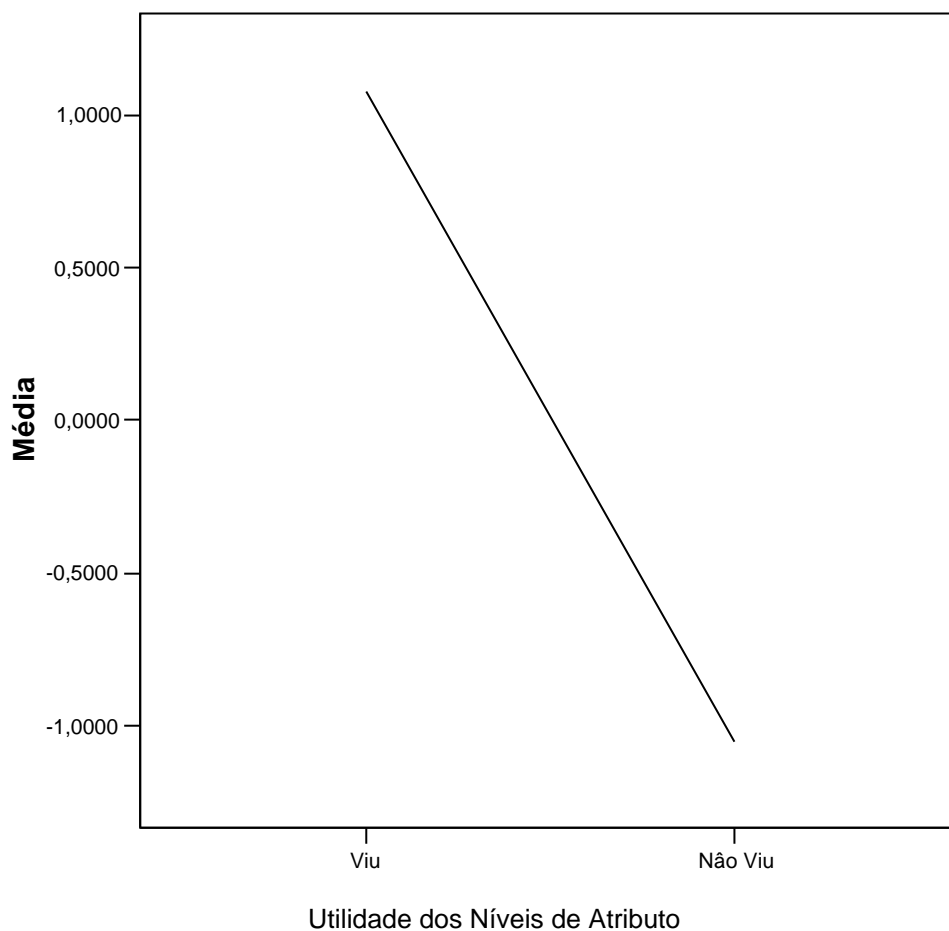


Figura 11 – Gráfico da utilidade dos níveis de atributo da mídia eletrônica.

A reta decrescente demonstra que ser exposto a uma propaganda de rádio ou televisão (mídia eletrônica) influencia mais no processo de escolha de serviços na área da saúde do que não ser exposto a uma mídia eletrônica.

Da mesma forma, fica demonstrado na figura 12 que ver numa revista ou jornal um anúncio do serviço de saúde que está sendo buscado influencia mais na escolha do serviço do que não ter visto nenhuma mídia impressa.

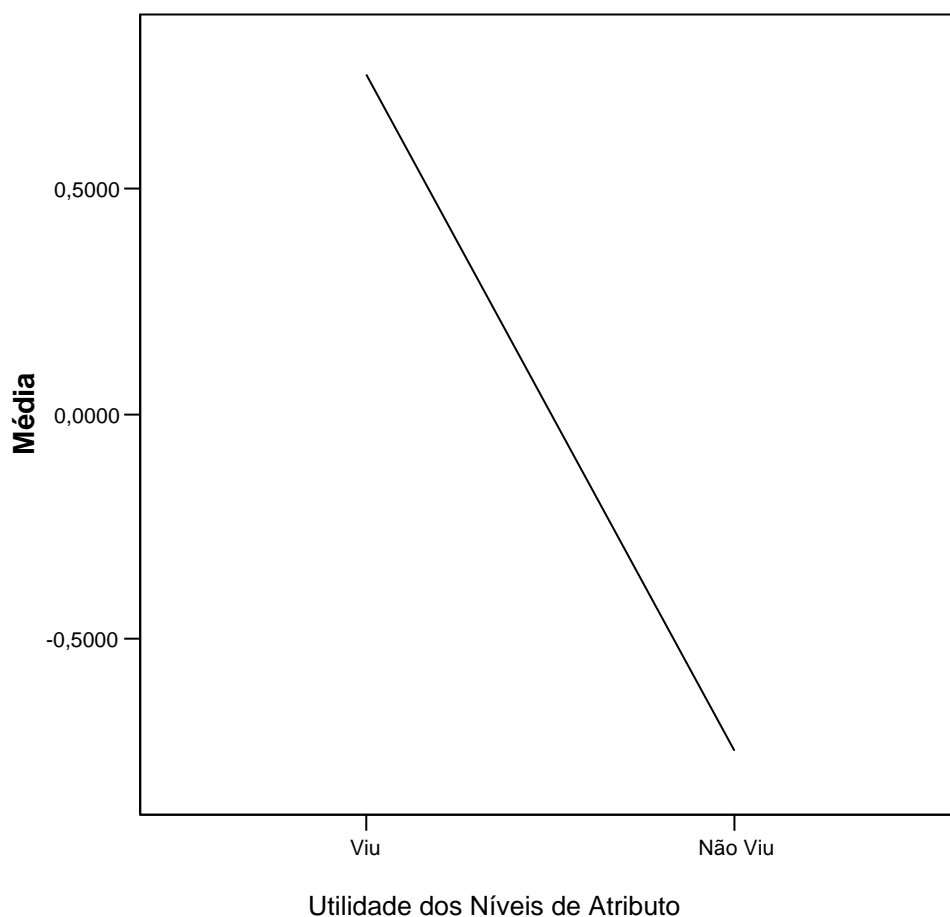


Figura 12 – Gráfico da utilidade dos níveis de atributo da mídia impressa.

O gráfico da figura 12 mostra as utilidades parciais do atributo mídia impressa. A reta decrescente demonstra as diferenças entre ser ou não ser exposto a uma mídia impressa, no processo de escolha de serviços na área da saúde.

Como pode ser observado na figura 13, o mesmo acontece com a média direcionada. Quando se recebe um folder promocional do serviço de saúde que se necessita, mais facilmente o indivíduo vai consumir o serviço anunciado do que se não houvesse recebido nada.

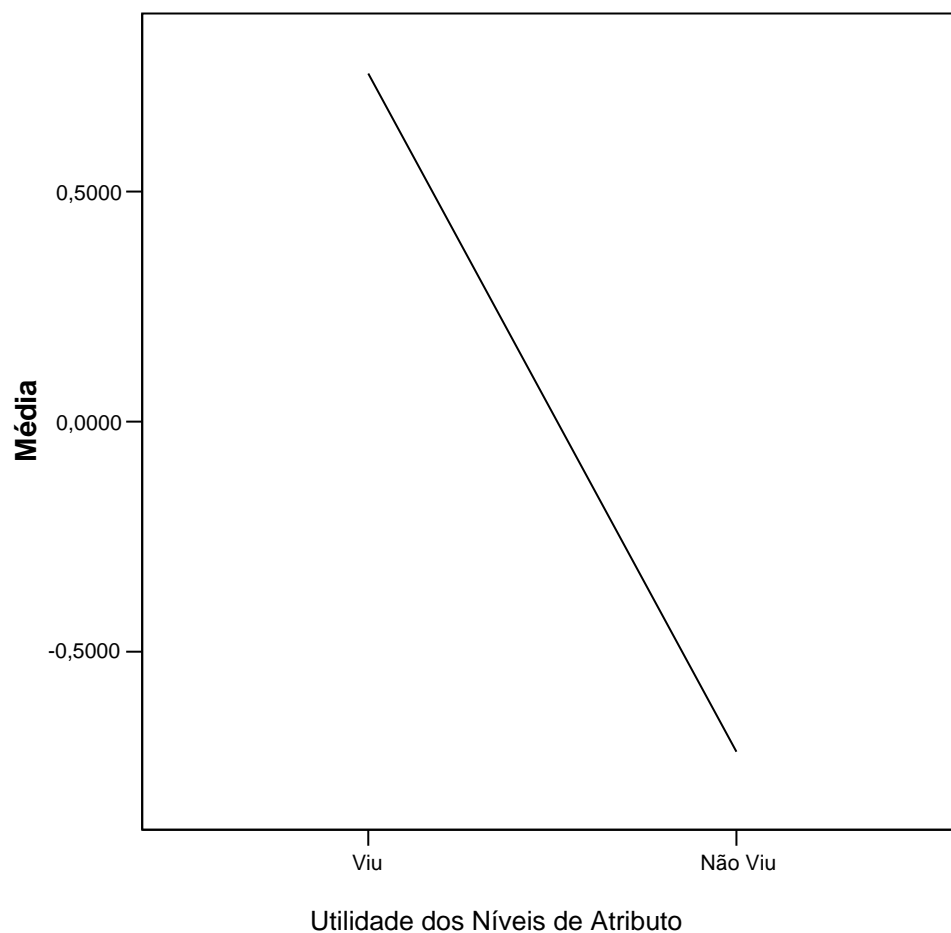


Figura 13 – Gráfico da utilidade dos níveis de atributo da média direcionada.

O gráfico da figura 13 mostra as utilidades parciais do atributo média direcionada. A reta decrescente demonstra as diferenças entre ser ou não ser exposto a uma média direcionada, no processo de escolha de serviços na área da saúde.

Na figura 14, o gráfico mostra o impacto de ser exposto a uma comunicação de boca em boca positiva, não exposto a uma comunicação desse tipo, ou ser exposto a uma comunicação de boca em boca negativa, no processo de escolha de um serviço na área da saúde. Como esperado e contemplado em toda a fundamentação teórica, o efeito na escolha efetiva do serviço na área da saúde é positivo quando a comunicação de boca em boca é positiva e negativo quando a comunicação de boca em boca é negativa.

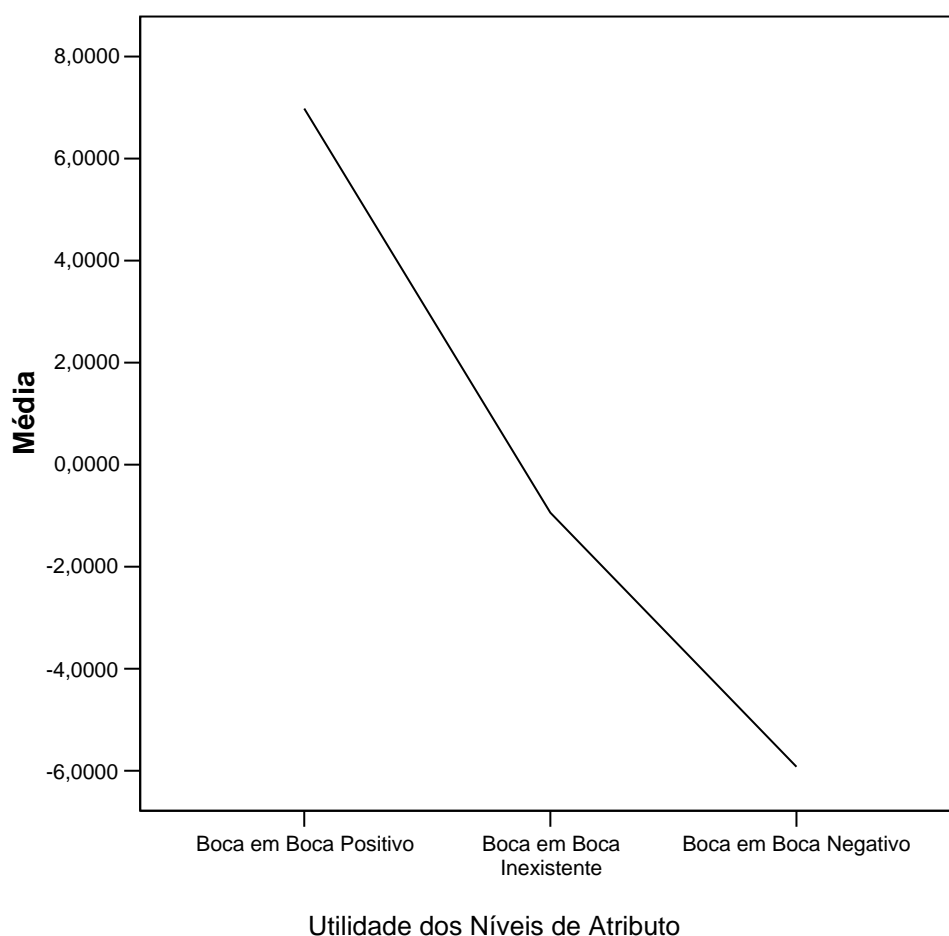


Figura 14 – Gráfico da utilidade dos níveis de atributo da comunicação de boca em boca.

Os 5 gráficos das utilidades mostram que a ausência de exposição às diversas mídias, incluindo a comunicação de boca em boca, pode ter uma leve influência negativa na determinação da escolha de um profissional na área da

saúde. A presença de cada uma das mídias no processo de escolha pode ter uma influência positiva de acordo com as importâncias relativas de cada mídia no processo de escolha.

Para se ter uma visão geral dos resultados, a figura 15 mostra os valores das utilidades parciais de todos os níveis de atributos em conjunto.

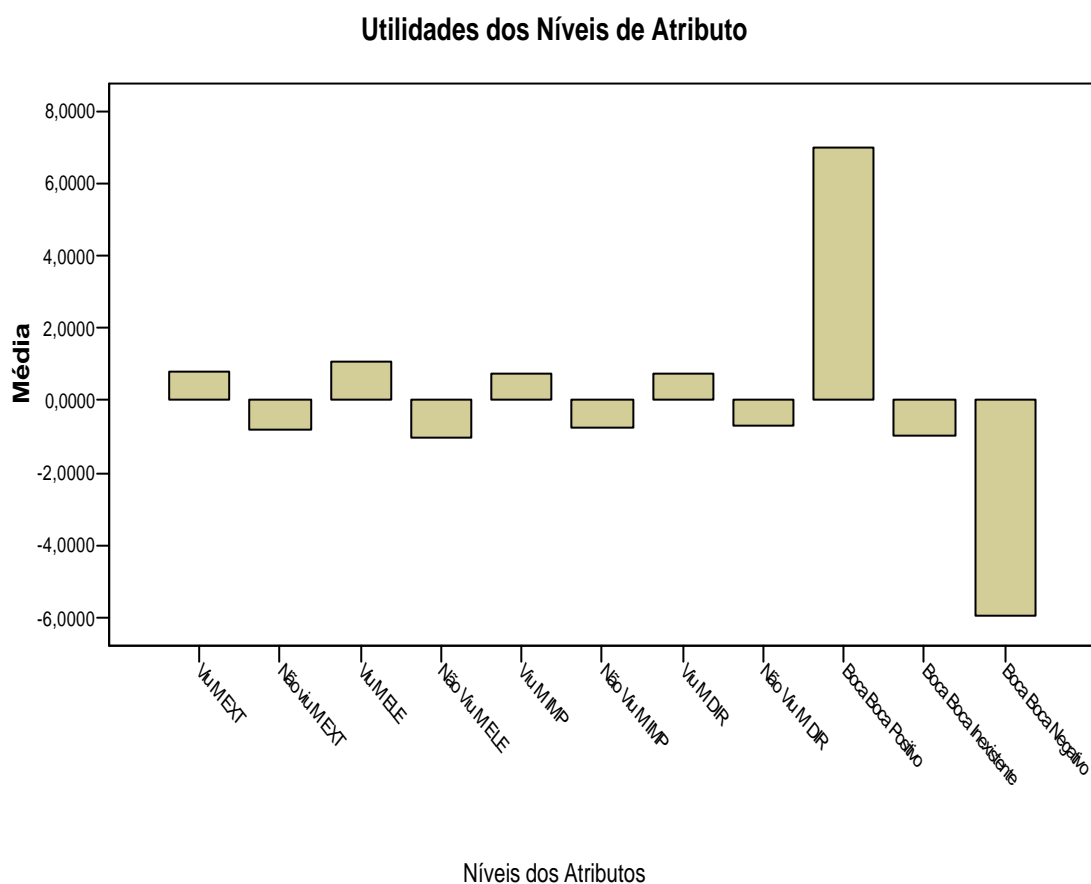


Figura 12 – Gráfico da utilidade dos níveis de atributo das mídias estudadas.

Finalizadas as análises referentes aos resultados globais da análise conjunta, na próxima seção estão presentes as análises feitas posteriormente à obtenção dos resultados da análise conjunta, onde são exploradas as

subdivisões da amostra, além de testes para avaliar a significância de alguns resultados mais específicos da análise conjunta.

4.2.2 – PROCEDIMENTOS POSTERIORES

Essa seção trata dos procedimentos estatísticos realizados com base nos resultados da análise conjunta para verificar comportamentos específicos de segmentos-alvo da amostra, além de avaliar a significância de alguns resultados mais específicos da análise conjunta.

Um dos objetivos específicos desse trabalho foi testar a influência da familiaridade com os serviços na área da saúde na importância dada à comunicação de boca em boca. Para esse fim, foi realizado um teste t que comparou as médias dos valores da importância dada ao boca em boca dos respondentes que responderam que eram familiares aos serviços na área da saúde contra a mesma média dos que responderam que não eram familiares aos serviços na área da saúde. Cada grupo ficou constituído por 38 respondentes.

Contrariamente ao vislumbrado pela teoria de Mowen e Minor, (1998) e de Engel *et al.*, (2000), não houve diferença significativa entre os indivíduos que responderam que eram familiares aos serviços na área da saúde e aqueles que responderam que não eram familiares aos serviços na área da saúde na importância dada à comunicação de boca em boca. A média dos primeiros foi de 66,0358 e a média dos segundos foi de 61,5050. O resultado do teste t teve significância de 0,171 ($>0,05$), mostrando que não houve diferença significativa entre os grupos. O desvio padrão foi de 14,3884 para os dois grupos em conjunto.

A teoria mostra que devido a um maior conhecimento e experiência na área, os indivíduos familiares a um serviço ou produto tendem a ter um

comportamento de busca menos intenso do que os indivíduos que não são familiares. A não confirmação da teoria nessa pesquisa pode estar ligada a peculiaridades da área da saúde. Possivelmente, justamente pela familiaridade com a área, o comportamento de busca através de fontes pessoais não seja abdicado para o consumo de serviços de saúde. Isso explicaria a não confirmação da teoria.

Outro objetivo específico desse trabalho, foi testar o efeito da valência da comunicação de boca em boca na importância que esta assume na escolha dos consumidores por profissionais na área da saúde, isto é, testar se a comunicação de boca em boca positiva tem efeito positivo na escolha de um profissional na área da saúde maior do que a comunicação de boca em boca negativa tem efeito negativo na referida escolha.

Para chegar aos resultados pretendidos, foi necessária a obtenção do módulo do valor das utilidades da comunicação de boca em boca negativa para eliminar os valores negativos e permitir a comparação com os valores positivos da comunicação de boca em boca positiva. Uma vez obtidos valores compatíveis, o procedimento estatístico realizado para comparar qual dos dois tipos de comunicação de boca em boca tinha maior utilidade foi um teste t comparando as médias das duas variáveis.

A média da utilidade da comunicação de boca em boca positiva foi de 6,9875 e a média do módulo da utilidade da comunicação de boca em boca negativa foi de 5,9521. Os resultados do teste t mostraram que a diferença observada nos valores foi estatisticamente significativa (Sig. 0,000). O desvio padrão foi de 1,5303. Dessa forma, a influência da comunicação de boca em boca positiva foi significativamente maior do que a influência da comunicação de boca em boca negativa na escolha dos serviços na área da saúde pelo consumidor.

Em comportamento do consumidor, é clássica a colocação de que um cliente insatisfeito comunica sua insatisfação para mais pessoas do que um cliente satisfeito comunica sua satisfação (HALSTEAD, 2002; LAU e NG, 2001; MANGOLD *et al.*, 1999). Entretanto, os dados analisados dessa dissertação mostraram que, apesar desse comportamento, os receptores da comunicação

de boca em boca deram menos importância para o boca em boca negativo do que para o positivo. Em outras palavras, a importância dada pelo receptor da comunicação de boca em boca é maior para uma mensagem positiva do que para uma mensagem negativa. Desse modo, a busca de informação pode parar num boca a boca positivo, mas o consumidor vai continuar buscando informações sobre um determinado serviço, mesmo tendo sido exposto à comunicação de boca em boca negativa relacionada a esse serviço. Assim sendo, na área da saúde, quando um indivíduo ouve uma pessoa falando mal de um determinado profissional, ele não o exclui das possibilidades viáveis instantaneamente. Uma comunicação de boca em boca positiva sobre o mesmo profissional pode ter mais peso na escolha do que o que foi dito de negativo.

4.2.3 – VALIDADE DO ESTUDO

Para validar internamente o modelo, o software estima valores esperados e depois os compara com os resultados efetivamente obtidos, o que resulta na aderência do modelo aos dados coletados através da ordenação dos cartões. Além disso, 4 cartões adicionais (*holdouts*) aos necessários para as análises são misturados aos demais cartões para re-testar os respondentes (GREEN, 1978; HAIR *et al.*, 1998).

O índice de correlação entre os resultados estimados e os resultados observados na análise conjunta é o *Tau de Kendall*. Quando o *Tau de Kendall* é igual a 1,000 significa que a aderência dos dados ao modelo é perfeita. Quando o *Tau de Kendall* é igual a 0,000, isso indica uma completa falta de correspondência dos dados estimados aos dados obtidos. Já quando o *Tau de Kendall* é igual a -1,000, isso indica que existe uma perfeita relação reversa. O *Tau de Kendall* é uma maneira de quantificar a concordância entre as

preferências ordenação dos cartões) e as utilidades estimadas (SAWTOOTH SOFTWARE INC, 2001). Desse modo, quanto mais próximo de 1 for o valor do *Tau de Kendall*, maior é a aderência dos dados ao modelo. O valor do *Tau de Kendall* para o estudo realizado foi de 0,944 (Sig. 0,0000) para os cartões de medição efetiva e de 1,000 (Sig. 0,0208) para os 4 cartões adicionais (*holdouts*). Devido à significância dos valores do *tau de kendall* tanto para a ordenação dos cartões de teste como para os de re-teste terem sido $<0,05$, a validade interna e a confiabilidade podem ser verificadas nesse estudo.

5 CONCLUSÃO

Partindo-se das definições mais gerais dos processos decisórios de compra do consumidor, após estudar o processo de busca de informações dos consumidores e os grupos de referência, essa dissertação aprofundou-se no comportamento de emissão e recepção da comunicação de boca em boca, relacionando sua importância à importância de outras mídias na escolha por profissionais na área da saúde pelo consumidor.

Na etapa exploratória, identificou-se que mídias eram utilizadas nesse processo de escolha chegando-se à classificação de mídia externa, mídia eletrônica, mídia impressa e mídia direcionada, além da comunicação de boca em boca. Essa classificação foi utilizada para a análise conjunta realizada posteriormente. Ainda na etapa exploratória, questões relacionadas à influência dos grupos de referência na efetividade da comunicação de boca em boca para os serviços na área da saúde foram discutidas. A ideia que prevaleceu nessa discussão foi a de que pessoas mais próximas influenciam mais do que pessoas menos próximas quando emitem uma comunicação de boca em boca. Além disso, o conteúdo da mensagem também ficou muito explicitado nessa questão, pois a comunicação de boca em boca sem argumentos convincentes não teria efeito para alguns respondentes.

Na segunda etapa, de natureza quantitativa, a teoria sobre a comunicação de boca em boca foi confrontada num estudo de análise conjunta que comprovou que a importância dada à comunicação de boca em boca era

maior que a importância dada às outras mídias citadas pelos entrevistados na etapa exploratória.

Um ponto controverso levantado na pesquisa foi a questão da familiaridade com os serviços na área da saúde. A teoria mostrou que quanto maior é a familiaridade com um determinado produto ou serviço, menor é a intensidade de busca de informações sobre esse produto ou serviço. Entretanto, não houve significância estatística entre o grupo de respondentes que se julgou familiar aos serviços na área da saúde contra o grupo que não se julgou familiar.

Por fim, esse trabalho verificou a importância dada a uma comunicação de boca em boca positiva contra a importância dada a uma comunicação de boca em boca negativa. Observou-se que, apesar da teoria trazer uma maior intensidade de emissão de comunicação de boca em boca negativa do que positiva, a importância dada à comunicação de boca em boca positiva pelo receptor da mensagem foi maior do que a importância dada à comunicação de boca em boca negativa.

Depois de todo o esforço de pesquisa e revisão bibliográfica, pode-se sugerir que muitos fatores são responsáveis pela grande importância dada à comunicação de boca em boca em relação às demais mídias na escolha de serviços na área da saúde pelo consumidor.

Em primeiro lugar, o verdadeiro “bombardeio” de anúncios a que são expostas as pessoas diariamente contribui para um descrédito generalizado da propaganda como um todo. Esse fato pode ser comprovado pela tendência de cada vez mais as empresas buscarem “camuflar” seus anúncios em matérias informativas de jornais, revistas, entrevistas em programas de televisão e outras mídias, afim de disfarçar o interesse comercial da mensagem.

Em segundo lugar, a cultura assistencialista da área da saúde faz com que o aspecto comercial dos serviços nessa área seja muito mal visto pelas pessoas. Um fato que corrobora essa visão é a série de restrições éticas e legais constituídas nos códigos de ética médico e odontológico vigentes atualmente no Brasil.

Em terceiro lugar, como os serviços na área da saúde podem oferecer riscos à saúde dos pacientes, que vão desde a estética até as deformidades e a própria morte, as fontes de informação de natureza comercial se tornam mais desacreditadas ainda pelos pacientes. Os pacientes acreditam mais na opinião de pessoas confiáveis e que já tenham usufruído dos serviços que estão procurando. Isso os ajuda a reduzir o risco percebido no consumo dos serviços na área da saúde de que estão necessitando.

Dessa forma, como demonstrado, tanto de forma qualitativa como de forma quantitativa, a comunicação de boca em boca é a forma em que se baseiam as pessoas para escolherem os serviços na área da saúde. O papel da propaganda nesse processo é secundário, agindo como suporte e reforço de comunicação.

A seguir, são apresentadas sugestões para pesquisas futuras abordando temas semelhantes.

5.1 SUGESTÕES DE PESQUISA FUTURA

Durante a etapa exploratória do estudo, muitas questões relacionadas à configuração dos serviços de saúde apareceram, mas fugiram ao escopo do trabalho, que se propôs ao estudo da importância relativa das mídias na escolha dos serviços. Como sugestão de pesquisas futuras, propõe-se abordar questões relacionadas às configurações dos serviços na área da saúde como preço, atendimento, localização e etc. em conjunto com a importância das mídias no processo de escolha.

Outra sugestão de pesquisa seria efetuar estudos de natureza conclusiva com mais enfoque nas questões de familiaridade com os serviços

na área da saúde e a intensidade de busca por informações. Os resultados encontrados nessa pesquisa, com relação a esse aspecto, não estavam de acordo com a teoria sobre o assunto. A teoria mostra que a familiaridade e a experiência com os produtos e serviços reduzem a necessidade de busca de informações, entretanto, não foi encontrada diferença significativa entre a importância dada à comunicação de boca em boca entre os indivíduos que se julgaram familiares aos serviços na área da saúde e os indivíduos que não se julgaram familiares aos serviços na área da saúde. Desse modo, para entender melhor a questão que foi controversa nessa dissertação, é sugerida nova pesquisa sobre tema.

Por fim, é sugerido um estudo que relacione as questões do emissor da comunicação de boca em boca com o receptor da comunicação de boca em boca. Nessa dissertação, a relação entre o emissor e o receptor da propaganda de boca em boca foi abordada tangencialmente pelo estudo da importância da comunicação de boca em boca positiva em relação à importância da comunicação de boca em boca negativa dada pelo receptor da mensagem. Entretanto, pesquisas futuras podem explorar mais a fundo a relação de efetividade do impacto da comunicação de boca em boca desde as questões relativas ao emissor até às questões relativas ao receptor da mensagem.

5.2 IMPLICAÇÕES GERENCIAIS

As implicações gerenciais do estudo estão relacionadas às estratégias a serem adotadas na comunicação de serviços na área da saúde e à racionalidade dos investimentos em propaganda nessa área.

Evidenciadas as questões culturais, éticas e legais da utilização de

mídias de massa na promoção dos serviços na área da saúde, fica claro que as estratégias a serem adotadas para a comunicação de serviços nessa área devem ser voltadas para o estímulo da comunicação de boca em boca positiva, como levantado nas entrevistas em profundidade e comprovado pelos resultados da análise conjunta.

Investimentos nas demais mídias são importantes para tornar conhecida a unidade de saúde, mas o que efetivamente vai conduzir os pacientes a se tornarem clientes de uma determinada instituição de saúde é, principalmente, a comunicação de boca em boca positiva.

5.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Nos últimos 20 anos de utilização da análise conjunta, pouquíssimos trabalhos têm focado na validade externa da análise conjunta. A validade externa envolve a capacidade de predição da análise conjunta, em termos específicos, a representatividade da amostra (HAIR *et al.*, 1998). Como os elementos da amostra foram escolhidos por conveniência, isso a torna uma amostra não-probabilística, o que não permite generalizações para a população do estudo (MALHOTRA, 2002).

Outra limitação do estudo foi a versão do software utilizada para gerar o *design ortogonal* da análise conjunta. Como a versão do *SPSS Conjoint* era muita antiga, o número de cartões gerados era sempre muito grande, limitando muito o número de atributos e níveis de atributo da pesquisa de análise conjunta. Isso ocorreu, pois, quanto maior o número de atributos e níveis de atributos da pesquisa, maior era o número de cartões gerados. Dessa forma, o *design ortogonal* foi gerado com o máximo de atributos e níveis de atributos possíveis viáveis para a coleta de dados.

Por fim, o estudo tratou a área da saúde de forma genérica utilizando uma unidade odontológica de saúde como fonte de pesquisa. Não foram levadas em conta as diversas áreas da odontologia e da medicina, o que poderia trazer outras dimensões para os resultados obtidos e maior riqueza nas análises.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGRAWAL, Jagdish, KAMAKURA, Wagner, The Economic Worth of Celebrity Endorsers: An Event Study Analysis. **Journal of Marketing**, Jul 1995.

AAKER, David A., KUMAR, V., DAY, George S. **Pesquisa de Marketing**. São Paulo: Atlas, 2^a ed., 2004.

AKAAH, I., KORGAONKAR, P. K. A Conjoint Investigation of the Relative Importance of Risk Riliervers in Direct Marketing. **Journal of Adverting Research**. Sep 1988.

BANSAL, Harvir S., VOYER, Peter A., Word-of-Mouth Processes within a Services Purchase Decision Context. **Journal of Service Research**. Nov 2000, vol. 3, n. 2.

BONE, Paula, Word-of-Mouth Effects on Short-Term and Long-Term Products Judgments. **Journal of Business Research**, New York, 1995, vol. 32, p 213-223.

BROWN, Jacqueline J., REINGEN, Peter H. Social Ties and Word-of-Mouth Referral Behavior. **Journal of Consumer Research**, Dec 1987, vol. 14.

BURNS, Alvin C., BUSH, Ronald F. **Marketing Research**. New Jersey: Prentice-Hall, 1995.

CARMONE, Frank J., GREEN, Paul E., JAIN, Arun K. Robustness of Conjoint Analysis: Some Monté Carlo Results. **Journal of Marketing Research**. May 1978, vol. 15.

Conselho Federal de Medicina (CFM). Código de Ética Médica. www.cfm.org.br. em 11/03/2004.

Conselho Federal de Odontologia (CFO). Código de Ética Odontológica. www.cfo.org.br. em 11/03/2004.

CHURCHILL, Jr. Gilbert. **Marketing Research: Methodological Foundations**. Orlando: The Dryden Press, 1999.

DUHAN, Dale *et al*, Influences on Consumer Use of Word-of-Mouth Recommendation Sources. **Academy of Marketing Science**, Fall 1997, vol. 25, p 283-296.

ENGEL, James. Word-of-Mouth Communication by the Innovator. **Journal of Marketing**. New York, Jul 1969, vol. 33.

ENGEL, James, BLACKWELL, Roger, MINIARD, Paul, **Comportamento do Consumidor**. Rio de Janeiro: LTC editora, 8ª ed., 2000.

GELB, Besty, JOHNSON, Madeline, Word-of-Mouth Communication: Causes and Consequences. **Journal of Health Care Marketing**. Fall 1995, vol. 15.

GILDIN, Suzana Z. Understanding the Power of Word-of-Mouth. **Revista de Administração Mackenzie**. Nov 2002, ano 4, n. 1.

GREEN, Paul E., SRINIVASAN, V. Conjoint Analysis in Consumer Research: Issues and Outlook. **Journal of Consumer Research**. Sep 1978, vol. 5, p. 103-123.

GREMLER, Dwayne, GWINNER, Kevin, BROWN, Stephen. Generating Positive Word-of-Mouth Communication Through Customer-Employee Relationships. **International Journal of Service Industry Management**, Bradford, 2001, vol. 12.

HAIR, Jr., Joseph F.; ANDERSON, Rolph E.; TATHAM, RONALD L.; Black, William. **Multivariate Data Analysis**, Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall, 5ª ed., 1998.

HALSTEAD, Diane, Negative Word-of-Mouth: Substitute for or Supplement to Consumer Complaints? **Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior**. Provo, 2002, vol. 15, p. 1-12.

HARRISON-WALKER, L Jean, The Measurement of Word-of-Mouth Communication and an Investigation of Service Quality and Consumer Commitment as Potential Antecedents. **Journal of Service Research**, Aug 2001, vol. 4, p. 60-75.

HAYWOOD, Michael, Managing Word-of-Mouth Communication. **Journal of Service Management**, Spring 1989, vol. 3, n. 2.

HERR, Paul, KARDES, Frank, KIM, John, Effects of Word-of-Mouth and Product-Attribute Information on Persuasion: An Accessibility-Diagnosticity Perspective. **Journal of Consumer Research**. Mar 1991, vol. 17, p. 454-462.

HUEFNER, Jonathan C., HUNT, Keith, Consumer Retaliation as a Response to Dissatisfaction. **Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior**. Provo, 2000, vol. 13, p. 61-82.

INTELLIQUEST - INFORMATION SOLUTIONS FOR GLOBAL TECHNOLOGY MARKETING. **Preference Structure Measurement: Conjoint Analysis and Related Techniques – A Guide for Designing and Interpreting Conjoint Studies**. Austin:

American Marketing Association, 2ª ed., 2000. (Marketing Research Techniques Series).

LARÁN, Juliano Aita. **A Influência da Surpresa no Processo Emocional de Formação da Satisfação do Consumidor**. 2003. 144 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

LAU, Geok T., NG, Sophia. Individual and Situational Factors Influencing Negative Word-of-Mouth Behavior. **Canadian Journal of Administrative Sciences**. Sep 2001, vol. 18, n. 3.

MALHOTRA, Naresh K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. São Paulo: Bookman, 3ª ed., 2001.

MANGOLD, W., MILLER, Fred, BROCKWAY, Gary. Word-of-mouth communication in the service marketplace. **The Journal of Services Marketing**. Santa Barbara, 1999, v. 13, n. 1.

MARSHALL, Catherine, MOTTA, Gretchen B. **Designing Qualitative Research**. Newbury Park: Sage, 1989.

MOWEN, John C., MINOR, Michael. **Consumer Behavior**. New Jersey: Prentice-Hall, 5ª ed., 1998.

PIRES, Vicente C., MARCHETTI, Renato Z Fatores Influenciadores na Escolha da Fonte de Informação na Compra de Automóveis Novos: A Importância da Comunicação Boa a Boca. In: 24º Encontro Nacional da ANPAD – ENANPAD, 2000. **Anais**. ANPAD, 2000.

POTSCH, José R., MOTTA, Paulo C. Televisão por Assinatura: Medida da Utilidade dos Atributos que influenciam as Escolhas dos consumidores. In: 22º Encontro Nacional da ANPAD – ENANPAD, 1998, Foz do Iguaçu. **Anais**. Foz do Iguaçu: ANPAD, 1998.

RICHINS, Marsha L. Negative Word-of-Mouth by Dissatisfied Consumers: A Pilot Study. **Journal of Marketing**. Winter 1983, vol .47, p. 68-78.

SAWTOOTH SOFTWARE INC. **A Full Profile Conjoint System From sawtooth Software**. 2001.

SHETH, Jagdish N., MITTAL, Banwari, NEWMAN, Bruce I. **Comportamento do cliente: indo além do comportamento do consumidor**. São Paulo: Atlas, 2001.

SOLOMON, Michael R. **O comportamento do consumidor: comprando, possuindo e sendo**. São Paulo: Bookman, 5ª ed., 2002.

SPERS, Eduardo E. Avaliação Da Preferência E Segmentação Por Atributos De Segurança: O Caso Do Morango. In: 27º Encontro Nacional da ANPAD – ENANPAD, 2003, Atibaia. **Anais**. Atibaia: ANPAD, 2003.

SWANSON, Scott, KELLEY, Scott, Service Recovery Attributions and Word-of-Mouth Intentions. **European Journal of Marketing**, Bradford, 2001, vol. 35, p. 194-211.

WALKER, Chip. Word-of-Mouth. **American Demographics**, Jul 1995, vol. 17.

ZIKMUND, William G. **Business Research Methods**. Orlando: The Dryden Press, 6^a ed., 2000.

ANEXOS

ANEXO A – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS EM PROFUNDIDADE COM OS
PACIENTES

UFRGS – Escola de Administração – Dissertação

Roteiro Entrevistas em Profundidade – Etapa Exploratória

Aluno: Rubens Barros Coelho

Data: Maio / Junho de 2004

PERFIL

Qual o seu nome? Qual a sua idade?

Qual o seu grau de instrução? Qual a sua ocupação?

Possui plano de saúde?

QUESTÕES

- 1) Quando tu necessitas de um médico ou dentista de uma especialidade que tu não conheces nenhum profissional na área, como tu solucionas esse problema?
- 2) Se tu for exposto a uma propaganda relacionada justamente a área que tu está precisando, tu procuras mais informações sobre a clínica ou o médico anunciado?
- 3) Pra ti existe diferença entre as mídias que anunciam serviços de saúde? Alguma delas merece mais credibilidade?
- 4) Que peso tu darias a uma propaganda de um serviço de saúde, se comparada à indicação de alguém que já tenha ido e tenha indicado um profissional?
- 5) Existe diferença na credibilidade dependendo da pessoa que fez a indicação do profissional de saúde, há diferença entre um amigo distante, um parente próximo, ou uma pessoa praticamente desconhecida no crédito dado à indicação?
- 6) Se alguém fala mal de um profissional que você não conhece, você automaticamente o exclui das possíveis alternativas? O que acontece de fato nesses casos?
- 7) Indique 3 fatores que realmente importam na hora de buscar um novo médico ou dentista e 3 fatores que excluiriam um médico ou dentista das opções viáveis?
- 8) Qual influência tem uma indicação feita pelo médico ou dentista que você já frequenta?
- 9) Qual é a influência dos planos de saúde nesse processo de busca?

ANEXO B – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS EM PROFUNDIDADE COM OS
PROFISSIONAIS DA ÁREA DA SAÚDE

UFRGS – Escola de Administração – Dissertação

Roteiro Entrevistas em Profundidade – Etapa Exploratória

Aluno: Rubens Barros Coelho

Data: Maio / Junho de 2004

PERFIL

Qual o seu nome? Qual a sua idade?

Qual a sua ocupação?

QUESTÕES

- 1) Quando os pacientes necessitam de um médico de uma especialidade que onde não conhecem nenhum profissional na área, como eles solucionam esse problema?
- 2) Se os pacientes forem expostos a uma propaganda relacionada justamente a área que estiverem precisando, eles procuram mais informações sobre a clínica ou o médico anunciado?
- 3) Pra ti existe diferença entre as mídias que anunciam serviços de saúde? Alguma delas merece mais credibilidade?
- 4) Que peso tu acha que os pacientes dariam a uma propaganda de um serviço de saúde, se comparada à indicação de alguém que já tenha ido e tenha indicado um profissional?
- 5) Existe diferença na credibilidade dependendo da pessoa que fez a indicação do profissional de saúde, há diferença entre um amigo distante, um parente próximo, ou uma pessoa praticamente desconhecida no crédito dado à indicação?
- 6) Se alguém fala mal de um profissional que o paciente não conhece, ele automaticamente o exclui das possíveis alternativas? O que acontece de fato nesses casos?
- 7) Indique 3 fatores que realmente importam na hora de o paciente buscar um novo médico ou dentista e 3 fatores que excluiriam um médico ou dentista das opções viáveis?
- 8) Qual influência tem uma indicação feita pelo médico ou dentista que o paciente já frequenta?
- 9) Qual é a influência dos planos de saúde nesse processo de busca?

ANEXO C – CARTÃO DE EXPLICAÇÃO DA COLETA DE DADOS DA
ANÁLISE CONJUNTA

Explicação dos Itens

Mídia Externa – Outdoor, Placas, mídias em ambiente externo

Mídia Eletrônica – Rádio, TV, mídias por equipamentos eletrônicos

Mídia Impressa – Revistas, Jornais, mídias em veículos impressos

Mídia Direcionada – Folders, mala direta, mídias enviadas pelo correio

Boca-a-boca Positivo – Indicação, alguém fala bem do profissional

Boca-a-boca Negativo – Alguém reclama ou fala mal do profissional

ANEXO D – EXEMPLO DE CARTÃO DA COLETA DE DADOS DA ANÁLISE
CONJUNTA

Cartão 1

Mídia Externa - Não Viu

Mídia Eletrônica - Assistiu

Mídia Impressa - Viu

Mídia Direcionada - Recebeu

Boca-a-boca - Positiva

ANEXO E – FORMULÁRIO DE ANOTAÇÃO DA ORDENAÇÃO DOS
CARTÕES DA ANÁLISE CONJUNTA

UFRGS – Pesquisa para Dissertação de Mestrado em Administração – Marketing**Aluno: Rubens Barros Coelho****Data da Coleta: de 05/07/2004 até 23/07/2004****1 – Você se considera familiar aos serviços da área da saúde (trabalha ou convive com o dia-a-dia dos profissionais da área)?** Sim Não**2 – Sexo:** Masculino Feminino**3 – Ordem dos cartões de acordo com a configuração de exposição de mídia que mais provavelmente levaria à escolha de um profissional na área da saúde :**

1 – ()	8 – ()	15 – ()	22 ()
2 – ()	9 – ()	16 – ()	
3 – ()	10 – ()	17 – ()	
4 – ()	11 – ()	18 – ()	
5 – ()	12 – ()	19 – ()	
6 – ()	13 – ()	20 – ()	
7 – ()	14 – ()	21 – ()	

Muito Obrigado!