

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS  
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO  
NÍVEL MESTRADO**

**CAROLINE SCHOLLES**

**A QUALIDADE DAS INFORMAÇÕES NA JORNADA DO CLIENTE E SUA  
INFLUÊNCIA SOBRE A LEALDADE NO RELACIONAMENTO ENTRE MÉDICO E  
PACIENTE**

**Porto Alegre**

**2021**

CAROLINE SCHOLLES

**A QUALIDADE DAS INFORMAÇÕES NA JORNADA DO CLIENTE E SUA  
INFLUÊNCIA SOBRE A LEALDADE NO RELACIONAMENTO ENTRE MÉDICO E  
PACIENTE**

Dissertação apresentada como requisito parcial  
para obtenção do título de mestre em  
Administração, pelo Programa de Pós-  
Graduação em Administração da Universidade  
do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Orientadora Profa Dra. Amarolinda Zanela Klein  
Co-orientador Prof Dr. Fernando de Oliveira Santini

PORTO ALEGRE

2021

S368q Scholles, Caroline  
A qualidade das informações na jornada do cliente e sua influência sobre a lealdade no relacionamento entre médico e paciente / por Caroline Scholles. – 2021.  
103 f. : il.; 30 cm.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Administração, 2021.  
Orientação: Profa. Dra. Amarolinda Zanela Klein ; Co-orientação: Prof. Dr. Fernando de Oliveira Santini.

1. CRM. 2. PRM. 3. Lealdade. 4. *Marketing* na área da Saúde. 5. Competitividade. I. Título.

CDU 658.89

Caroline Scholles

A Qualidade das Informações na Jornada do Cliente e sua Influência sobre a Lealdade no  
Relacionamento entre Médico e Paciente.

Dissertação apresentada como requisito parcial  
para obtenção do título de mestre em  
Administração, pelo Programa de Pós-  
Graduação em Administração da Universidade  
do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS

Aprovado em 30 de junho de 2021

BANCA EXAMINADORA

---

Profª. Amarolinda Iara da Costa Zanela Klein - UNISINOS

---

Prof. Fernando de Oliveira Santini – UNISINOS

---

Prof. Celso Augusto de Matos - UNISINOS

---

Prof. Cristiane Drebes Pedron – UNINOVE

---

Prof. Ivan Lapuente Garrido - UNISINOS

## AGRADECIMENTOS

Sempre gostei de pesquisa, apesar do meu relacionamento com ela nem sempre ser correspondido de forma equivalente. Muitas vezes parecia que seria um eterno amor não correspondido. Foram muitas as navegações por disciplinas isoladas, leitura de diferentes artigos, conversas com diferentes docentes e discentes, até que eu optasse pelo mestrado em administração na UNISINOS. Meu perfil sempre foi mais prático e por experiência profissional em diferentes organizações, escolhi a pesquisa na área de gestão. Hoje, posso dizer que consigo ajudar organizações a obterem uma perspectiva diferenciada em relação à percepção dos seus consumidores, com proximidade ao rigor científico. Isso é a realização de um sonho e representa o encerramento de uma etapa muito importante para a minha vida. Portanto, aqui fica o registro das pessoas que foram fundamentais para a concretização desse sonho.

Em primeiro lugar, queria agradecer à minha orientadora, a Profa. Maro, que acreditou em mim, lá no comecinho de tudo, e foi essencial para a viabilização do meu mestrado. Também gostaria de agradecer ao Prof. Santini, que embarcou no meio do processo para ajudar a concretizar nossas colocações teóricas em uma pesquisa quantitativa. Muito obrigada, Maro e Santini pela paciência, principalmente, e pelos ensinamentos desde as disciplinas de estatística, de métodos de pesquisa e de ensino até o processo de escrita da dissertação.

Queria agradecer ao meu avô Cláudio Berlitz, que não está mais entre nós, mas que lutou muito bravamente contra o câncer em um ano de pandemia, em que a saúde estava em crise e, ainda assim, recebeu o cuidado e a atenção dos profissionais e médicos do SUS para o seu tratamento. Também agradeço as suas filhas, minhas tias, Ana Carolina e Ester e a minha mãe, Anelise, e à sua esposa, a vó Rosinha Berlitz. Vocês sempre colocaram a família em primeiro lugar e, por isso, temos a união e a força para enfrentarmos os obstáculos e a alegria para comemorarmos as coisas boas.

Meus agradecimentos aos profissionais incríveis que me apoiaram nessa jornada, minha eterna gestora, Letícia Bernardino, gerente de SEO na Cadastra, e gestor, Victor Magalhães, diretor da Cadastra, um mentor que sempre me incentivou a estudar, e uma das únicas pessoas que me falou para persistir até o fim do curso. Também queria agradecer ao Diego A. Figueiredo, gerente do digital no setor internacional no Grupo Boticário, meu gestor direto, pela compreensão e, principalmente, pelo apoio na etapa final da dissertação. Por fim, obrigada Luis Sobral, gerente de UX no Grupo Boticário, por acreditar em mim para o desafio de fazer SEO no internacional da empresa. Sou muito grata a ambas as empresas e à sua gestão, pelo incentivo e flexibilidade que me permitiram seguir os estudos em paralelo ao trabalho.

Obrigada aos meus amigos e colegas do curso, em especial aos *construtores de frameworks* Anderson Jesus e Daniel Lugo, que me apoiaram durante toda a jornada do mestrado. Obrigada às minhas amigas que levo no coração, Marina Collet e Mariana Boese, por ouvirem as minhas lamentações, até aquelas sem fundamento, sem julgar. Falando nisso, queria agradecer a minha terapeuta, por me ajudar a crescer e fortalecer a minha saúde mental e a minha inteligência emocional em um ano tão estranho como esse que passou. Também gostaria de agradecer à Fran, a cachorrinha mais linda do universo, o seu pai, o Lucas Feijó, o Victor Menezes e o Augusto Mallmann, por todo o amor de sempre. Obrigada Filipe de Lima Arcanjo, meu amigo, que sempre acreditou em mim, até quando eu não acreditava, e me motivou a fazer o mestrado, como você sempre falou, um projeto que seria apenas meu e mudaria meu jeito de ver as coisas. Você tinha razão, obrigada. Por fim, obrigada Mistra, minha eterna bichinha de estimação.

Obrigada pai, Gilberto Scholles, mãe, Anelise Berlitz Scholles e irmão, Augusto Scholles. Sem vocês nada disso teria sido possível. Amo muito vocês e espero um dia poder retribuir de volta para o mundo todo o amor que me foi dado desde pequena. A criança que sou ainda existe em mim, e pretendo que ela viva para sempre ativa e sonhadora, graças a vocês, minha família querida.

## RESUMO

A presente dissertação está inserida na linha de pesquisa de COMPETITIVIDADE E RELAÇÕES INTERORGANIZACIONAIS do Programa de Pós-Graduação em Administração da UNISINOS. A pesquisa tem por objetivo avaliar a qualidade da informação disponibilizada em cada etapa do atendimento médico, considerando a visão do CRM (*Customer Relationship Management*) e PRM (*Patient Relationship Management*) na área da saúde, para monitorar a jornada do paciente. A pesquisa é de natureza quantitativa e explanatória de corte transversal, por meio da aplicação de pesquisa *survey* junto a 195 pacientes. Optou-se por um questionário estruturado como instrumento de coleta de dados e os respondentes haviam realizado pelo menos uma consulta médica nos últimos doze meses que antecederam o estudo. Os resultados confirmaram as hipóteses de que a qualidade da informação percebida pelo paciente na etapa de atendimento e pós-atendimento médico impacta positivamente a lealdade do paciente com relação ao médico. Concluindo, a disponibilidade de fontes de dados de diferentes tecnologias no CRM é essencial na construção de relacionamentos de longo prazo entre médico e paciente, priorizando-o como cliente e ser humano e destacando-se a importância primordial da qualidade das informações prestadas e acessadas ao longo da sua jornada.

**Palavras-chave:** CRM, PRM, Lealdade, *Marketing* na área da Saúde; Competitividade.

## ABSTRACT

This dissertation is a part of the COMPETITIVENESS AND INTERORGANIZATIONAL RELATIONS research line of the Master's Program in Administration at UNISINOS. The research aims to assess the quality of information provided at each stage of medical care, considering the vision of CRM (Customer Relationship Management) and PRM (Patient Relationship Management) in the health area, to monitor the patient's journey. The research is quantitative and cross-sectional explanatory, through the application of survey research with 195 patients. A structured questionnaire was chosen as a data collection instrument and respondents had attended at least one medical appointment in the last twelve months prior to the study. The results confirmed the hypotheses that the quality of information perceived by the patient in the care and post-medical care phase positively impacts the patient's loyalty to the doctor. In conclusion, the availability of data sources from different technologies in CRM is essential in building long-term relationships between doctor and patient, prioritizing them as a customer and human being and highlighting the primary importance of the quality of information provided and accessed by the along your journey.

**Keywords:** CRM, PRM, Loyalty, Health Marketing, Competitiveness.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - O Marketing de Relacionamento, o CRM e a Gestão de Clientes.....	18
Figura 2 - <i>Framework</i> do CRM .....	22
Figura 3 - Ilustração do processo do CRM com aplicações de <i>Big data</i> /BDA.....	24
Figura 4 - A Jornada do Cliente .....	26
Figura 5 – Exemplo de jornada do cliente no setor da saúde.....	27
Figura 6 – Modelo conceitual de Pesquisa .....	38
Figura 7 - Fontes de Informação Consultadas no PRÉ-ATENDIMENTO .....	52
Figura 8 - Fontes de Informação Consultadas no PÓS-ATENDIMENTO .....	55

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Sexo dos respondentes .....	47
Tabela 2 - Idade dos Respondentes .....	47
Tabela 3 - Renda dos respondentes .....	48
Tabela 4 - Escolaridade dos respondentes .....	48
Tabela 5 - Tempo desde a última consulta médica .....	49
Tabela 6 - Motivo do Atendimento Médico .....	49
Tabela 7 - Especialidade do Médico .....	50
Tabela 8 - Modalidade do Atendimento Médico: presencial.....	51
Tabela 9 - Fontes de Informação Consultadas no Pré-atendimento.....	52
Tabela 10 - Fontes de Informação Consultadas no Pré-atendimento por motivo.....	53
Tabela 11 - Fontes de Informação Consultadas no Atendimento .....	53
Tabela 12 - Fontes de Informação Consultadas no Atendimento por motivo .....	54
Tabela 13 – Fontes de Informação Consultadas no Pós-atendimento.....	54
Tabela 14 – Fontes de Informação Consultadas no Pós-atendimento por motivo.....	55
Tabela 15 – Análise fatorial do construto Qualidade da Informação.....	57
Tabela 16 – Primeira Análise fatorial do construto Confiança Médico-Paciente.....	59
Tabela 17 – Segunda Análise fatorial do construto Confiança Médico-Paciente.....	60
Tabela 18 – Terceira Análise fatorial do construto Confiança Médico-Paciente.....	61
Tabela 19 – Análise fatorial do construto Lealdade.....	62
Tabela 20 - Análise Fatorial Final.....	64
Tabela 21 – Validade interna dos construtos.....	65
Tabela 22 - Qualidade das Informações no Pré-atendimento .....	66
Tabela 23 - Qualidade das Informações durante o Atendimento .....	67
Tabela 24 - Qualidade das Informações pós-atendimento.....	68
Tabela 25 - Média e desvio padrão das questões que medem Confiança no Médico .....	69
Tabela 26 - Média e desvio padrão das questões que medem Lealdade no Médico.....	69
Tabela 27 - ANOVA da Qualidade de Informação nas 3 etapas .....	70
Tabela 28 – ANOVA do Modelo .....	72
Tabela 29 - Análise dos Coeficientes da Análise de Regressão .....	72
Tabela 30 - Análise do efeito moderador da confiança no atendimento .....	75
Tabela 31 - Análise do efeito moderador da confiança no pós-atendimento.....	75
Tabela 32 - Síntese dos Resultados da Pesquisa .....	76

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Contribuições de estudos sobre a experiência do cliente.....	19
Quadro 2 - Construto Dependente: Lealdade do Paciente.....	30
Quadro 3 - Construto Moderador: confiança do paciente no profissional de saúde .....	31
Quadro 4 - Construto Qualidade da Informação .....	32
Quadro 5 - Fontes de Dados na Área da Saúde.....	33
Quadro 6 - Construtos do Modelo Conceitual da Pesquisa .....	34

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>1.1 Problema de Pesquisa .....</b>	<b>13</b>
<b>1.2 Objetivos .....</b>	<b>14</b>
<b>1.3 Justificativa .....</b>	<b>15</b>
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>17</b>
<b>2.1 CRM - Gestão de Relacionamento com o Cliente.....</b>	<b>17</b>
<b>2.1.1 As diferentes perspectivas e o processo de CRM na saúde.....</b>	<b>21</b>
<b>2.2 A jornada do cliente.....</b>	<b>25</b>
<b>2.3 Objetivos do CRM em saúde: obtendo a lealdade do paciente .....</b>	<b>28</b>
<b>2.4 A qualidade da informação na área da saúde.....</b>	<b>31</b>
<b>2.4 Modelo Conceitual de Pesquisa .....</b>	<b>34</b>
<b>3 MÉTODOS E PROCEDIMENTOS .....</b>	<b>39</b>
<b>3.1 Delineamento de pesquisa.....</b>	<b>39</b>
<b>3.2 População e delimitação da amostra .....</b>	<b>39</b>
<b>3.3 Instrumento e técnica de coleta de dados.....</b>	<b>40</b>
<b>3.4 Técnicas de Análise dos dados utilizadas .....</b>	<b>42</b>
<b>4 ANÁLISE DOS RESULTADOS .....</b>	<b>46</b>
<b>4.1 Análise dos valores atípicos (dados perdidos e <i>outliers</i>) .....</b>	<b>46</b>
<b>4.2 Caracterização da Amostra .....</b>	<b>46</b>
<b>4.2.1 Características Demográficas .....</b>	<b>47</b>
<b>4.2.1 Detalhamento dos Atendimentos Médicos .....</b>	<b>49</b>
<b>4.2.3 Detalhamento das fontes de informação na jornada do paciente.....</b>	<b>51</b>
<b>4.3 Análise Fatorial Confirmatória (AFC).....</b>	<b>56</b>
<b>4.3.1 Análise fatorial intrablocos.....</b>	<b>56</b>
<b>4.3.2 Análise fatorial entre blocos .....</b>	<b>63</b>
<b>4.3.3 Confiabilidade dos construtos utilizados.....</b>	<b>65</b>
<b>4.4.1 Estatística descritiva das variáveis utilizadas no estudo.....</b>	<b>66</b>
<b>4.4.2 Análise de Variância (ANOVA).....</b>	<b>70</b>
<b>4.5 Teste do Modelo Teórico.....</b>	<b>71</b>
<b>4.5.2 Análise de Regressão Múltipla .....</b>	<b>71</b>
<b>4.5.3 Análise do Efeito Moderador Confiança: análise de regressão hierárquica.....</b>	<b>74</b>
<b>4.6 Discussão dos resultados.....</b>	<b>76</b>
<b>5.1 Contribuições acadêmicas e gerenciais .....</b>	<b>82</b>

5.2 Limitações do estudo e sugestões para pesquisas futuras.....	83
REFERÊNCIAS .....	85
APÊNDICE A - CONSTRUTOS E VARIÁVEIS .....	89
APÊNDICE B - ESCALAS UTILIZADAS ( <i>TRANSLATION</i> E <i>BACKTRANSLATION</i> ) .....	93
APÊNDICE C - RETORNO APÓS PRÉ-TESTE DA <i>SURVEY</i> .....	96
APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO FINAL.....	98

## 1 INTRODUÇÃO

Os pacientes têm cada vez mais buscado fontes de informação para tomar decisões e esclarecer dúvidas relacionadas à sua saúde (HIBBARD, 2017; OSEI-FRIMPONG; WILSON; LEMKE, 2018). Seja na forma como o paciente acessa às informações ou como elas são transmitidas pelo profissional de saúde, é importante entender se elas estão cumprindo o seu objetivo, mantendo a qualidade e sendo perceptíveis aos clientes, de forma a cumprir com a sua função (WANG e STRONG, 1996). A troca de informações de qualidade entre pacientes e médicos é essencial para a sua relação, esse fenômeno que pode ser estudado à luz do conceito de CRM.

O CRM (*Customer Relationship Management* ou Gestão de Relacionamento do Cliente) é tanto uma abordagem gerencial quanto uma aplicação de tecnologia de informação na área da saúde. Essa plataforma dá suporte ao conceito de cuidado centrado no paciente, permitindo que hospitais e médicos foquem nos pacientes e atendam às suas necessidades e expectativas, melhorando a fidelidade, a qualidade dos serviços e construindo relacionamentos de longo prazo (BAASHAR et al., 2020a). A lealdade do paciente é fundamental para a receita e sustentabilidade de hospitais e de clínicas médicas, sendo uma estratégia essencial para que os serviços de saúde possam reter clientes e expandir o mercado (ANBORI et al., 2010). Em poucas palavras, CRM é uma combinação de tecnologia, pessoas e processos que pretende entender os clientes e manter o relacionamento com os mesmos. (BAASHAR et al., 2020a, p. 97, tradução nossa).

Para esta dissertação foi considerado o conceito de CRM como um processo informado por ferramentas de tecnologia que permitem a geração e obtenção de volumes expressivos de dados sobre os clientes e suas jornadas de atendimento (ZABLAH; BELLENGER; JOHNSTON, 2004; ZERBINO et al., 2018). O CRM, como um processo, busca relações benéficas e lucrativas para ambas as partes. De forma mais restrita, pode ser compreendido como um processo de gerenciamento de interações para estabelecer e manter o relacionamento de longo prazo com os clientes, garantindo a sua lealdade (ZERBINO et al., 2018; ZABLAH; BELLENGER; JOHNSTON, 2004). O CRM também tem a função de promover aprendizado para os médicos e profissionais da saúde sobre os pacientes, oferecendo informações e comunicação relevante em momentos adequados, além do acompanhamento dos resultados do tratamento do paciente (BAASHAR et al., 2016).

## 1.1 Problema de Pesquisa

O problema de pesquisa desta dissertação diz respeito ao processo de CRM na área da saúde, setor em que esse processo ainda é pouco estudado. As pesquisas específicas sobre CRM para o setor da saúde ainda são limitadas em comparação com as aplicações de CRM em outras indústrias (BAASHAR et al., 2020b). Apesar da fidelidade do paciente ser um dos principais objetivos do uso de CRM na área médica, são raros os estudos que contribuem para monitorar a jornada do paciente na área de saúde e, portanto, estabelecer estratégias que visem ao aumento da fidelidade do paciente, considerando os pontos de contato ou fontes de informações acessadas (OSEI-FRIMPONG; WILSON; LEMKE, 2018; BAASHAR et al., 2020). Baashar et al. (2020) indicam que a pesquisa sobre CRM no setor da saúde ainda está nos estágios iniciais e mais pesquisas podem ser úteis para o aprimoramento da área.

A base para que o uso de CRM, apoiado por tecnologias de *big data* e de análise de dados, seja efetivo é a qualidade das informações que fluem nessas ferramentas (FOSSO WAMBA et al., 2019). Foi utilizado nessa dissertação o conceito de qualidade da informação proposto por Wang e Strong (1996), que avalia a informação a partir da percepção dos indivíduos que a consomem. Seja na forma como o paciente acessa às informações ou como elas são transmitidas pelo profissional de saúde, é importante o entendimento da qualidade com a qual ela é percebida pelo paciente (WANG; STRONG, 1996).

Essa percepção é fundamental ao longo da jornada do cliente, pois compreende a experiência compartilhada com a empresa durante o ciclo de compra, que passa por múltiplos pontos de contato ou por fontes de informação (LEMON; VERHOEF, 2016). A jornada do cliente é um *framework* que auxilia gestores a entenderem quais os caminhos possíveis que um cliente pode tomar ao se relacionar com a empresa e é dividida em três estágios: pré-compra, compra e pós-compra (LEMON; VERHOEF, 2016; ZERBINO et al., 2018). Nesta dissertação, a jornada foi adaptada à realidade de um atendimento médico para as etapas de pré-atendimento, atendimento e pós-atendimento médico (OSEI-FRIMPONG; WILSON; LEMKE, 2018). Sabe-se, por exemplo, que na etapa anterior ao atendimento médico, quando o paciente busca informações em redes sociais, a qualidade da informação é frequentemente identificada como uma limitação na área de saúde (LOPEZ; BLOBEL; GONZALEZ, 2016). Isso é um problema, uma vez que a busca por informações em várias fontes, incluindo a internet e comunidades online tem sido cada vez maior e mais influente no relacionamento entre o paciente e o médico (OSEI-FRIMPONG; WILSON; LEMKE, 2018).

O CRM, assim como a gestão da jornada do cliente, tem dentre os seus objetivos principais, o de alcançar a lealdade do cliente (HERHAUSEN et al., 2019; LEMON; VERHOEF, 2016; ZERBINO et al., 2018). Como mencionado anteriormente, a comunicação regular, de acordo com Roberge et. al (2001), é essencial para a construção de uma relação de lealdade entre médico e paciente. Nesse sentido, o presente estudo busca compreender as influências da qualidade das informações obtidas pelo paciente ao longo da sua jornada de atendimento, bem como refletir sobre a lealdade investida no profissional de saúde. Nessa pesquisa, também será avaliada a influência moderadora da confiança no processo, uma vez que ela é considerada um aspecto interpessoal essencial na relação entre o paciente e o médico, que influencia na lealdade do paciente (ANDERSON; DEDRICK, 1990; ROBERGE et al., 2001).

A definição de confiança proposta por Anderson e Dedrick (1990), considerada neste estudo, não tem relação com o resultado dos cuidados médicos, mas com o comprometimento do médico e do paciente em seu relacionamento. O desenvolvimento da não se baseia apenas nas competências técnicas do profissional de saúde, mas também em fatores interpessoais, comportamentais entre médico e paciente (BERRY, PARISH e RAYBURN, 2008). Portanto, será testado se a confiança modera ou não a relação entre qualidade da informação e os seus efeitos sobre a lealdade do paciente. Assim, a partir da avaliação da qualidade da informação acessada por pacientes ao longo da sua jornada de atendimento médico, o estudo buscou responder à seguinte questão de pesquisa:

***Qual a percepção da qualidade das informações obtidas em cada etapa da jornada do paciente e como isso influencia a sua lealdade com relação ao médico?***

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo Geral**

Analisar a influência da qualidade das informações obtidas em cada etapa da jornada do paciente e como isso influencia a sua lealdade com relação ao médico.

### **1.2.2 Objetivos Específicos**

- a) Analisar a influência da percepção de qualidade da informação do pré-atendimento na lealdade do paciente.

- b) Analisar a influência da percepção da qualidade da informação do atendimento na lealdade do paciente.
- c) Analisar a influência da percepção da qualidade da informação do pós-atendimento na lealdade do paciente.
- d) Analisar o efeito moderador da confiança entre médico e paciente na relação entre a percepção da qualidade da informação e a lealdade do paciente.

### 1.3 Justificativa

Mesmo após a finalização de um atendimento médico, os pacientes esperam que os hospitais criem laços de relacionamento ou serviços contínuos (CAVALCANTE DE OLIVEIRA; PEDRON, 2020). Apesar disso, muitas instituições da área saúde deixam de considerar o paciente como o real cliente, colocando os seus esforços para dar respostas à doença, deixando de lado questões importantes que poderiam melhorar o serviço prestado e o relacionamento com os pacientes (BAASHAR et al., 2016). Portanto, fora do enfoque mais frequente na literatura, relacionado aos diagnósticos médicos, a proposta deste estudo visa à gestão do relacionamento com pacientes e à qualidade das informações, com uma perspectiva de gestão, e não apenas clínica.

Considerando a fidelidade do paciente ao profissional de saúde, o estudo contribuiu para a ampliação do entendimento de gestão de relacionamento no setor da saúde, considerando as fontes de informação acessadas pelo paciente ao longo da sua jornada como cliente. Foram apontadas quais são as fontes de informações mais acessadas em cada etapa processo, contribuindo para que os profissionais de saúde possam priorizar investimentos nessas fontes como *referral Marketing* – indicações de amigos e familiares – sites de busca, prontuários, entre outros (DAVENPORT, 2014; DIETRICH; PLACHY; NORTON, 2014).

Olhando sob o aspecto da qualidade da informação, buscou-se compreender a influência da qualidade das fontes acessadas sobre a lealdade na relação entre médico e paciente, o que pode contribuir para o entendimento de fatores capazes de auxiliar na melhoria do relacionamento entre esses atores. Como mencionado anteriormente e ressaltado por Baashar et. al (2020), mais estudos sobre CRM no setor da saúde podem oferecer aprendizados e recomendações para pesquisadores, instituições de saúde e profissionais de tecnologia e Marketing que atuam na área.

Portanto, a dissertação apresenta uma discussão sobre os conceitos de CRM e sobre a avaliação da jornada do cliente como um instrumento de Qualidade da Informação com foco nos pacientes, ou seja, nos consumidores dos dados, conforme *framework* de Wang e Strong (1996). Há, atualmente, poucos estudos sobre a jornada do cliente que consideram o segmento da saúde (HERHAUSEN et al., 2019; LEMON; VERHOEF, 2016; ZERBINO et al., 2018). Sendo assim, é importante que hospitais e profissionais da saúde percebam o paciente como um cliente (BAASHAR et al., 2016), para que isso ocorra, são necessários mais estudos sobre o tema, contribuindo para a gestão do relacionamento na área da saúde.

A metodologia de pesquisa escolhida é de natureza quantitativa, com a utilização de uma *survey* junto a 195 pacientes. O questionário aplicado utilizou escalas originárias dos estudos de Ahmed, Tarique e Arif (2017), Anderson e Dedrick (1990) e Wang e Strong (1996). O método é apresentado no capítulo 3, com a descrição de todas as etapas para instrumentalização do modelo conceitual de pesquisa proposto a partir da fundamentação teórica que consta no capítulo 2. No capítulo 4, é descrita a análise de resultados e, por fim, no capítulo 5, conclusão da dissertação, são apresentadas as contribuições acadêmicas e gerenciais, limitações e sugestões do trabalho para pesquisas futuras.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo, será apresentada uma revisão teórica dos principais construtos abordados na dissertação, são eles: o conceito de CRM e lealdade do paciente, Jornada do Paciente (pré-atendimento, atendimento e pós-atendimento), Qualidade da Informação (credibilidade, relevância, leitura e completude) e Confiança do Paciente no Profissional de Saúde.

### 2.1 CRM - Gestão de Relacionamento com o Cliente

O termo “Gestão de Relacionamento com o Cliente” surgiu na comunidade de fornecedores e profissionais da tecnologia da informação (TI) em meados dos anos 90 (PAYNE; FROW, 2005a). Embora o CRM seja visto como uma solução tecnológica, existe um vasto espectro ao seu redor. De acordo com Payne e Frow (2005), quando definido de forma restrita e taticamente, CRM trata da implementação de uma tecnologia. Porém, quando definido de maneira ampla e estratégica, CRM pode ser compreendido como uma abordagem holística para gerenciar o relacionamento com os clientes e criar valor para os acionistas. (PAYNE; FROW, 2005a).

Ademais, o objetivo do CRM é ajudar empresas a desenvolverem e manterem relacionamentos com clientes a longo prazo (HAISLIP; RICHARDSON, 2017; PAYNE; FROW, 2017). A plataforma também é utilizada pelas organizações como uma estratégia para aprimorar o relacionamento com os clientes e está comumente associada à implementação de um sistema de CRM (HAISLIP; RICHARDSON, 2017), tonando-se fundamental para personalizar a experiência e aumentar a satisfação dos clientes (TALÓN-BALLESTERO et al., 2018).

Embora os conceitos de marketing de relacionamento e de CRM sejam usados de forma intercambiável, apresentam significados diferentes. De acordo com Payne e Frow (2017), CRM é o gerenciamento estratégico do relacionamento com os clientes, envolvendo o uso apropriado da tecnologia, sendo um facilitador importante, mas não o foco principal. Marketing de relacionamento é definido por Payne e Frow (2017) como o gerenciamento estratégico de relacionamentos com todas as partes interessadas relevantes, não apenas os clientes, mas também os fornecedores, os influenciadores, as fontes de referência e os mercados internos.

De acordo com Lo e Campos (2018), o marketing de relacionamento foca no desenvolvimento de relacionamentos a longo prazo com clientes e outros *stakeholders*. Dessa

forma, ele é baseado nos princípios da confiança, da criação de valor mútuo e do comprometimento: o desenvolvimento profundo do relacionamento com clientes gera um nível maior de satisfação, que por sua vez contribui para a lealdade e confiança dos consumidores em relação à empresa (PAYNE et al., 1995). Na Figura 1, descrita por Frow e Payne (2009), é possível perceber a distinção entre os conceitos de marketing de relacionamento, CRM e gerenciamento de clientes:

Figura 1 - O Marketing de Relacionamento, o CRM e a Gestão de Clientes



Fonte: Frow e Payne (2009)

Frow e Payne (2009) definem o marketing de relacionamento como a gestão estratégica dos relacionamentos com todos os *stakeholders* relevantes para a geração de valor aos acionistas a longo prazo. Para os autores, tarefas críticas incluem a identificação de quais seriam os *stakeholders* relevantes e a segmentação e seus subgrupos para a gestão ótima das interações com as redes de *stakeholders*. Já o CRM se restringiria ao relacionamento e interações com os clientes (FROW; PAYNE, 2009).

O gerenciamento de clientes, uma parte do CRM e do Marketing de Relacionamento, está preocupado com aspectos táticos da implementação de CRM relacionados ao gerenciamento das interações com os clientes, incluindo o uso de ferramentas como gerenciamento de campanhas, automação da força de vendas, personalização habilitada para *web* e gerenciamento de *call center* (FROW; PAYNE, 2009).

Vale ressaltar que a pesquisa em CRM é uma importante contribuição dos estudos sobre a experiência do cliente, iniciados na década de 1960, quando as teorias seminais iniciais sobre marketing e comportamento do consumidor foram desenvolvidas e comunicadas por autores

como Philip Kotler (1967), John Howard e Jagdish Sheth (ver Quadro 1). A experiência do cliente é um construto multidimensional com foco nas respostas cognitivas, emocionais, comportamentais, sensoriais e sociais de um cliente à oferta de uma empresa durante toda a jornada de compra do cliente (LEMON; VERHOEF, 2016).

Para Hoffman e Novak (2017) a experiência do cliente é um processo holístico e multidimensional que requer interação. Por isso, o paciente que interage com as fontes de informação (redes sociais, sites, no próprio atendimento médico) do profissional de saúde, por exemplo, está interagindo com o médico. Ainda que de forma indireta ou virtualmente, estão sendo geradas experiências que moldam a percepção do paciente sobre o médico de maneira multidimensional, pois envolvem aspectos cognitivos e emocionais do consumidor (HOFFMAN; NOVAK, 2018; LEMON; VERHOEF, 2016).

Quadro 1 - Contribuições de estudos sobre a experiência do cliente

Período	Tema de pesquisa na área de Marketing	Contribuições para a pesquisa sobre experiência do cliente
---------	---------------------------------------	--

1960-1970	Modelos do processo do comportamento de compra do consumidor.  Autores: Philip Kotler, John Howard e Jagdish Sheth.	Entendimento da experiência do cliente e o processo de tomada de decisão do consumidor como um processo.
1970-1980	Satisfação e lealdade do consumidor.	Acessar e avaliar as percepções do consumidor e as suas atitudes perante uma experiência.
1980-1990	Qualidade do Serviço	Identificar contextos específicos e elementos da experiência do cliente; mapear a jornada do cliente.
1990-2000	Marketing de Relacionamento	Ampliação do escopo das respostas do cliente considerando a experiência do cliente.
2000-2010	CRM ( <i>Customer Relationship Management</i> )	Modelos conectados para identificar como elementos específicos da experiência do cliente influenciam um ao outro e os resultados de negócios.
	Centralidade e Foco no Cliente	Foco na interdisciplinaridade e desafios organizacionais associados ao desenvolvimento e gestão da experiência do cliente.
2010-2020	Engajamento do Consumidor	Reconhecimento do papel do consumidor na experiência.
2020	Foco nos dados gerados pelo cliente	Entender como aproveitar o potencial do <i>Big data</i> com a disponibilidade de fontes de dados de diferentes tecnologias de forma exploratória e como isso pode afetar as práticas de negócios com os clientes (Zerbino et al., 2018)

Fonte: Lemon e Verhoef (2016) – adaptado pela autora

Conforme o Quadro 1, a década de 2000, de acordo com Lemon e Verhoef (2016) foi a década com mais pesquisas sobre CRM, com um forte foco na extração de valor do relacionamento com o cliente (ênfase nos *resultados dos negócios*). Durante essa década, Lemon e Verhoef (2016) indicam que diversos estudos foram gerados para entender como otimizar estratégias de aquisição, retenção e desenvolvimento de clientes para otimizar e extrair o CLV (*Customer Lifetime Value*), uma métrica que quantifica o valor futuro que o relacionamento com o cliente representa para a organização, sendo que a estratégia de firmar relacionamentos de longo prazo com clientes é a principal para explorar o CLV.

Ao mesmo tempo, os pesquisadores também se preocuparam com o fato de que essas estratégias baseadas nos resultados dos negócios e na extração de valor não tinham foco suficiente no valor entregue aos clientes (LEMON; VERHOEF, 2016), novamente, reforçando a importância do entendimento da jornada do cliente para gerar lealdade.

Desde 2004, a discussão sobre uma definição de CRM sublinhou um entendimento mais amplo do que simplesmente uma solução de TI usada para adquirir e aumentar uma base de clientes (PAYNE; FROW, 2005). O CRM envolve uma síntese profunda da visão estratégica,

que compreende um entendimento corporativo da natureza do valor para o cliente em um ambiente multicanal. O processo de integração multicanal é um dos processos mais importantes no CRM, uma vez que obtém os resultados da estratégia de negócios e dos processos de criação de valor e os converte em atividades de agregação de valor para os clientes (PAYNE; FROW, 2005). Neste sentido, a jornada do cliente é essencial para a gestão dos pontos de contato e fontes de informação entre profissionais de saúde e pacientes.

Para Pedron e Saccol (2009) uma filosofia de CRM implica um alto nível de comprometimento, coordenação e integração entre todos os membros de uma organização, envolvendo, além disso, outros atores da cadeia de valor, em direção a uma cultura orientada para o cliente. Pedron e Saccol (2009) defendem que antes de adotar uma ferramenta de CRM, uma empresa precisa avaliar se é orientada pela filosofia do CRM, ou seja, se de fato ela é centrada no cliente e se os esforços necessários para criar e apoiar relações de longo prazo, baseadas na fidelidade com os clientes, foram realizados. Além disso, para Pedron e Saccol (2009) é necessário compreender até que ponto é possível gerenciar o relacionamento com o cliente; isso é fundamental para a própria definição de CRM. Uma visão sobre esse tópico é que os relacionamentos precisam ser cultivados e não apenas gerenciados (PEDRON; SACCOL, 2009).

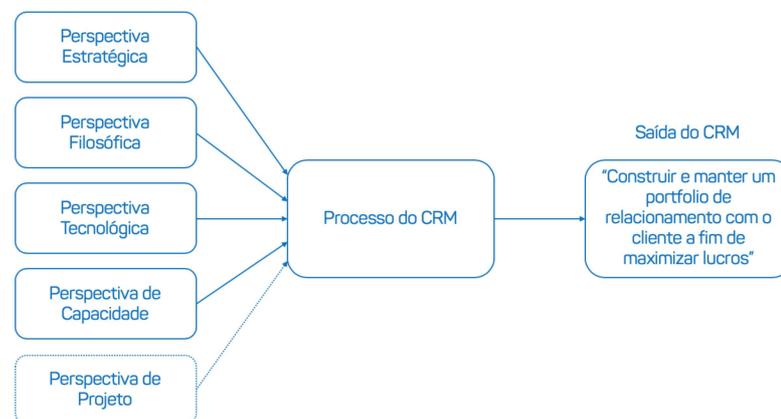
Para concluir, é importante ressaltar que sistemas de CRM são diferentes de planejamento de recursos empresariais, como sistemas integrados de gestão empresarial (ERP) e sistemas de gestão da cadeia de suprimentos (SCM), uma vez que se concentram nos relacionamentos com os clientes (HAISLIP; RICHARDSON, 2017). Portanto, pode-se argumentar que os sistemas de CRM têm um maior efeito no desempenho da empresa. (HAISLIP; RICHARDSON, 2017).

As empresas que implementam sistemas de CRM, de forma adequada, podem obter melhorias na eficiência operacional, melhor cobrança de contas a receber e previsibilidade de ganhos. Esses resultados são evidenciados por aumentos nas vendas e nos fluxos de caixa operacionais, redução da provisão para devedores duvidosos, previsões mais precisas dos ganhos gerenciais e melhorias em outras medidas de desempenho semelhantes. (HAISLIP; RICHARDSON, 2017).

### 2.1.1 As diferentes perspectivas e o processo de CRM na saúde

Reinartz, Krafft e Hoyer (2004) dividem o processo do CRM em três dimensões: (1) iniciação do relacionamento com o cliente, (2) manutenção do relacionamento e por fim, (3) término do relacionamento. Zerbino et al. (2018), após extensa revisão de literatura sobre CRM, sugerem o *framework* ilustrado na Figura 2. Para os autores, o CRM pode ser representado em cinco diferentes aspectos: a perspectiva estratégica, a tecnológica, a gestão de dados, a perspectiva de projeto e a filosófica. Esses aspectos fazem parte do processo do CRM (REINARTZ; KRAFFT; HOYER, 2004), que por sua vez, tem o propósito de utilizar recursos limitados para possibilitar um portfólio de relacionamentos lucrativo com os clientes. (ZERBINO et al., 2018).

Figura 2 - *Framework* do CRM



Base teórica para a revisão e classificação do framework de Zerbino et al. (2018).

Fonte: ZERBINO et al. (2018)

O processo da Gestão de Relacionamento com o Cliente descrito no centro do *framework* desenvolvido por Zerbino et al. (2018) foi um conceito criado por Reinartz, Krafft e Hoyer (2004). As três dimensões – iniciação, manutenção e término do relacionamento - (REINARTZ; KRAFFT; HOYER, 2004) são desdobradas em nove etapas ao serem complementadas com as aplicações do *Big data* no CRM, proposta por Zerbino et al. (2018). Quanto aos aspectos que possibilitam que o processo da CRM gere o *output* desejado conforme Figura 2, Zerbino et. al (2018) os descrevem:

- **Perspectiva Estratégica:** o CRM deve seguir uma orientação estratégica que deve ser enquadrada dentro das estratégias da empresa, sendo que seus impactos a médio e longo prazo devem ser avaliados cuidadosamente.
- **Perspectiva Tecnológica:** recursos apropriados de software e hardware são requerimentos fundamentais para a cocriação de valor com o cliente.

- **Perspectiva de Capacidade:** o processo de gestão de dados de clientes e geração de *insights* deve ser estruturado e suportado pelas tecnologias adequadas.
- **Perspectiva de Projeto:** uma abordagem de gestão de projetos pode facilitar a institucionalização do processo de CRM na empresa.
- **Perspectiva Filosófica:** o CRM exerce um impacto profundo tanto nos processos de negócios quanto na estrutura organizacional. Com o propósito de conduzir uma exploração dos potenciais benefícios relacionados à cocriação de valor com os clientes, um redesign dos fluxos de informações e processos, além da interface que ligam os processos de negócios e conectam os funcionários e times, pode ser fundamental.

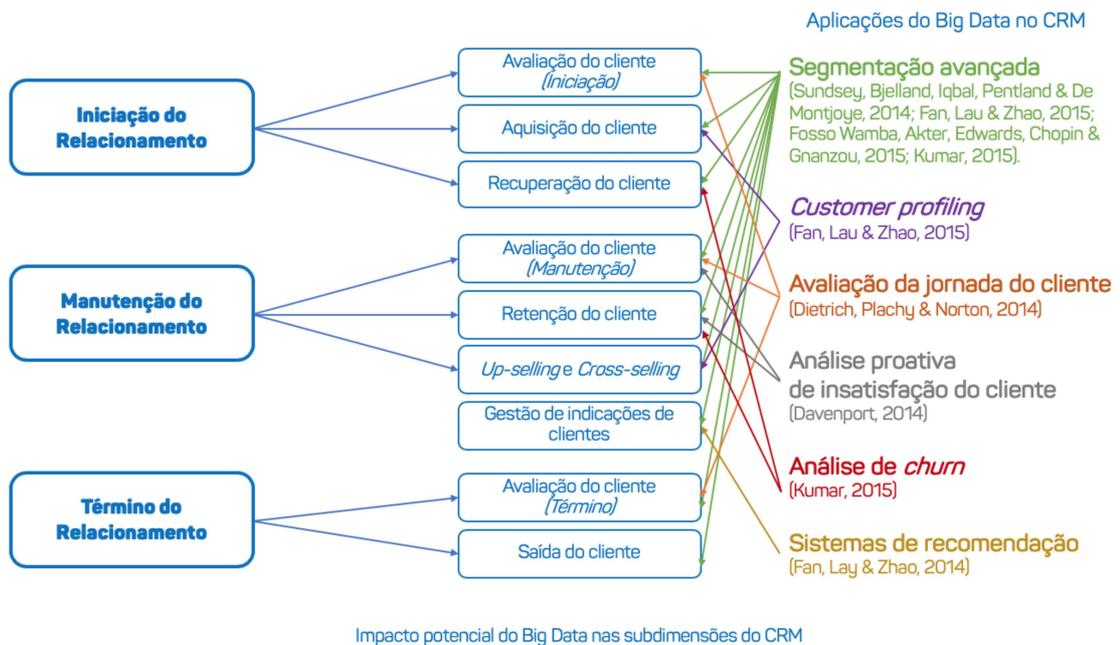
Essas cinco perspectivas descritas por Zerbino et al. (2018) originalmente desenvolvidas por Zablah et al. (2004) sustentam que a abordagem do processo de CRM é a mais abrangente, conceituando CRM como "um processo contínuo que envolve o desenvolvimento e a alavancagem da inteligência de mercado com o objetivo de construir e manter um portfólio de relacionamentos com os clientes que maximiza o lucro" (ZABLAH; BELLENGER; JOHNSTON, 2004, p. 480). Nessa visão de processo, as ferramentas tecnológicas de CRM fazem parte dos recursos de entrada no processo de CRM (ZABLAH; BELLENGER; JOHNSTON, 2004).

Na Figura 3, é possível observar que tecnologias voltadas para a geração de grandes volumes de dados (*Big data*) e tecnologias para transformar esses dados em informação de qualidade, como tecnologias de BDA (*Big data Analytics*), podem ser aplicadas em todas as três dimensões do CRM. O grande volume de dados (*big data*) coletados por diversas fontes atualmente, como mídias sociais e canais on-line e presenciais, sendo tratadas por ferramentas de BDA, permitem ações importantes para CRM, como a segmentação avançada de clientes, *customer profiling*, avaliação da jornada do cliente, análise de *churn* e oferta sistemas de recomendação (ZERBINO et al., 2018).

O valor gerado pelo BDA é diretamente influenciado pela qualidade das informações, sendo que a percepção da qualidade da informação é um antecedente da satisfação e lealdade de clientes (FOSSO; WAMBA et al., 2019). No contexto da saúde, as diversas fontes e canais de informação, bem como ferramentas de CRM, possibilitam a comunicação mais assertiva entre profissionais de saúde e pacientes, além de uma maior qualidade nos atendimentos médicos, uma vez que o sistema de CRM é integrado aos registros eletrônicos de pacientes,

funcionando como um facilitador para o relacionamento entre médico e paciente (BAASHAR et al., 2016).

Figura 3 - Ilustração do processo do CRM com aplicações de *Big data*/BDA



Fonte: ZERBINO et al. (2018)

A seguir, são mostrados exemplos das aplicações de *big data* e BDA no CRM, de acordo com Zerbino et al. (2018):

- **Segmentação avançada:** aplicação que permite a identificação e classificação de clientes em grupos ou indivíduos com interesses parecidos ou que respondem de forma similar a uma determinada ação de marketing, por exemplo. Além dos dados gerados por pontos de contato como telefone, site e redes sociais, experiências, sentimentos ou atitudes dos clientes podem ser coletados de diferentes fontes de dados ou até mesmo inferidos por meio de ferramentas de BDA avançadas.
- **Customer profiling:** é o preenchimento de dados sobre o cliente em tempo real. Inclui dados demográficos e de interesse, além de interação com a empresa em um nível individual. Permite, também, a identificação de quais produtos ou serviços são mais apropriados.
- **Avaliação da Jornada do Cliente:** análise do caminho que o cliente percorreu desde o início até o término do seu relacionamento com a empresa.

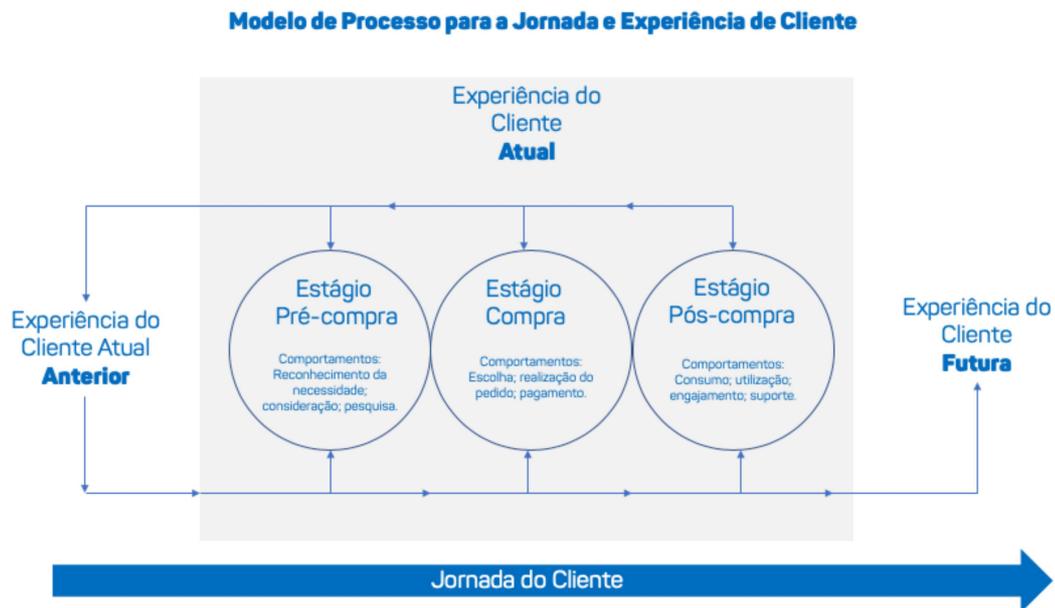
- **Análise Proativa de Insatisfação do Cliente:** previsão de sinais de insatisfação do cliente que podem levar ao atrito do relacionamento do cliente com a empresa.
- **Análise de *Churn*:** a partir da análise de grandes dados desestruturados, como mídias sociais, empresas conseguem identificar comentários negativos e prever potenciais clientes em fase de término do relacionamento para reverter a situação.
- **Sistemas de Recomendação:** torna possível a exploração de um volume de dados mais extenso para sistemas de recomendação feitos sob medida para os clientes.

A avaliação da jornada do cliente é relevante para todas as dimensões (iniciação, manutenção e término do relacionamento) do CRM (Figura 3). Para Zerbino et al. (2018), o uso de *big data* como ferramenta do CRM possibilita a análise e avaliação de todo o caminho seguido pelo cliente desde o início até o final do seu relacionamento com a empresa. Isso carrega a ideia de que o foco principal do CRM tem que estar no acompanhamento da jornada do cliente, conceito explorado a seguir.

## **2.2 A jornada do cliente**

O objetivo da jornada do cliente, para Lemon e Verhoef (2016), está em entender quais são os caminhos possíveis que um cliente toma para atingir o seu objetivo ao se relacionar com a empresa. A jornada do cliente é a experiência que o cliente compartilha com a empresa durante o ciclo de compra, passando por múltiplos pontos de contato ou por fontes de informação (LEMON; VERHOEF, 2016). Lemon e Verhoef (2016) descrevem a jornada do cliente como um conjunto de experiências (anterior, atual e futura), como um processo iterativo e dinâmico que incorpora experiências passadas, fatores externos e pontos de contato, muitos dos quais estão fora do controle da empresa, conforme a Figura 4.

Figura 4 - A Jornada do Cliente



Fonte: adaptado e traduzido pela autora (LEMON; VERHOEF, 2016)

Para Kumar, Shah & Venkatesan (2006), tecnologias de CRM foram adotadas por muitas empresas, a fim de otimizar o valor de clientes existentes e potenciais consumidores e proporcionar experiências enriquecedoras. Embora grande parte do trabalho acadêmico relacionado à experiência do cliente examine a jornada do cliente como um todo, de forma holística, o entendimento da jornada em três estágios permite que o processo seja mais gerenciável de acordo com Lemon e Verhoef (2016, p. 16). Para os autores, as empresas devem buscar entender a perspectiva do cliente em cada uma das etapas da sua jornada, identificando os principais pontos de contato com o consumidor além de constatar potenciais causas para a continuidade ou descontinuidade na jornada do cliente.

A jornada do cliente é o ciclo completo de experiências e interações entre o cliente e a empresa. É um método visual orientado por processos para conceituar e analisar a experiência das pessoas, representado no mapa de jornada do cliente (TERRAGNI; HASSANI, 2018). Apesar das inúmeras variações de mapas da jornada do cliente presentes na literatura, a ideia geral é comum entre todos (TERRAGNI; HASSANI, 2018). O mapa da jornada do cliente é uma representação linear, baseada no tempo, dos principais estágios pelos quais um cliente passa ao interagir com uma empresa ou serviço (TERRAGNI; HASSANI, 2018). O sistema de CRM deve se encontrar em torno do cliente como indivíduo para que a empresa possa oferecer uma experiência personalizada e relevante ao cliente (DIETRICH; PLACHY; NORTON, 2014).

Osei-Frimpong, Wilson e Lemke (2018) ilustram a jornada do cliente considerando especificamente o setor da saúde, dividindo-a em três etapas: pré-atendimento, atendimento médico e resultados esperados. No modelo proposto por esses autores, conforme Figura 5, o paciente buscaria, por exemplo, por informações sobre a sua condição e sintomas na internet (pré-atendimento), marcaria a consulta com médico com quem buscaria uma orientação qualificada (atendimento médico) e seguiria às instruções de acordo com o seu engajamento com o serviço oferecido (resultados esperados).

Figura 5 – Exemplo de jornada do cliente no setor da saúde.



Fonte: Osei-Frimpong, Wilson, Lemke (2018)

Coletar dados sobre os clientes e compartilhar informações com eles ao longo de sua jornada é fundamental, para isso, várias tecnologias podem ser utilizadas. De acordo com Davenport (2014), um número expressivo de empresas está usando *big data* para entender aspectos do relacionamento com o cliente que até então eram impossíveis de serem identificados. O grande desafio está em compreender os relacionamentos multicanais, ou seja, a jornada do cliente que é construída em todos os pontos de contato do cliente com a empresa, a partir de *websites*, *call centers*, redes sociais e diversos outros canais (DAVENPORT, 2014). A visão unificada do cliente a partir da coleta de dados das interações no site, nas mídias sociais, em eventos e com vendedores é importante para obter *insights* sobre indivíduos no processo de decisão de compra (DIETRICH; PLACHY; NORTON, 2014).

As empresas estão começando a criar segmentos a partir das jornadas do cliente, a correlacionar as jornadas com oportunidades e problemas, possibilitando interações de alta qualidade com o cliente (DAVENPORT, 2014; HERHAUSEN et al., 2015). O volume de dados

gerados é extenso e inclui dados de diversos pontos de contato, desde os cliques em *websites* até a gravação e transcrição de áudio de *call centers* (DAVENPORT, 2014). Assim, uma visão holística da jornada do cliente que considera diferentes pontos de contato como sites, eventos, redes sociais e canais de suporte é necessária para se relacionar com os consumidores de forma mais assertiva. Sendo assim, o sistema de CRM deve se encontrar em torno do cliente como indivíduo para que a empresa ofereça uma experiência personalizada e relevante (DIETRICH; PLACHY; NORTON, 2014; ZERBINO et al., 2018).

Para Verhoef (2016), as organizações devem entender as perspectivas do cliente sobre a jornada de compra, identificando os pontos de contato e potenciais problemas que levam os clientes a se manterem ou não leais à empresa. Dentro dessa perspectiva, é fundamental avaliar os pontos de contato de canais de provedores de serviço sob a perspectiva da qualidade de informação de Lee et al. (2012). De nada adianta múltiplos pontos de contato ou múltiplas tecnologias de CRM se a informação que flui por meio delas não for de qualidade, conceito que será aprofundado posteriormente. A seguir, um dos principais objetivos do uso de CRM na área da saúde é abordado: a obtenção da lealdade do paciente.

### **2.3 Objetivos do CRM em saúde: obtendo a lealdade do paciente**

O CRM é uma tecnologia inovadora que busca melhorar a lealdade do cliente. De acordo com Baashar et al. (2020), ver o CRM como uma abordagem gerencial em que a assistência está focada no cliente e na sua jornada, permite que organizações da área da saúde, como hospitais, foquem nas necessidades e expectativas dos pacientes, aumentando a lealdade, a qualidade do serviço e construindo um relacionamento a longo prazo (BAASHAR et al., 2020b).

No setor da saúde, em que o cliente é o paciente, é comumente utilizado o termo PRM (*Patient Relationship Management* ou Gestão do Relacionamento com o Paciente), que, como o CRM, é uma forma de aprender mais sobre as preferências do paciente e formar relacionamentos duráveis (BAASHAR et al., 2020b; CAVALCANTE DE OLIVEIRA; PEDRON, 2020). O CRM na área de saúde tem como função gerar aprendizado sobre os pacientes para os médicos e profissionais da saúde, oferecer informações e comunicação relevante em momentos adequados e acompanhar os resultados do tratamento (BAASHAR et al., 2016).

Para seguirmos na discussão sobre PRM, Poku et al. (2016) sugerem que as organizações de saúde devem aplicar as tecnologias de CRM no relacionamento com os clientes

e suas famílias, uma vez que essa área tem contornos específicos de contato com o consumidor, porque trata da sua saúde e, por isso, é preciso pensar no conceito de PRM, que leva em consideração o tratamento adequado ao indivíduo ao longo de todas as etapas do seu atendimento, respeitando sua subjetividade. Os autores defendem que assim como as demais empresas pensam suas estratégias em torno do conceito de *customer relationship management* e obtêm bons resultados de lealdade e relacionamento a longo prazo, as organizações de saúde devem centrar sua atenção e disciplina no *patient relationship management*. Dessa forma, esse “processo pode resultar em alianças terapêuticas mais fortes entre provedores e pacientes, aprimorar a tomada de decisão do paciente e, conseqüentemente, levar a melhores resultados de saúde” (POKU et al., 2016, p. 101, tradução nossa).

Sob uma perspectiva mais específica, Zerbino et al. (2018), descrevem o CRM como um processo que tem como objetivo realizar a gestão das interações com os clientes para estabelecer e manter relacionamentos duradouros. Para alcançar a lealdade, os profissionais de saúde precisam se comunicar regularmente com os pacientes para entender as suas necessidades e expectativas (ROBERGE et al., 2001). Além disso, o papel do médico é fundamental na construção da lealdade com o paciente, o profissional deve buscar entrar em contato após as consultas e demonstrar disponibilidade para atender o indivíduo quando necessário (ROBERGE et al., 2001). A manutenção de um relacionamento a longo prazo com uma clínica ou profissional de saúde específicos também tem como vantagem garantir o registro de informações históricas do paciente no CRM (ROBERGE et al., 2001).

Para Roberge et al. (2001), lealdade se refere à consistência na relação entre um paciente e um médico ao longo do tempo, o que também significa o comportamento de consumidor em utilizar de forma regular o mesmo serviço médico para as suas necessidades de saúde. Um paciente leal é uma pessoa que decide consultar com um profissional para a maior parte das suas necessidades de saúde, ocasionalmente optando por consultar com um segundo profissional de saúde (ROBERGE et al., 2001).

Seguindo a discussão, os estudos de Roberge et al (2001) demonstram que médicos e pacientes compartilham uma mesma visão sobre a lealdade na relação estabelecida pelas partes. Nas pesquisas apresentadas pelos autores, palavras como “comprometimento”, “acordo” e “contrato” aparecem frequentemente nas respostas tanto dos profissionais de saúde quanto na dos pacientes quando questionados sobre o que acreditavam ser lealdade nesse processo.

Ademais, ao investigarem as relações estabelecidas entre médicos-pacientes em um cenário específico, Ahmed, Tarique e Arif (2017) perceberam que pacientes procuravam atendimento médico em outros países, ou seja, deslocavam-se por acreditarem que a qualidade

dos serviços em territórios vizinhos era de maior qualidade. A área da saúde motiva relações entre clientes e empresa de maneira muito específica, por isso, a lealdade atinge um nível diferenciado nessa relação, os pacientes exigem serviços de alta qualidade quando o assunto é atendimento médico clínico ou hospitalar, uma vez que a qualidade dos serviços prestados “afeta pacientes, familiares e amigos. Qualquer erro de julgamento ou falha pode ter consequências fatais” (AHMED; TARIQUE; ARIF, 2017, p. 477, tradução nossa).

Quando o profissional de saúde sabe quais os aspectos de qualidade do serviço são mais importantes para os pacientes, conhecendo sua jornada, ele tem mecanismos para identificar se a qualidade do serviço está em vigor, sendo assim, maior será a satisfação e a vontade do paciente em reutilizar os serviços médicos (ANBORI et al., 2010). Contudo, clientes leais não necessariamente estão satisfeitos, ou seja, a lealdade não é absoluta ou permanente (AHMED; TARIQUE; ARIF, 2017; ROBERGE et al., 2001). Roberge et al. (2001) relata que muitas vezes quando o paciente não está satisfeito com a opinião do seu profissional de saúde, ele busca uma segunda opinião. Isso não significa que a sua lealdade com o seu médico está comprometida; pelo contrário, a lealdade permanece apesar da insatisfação com algum fator do atendimento médico. É importante argumentar também que a lealdade do paciente ao médico pode estar condicionada à falta de opção de outros profissionais no mercado (BERRY; PARISH; RAYBURN, 2008).

Buscar a lealdade do paciente é um plano estratégico de serviço para reter clientes no longo prazo, oferecendo serviços de melhor qualidade (AHMED; TARIQUE; ARIF, 2017; ANBORI et al., 2010). No Quadro 2, é apresentado o construto lealdade do paciente, que será utilizado neste estudo:

Quadro 2 - Construto Dependente: Lealdade do Paciente

<b>Construto Lealdade do Paciente</b>	
<b>Definição</b>	<b>Dimensões</b>
<p><b>Lealdade do Paciente:</b> A vontade do paciente em retomar o atendimento no mesmo hospital ou com o mesmo profissional de saúde</p>	<p>É mensurada pelas dimensões de percepção de confiabilidade, empatia, segurança e custos envolvidos nos serviços de saúde experienciados pelo paciente.</p>

Fonte: Ahmed, Tarique e Arif (2017); Anbori et al. (2010).

Para Roberge et al. (2001), a confiança do paciente em seu médico somada a qualidade do relacionamento interpessoal entre os atores é o fator que influencia a lealdade do paciente. Portanto, nesta pesquisa, será avaliada a confiança, um aspecto interpessoal, (ANDERSON e DEDRICK, 1990), como uma possível variável moderadora da relação entre a qualidade da

informação e a lealdade do paciente. Diferente da satisfação, que é uma avaliação de um ou mais eventos passados, a confiança é uma forma de avaliar um relacionamento atual de forma a prever a sua continuidade (HALL et al., 2001). A confiança também pode ajudar a prever quais pacientes devem permanecer com o mesmo médico e seguir as recomendações do tratamento (HALL et al., 2001).

Anderson e Dedrick (1990) desenvolveram um instrumento para avaliar a confiança entre pacientes e médicos, por a considerarem um fator essencial no relacionamento entre eles. Além disso, para os autores, a relação entre confiança e comunicação entre paciente e médico requer maior investigação (ANDERSON e DEDRICK, 1990). No Quadro 3, é apresentada a variável construto moderador confiança no paciente.

Quadro 3 - Construto Moderador: confiança do paciente no profissional de saúde

<b>Construto Confiança do Paciente</b>	
<b>Definição</b>	<b>Dimensões</b>
<b>Confiança:</b> confiança interpessoal do paciente em seu médico. A confiança interpessoal pode ser definida como a crença de uma pessoa que as palavras e ações do seu médico são confiáveis.	Confiança na percepção da intenção do médico no tratamento, considerando as necessidades do paciente em primeiro lugar.
	Confiança no conhecimento e competência do profissional de saúde.
	Confiança de que as informações trocadas entre ambas as partes sejam mantidas em privacidade.

Fonte: Anderson e Dedrick (1990)

Nas seções anteriores, foram apresentados argumentos que enfatizam a importância da gestão de pontos de contato ou fontes de informação multicanal na jornada do paciente e como isso contribui para o desenvolvimento de relacionamentos a longo prazo entre médico e paciente, no contexto de CRM (BAASHAR et al., 2020b; LEMON; VERHOEF, 2016; OSEI-FRIMPONG; WILSON; LEMKE, 2018; ZERBINO et al., 2018). A próxima seção introduz o construto de qualidade da informação e descreve como pode ser mensurada a percepção do paciente em relação às fontes de informação acessadas ao longo da jornada do atendimento, utilizando a escala de Wang e Strong (1996).

## 2.4 A qualidade da informação na área da saúde

Os pacientes têm cada vez mais buscado fontes de informações para tomar decisões e sanar dúvidas relacionadas à sua saúde (HIBBARD, 2017; OSEI-FRIMPONG; WILSON; LEMKE, 2018). Baashar et al. (2020) definem o CRM como uma tecnologia de informação da

saúde que auxilia o profissional da área a praticar o cuidado centrado no paciente, aumentando a lealdade e desenvolvendo relacionamentos a longo prazo. Seja na forma como o paciente acessa informações ou como ela é transmitida pelo profissional de saúde, é importante o entendimento da qualidade com a qual ela é percebida pelo paciente (WANG; STRONG, 1996).

Especificamente, o construto qualidade da informação é compreendido nessa pesquisa pelo conjunto de dimensões que caracterizam seus diferentes aspectos, tratando-se de um fator relativo que somente pode assumir um atributo a partir da percepção de quem o consome (LEE et al., 2002; WANG; STRONG, 1996). Portanto, a mensuração da qualidade da informação é sempre relativa a uma tarefa, podendo somente ser classificada em relação ao objetivo de uso, que no contexto da jornada do paciente e CRM foi dividido em três partes: consumo de fontes de informação no pré-atendimento, atendimento e pós-atendimento (LEE et al., 2002; WANG; STRONG, 1996; OSEI-FRIMPONG; WILSON; LEMKE, 2018).

De acordo com Alipour e Ahmadi (2017), foram identificados 50 dimensões diferentes utilizadas em estudos para descrever a Qualidade da Informação. Em uma revisão sistemática da literatura, os autores identificaram que Completude (*completeness*) foi a dimensão mais utilizada, aparecendo em 32 estudos, seguido por Precisão (*accuracy*) usada em 20 publicações e Atualidade (*timeliness*) utilizada em 13 publicações (ALIPOUR; AHMADI, 2017).

Considerando que este estudo avalia a percepção da qualidade da informação por clientes, as dimensões de qualidade da informação serão definidas a partir da publicação de Wang e Strong (1996), que tem como objetivo capturar aspectos da qualidade da informação, importantes aos consumidores destes dados. Na percepção de Wang e Strong (1996), os dados podem ser tratados como um produto que está disponível para o acesso do cliente a partir das suas necessidades e, portanto, a base da definição das dimensões de qualidade da informação nesse estudo são as necessidades que o indivíduo pode sentir a partir do consumo das informações.

Wang e Strong (1996) descrevem 20 dimensões, das quais três serão consideradas mais utilizadas em publicações, conforme citado anteriormente: completude, precisão e atualidade das informações. As variáveis das dimensões descritas por Wang e Strong (1996) foram atualizadas em 2002 e, portanto, serão utilizadas as variáveis do artigo mais recente (LEE et al., 2002) enquanto que a descrição das dimensões permanece a mesma do artigo escrito por Wang e Strong em 1996. O construto e dimensões finais de qualidade da informação são apresentados no Quadro 4.

<b>Dimensões do Construto Qualidade da Informação</b>	
<b>Definição</b>	<b>Dimensões</b>
<b>Qualidade da Informação:</b> percepção do paciente em relação à qualidade das fontes de informação acessadas.	Completude: até que ponto, os dados possuem a amplitude, a profundidade e o escopo suficientes para atender a tarefa em mãos. (WANG; STRONG, 1996, p. 32)
	Precisão / Livre de erros: até que ponto os dados são corretos, confiáveis e livres de erros. (WANG; STRONG, 1996, p. 31)
	Atualidade: pontualidade para atender a tarefa em mãos. (WANG; STRONG, 1996, p. 32)

Fonte: Lee et al. (2002); Wang e Strong (1996).

O foco desta dissertação foi avaliar a qualidade da informação disponibilizada ao paciente em cada etapa da sua jornada, considerando a visão do CRM (ZERBINO et al., 2018). Serão consideradas as variáveis de qualidade da informação de Lee et al. (2002) relevantes para cada uma das etapas da jornada do cliente, no pré-atendimento; atendimento e pós-atendimento (ZERBINO et al., 2018; OSEI-FRIMPONG; WILSON; LEMKE, 2018).

Para instrumentalização de quais fontes de informação serão avaliadas em cada uma das etapas da jornada do paciente, foram utilizados como referência as fontes de dados descritas no Quadro 5: dados clínicos até sistemas de suporte à decisão clínica (anotações e prescrições médicas, imagens médicas, laboratório, farmácia, seguro e outros dados administrativos); dados dos registros eletrônicos do paciente (EPRs); dados gerados por sensores de máquinas, como o monitoramento de sinais vitais; publicações em mídias sociais, incluindo *feeds* do Twitter, *blogs*, atualizações de *status* no Facebook e outras plataformas e páginas da web e informações específicas do paciente, incluindo atendimento de emergência (SAVAGE, 2012):

Quadro 5 - Fontes de Dados na Área da Saúde

<b>Fontes de Dados</b>	<b>Descrição</b>
Dados da web e mídias sociais	Dados de fluxo de cliques e interação do Facebook, Twitter, LinkedIn, blogs e similares. Também pode incluir sites de planos de saúde, aplicativos para smartphone etc.

Dados de máquinas e sensores	Leituras de sensores remotos, medidores e outros dispositivos de sinais vitais.
<i>Big data</i> Transacional	Reivindicações de assistência médica e outros registros de cobrança cada vez mais disponíveis em formatos semiestruturados e não estruturados.
Dados Biométricos	Impressões digitais, genética, caligrafia, exames de retina, raio-x e outras imagens médicas, pressão arterial, leituras de pulso e oximetria de pulso e outros tipos semelhantes de dados.
Dados gerados por humanos	Dados não estruturados e semiestruturados, como registros eletrônicos do paciente, anotações médicas, email e documentos em papel.

Fonte: adaptado pela autora (SAVAGE, 2012)

Contemplados os construtos principais da pesquisa, a próxima seção apresentará o modelo conceitual e as hipóteses que foram investigadas com o objetivo de responder à questão de pesquisa anteriormente proposta.

## 2.4 Modelo conceitual de pesquisa

Os construtos utilizados no modelo conceitual foram discutidos na revisão da literatura, para os quais uma definição é apresentada no Quadro 6. O desenvolvimento das hipóteses da pesquisa é apresentado a seguir.

Quadro 6 - Construtos do Modelo Conceitual da Pesquisa

Construto	Descrição	Fonte
Lealdade do Paciente	Vontade do paciente em retomar o atendimento no mesmo hospital ou com o mesmo profissional de saúde. Mensurada pelas dimensões de percepção de confiabilidade, empatia, segurança e custos envolvidos nos serviços de saúde acessados pelo paciente.	Ahmed, Tarique e Arif (2017) Roberge (2001)
Confiança do paciente em seu médico	Confiança interpessoal do paciente em seu médico, podendo ser definida como a crença de uma pessoa que as palavras e ações do seu médico são confiáveis.	Anderson e Dedrick (1990)
Qualidade da Informação	Percepção do paciente em relação à qualidade das fontes de informação acessadas, nas dimensões de: completude,	Wang e Strong (1996)

	precisão e atualidade das informações.	
Jornada do Cliente	Experiência que o cliente compartilha com a empresa durante o ciclo de compra, em que passa por múltiplos pontos de contato ou fontes de informação (LEMON e VERHOEF, 2016). No CRM, a avaliação da jornada do cliente é a análise do caminho que o cliente percorreu nas etapas de início, meio e término do seu relacionamento com a empresa (ZERBINO et. al, 2018)	Osei-Frimpong, Wilson e Lemke (2018) Zerbino et. al (2018) Lemon e Verhoef (2016)

Fonte: Elaborada pela autora.

Para medir a percepção dos pacientes em relação à qualidade das informações obtidas, foram selecionadas fontes de informação presentes ao longo da jornada do cliente, utilizando a compreensão do CRM como um processo de início, manutenção e término do relacionamento definido por Reinartz, Krafft e Hoyer (2004) e adaptado por Zerbino et al. (2018) para o contexto de *big data* no CRM. No *framework* de Zerbino et al. (2018), a avaliação da jornada do cliente se dá em três etapas principais: iniciação, manutenção e término. Essas etapas também serão consideradas nessa pesquisa.

Para obtenção da lealdade, é importante que as organizações conheçam as necessidades e expectativas do paciente (ROBERGE et al., 2001). No contexto da jornada do cliente, é importante entender a percepção do consumidor nas suas interações com as fontes de informação disponíveis em cada etapa (LEMON; VERHOEF, 2016). A qualidade da informação obtida tem uma relação direta com a lealdade dos consumidores (FOSSO WAMBA et al., 2019; HERHAUSEN et al., 2019).

Nesta pesquisa, a qualidade da informação será mensurada pelos construtos de completude, precisão e atualidade das fontes de informações (KIM; NIEHM, 2009; WANG; STRONG, 1996). Diversos estudos comprovam que a percepção da qualidade da informação impacta na lealdade do cliente (BALL et al., 2004; NDUBISI e CHAN, 2005; van RIEL et al., 2001), sendo que, quando os consumidores percebem a qualidade da informação como inferior, tendem a trocar de serviço, resultando na diminuição da sua lealdade (HERHAUSEN et al., 2019). Para Herhausen (2019), a qualidade dos pontos de contato ou fontes de informação na jornada do cliente está diretamente relacionada à satisfação durante o processo e à lealdade. Portanto, isso nos leva às hipóteses desse estudo, separadas por cada etapa da jornada do cliente.

A primeira fase da jornada do cliente, a Iniciação do Relacionamento ou Pré-atendimento médico, abrange todos os aspectos de interação do cliente com a marca, categoria e ambiente antes da compra. A literatura de marketing tradicional considera a pré-compra como o estágio de reconhecimento da necessidade, pesquisa e consideração (LEMON; VERHOEF, 2016). Para Zerbino et. al (2018), que entende o CRM como um processo, é a etapa de iniciação do relacionamento. No pré-atendimento, ou pré-compra, serão apreciados os pontos de contato que informam o cliente, como mídias sociais, sites de buscas, aplicativos e sites que colaboram para a formação da ponderação de um atendimento médico (LEMON; VERHOEF, 2016; SAVAGE, 2012; OSEI-FRIMPONG; WILSON; LEMKE, 2018). Sendo assim, a etapa inicial do relacionamento com clientes é uma etapa importante do CRM e da jornada do cliente, testando se a percepção da qualidade das fontes de informação (completude, precisão e atualidade), nessa etapa, influenciou a lealdade do paciente. Dessa forma, prossegue-se para a primeira hipótese do estudo.

**Hipótese 1 (H1): A qualidade da informação percebida pelo paciente no pré-atendimento médico impacta positivamente a lealdade do paciente com relação ao médico.**

A segunda etapa da jornada é o atendimento, ou estágio de compra, de acordo com Lemon e Verhoef (2016) onde são cobertas as interações do cliente com o prestador de serviços. Sob a perspectiva de Zerbino et. al (2018), a gestão das interações com clientes permite a manutenção de relacionamentos que são rentáveis a longo prazo. Nesse sentido, o paciente deverá avaliar a qualidade das informações dos documentos das informações comunicadas pelo médico a ele durante o atendimento (consulta), além das anotações médicas e documentos em papel ou digitalizados (SAVAGE, 2012; OSEI-FRIMPONG; WILSON; LEMKE, 2018). Nessa etapa, será avaliada se a percepção da qualidade das informações obtidas durante a interação entre o paciente e o médico no atendimento influenciaram a lealdade do paciente. Portanto, é apresentada a segunda hipótese do estudo.

**Hipótese 2 (H2): A qualidade da informação percebida pelo paciente na etapa de atendimento médico impacta positivamente a lealdade do paciente com relação ao médico.**

Por fim, será feito o teste da influência da percepção da qualidade da informação no pós-atendimento na lealdade do paciente. Lemon e Verhoef (2016) descrevem o pós-compra ou pós-atendimento como o terceiro e último estágio da jornada do cliente, podendo ser repetida

ou não, dependendo da lealdade construída a partir da sua experiência com o provedor de serviço. O cliente pode optar por manter o relacionamento ou então considerar novas alternativas futuramente (LEMON; VERHOEF, 2016). No modelo de Zerbino et. al (2018), que entende o CRM como um processo, essa etapa seria a de término do atendimento em que o cliente avaliaria o serviço.

Para avaliar a qualidade das informações disponibilizadas no pós-atendimento serão apreciados os pontos de contato para suporte pós-atendimento (LEMON; VERHOEF, 2016) sem levar em consideração o engajamento do paciente no tratamento recomendado. De acordo com Lemon e Verhoef (2016), nessa etapa, podem ser avaliadas as informações relativas às requisições de serviços e ao engajamento com canais e pontos de contato pós-compra, por exemplo, canais em que os pacientes podem tirar dúvidas: site, WhatsApp ou a própria central de atendimento do consultório. Nesse momento, será avaliada se a percepção da qualidade das informações acessadas no pós-atendimento influenciou na lealdade do paciente, conforme a terceira hipótese do estudo.

**Hipótese (H3): A qualidade da informação na etapa de pós-atendimento médico impacta positivamente a lealdade do paciente com relação ao médico.**

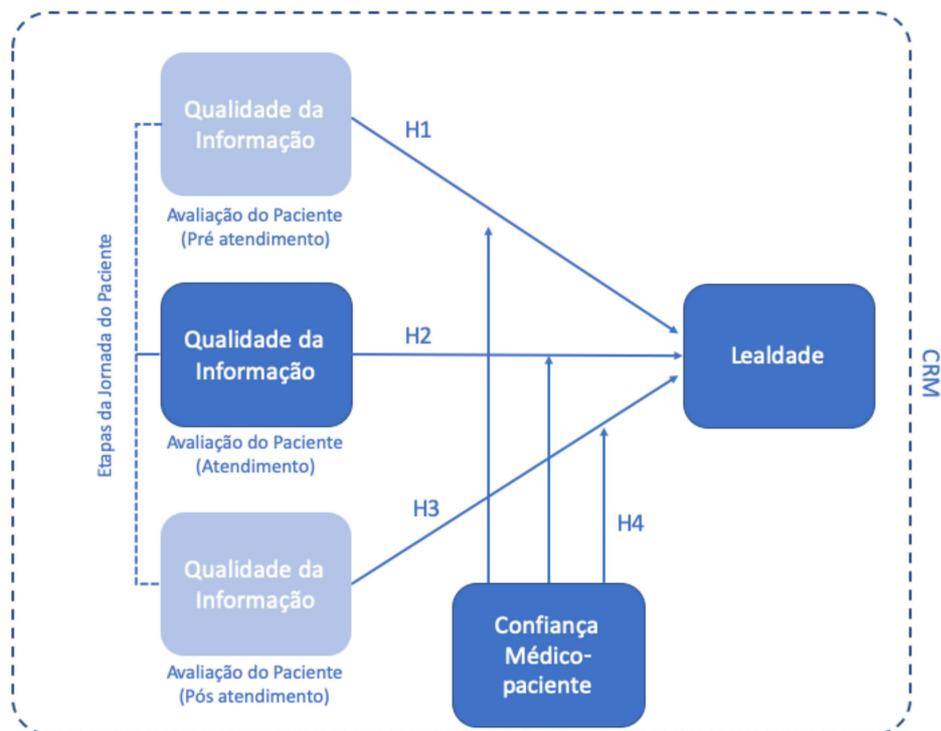
A maior parte dos pacientes buscam a manutenção dos seus tratamentos médicos com um profissional de saúde e criam um relacionamento com ele, o que pode ocorrer por escolha ou pela falta de opções de outros profissionais de saúde (ROBERGE et al., 2001; BERRY, PARISH e RAYBURN, 2008). Independente do motivo pelo qual o paciente escolhe o seu profissional de saúde, é entendido que a confiança no médico fortalece o relacionamento com o paciente (BERRY, PARISH e RAYBURN, 2008).

O construto de confiança entre médico e paciente desenvolvido por Anderson e Dedrick (1990) leva em consideração o relacionamento entre ambas as partes. Para os autores, a confiança interpessoal é definida como a crença de que as palavras e ações do médico possuem credibilidade e são confiáveis. A definição específica de Anderson e Dedrick (1990) não tem relação com o resultado dos cuidados médicos e, sim, com o comprometimento do médico e paciente em seu relacionamento. Sendo assim, o desenvolvimento da confiança não se baseia apenas nas competências técnicas do profissional de saúde, mas também em fatores interpessoais e comportamentais entre médico e paciente (BERRY, PARISH e RAYBURN, 2008). Nessa pesquisa, considera-se que a influência da qualidade da informação na lealdade é moderada pela confiança, conforme a quarta e última hipótese do estudo.

**Hipótese 4 (H4): A confiança exerce um efeito moderador na relação entre a qualidade da informação percebida pelo paciente e a sua lealdade ao profissional médico.**

A seguir, é apresentado o desenho do modelo conceitual de pesquisa proposto no estudo (Figura 6).

Figura 6 –Modelo conceitual de Pesquisa



Fonte: elaborado pela autora.

No capítulo seguinte serão apresentados os métodos e procedimentos para testar o modelo de pesquisa proposto.

### **3 MÉTODOS E PROCEDIMENTOS**

Neste capítulo, serão descritos os processos de realização e condução da pesquisa, desde os procedimentos utilizados para o delineamento da pesquisa, população e delimitação da amostra, instrumento de coleta de dados, operacionalização das variáveis, coleta de dados até os procedimentos para análise dos resultados.

#### **3.1 Delineamento de pesquisa**

O delineamento da pesquisa refere-se ao planejamento em sua dimensão mais ampla, o que envolve tanto a sua classificação quanto a previsão de coleta e análise e interpretação dos dados (GIL, 1995) e é uma etapa fundamental para a definição de quais procedimentos e técnicas estatísticas serão utilizadas no estudo (DANCEY; REIDY, 2017). Para testar o modelo proposto (Figura 6) a partir da fundamentação teórica apresentada no capítulo anterior, foi realizado um estudo resDe acordo com Freitas et al. (2000) a *survey* é adequada quando não é possível controlar as variáveis dependentes e independentes. Para este estudo optou-se por um questionário estruturado como instrumento de coleta de dados, descrito na seção 3.3. Na próxima seção será apresentada a população e delimitação da amostra.

#### **3.2 População e delimitação da amostra**

Frequentemente a população é grande demais para que todos os seus membros sejam analisados, sendo assim, selecionamos uma amostra de indivíduos para pesquisar, uma vez que não seria viável realizar a pesquisa com toda a população (RUEL; WAGNER; GILLESPIE, 2016). Quanto ao método de seleção de amostra, de acordo com Freitas et. al. (2000), podemos citar a amostra probabilística e a não-probabilística. A amostra probabilística implica utilizar a seleção randômica ou aleatória dos respondentes, eliminando a subjetividade da amostragem; por outro lado, a amostra não-probabilística é obtida a partir de um critério, seja por conveniência ou por grupos específicos, por exemplo, pacientes (FREITAS et. al, 2000). Em relação ao tamanho da amostra, Hair et. al (2019, p. 132) argumentam que deve haver no mínimo 50 observações e que, preferencialmente o tamanho da amostra deve ter 100 ou mais observações.

A população visada pelo presente estudo é composta por brasileiros adultos, maiores de 18 anos, que tiveram um atendimento médico há pelo menos doze meses. Não foi possível obter

uma lista dos membros para geração de amostra probabilística e, assim, o critério de acesso se deu por conveniência e facilidade de acesso aos respondentes. O questionário foi aplicado durante o mês de fevereiro de 2021, sendo distribuído por meio do disparo de e-mails para uma base de 17.268 pessoas de todo o Brasil da Opinion Box, sem segmentação demográfica pré-definida, totalizando 224 questionários respondidos. A caracterização da amostra será apresentada no capítulo de análise dos resultados.

### 3.3 Instrumento e técnica de coleta de dados

Para a realização da *survey* foi utilizado o questionário como instrumento de coleta de dados. O questionário foi dividido em 7 blocos: (1) Contextualização da consulta médica, (2) Qualidade da informação no pré-atendimento, (3) Qualidade da informação no atendimento, (4) Qualidade da informação no pós-atendimento, (5) Lealdade, (6) Confiança médico-paciente e (7) Dados demográficos.

No bloco de contextualização da consulta médica, foi questionado há quanto tempo havia ocorrido a última consulta médica, a partir dessa resposta, os participantes que marcavam mais de 12 meses não seguiam respondendo à pesquisa. Também foi perguntado qual o motivo do atendimento médico, se era uma primeira consulta ou uma consulta de rotina, bem como a especialidade do profissional de saúde. Também foi questionado se o atendimento havia sido presencial ou remoto e, no caso de atendimento à distância, qual fora o meio utilizado. Essas dimensões coletadas, mais tarde, são utilizadas na análise da qualidade das fontes de informações acessadas pelos pacientes. A instrumentalização dos próximos blocos do questionário é descrita a seguir.

Seguindo o modelo de pesquisa apresentado no capítulo anterior, três construtos foram mensurados no questionário: qualidade da informação dos pontos de contato (fontes de informação) na jornada do cliente, lealdade do paciente e confiança do paciente no médico. Para a mensuração dos construtos foi utilizada a escala do tipo Likert que varia de 1 -“discordo totalmente” até 5 - “concordo totalmente”. A escala Likert é amplamente utilizada para a mensuração de atitude nas áreas de psicologia, sociologia, educação e administração (HAIR et al., 2019a). Ainda, de acordo com Hair et al. (2019a), Likert é uma escala apropriada para medir percepção e comportamento, e na prática de pesquisas estilo *survey*, o pesquisador deve escolher as escalas dos construtos avaliados tendo como base artigos acadêmicos publicados

em *journals* reconhecidos. As variáveis finais desse estudo, que foram mensuradas a partir da escala tipo Likert, e as suas referências acadêmicas, podem ser consultadas no APÊNDICE A.

Considerando que as variáveis dos construtos são originalmente no idioma inglês, para que a sua aplicação fosse realizada no Brasil, as variáveis foram traduzidas para o português brasileiro, respeitando o seu sentido original. Para isso, foi utilizado o método de *back-translation*, ou retrotradução, uma ferramenta de avaliação de qualidade utilizada em pesquisas sociais internacionais e interculturais (TYUPA, 2011). Um tradutor juramentado fez a tradução da escala original (em inglês) para o português e um segundo tradutor, que não teve acesso à escala original, fez a tradução das escalas, já traduzidas, de volta para o idioma original. Dessa forma, as escalas traduzidas para o português mantiveram o seu significado e conceitualização original: a ideia não é manter a equivalência, mas tornar o processo de conceitualização claro para os leitores e revisores (TYUPA, 2011). O processo de retrotradução desse estudo pode ser consultado no APÊNDICE B.

De acordo com Freitas et al. (2000), a elaboração do instrumento e o seu refinamento constituem duas fases para a validação do conteúdo: os enunciados do instrumento devem ser baseados na revisão da literatura pertinente ao fenômeno e deve-se realizar o pré-teste com o objetivo de refinar o instrumento, visando à garantia de que ele medirá o que se propõe (FREITAS et al., 2000).

O pré-teste do questionário foi realizado em dezembro de 2020 com dez participantes do grupo de pesquisa do qual a mestranda faz parte, com experiência em pesquisa e formação acadêmica em nível de mestrado e/ou doutorado. A avaliação e observações dos respondentes do pré-teste podem ser consultadas no APÊNDICE C. Entre as recomendações, foram sugeridas melhorias da experiência do usuário na *survey*. Foram levados em consideração aspectos, como ajustes do *layout* da *survey* para dispositivos móveis, remoção de termos acadêmicos de difícil compreensão e ajustes textuais, eliminando instruções ou termos que não fossem relevantes para os respondentes. As escalas de qualidade da informação antes e após o atendimento foram ajustadas para opcionais, ainda que o paciente atenda a consulta ele não necessariamente consultou informações antes ou depois do atendimento). O questionário final pode ser consultado no APÊNDICE D. Na próxima seção, serão descritas as técnicas de análise de dados utilizadas para este estudo.

### 3.4 Técnicas de Análise dos dados utilizadas

Diversas técnicas de análise estatística foram aplicadas sobre os dados coletados. As análises foram feitas utilizando o *software* SPSS e Excel. Conforme recomendação de Hair et al. (2019), em um primeiro momento foi realizada a análise uni e multivariada de valores atípicos para identificação de *outliers* que foram removidos da amostra. Os valores atípicos ou *outliers* são as respostas classificadas como valores discrepantes em relação ao restante da amostra e podem influenciar indevidamente o resultado de qualquer análise (HAIR et al., 2019b). Sendo assim, foram removidos os *outliers* identificados na análise univariada (*z score*) e, em seguida, foram removidos os *outliers* identificados na análise multivariada (Mahalanobis). Como a maioria das análises multivariadas envolve mais de duas variáveis, é necessário um meio para medir objetivamente a posição multidimensional de cada respondente da amostra em relação a um ponto em comum, um ponto possível de ser analisado a partir da medida Mahalanobis, que faz uma avaliação multivariada de cada respondente em um conjunto de variáveis (HAIR et al., 2019b).

Após remoção dos valores atípicos, prosseguiu-se para a caracterização da amostra, seção em que são apresentadas as características demográficas dos respondentes, contextualização dos atendimentos médicos e fontes de informações mais acessadas por etapa da jornada do paciente. Uma vez finalizada a caracterização da amostra, realizou-se a Análise Fatorial Confirmatória (AFC) intrablocos (para validade convergente dos fatores) e, entre blocos (para validade discriminante dos fatores) (DANCEY; REIDY, 2017; HAIR et al., 2019b). De acordo com Hair et. al (2019), a AFC (Análise Fatorial Confirmatória) é uma forma de testar o quanto uma teoria de mensuração pré-especificada composta de variáveis e fatores mensuráveis se ajusta à realidade de acordo com os dados capturados. Uma teoria de mensuração específica precisamente como as variáveis medidas logicamente e sistematicamente representam os construtos envolvidos em um modelo teórico (HAIR et al., 2019b).

A análise fatorial foi iniciada a partir do método de extração, análise de componentes principais, criando um modelo organizado e fácil de ser interpretado (HAIR et al., 2019b). Há dois testes importantes a serem realizados para verificação dos componentes, sendo o primeiro o de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que deve ter valores acima de 0,6, e o segundo, o teste de esfericidade de Bartlett's, que deve ter valor  $p > 0,05$  para atestar significância (HAIR et al., 2019b). Em relação à comunalidade, valores abaixo de 0,5 devem ser eliminados (HAIR et al., 2019b). A variação total explicada (VTE) que indica se o modelo fatorial é adequado também

deve ser acima de 0,6 (HAIR et al., 2019b). No capítulo seguinte, os resultados dessa análise fatorial serão explicados passo a passo, indicando quais variáveis foram removidas e quais foram mantidas para que a matriz rotacional identificasse os três fatores ou construtos principais.

Após análise fatorial finalizada, foi feito o teste de validação das escalas utilizando *Alpha de Cronbach* (HAIR et al., 2019b). Assim, a confiabilidade dos construtos, medida por meio do *Alpha de Cronbach*, obteve resultados acima do recomendado (acima de 0,7) (DANCEY; REIDY, 2017; HAIR et al., 2019b). Com a validade convergente, discriminante e de confiabilidade interna de todos os construtos do modelo da pesquisa tendo sido testadas, seguiu-se para a estatística descritiva das variáveis, em que são apresentadas as médias e desvio padrão de cada variável, dimensão e construto.

Por fim, para compreensão da percepção do paciente sobre a qualidade da informação em cada etapa, foi realizada a ANOVA (análise de variância) entre as variáveis independentes, medindo a qualidade da informação antes, durante e após o atendimento (DANCEY; REIDY, 2017). Em um primeiro momento, a ANOVA foi utilizada para a análise comparativa da qualidade da informação entre as diferentes etapas da jornada do paciente (variáveis independentes), de forma a avaliar se há diferença significativa na percepção da qualidade das informações em cada etapa (DANCEY; REIDY, 2017). Para validar o comparativo estatisticamente (pois há variação nos tamanhos dos grupos) foi utilizado o teste t (CLEFF, 2019). O teste t é importante para atestar a diferença significativa entre médias sob condições diferentes, demonstrando que a chance dos resultados se darem devido a um erro amostral é próxima de nula (DANCEY; REIDY, 2017). Em um segundo momento, foi realizada a ANOVA para análise comparativa da qualidade da informação em cada etapa (variáveis independentes) em relação à variável dependente *lealdade*. A ANOVA precedeu a análise de regressão múltipla, indicando a chance do resultado do grau de relacionamento entre a variável dependente e as variáveis independentes ter ocorrido por erro amostral, e, portanto, validando o modelo de pesquisa, com significância estatística (DANCEY; REIDY, 2017).

Para testagem das hipóteses H1, H2 e H3 foi utilizado o método de regressão múltipla. A regressão não prova, necessariamente, a causalidade da associação, portanto a direção deve ser derivada teoricamente antes que possa ser provada empiricamente com a regressão (CLEFF, 2019). A análise de regressão múltipla é uma técnica estatística que pode ser usada para analisar a influência de mais de uma variável independente (qualidade da informação do pré-atendimento, qualidade da informação do atendimento e qualidade da informação do pós-atendimento) na variável dependente (lealdade do paciente); tendo como objetivo utilizar as

variáveis independentes, cujos valores são conhecidos, para prever o valor dependente (HAIR et al., 2019b).

Cada variável independente é ponderada pelo procedimento de análise de regressão para garantir a previsão máxima do conjunto de variáveis independentes (HAIR et al., 2019b). Os pesos denotam a contribuição relativa das variáveis independentes para a previsão geral e facilitam a interpretação quanto à influência de cada variável em fazer a previsão, embora a correlação entre as variáveis independentes complique o processo interpretativo (HAIR et al., 2019b). Para avaliar o grau de relacionamento entre as variáveis, foram utilizados o coeficiente de determinação ( $R^2$ ) e o fator de inflação da variância (FIV), conforme Hair et al. (2019). O FIV (Fator de Inflação da Variância) ou VIF (*Variance Inflation Factor*) é um indicador do efeito que outras variáveis independentes têm no erro padrão de um coeficiente de regressão; o fator de inflação da variância é diretamente relacionado ao valor de tolerância ( $VIF = 1/TOL$ ) e um valor de VIF mais alto indica um grau elevado de colinearidade ou multicolinearidade entre variáveis independentes (HAIR et al., 2019).

A qualidade do modelo de investigação adotado pelo pesquisador pode ser avaliada por meio do valor do coeficiente de determinação,  $R^2$  e da distribuição dos resíduos, em que  $R^2$  significa a quantidade da variância da variável dependente que é explicada conjuntamente pelas variáveis independentes e é a estatística mais utilizada para interpretar os resultados da regressão (TABACHNICK e FIDELL, 1996; ABBAD; TORRES, 2002). Na equação de regressão, obtém-se um coeficiente de correlação, o parâmetro B (ou peso padronizado), que representa a magnitude do relacionamento entre cada um dos preditores e o critério, sendo que sua interpretação depende do conhecimento dos erros padrão a ele associados (ABBAD; TORRES, 2002).

Também foi utilizada a regressão hierárquica, técnica que é comumente aplicada em estudos confirmatórios, quando o relacionamento descrito entre as variáveis já foi apontado na teoria, entretanto, carece de validações empíricas. Nesse caso, a ordem de entrada dos preditores na equação de regressão é definida pelo pesquisador, que baseia a sua decisão em teorias ou em outras pesquisas relacionadas (ABBAD; TORRES, 2002). A finalidade da regressão é determinar os melhores preditores (variáveis independentes) de um critério (variável dependente) e examinar efeitos moderadores do relacionamento entre variáveis. Para sua aplicação, é necessário que os dados sejam métricos e que o pesquisador defina qual variável será dependente e quais serão independentes (HAIR et al., 2014). A análise hierárquica também pode ser utilizada para verificar o efeito de variáveis moderadoras (ABBAD; TORRES, 2002), sendo aplicada nesse estudo com o intuito de testar a moderação do construto confiança no

relacionamento entre qualidade da informação e lealdade do paciente, além de ratificar os resultados da análise de regressão múltipla.

Por fim, todos os resultados obtidos a partir das análises estatísticas descritas até o momento são apresentados no capítulo a seguir. Além disso, os resultados são debatidos na seção de discussão, na sequência, chegando-se às conclusões do estudo.

## 4 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo, é apresentada a análise dos resultados obtidos a partir da pesquisa realizada, iniciando pela análise univariada e multivariada para identificação e remoção dos valores atípicos (*outliers*) da amostra.

### 4.1 Análise dos valores atípicos (dados perdidos e *outliers*)

Para a identificação de *outliers* (valores atípicos), foi utilizada uma combinação de análise uni e multivariada. A identificação univariada examina a distribuição de respostas para cada variável na análise e detecta os casos que estão muito acima ou muito abaixo da distribuição (HAIR et al., 2019), mais especificamente, foram identificados os valores das distribuições de frequência Z escore acima de +3 ou abaixo de -3. Na primeira análise de Z escore foram excluídos da amostra os casos de nº 0, 26, 37, 44, 55, 56, 63, 69, 74, 78, 88, 92, 126, 162, 176, 179, 187, 191, 192, 210 e 219, pois apresentaram valores superiores a + 3 ou inferiores a - 3.

Para a identificação de *outliers* multivariadas, foi aplicada a Mahalanobis, que identifica *outliers* considerando o grupo de variáveis como um todo, etapa importante para a análise de regressão múltipla (HAIR et al., 2019). Na Mahalanobis, a medida D é dividida pelo número de variáveis envolvidas e é aproximadamente distribuída com um valor t. Dada a natureza dos testes estatísticos, sugere-se que níveis conservadores de significância, por exemplo, 0,005 ou 0,001, sejam usados como o valor limite para designação do *outlier* (HAIR et al., 2019b). Dessa forma, respondentes com um valor  $D^2/df$  superior a 2,5 podem ser designados como possíveis *outliers* (HAIR et al., 2019b). Após identificação da medida D dos respondentes, foi feita a divisão por 24 e excluídos os respondentes com medida Mahalanobis superior à 2,5. Portanto, foram excluídos os casos 7, 38, 57, 77, 80, 85, 184, 203 e 208. Após remoção dos *outliers*, portanto, remaneceram 195 respondentes da amostra que inicialmente era de 224.

### 4.2 Caracterização da amostra

Após a remoção dos *outliers* identificados nas análises uni (*z score*) e multivariadas (Mahalanobis), foram realizadas as análises das características demográficas da amostra (sexo, faixa etária, renda mensal e escolaridade), o detalhamento dos atendimentos médicos (motivo,

especialidade, modalidade presencial ou à distância) e o detalhamento das fontes de informação consultadas pelos respondentes em cada uma das etapas (pré-atendimento, atendimento e pós-atendimento). A caracterização da amostra foi feita com o número total de respondentes válidos (195) e é apresentada a seguir.

#### 4.2.1 Características demográficas

Conforme Tabela 1, participaram da *survey* 107 respondentes do sexo feminino (54,87%) e 88 respondentes do sexo masculino (45,13%).

Tabela 1 - Sexo dos respondentes

	%	N
Feminino	54.87%	107
Masculino	45.13%	88
Total Geral	100.00%	195

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação à idade, a amostra possui uma concentração maior de pessoas jovens. 53 dos respondentes possuem entre 18 e 24 anos (27,28%), 35 respondentes possuem entre 25 e 29 anos (17,95%), 46 respondentes possuem entre 30 e 39 anos (23,59%), 32 respondentes possuem entre 40 e 49 anos (16,41%), 20 possuem de 50 a 59 anos (10,26%) e 9 possuem 60 anos ou mais (4,62%). Os dados da idade dos respondentes são apresentados na Tabela 2:

Tabela 2 - Idade dos Respondentes

	%	N
18 a 24 anos	27.18%	53
25 a 29 anos	17.95%	35
30 a 39 anos	23.59%	46
40 a 49 anos	16.41%	32
50 a 59 anos	10.26%	20
60 anos ou mais	4.62%	9
Total Geral	100.00%	195

Fonte: Dados da pesquisa

A renda dos participantes é apresentada na Tabela 3. 14,8% com renda até R\$1.100,00 (29 respondentes), 26,67% dos respondentes têm renda mensal de R\$1.101,00 a R\$ 2.200,00

(52 respondentes), seguido por 24,62% com renda mensal de R\$ 2.201,00 a R\$ 3.300 (48 respondentes), 16,9% possuem renda mensal de R\$ 3.301,00 a R\$ 5.500,00 (33 respondentes), 9,74% têm remuneração de R\$ 5.501 a R\$ 11.000,00 (19 respondentes), 5,64% com renda mensal de R\$ 11.001,00 a R\$ 16.500,00 (11 respondentes) e 3 respondentes com renda mensal acima de R\$ 16.500,00.

Tabela 3 - Renda dos respondentes

	%	N
Até R\$ 1.100	14.87%	29
De R\$ 1.101 a R\$ 2.200	26.67%	52
De R\$ 2.201 a R\$ 3.300	24.62%	48
De R\$ 3.301 a R\$ 5.500	16.92%	33
De R\$ 5.501 a R\$ 11.000	9.74%	19
De R\$ 11.001 a R\$ 16.500	5.64%	11
Mais de R\$ 16.500	1.54%	3
Total Geral	73.33%	195

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação à escolaridade dos participantes, aproximadamente 36,92% possuem graduação completa (72 respondentes), seguido por 31,28% dos respondentes com ensino médio completo (61 respondentes). 23,59% possuem graduação incompleta (46 respondentes) e 6,67% possuem ensino médio incompleto (13 respondentes), conforme Tabela 4.

Tabela 4 - Escolaridade dos respondentes

	%	N
Ensino fundamental incompleto	1.03%	2
Ensino fundamental completo	0.51%	1
Ensino médio incompleto	6.67%	13
Ensino médio completo	31.28%	61
Graduação incompleta	23.59%	46
Graduação completa	36.92%	72
Total Geral	100.00%	195

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação ao perfil geral da amostra, portanto, a maioria dos respondentes é do sexo feminino, sendo mais da metade na faixa etária entre 18 e 39 anos, caracterizando um perfil jovem. A renda mensal da maior parte dos respondentes é de até 3.300 reais e a maioria (61%) está em nível de educação superior (completa ou incompleta). Finalizadas as características demográficas, prossegue-se para o detalhamento dos atendimentos médicos.

#### 4.2.1 Detalhamento dos atendimentos médicos

Como requisito para participar da pesquisa, os respondentes deveriam ter comparecido a um atendimento médico nos últimos 12 meses. A Tabela 5 indica que 30,2% dos participantes tiveram uma consulta médica há menos de um mês, 31,8% dos participantes tiveram uma consulta médica entre 1 e 3 meses, 18% entre 4 e 6 meses e 20% entre 7 e 12 meses.

Tabela 5 - Tempo desde a última consulta médica

	%	N
Menos de um mês	30.26%	59
Entre 1 e 3 meses	31.79%	62
Entre 4 e 6 meses	17.95%	35
Entre 7 e 12 meses	20.00%	39
Total Geral	100.00%	195

Fonte: Dados de Pesquisa

Aproximadamente 51,2% dos respondentes afirmaram que o motivo do atendimento médico foi uma consulta de rotina e 48,7% dos respondentes afirmaram ter realizado um primeiro atendimento médico para buscarem um diagnóstico para seus sintomas (primeira consulta), conforme Tabela 6.

Tabela 6 - Motivo do Atendimento Médico

	%	N
Consulta de rotina (meus atendimentos médicos costumam ser com este profissional da saúde)	51.28%	100
Primeira consulta para buscar o diagnóstico para sintomas que eu sentia	48.72%	95
Total Geral	100.00%	195

Fonte: Dados de Pesquisa

As especialidades do médico também foram indicadas pelos respondentes e são apresentadas na Tabela 7. A maior parte dos atendimentos médicos (39%) foi realizada pela especialidade clínico geral (76 respondentes), seguida por ginecologia e obstetrícia (16%) com 31 respondentes e por dermatologia (10,2%) com 20 respondentes. 7,1% indicaram a especialidade oftalmologia (14 respondentes) e 4,6% indicaram ortopedia (9 respondentes).

Tabela 7 - Especialidade do Médico

	%	N
Clínico Geral	38.97%	76
Ginecologia e Obstetrícia	15.90%	31
Dermatologia	10.26%	20
Oftalmologia	7.18%	14
Ortopedia	4.62%	9
Cardiologia	4.10%	8
Psiquiatria	3.08%	6
Endocrinologia e Metabologia	3.08%	6
Otorrinolaringologia	2.56%	5
Endoscopia	2.05%	4
Gastroenterologia	1.54%	3
Oncologia	1.03%	2
Urologia	1.03%	2
Cirurgião Plástico	0.51%	1
Coloproctologista	0.51%	1
Infectologista	0.51%	1
Nefrologia	0.51%	1
Neurologista	0.51%	1
Nutrologia	0.51%	1
Pediatria	0.51%	1
Pneumologista	0.51%	1
Psicólogo	0.51%	1
Total Geral	100.00%	195

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação à modalidade do atendimento médico (Tabela 8), 95% afirmaram ter recebido o atendimento presencial e 4,6% dos respondentes realizaram o atendimento a distância.

Tabela 8 - Modalidade do Atendimento Médico: presencial

	%	N
Presencial	95.38%	186
Remoto	4.62%	9
Total Geral	100.00%	195

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação aos atendimentos médicos, em síntese, a maioria dos respondentes realizaram uma consulta médica há menos de três meses, sendo que aproximadamente o mesmo número de atendimentos foram tanto de consultas de rotina quanto de primeira consulta. A maioria dos respondentes foi atendido por clínicos gerais, seguido por ginecologistas e dermatologistas, o que faz sentido considerando que a maior parte da amostra é composta pelo público feminino. Quase todos os atendimentos foram realizados de forma presencial. A seguir, são detalhadas as fontes de informação utilizadas pelos respondentes da pesquisa ao longo da jornada de atendimento.

#### 4.2.3 Detalhamento das fontes de informação na jornada do paciente

Essa seção apresenta um detalhamento estatístico descritivo das fontes de informação avaliadas pelos respondentes no questionário no que diz respeito às fontes de informação do seu atendimento médico (pré, durante e após). Isso serve para o entendimento do que de fato está sendo avaliado pelo respondente nas análises de percepção de qualidade de informação. Além disso, análises comparativas por motivo de atendimento médico (consulta de rotina ou primeira consulta) foram realizadas para uma compreensão prática do momento em que as fontes de informação foram consultadas e se houve algum tipo de variação ou particularidade em relação à distribuição de resultados gerais, por etapa da jornada, iniciando pela descrição das fontes de informação acessadas no PRÉ-ATENDIMENTO.

Em relação às fontes de informação acessadas no PRÉ-ATENDIMENTO, 62,70% dos respondentes afirmaram consultar amigos ou familiares, sendo que 32,54% tinham entes que atuavam na área da saúde (41 respondentes) e 30,16% não tiveram contato com profissionais

da área na tomada de decisão (38 respondentes). Ao todo, 29,37% dos respondentes buscaram informações em sites de plano de saúde (37 respondentes), 26,98% utilizaram sites de busca (34 respondentes). A Tabela 9 exibe os resultados das fontes acessadas no PRÉ-ATENDIMENTO.

Tabela 9 - Fontes de Informação Consultadas no PRÉ-ATENDIMENTO

Fontes de Informação*	%	N
Amigos ou familiares da área da saúde	32.54%	41
Amigos ou familiares que não são da área da saúde	30.16%	38
Site(s) de Plano(s) de Saúde	29.37%	37
Sites de Busca (ex: Google, Yahoo)	26.98%	34
WhatsApp do consultório médico ou do médico	18.25%	23
Site do Consultório Médico	15.08%	19
Redes Sociais (ex: Facebook, Instagram, LinkedIn)	13.49%	17
Sites de conteúdo sobre o tema saúde (ex: blogs)	12.70%	16
Site(s) de Hospital(is)	7.94%	10
Outra	4.76%	6
Curriculum do médico na Plataforma Lattes ou outras plataformas de curriculum	3.97%	5
Não consultou fontes de informação nesta etapa	---	69

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: \*Categorias de resposta não são mutuamente excludentes. Total de respondentes – N = 126

A Figura 7 ilustra de forma gráfica as informações apresentadas na tabela anterior.

Figura 7 - Fontes de Informação Consultadas no PRÉ-ATENDIMENTO



Fonte: Dados da pesquisa

Ao dividir as fontes de informação consultadas no pré-atendimento em caso de consulta de rotina ou primeira consulta, é possível notar que não há grandes variações, conforme dados da Tabela 10.

Tabela 10 - Fontes de Informação Consultadas no PRÉ-ATENDIMENTO por motivo

Fontes de Informação	Consulta de rotina*	%	Primeira consulta **	%
Amigos ou familiares da área da saúde	20	28.57%	21	37.50%
Amigos ou familiares que não são da área da saúde	19	27.14%	19	33.93%
Site(s) de Plano(s) de Saúde	18	25.71%	19	33.93%
Sites de Busca (ex: Google, Yahoo)	16	22.86%	18	32.14%
WhatsApp do consultório médico ou do médico	11	15.71%	12	21.43%
Site do Consultório Médico	10	14.29%	9	16.07%
Sites de conteúdo sobre o tema saúde (ex: blogs)	8	11.43%	8	14.29%
Redes Sociais (ex: Facebook, Instagram, LinkedIn)	6	8.57%	11	19.64%
Site(s) de Hospital(is)	4	5.71%	6	10.71%
Outra	4	5.71%	2	3.57%
Curriculum do médico na Plataforma Lattes ou outras plataformas de curriculum	2	2.86%	3	5.36%

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: \*N = 70 (55.56%). \*\*N = 56 (44.44%)

Na etapa de ATENDIMENTO, demonstrada na Tabela 11, a principal fonte de informação foram as fornecidas pelo médico ao longo da consulta médica, seguida pelos registros de paciente, em papel, como prescrições médicas e registros eletrônicos do paciente, como dados de consulta digitalizados.

Tabela 11 - Fontes de Informação Consultadas no ATENDIMENTO

Fontes de Informação*	%	N
Informações orais prestadas pelo médico sobre seu diagnóstico e/ou tratamento	73.33%	143
Seus registros de paciente, em papel (ex: fichas com dados de consultas, prescrições e exames anteriores)	32.82%	64
Seus registros eletrônicos de paciente (ex: arquivos digitais com dados de consultas, prescrições e exames anteriores)	16.92%	33
Folders (impressos) com orientações de saúde ou tratamento	13.33%	26
Outra	2.56%	5

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: \*Categorias de resposta não são mutuamente excludentes - N=195

Ao segmentar as fontes de informação consultadas no ATENDIMENTO em consulta de rotina ou em primeira consulta, não há variação significativa, com exceção dos “registros eletrônicos de paciente”, que foram frequentemente acessados em consultas de rotina, conforme Tabela 12.

Tabela 12 - Fontes de Informação Consultadas no ATENDIMENTO por motivo

Fontes de Informação*	Consulta de Rotina **	%	Primeira consulta ***	%
Informações orais prestadas pelo médico sobre seu diagnóstico e/ou tratamento	71	71.72%	72	75.00%
Seus registros de paciente, em papel (p.ex.: fichas com dados de consultas, prescrições e exames anteriores)	33	33.33%	31	32.29%
Seus registros eletrônicos de paciente (p.ex.: arquivos digitais com dados de consultas, prescrições e exames anteriores)	19	19.19%	14	14.58%
Folders (impressos) com orientações de saúde ou tratamento	14	14.14%	12	12.50%
Outra	1	1.01%	4	4.17%

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: \*Categorias de resposta não são mutuamente excludentes - \*\*N = 99 (50.77%). \*\*\*N = 96 (49.23%).

As fontes de informação acessadas no PÓS-ATENDIMENTO, estão expostas na Tabela 13, demonstram que mais da metade dos respondentes afirmaram consultar sites de laboratório (61 respondentes), seguido pela central de atendimento do consultório (29 respondentes), redes sociais (26 respondentes) e WhatsApp do consultório médico (26 respondentes).

Tabela 13 – Fontes de Informação Consultadas no PÓS-ATENDIMENTO

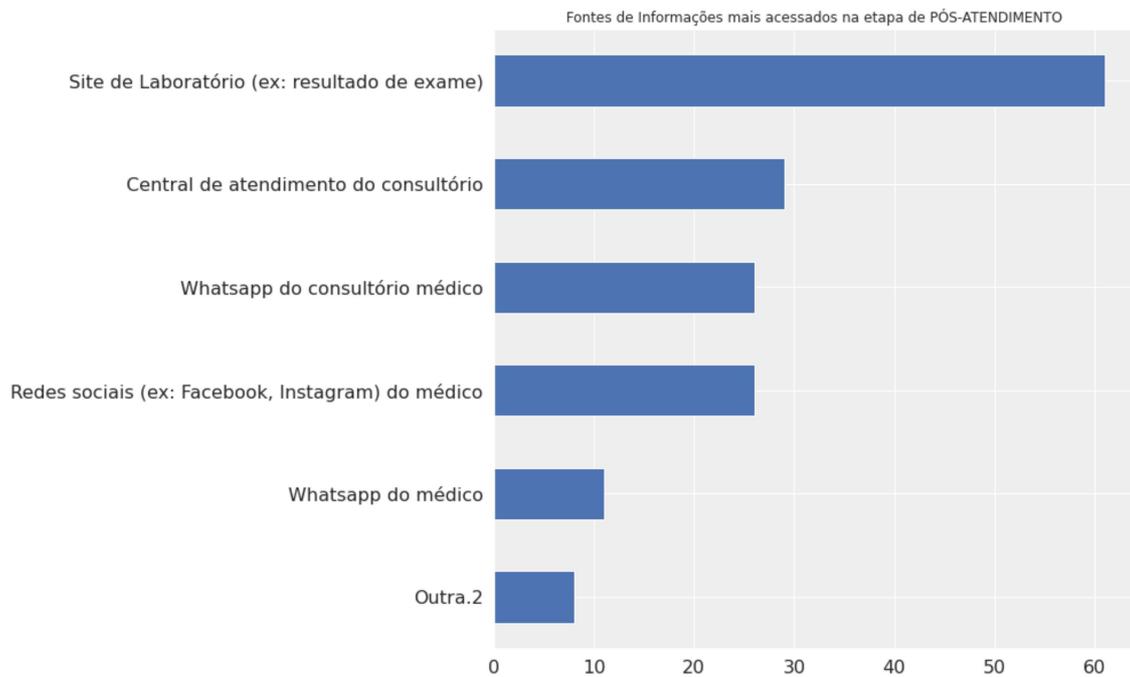
Fontes de Informação*	%	N
Site de Laboratório (p. ex.: resultado de exame)	54.95%	61
Central de atendimento do consultório	26.13%	29
Redes sociais (p. ex.: Facebook, Instagram) do médico	23.42%	26
WhatsApp do consultório médico	23.42%	26
WhatsApp do médico	9.91%	11
Outras	7.21%	8
Não consultou fontes de informação nesta etapa	---	84

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: \*Categorias de resposta não são mutuamente excludentes – N=111

A Figura 8 ilustra as informações apresentadas na tabela anterior.

Figura 8 – Fontes de Informação Consultadas no PÓS-ATENDIMENTO



Em relação ao motivo da consulta, mais fontes de informação foram acessadas no PÓS-ATENDIMENTO de consultas de rotina em comparação com as informações acessadas após o atendimento de uma primeira consulta.

Tabela 14 – Fontes de Informação Consultadas no PÓS-ATENDIMENTO por motivo

Fontes de Informação*	Consulta de rotina **	%	Primeira consulta ***	%
Site de Laboratório (p. ex.: resultado de exame)	34	57.63%	27	51.92%
Central de atendimento do consultório	19	32.20%	10	19.23%
WhatsApp do consultório médico	17	28.81%	9	17.31%
Redes sociais (p. ex.: Facebook, Instagram) do médico	12	20.34%	14	26.92%
WhatsApp do médico	6	10.17%	5	9.62%
Outras	1	1.69%	7	13.46%

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: \*Categorias de resposta não são mutuamente excludentes \*\*N = 59 (53.15%). \*\*\*N = 52 (46.85%).

Em síntese, no PRÉ-ATENDIMENTO, tanto em consultas de rotina quanto nas primeiras consultas, as fontes de informação mais acessadas foram amigos ou familiares (da área da saúde ou não), sites de plano de saúde e sites de busca. Na etapa do ATENDIMENTO, a principal fonte de foram as informações prestadas diretamente pelo médico, seguido pelos registros de paciente em papel e eletrônicos. Os registros eletrônicos de pacientes foram mais frequentes em consultas de rotina do que em primeiras consultas. Por fim, na etapa do PÓS-ATENDIMENTO, os sites de laboratório foram a fonte de informação mais acessada, seguidos pela central de atendimento do consultório e redes sociais do médico. As buscas na central de atendimento do consultório foram mais frequentes em consultas de rotina do que em primeiras consultas.

Na próxima seção, será apresentada o teste do modelo de pesquisa proposto neste estudo, a iniciar pela validação das escalas, utilizando a análise fatorial confirmatória.

### **4.3 Análise Fatorial Confirmatória (AFC)**

Como visto no capítulo de método, a Análise Fatorial Combinatória (AFC) permite a compreensão do quanto a especificação teórica das escalas coincide com os dados reais, ou seja, com os dados coletados a partir da *survey*, revelando o grau de confirmação de uma teoria de mensuração preconcebida (HAIR et al., 2019b). A análise fatorial é essencial para que a análise de regressão múltipla seja confiável, ocasionando muitas vezes a diminuição de variáveis por fator para que a análise de regressão múltipla possa ser realizada (DANCEY; REIDY, 2017).

Considerando que a testagem de hipóteses foi realizada a partir de análises de regressão, a validação convergente e discriminante resultantes da análise fatorial intra e entre blocos é uma etapa essencial que credencia o prosseguimento do estudo para análises posteriores (validação interna dos construtos com o *alpha de cronbach*, estatística descritiva das variáveis utilizadas no estudo, análise de variância e, por fim, análises de regressão para testagem das hipóteses) (HAIR et al., 2019b, DANCEY; REIDY, 2017).

#### **4.3.1 Análise fatorial intrabloco**

Para avaliar a unidimensionalidade do conjunto de variáveis dentro de cada construto foi utilizada a análise fatorial intrabloco, objetivando garantir que todos os itens de um

instrumento estejam medindo um único construto, com validação convergente, métrica que atesta a correlação positiva da escala com as suas variáveis (MALHORTA; 2012). Dessa forma, procedeu-se a análise intrabloco para avaliar se os fatores estavam associados entre eles e se representavam um único construto. Um dos pressupostos é de que cada fator deve ter no mínimo três variáveis, aspecto validado, uma vez que o construto *qualidade da informação* possui dez variáveis, *lealdade* possui cinco variáveis e *confiança médico-paciente* possui dez variáveis (KOUFTEROS, 1999).

Há dois testes importantes que credenciam a análise fatorial confirmatória, sendo o primeiro a medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), que representa o índice que credencia a adequação da análise fatorial e deve ter valores acima de 0,6. O segundo é o teste de esfericidade de Bartlett's, que avalia a hipótese de que as variáveis não são correlacionadas na população e que deve ter valor  $p < 0,05$  para atestar significância (HAIR et al., 2019b).

A comunalidade é a proporção de variância explicada pelos fatores comuns, sendo que valores abaixo de 0,5 devem ser eliminados (HAIR et al., 2019b). A carga fatorial é a correlação simples entre as variáveis e o fator, sendo que o índice tolerável para avaliar se a variável está contribuindo para o fator é 0,5 (MALHORTA; 2012). A variância explicada representa o percentual explicado pelos fatores utilizados, sendo que o índice recomendável é de no mínimo 60% (HAIR et al., 2019b).

A primeira análise foi feita sobre a escala que avaliava a *qualidade da informação*. Primeiro verificou-se os índices de KMO e Esfericidade de Bartlett. Os índices de KMO (0,966) e a esfericidade de Bartlett (2069,22;  $p < 0,001$ ) estão adequados, credenciando a análise fatorial (HAIR et al., 2019b), e sendo possível prosseguir para avaliação dos índices de comunalidade e cargas fatoriais (Tabela 15).

Tabela 15 – Análise fatorial do construto Qualidade da Informação

<b>Fatores</b>	<b>Variáveis</b>	<b>Comunalidade</b>	<b>Cargas Fatoriais</b>
<b>Qualidade da Informação</b>	As informações que acessei durante o atendimento incluíam todos os dados necessários	0,760	0,872
	As informações que acessei durante o atendimento estavam completas	0,823	0,907

	As informações que acessei durante o atendimento foram suficientes para atender às minhas necessidades	0,735	0,857
	As informações que acessei durante o atendimento tinham a profundidade necessária	0,718	0,847
	As informações que acessei durante o atendimento estavam corretas	0,765	0,875
	As informações que acessei durante o atendimento eram precisas	0,785	0,886
	As informações que acessei durante o atendimento eram confiáveis	0,841	0,917
	As informações que acessei durante o atendimento eram atualizadas para as minhas necessidades	0,804	0,897
	As informações que acessei durante o atendimento eram atualizadas para aquele momento	0,736	0,858
	As informações que eu acessei durante o atendimento estavam atualizadas de acordo com o que eu esperava	0,784	0,886
<b>KMO</b>		0,966	
<b>Teste de Esfericidade Bartlett</b>		2069,22	p<0,001
<b>Variância Explicada</b>		77,53%	

Fonte: Dados da Pesquisa

Conforme disposto na Tabela 15, os resultados demonstram índices favoráveis para a comunalidade (todos acima de 0,7) e cargas fatoriais (acima de 0,8) de todas as dez variáveis da escala de qualidade da informação, com valores acima do recomendado – acima de 0,5 (HAIR et al., 2019b). A análise também indicou a formação de um único fator, com variância explicada de 77,53% (o índice recomendável é de no mínimo 60%) (DANCEY; REIDY, 2017; HAIR et al., 2019b).

Na Tabela 16, são apresentados os resultados da primeira análise realizada sobre o fator “confiança médico-paciente”. O fator avaliado possui dez variáveis, atendendo ao critério de quantidade mínima de variáveis (três) indicada por Koufteros (1999) e, portanto, sendo possível seguir para análise fatorial para avaliar se os fatores estão associados entre eles e se representam um conceito único (HAIR et al., 2019b).

Tabela 16 – Primeira Análise fatorial do construto Confiança Médico-Paciente.

<b>Fatores</b>	<b>Variáveis</b>	<b>Comunalidade</b>	<b>Cargas Fatoriais</b>
<b>Confiança Médico-paciente</b>	O médico costuma colocar as minhas necessidades em primeiro lugar	0,620	0,766
	Confio tanto no médico que sempre tento seguir os conselhos dele(a)	0,694	0,833
	Se o médico me diz que algo é de tal forma, então isso deve ser verdade	0,591	0,756
	Confio no julgamento do médico sobre meus cuidados médicos	0,728	0,853
	O médico é um verdadeiro especialista em cuidar de problemas de saúde como os meus	0,602	0,766
	Confio que o médico me dirá se tiver ocorrido um erro em meu tratamento	0,696	0,83
	Às vezes me preocupo que o médico possa não manter as informações que nós discutimos totalmente confidenciais	0,585	0,763
	Sinto que o médico não faz tudo o que deveria para meus cuidados médicos	0,75	0,834
	Às vezes não confio na opinião do médico e gostaria de uma segunda opinião	0,688	0,816
	Tenho dúvidas se o médico realmente se importa comigo como pessoa	0,754	0,861
<b>KMO</b>		0,839	
<b>Teste de Esfericidade Bartlett</b>		978,964	p<0,001

<b>Variância Explicada</b>	39,21%
----------------------------	--------

Fonte: Dados da Pesquisa

Os índices de KMO (0,839) e a esfericidade de Bartlett (978;964;  $p < 0,001$ ) estão adequados, credenciando a análise fatorial, porém a variância explicada ficou abaixo do valor recomendado por Hair et al. (2019), acima de 60%, sendo de apenas 39,21%, demonstrando, então, uma dissociação entre as variáveis e não formando um único fator. Sendo assim, optou-se pela remoção de algumas variáveis da escala original.

A remoção de variáveis com índices de comunalidade e cargas fatoriais menos satisfatórios é uma etapa importante da análise fatorial para obtenção de uma variância explicada das variáveis dentro do recomendado (DANCEY; REIDY, 2017, p. 448). Essa última constatação levou à realização de uma segunda análise fatorial intrabloco considerando apenas variáveis que obtiveram um resultado mais satisfatório na comunalidade e cargas fatoriais acima de 0,8 (“Confio no julgamento do médico sobre meus cuidados médicos”, “Sinto que o médico não faz tudo o que deveria para meus cuidados médicos”, “Às vezes não confio na opinião do médico e gostaria de uma segunda opinião”, “Às vezes não confio na opinião do médico e gostaria de uma segunda opinião”). A Tabela 17 apresenta os resultados da segunda análise fatorial intrabloco do fator confiança.

Tabela 17 – Segunda Análise fatorial do construto Confiança Médico-Paciente.

<b>Fatores</b>	<b>Variáveis</b>	<b>Comunalidade</b>	<b>Cargas Fatoriais</b>
<b>Confiança Médico-paciente</b>	Confio no julgamento do médico sobre meus cuidados médicos	0,044	0
	Sinto que o médico não faz tudo o que deveria para meus cuidados médicos	0,786	0,886
	Às vezes não confio na opinião do médico e gostaria de uma segunda opinião	0,734	0,857
	Tenho dúvidas se o médico realmente se importa comigo como pessoa	0,778	0,882
<b>KMO</b>		0,721	

<b>Teste de Esfericidade Bartlett</b>	250,92	p<0,001
<b>Variância Explicada</b>	58,08%	

Fonte: Dados da Pesquisa

A segunda análise apresentou índices de KMO (0,721) e esfericidade de Bartlett (250,929;  $p < 0,001$ ) adequados, porém apontou, novamente, uma variância total abaixo do recomendado por Hair et al (2019) de 0,6 (58,08%). A variável “Confio no julgamento do médico sobre meus cuidados médicos”, com comunalidade 0,044 e carga fatorial nula, ou seja, abaixo do recomendado por Hair et al. (2019), foi removida. Em seguida, foi realizada uma terceira análise fatorial intrablocos, descrita na Tabela 18, sem a variável mencionada.

Tabela 18 – Terceira Análise fatorial do construto Confiança Médico-Paciente.

<b>Fatores</b>	<b>Variáveis</b>	<b>Comunalidade</b>	<b>Cargas Fatoriais</b>
<b>Confiança Médico-paciente</b>	Sinto que o médico não faz tudo o que deveria para meus cuidados médicos	0,786	0,886
	Às vezes não confio na opinião do médico e gostaria de uma segunda opinião	0,734	0,857
	Tenho dúvidas se o médico realmente se importa comigo como pessoa	0,778	0,882
<b>KMO</b>		0,726	
<b>Teste de Esfericidade Bartlett</b>		245,03	p<0,001
<b>Variância Explicada</b>		76,60%	

Fonte: Dados da Pesquisa

Conforme Tabela 18, a terceira análise apresentou índices de KMO (0,726) e esfericidade de Bartlett (245,03;  $p < 0,001$ ) adequados, credenciando a análise fatorial (HAIR et al., 2019b). Os resultados demonstram também índices favoráveis para a comunalidade (todos acima de 0,7) e cargas fatoriais (acima de 0,8) (HAIR et al.; 2019). A variância explicada final teve um índice aceitável para o estudo, evoluindo de 39% para 76,60%, após ajustes realizados (HAIR et al.; 2019).

Conforme análises realizadas, o fator “confiança médico-paciente” apresentou inconsistências desde a primeira análise fatorial, não demonstrando um construto robusto como o previsto, tanto pela sua variância explicada quanto pelo procedimento de rotação de fatores *varimax*, em que as variáveis acabaram se separando. Assim, o construto só demonstrou variância explicada dentro do recomendado após remoção de sete variáveis. Optou-se por seguir com este construto para as análises, porque foi possível manter a quantidade mínima de variáveis recomendada (três) para a análise, de acordo com Koufteros (1999), e a variância explicada final teve um índice de 76,60% (valor consideravelmente maior dos 39,21% obtidos na primeira análise) e acima do recomendado, conforme Hair et. al (2019).

Por último, foi feita a análise de validade convergente do construto Lealdade. O fator possui cinco variáveis, sendo possível seguir para análise fatorial. Na Tabela 19 são apresentados os índices do fator analisado.

Tabela 19 – Análise fatorial do construto Lealdade

<b>Fatores</b>	<b>Variáveis</b>	<b>Comunalidade</b>	<b>Cargas Fatoriais</b>
<b>Lealdade</b>	Direi coisas positivas sobre o médico para outras pessoas	0,787	0,887
	Estou disposto a recomendar o médico aos meus parentes	0,848	0,921
	Continuarei a buscar o atendimento com este médico no futuro	0,854	0,924
	Estou disposto a realizar tratamentos adicionais com esse profissional	0,801	0,895
	Continuarei a realizar atendimentos com esse profissional mesmo se o custo for maior	0,689	0,83
<b>KMO</b>		0,884	
<b>Teste de Esfericidade Bartlett</b>		837,75	p<0,001
<b>Variância Explicada</b>		79,58%	

Fonte: Dados da Pesquisa

Conforme Tabela 19, os índices de KMO (0,884) e a esfericidade de Bartlett (837,75, p<0,001) estão adequados, credenciando a análise fatorial (HAIR et al., 2019b), sendo possível

prosseguir para a avaliação dos índices de comunalidade e cargas fatoriais. Os resultados do fator “lealdade” demonstram índices favoráveis para a comunalidade (todos acima de 0,7, com exceção da variável “Continuarei a realizar atendimentos com esse profissional mesmo se o custo for maior” que ficou com o índice de comunalidade em 0,689) (HAIR et al., 2019b). As cargas fatoriais também ficaram acima de 0,8, com índices acima do recomendado (HAIR et al., 2019b). O construto foi constituído com uma variância explicada foi de 77,53% (o índice recomendável é de no mínimo 60%) (HAIR et al., 2019b). Após validação dos fatores na análise fatorial intrabloco, prosseguiu-se para a análise fatorial entre blocos, que é descrita na próxima seção.

#### 4.3.2 Análise fatorial entre blocos

Após a análise fatorial intrabloco, que teve por objetivo avaliar a unidimensionalidade do conjunto de variáveis dentro de cada fator, procedeu-se a análise fatorial entre blocos para avaliar a validade das escalas utilizadas, uma vez que a análise fatorial entre blocos permite entender se as variáveis convergem dentro de um mesmo fator e se discriminam entre os demais fatores (HAIR et al., 2019). A análise fatorial entre blocos é recomendada quando a principal preocupação é determinar o número mínimo de fatores que serão responsáveis pela variação máxima dos dados para uso em análises multivariadas subsequentes. Os fatores são chamados de componentes principais (MALHOTRA e BIRKS, 2007).

Quanto ao procedimento de rotação de fatores, ele se deu pelo método mais utilizado chamado *Varimax*, método que minimiza o número de variáveis com altas cargas em um fator e facilita a interpretação dos fatores (MALHOTRA e BIRKS, 2007). Tendo realizada a validação dos fatores na análise intrabloco com a formação do fator único “qualidade da informação” com dez variáveis (Variância Explicada = 77,53%), fator “confiança médico-paciente” com três variáveis (Variância Explicada = 76,60%) e por último o fator “lealdade” com cinco variáveis (Variância Explicada = 79,58%), prosseguiu-se para a análise fatorial entre blocos. A variância explicada, conforme Hair et al. (2019), deve ser acima de 60%, de forma que seja possível que o fator possa ser explicado pelas suas respectivas cargas fatoriais individuais. Os dados da análise fatorial entre blocos são apresentados na

Tabela 20.

Tabela 20 - Análise Fatorial Final

<b>Fatores</b>	<b>Variáveis</b>	<b>Comunalidade</b>	<b>Cargas Fatoriais</b>
<b>Qualidade da Informação</b>	As informações que acessei durante o atendimento incluíam todos os dados necessários	0,761	0,825
	As informações que acessei durante o atendimento estavam completas	0,823	0,862
	As informações que acessei durante o atendimento foram suficientes para atender às minhas necessidades	0,739	0,822
	As informações que acessei durante o atendimento tinham a profundidade necessária	0,724	0,76
	As informações que acessei durante o atendimento estavam corretas	0,768	0,842
	As informações que acessei durante o atendimento eram precisas	0,794	0,861
	As informações que acessei durante o atendimento eram confiáveis	0,843	0,872
	As informações que acessei durante o atendimento eram atualizadas para as minhas necessidades	0,814	0,868
	As informações que acessei durante o atendimento eram atualizadas para aquele momento	0,737	0,803
	As informações que eu acessei durante o atendimento estavam atualizadas de acordo com o que eu esperava	0,785	0,839
<b>Confiança Médico-Paciente</b>	Sinto que o médico não faz tudo o que deveria para meus cuidados médicos	0,800	0,877
	Às vezes não confio na opinião do médico e gostaria de uma segunda opinião	0,737	0,858
	Tenho dúvidas se o médico realmente se importa comigo como pessoa	0,788	0,885
<b>Lealdade</b>	Direi coisas positivas sobre o médico para outras pessoas	0,780	0,788
	Estou disposto a recomendar o médico aos meus parentes	0,847	0,829

	Continuarei a buscar o atendimento com este médico no futuro	0,860	0,877
	Estou disposto a realizar tratamentos adicionais com esse profissional	0,806	0,841
	Continuarei a realizar atendimentos com esse profissional mesmo se o custo for maior	0,701	0,796
<b>KMO</b>		0,936	
<b>Teste de Esfericidade Bartlett</b>		3359,8	p<0,001
<b>Variância Explicada</b>		78,30%	

Fonte: Dados da Pesquisa

Conforme

Tabela 20, os índices de Kayser-Meyer-Olkin – KMO e esfericidade de Bartlett credenciam a análise fatorial entre blocos (KMO = 0,966; Esfericidade de Bartlett = 3359,8 –  $p < 0,001$ ). Os resultados demonstram índices favoráveis para a comunalidade (todos acima de 0,7) e cargas fatoriais (próximas ou acima de 0,8) (HAIR et al, 2019). A variância explicada foi de 78,30%, o que é considerado um índice acima do aceitável (HAIR et al., 2005; MALHOTRA, 2012). A distribuição do número de fatores está coerente com a teoria, pois o cálculo indicou três fatores divididos em “qualidade da informação”, “confiança médico-paciente” e “lealdade”. Com a conclusão da análise fatorial entre blocos, seguiu-se para a análise de confiabilidade dos construtos.

#### 4.3.3 Confiabilidade dos construtos utilizados

Após validação dos construtos com a análise fatorial intra e entre blocos, foi utilizado o método de *Alpha de Cronbach* para análise da confiabilidade das escalas utilizadas (KOUFTEROS, 1999). O *Alpha de Cronbach* é um coeficiente de confiabilidade que tem como objetivo validar a consistência da escala, sendo que o valor deve ser acima de 0,7 para atestar a confiabilidade da escala (HAIR et al.,2019). Quanto mais perto de 1 for o valor do *Alpha de Cronbach*, maior será a consistência interna da medida (HAIR et al.,2019). A validade interna dos construtos é apresentada na Tabela 21:

Tabela 21 – Validade interna dos construtos

Construto	$\alpha$ DE CRONBACH
-----------	----------------------

Qualidade da Informação	0,968
Confiança médico-paciente	0,847
Lealdade	0,933

Fonte: Dados da Pesquisa

Como é possível observar, os construtos utilizados na pesquisa apresentaram índices satisfatórios (acima de 0,8) de confiabilidade (HAIR et al., 2019). Desta forma, prossegue-se para a descrição estatística das variáveis utilizadas no estudo.

#### 4.4.1 Estatística descritiva das variáveis utilizadas no estudo

Após a validação convergente, realizada a partir da análise confirmatória intrablocos, validação discriminante com a análise confirmatória entre blocos e a confirmação da validade interna das escalas com o *alpha de cronbach*, seguiu-se para a análise descritiva dos construtos utilizados no estudo. A seguir serão apresentados os dados descritivos sobre a percepção dos pacientes sobre a qualidade da informação em cada uma das etapas da jornada do cliente, sobre a confiança no médico e a lealdade ao médico. Em relação ao construto qualidade da informação, o número de respondentes varia em cada etapa, pois a avaliação das etapas pré e pós-atendimento eram opcionais.

As médias e os desvios padrões das variáveis da qualidade da informação no PRÉ-ATENDIMENTO são apresentados na Tabela 22.

Tabela 22 - Qualidade das Informações no PRÉ-ATENDIMENTO

Qualidade das Informações no Pré-atendimento	Média	Desvio Padrão
As informações que acessei incluíam todos os dados necessários	3,83	1,02
As informações que acessei estavam completas	3,84	0,93
As informações que acessei foram suficientes para atender às minhas necessidades	3,91	0,89
As informações que acessei tinham a profundidade necessária	3,75	0,97
<b>Média Geral Completude</b>	<b>3,83</b>	<b>0,95</b>
As informações que acessei estavam corretas	3,96	0,93
As informações que acessei eram precisas	3,82	0,96
As informações que acessei eram confiáveis	3,90	0,92
<b>Média Geral Precisão</b>	<b>3,89</b>	<b>0,93</b>
As informações que acessei eram atualizadas para as minhas necessidades	3,89	0,99
As informações que acessei eram atualizadas para aquele momento	3,97	0,81
As informações que eu acessei estavam atualizadas de acordo com o que eu esperava	3,97	0,96

<b>Média Geral Atualidade</b>	<b>3,97</b>	<b>0,96</b>
<b>Média Geral Qualidade da Informação</b>	<b>3,89</b>	<b>0,94</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: N = 126 respondentes (etapa opcional). *Alpha de cronbach* = 0,925.

A média geral do construto qualidade da informação na etapa do PRÉ-ATENDIMENTO foi de 3,89 com desvio padrão de 0,94. A dimensão completude, que engloba até que ponto os dados possuem a amplitude, a profundidade e o escopo suficientes para atender a tarefa em mãos (WANG; STRONG, 1996) teve a menor média (3,83), sendo que a variável “as informações que acessei tinham a profundidade necessária” mostrou-se a mais negativa com uma média de 3,75. A dimensão precisão teve média 3,89 e a dimensão atualidade teve a maior média (3,97).

Na Tabela 23, são apresentados as médias e os desvios padrão das variáveis da qualidade da informação durante o ATENDIMENTO MÉDICO.

Tabela 23 - Qualidade das Informações durante o ATENDIMENTO

<b>Qualidade das Informações durante o Atendimento</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
As informações que acessei incluíam todos os dados necessários	4,18	0,82
As informações que acessei estavam completas	4,19	0,81
As informações que acessei foram suficientes para atender às minhas necessidades	4,17	0,78
As informações que acessei tinham a profundidade necessária	4,19	0,81
<b>Média Geral Completude</b>	<b>4,18</b>	<b>0,81</b>
As informações que acessei estavam corretas	4,23	0,76
As informações que acessei eram precisas	4,23	0,78
As informações que acessei eram confiáveis	4,27	0,76
<b>Média Geral Precisão</b>	<b>4,23</b>	<b>0,76</b>
As informações que acessei eram atualizadas para as minhas necessidades	4,22	0,78
As informações que acessei atualizadas para aquele momento	4,22	0,75
As informações que eu acessei estavam atualizadas de acordo com o que eu esperava	4,19	0,80
<b>Média Geral Atualidade</b>	<b>4,22</b>	<b>0,78</b>
<b>Média Geral Qualidade da Informação</b>	<b>4,20</b>	<b>0,78</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: N = 195 respondentes. *Alpha de cronbach* = 0,968.

A média da qualidade das informações percebida nesta etapa da jornada foi maior do que na etapa anterior (PRÉ-ATENDIMENTO). A média geral do construto qualidade da informação na etapa do atendimento foi de 4,20 com desvio padrão de 0,78. A dimensão de precisão, que indica a percepção sobre até que ponto os dados são corretos, confiáveis e livres de erros (WANG; STRONG, 1996) teve a maior média (4,23), sendo que a variável “as informações que acessei eram confiáveis” teve a maior média entre as variáveis do construto (4,27). A média da dimensão completude foi de 4,18 e a média da dimensão atualidade, 4,22.

As médias e os desvios padrão das variáveis da qualidade da informação no pós-atendimento são apresentados na Tabela 24.

Tabela 24 - Qualidade das Informações Pós-atendimento

<b>Qualidade das Informações Pós-atendimento</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
As informações que acessei incluíam todos os dados necessários	4,23	0,82
As informações que acessei estavam completas	4,26	0,81
As informações que acessei foram suficientes para atender às minhas necessidades	4,16	0,92
As informações que acessei tinham a profundidade necessária	4,22	0,82
<b>Média Geral Completude</b>	<b>4,22</b>	<b>0,82</b>
As informações que acessei estavam corretas	4,24	0,81
As informações que acessei eram precisas	4,23	0,77
As informações que acessei eram confiáveis	4,32	0,79
<b>Média Geral Precisão</b>	<b>4,24</b>	<b>0,79</b>
As informações que acessei eram atualizadas para as minhas necessidades	4,20	0,88
As informações que acessei eram atualizadas para aquele momento	4,27	0,76
As informações que eu acessei estavam atualizadas de acordo com o que eu esperava	4,19	0,87
<b>Média Geral Atualidade</b>	<b>4,22</b>	<b>0,87</b>
<b>Média Geral Qualidade da Informação</b>	<b>4,23</b>	<b>0,81</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Nota: N = 111 respondentes (etapa opcional). *Alpha de cronbach* = 0,972.

A média geral do construto qualidade da informação na etapa do PÓS-ATENDIMENTO foi de 4,23 (a maior média entre as três etapas) com desvio padrão de 0,81. A dimensão de precisão que indica a percepção de até que ponto os dados são corretos, confiáveis e livres de erro (WANG; STRONG, 1996) teve a maior média (4,24). A variável “as informações que acessei eram confiáveis” teve a maior média entre as variáveis do construto (4,32). A média da dimensão completude foi de 4,22 e a média da dimensão atualidade, 4,22.

Observa-se que a média geral da qualidade da informação no ATENDIMENTO foi de 4,20, um pouco abaixo da média da qualidade da informação no PÓS-ATENDIMENTO (4,23). A menor média geral foi a da qualidade da informação na etapa anterior ao ATENDIMENTO (3,89). Nas etapas de ATENDIMENTO e PÓS-ATENDIMENTO, a dimensão de precisão da qualidade de informação e a variável “as informações que acessei eram confiáveis” apresentaram as maiores médias. Já na etapa de PRÉ-ATENDIMENTO, a maior média se deu na dimensão de atualidade das informações (3,97) e nas variáveis “as informações que acessei eram atualizadas para aquele momento” e “as informações que eu acessei estavam atualizadas de acordo com o que eu esperava”.

Em seguida, foi realizada a análise descritiva da média e desvio padrão das variáveis do construto confiança, apresentada na Tabela 25.

Tabela 25 - Média e desvio padrão das questões que medem Confiança no Médico

	<b>Média (195 respondentes)</b>	<b>Desvio Padrão</b>
Sinto que o médico não faz tudo o que deveria para meus cuidados médicos (R)	2,90	1,347
Às vezes não confio na opinião do médico e gostaria de uma segunda opinião (R)	3,29	1,206
Tenho dúvidas se o médico realmente se importa comigo como pessoa (R)	3,03	1,326
<b>Média Geral Confiança no Médico</b>	<b>3,07</b>	<b>1,293</b>

Fonte: Dados da pesquisa

O construto confiança no médico obteve a menor média entre os construtos avaliados pelos pacientes (3,07), pois as questões traziam proposições negativas, ou seja, discordar das assertivas indica, na verdade, maior confiança no médico. Nesse sentido, as variáveis com as melhores médias, apontando para maior confiança, foram “Sinto que o médico não faz tudo o que deveria para meus cuidados médicos” (2,90), “Tenho dúvidas se o médico realmente se importa comigo como pessoa” (3,07) e “Às vezes não confio na opinião do médico e gostaria de uma segunda opinião” (3,29).

Em seguida, foi feita a análise descritiva do construto lealdade médico-paciente, apresentada na Tabela 26.

Tabela 26 - Média e desvio padrão das questões que medem Lealdade no Médico.

	<b>Média (195 respondentes)</b>	<b>Desvio Padrão</b>
Direi coisas positivas sobre o médico para outras pessoas	4,12	0,85
Estou disposto a recomendar o médico aos meus parentes	4,08	0,89
Continuarei a buscar o atendimento com este médico no futuro	4,05	0,95
Estou disposto a realizar tratamentos adicionais com esse profissional	4,01	0,91
Continuarei a realizar atendimentos com esse profissional mesmo se o custo for maior	3,82	1,06
<b>Média Geral Lealdade ao Médico</b>	<b>4,01</b>	<b>0,93</b>

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação à lealdade médico-paciente, a variável com maior média foi “direi coisas positivas sobre o médico para outras pessoas” (4,12) enquanto a menor média (3,82) é relacionada à continuação em atendimentos com o profissional mesmo se o custo do atendimento aumentar. A média da percepção de lealdade ao médico foi de 4,01.

Concluída a etapa de análise descritiva dos construtos do estudo, segue-se para a análise de variância das variáveis independentes qualidade da informação, para avaliar se há diferença na percepção da qualidade da informação nas diferentes etapas da jornada do cliente.

#### 4.4.2 Análise de Variância (ANOVA)

Após a descrição estatística das variáveis, foi realizada a ANOVA (análise de variância), com o objetivo de avaliar se há diferença na percepção da qualidade da informação nas etapas da jornada, considerando as fases de atendimento (antes, durante ou após). A ANOVA calcula a média de cada um dos grupos de variáveis independentes e, depois, a grande média de todos os grupos de variáveis unificados (DANCEY; REIDY, 2017). O teste F, que tem relação direta com o teste t, é resultado da variância entre os grupos dividido pelo resultado da variância dentro dos grupos e analisa se há significância estatística na diferença entre as médias das diferentes variáveis (neste caso, na qualidade da informação em cada etapa de atendimento) (DANCEY; REIDY, 2017). O teste t é importante para comprovar a diferença significativa entre médias sob condições diferentes, demonstrando que a chance dos resultados ser devido a erro amostral é próxima de nula (DANCEY; REIDY, 2017). A Tabela 27 apresenta os resultados da análise.

Tabela 27 - ANOVA da Qualidade de Informação nas 3 etapas

Variáveis Independentes	Média	Desvio Padrão	F	Sig
Qualidade da Informação (antes)	3,89	0,75	6,63	0,001
Qualidade da Informação (durante)	4,20	0,68		
Qualidade da Informação (após)	4,23	0,75		

Fonte: dados de pesquisa

Conforme os dados apresentados na Tabela 27, existe uma diferença significativa de qualidade da informação nas diferentes etapas de atendimento ( $F = 6,63$ ;  $p < 0,001$ ). Especificamente, verificou-se uma diferença significativa da percepção da qualidade da informação entre as etapas de pré-atendimento e atendimento ( $M_{\text{pré}} = 3,89$ ;  $M_{\text{atend}} = 4,20$ ;  $p < 0,01$ ) e entre pré-atendimento e pós-atendimento ( $M_{\text{pré}} = 3,89$ ;  $M_{\text{pós}} = 4,22$ ;  $p < 0,01$ ). Entretanto, a diferença não é significativa entre as etapas de atendimento e pós-atendimento ( $M_{\text{atend}} = 4,20$ ;  $M_{\text{pós}} = 4,22$ ;  $p > 0,05$ ) (HAIR et. al, 2019).

Nota-se, portanto, que a percepção de qualidade da informação nas etapas de atendimento e pós-atendimento é muito próxima, não havendo diferença significativa ( $p > 0,05$ ).

Especificamente, em ambas as etapas, a maior média se deu na dimensão de precisão da informação e na variável “as informações que acessei eram confiáveis”, indicando uma similaridade na percepção dessas fontes de informação, diferente do pré-atendimento. No pré-atendimento, a maior média se deu na dimensão de atualidade das informações, indicando um maior empenho em manter as fontes de comunicação atualizadas e a dimensão de precisão teve média menor do que nas outras etapas, indicando uma menor percepção de que os dados são corretos, confiáveis e livres de erros (WANG; STRONG, 1996) em relação às etapas de atendimento e pós-atendimento. A seguir, são apresentados os testes do modelo teórico do estudo e discussão dos resultados. De maneira geral, este resultado sugere que a etapa de pré-atendimento é aquela em que se percebe uma menor qualidade da informação fornecida ao paciente.

#### 4.5 Teste do modelo teórico

A seguir, prossegue-se para o teste das hipóteses propostas no estudo. Para isso, optou-se pela análise de regressão múltipla para testar as relações diretas e a análise de regressão hierárquica para teste dos possíveis efeitos moderadores. Ambas as análises são apresentadas a seguir.

##### 4.5.2 Análise de regressão múltipla

A análise de regressão múltipla é uma técnica estatística que pode ser usada para analisar a influência de mais de uma variável independente na variável dependente, tendo como objetivo usar as variáveis independentes, cujos valores são conhecidos, para prever o valor dependente (HAIR et al., 2019b). A sua fórmula básica é:

$$Y_1 = b_0 + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3$$

Em que, conforme hipóteses do estudo, as variáveis independentes  $X_1$  = qualidade da informação antes do atendimento,  $X_2$  = qualidade da informação no atendimento,  $X_3$  = qualidade da informação após o atendimento explicam a variável dependente  $Y_1$  = lealdade do paciente. Cada variável independente é ponderada pelo procedimento de análise de regressão para garantir a previsão máxima do conjunto de variáveis independentes (HAIR et al., 2019b). Na equação de regressão, obtém-se coeficiente de determinação ( $R^2$ ) e o peso padronizado que

representa a magnitude do relacionamento entre cada um dos preditores e o critério, sendo que sua interpretação depende do conhecimento dos erros padrão associados a ele (ABBAD; TORRES, 2002). A qualidade do modelo de investigação pode ser avaliada por meio do valor do coeficiente de determinação ( $R^2$ ) e pela distribuição dos resíduos, em que  $R^2$  significa a quantidade da variância da variável dependente que é explicada conjuntamente pelas variáveis independentes e é a estatística mais utilizada para interpretar os resultados da regressão (TABACHNICK e FIDELL, 1996; ABBAD; TORRES, 2002; HAIR et al., 2019).

O coeficiente de determinação ( $R^2$ ) é calculado como a correlação quadrada entre os valores reais e previstos da variável dependente, ele representa os efeitos combinados de toda a variável na previsão da variável dependente. O  $R^2$  varia de 1 (previsão perfeita) a 0 (sem previsão) e, por ser a correlação quadrática dos valores reais e previstos, também representa a quantidade de variância na variável dependente explicada pelas variáveis independentes (HAIR et al., 2019). Neste estudo, o coeficiente de determinação ( $R^2$ ) do modelo foi de 0,433, confirmando que a qualidade da informação afeta positivamente a lealdade do paciente. A análise de variância (ANOVA) demonstrou significância menor que 0,001, indicando que a chance do resultado do grau de relacionamento entre a variável dependente e as variáveis independentes ter ocorrido por erro amostral é praticamente nula, conforme Tabela 28.

Tabela 28 – ANOVA do Modelo

<b>R<sup>2</sup></b>	<b>Desvio Padrão</b>	<b>F</b>	<b>Sig</b>
0,433	0,631	48,68	0,001

Fonte: dados de pesquisa

Notas: variável dependente: lealdade do paciente.

Na estimação do modelo de regressão, a variância da variável explicada se dá em proporção direta com a variação das variáveis independentes (HAIR et al., 2019). A estimação dessas variações é apresentada na Tabela 29 que descreve os pesos não padronizados (B) e padronizados (B) para as variáveis de qualidade da informação (antes, durante e após o atendimento médico), junto aos valores t, de probabilidade e às estatísticas de colinearidade. O valor previsto para o intercepto, no caso, é 0,460, ao passo que os outros valores de B são associados à variável independente de qualidade da informação de cada etapa da jornada. A Tabela 29 apresenta os resultados da análise de regressão e os índices de ajuste do modelo.

Tabela 29 - Análise dos Coeficientes da Análise de Regressão

<b>Modelo</b>	<b>Coeficientes</b>	<b>T</b>	<b>Sig</b>	<b>Colinearidade</b>
---------------	---------------------	----------	------------	----------------------

	Não Padronizado	Padronizado			Tolerância	FIV
	B	B				
Constante	0,460		1,194	0,234		
Qualidade da Informação (antes)	-,133	-,096	-1,404	0,162	0,632	1,582
Qualidade da Informação (durante)	0,697	0,592	7,323	0,000	0,469	2,131
Qualidade da Informação (após)	0,273	0,183	2,602	0,001	0,599	1,669

Fonte: dados de pesquisa

Notas: variável dependente: lealdade do paciente.

Conforme tabela, os índices de colinearidade (tolerância e FIV) de todas as variáveis independentes apresentaram resultados satisfatórios, conforme Hair et al. (2019), indicando ausência de multicolinearidade, portanto, validando os dados da análise de regressão múltipla. A multicolinearidade é a medida da variância compartilhada entre as variáveis do construto, ou seja, o grau de correlação entre as variáveis (HAIR et al., 2019). A existência de multicolinearidade é ruim, pois dificulta a interpretação dos efeitos das variáveis individuais, o que é importante em estudos de regressão como esse (HAIR et al., 2019). A diante, segue a descrição da testagem de cada uma das hipóteses, com o detalhamento dos índices de colinearidade, significância, teste t e coeficientes. A iniciar pela hipótese H1.

O teste de hipóteses foi iniciado com a **“H1 - A qualidade da informação percebida pelo paciente no pré-atendimento médico impacta positivamente a lealdade do paciente com relação ao médico.”** Os testes de colinearidade demonstram valores dentro do recomendado, de acordo com Hair et al. (2019), com o fator de inflação da variância (FIV) igual a 1,582 (deve ser entre 1 e 10) e tolerância 0,682 (deve ser entre 0 e 1). Com essa constatação prosseguiu-se para análise do grau de relacionamento. Nessa análise, a influência da qualidade da informação do pré-atendimento na lealdade não foi confirmada, uma vez que, considerando os pesos padronizados e não padronizados, houve a contribuição da variável independente para predição da variável dependente, não houve contribuição significativa da variável qualidade da informação do pré-atendimento para a variável dependente lealdade ( $B = -0,96$ ;  $p > 0, 1$ ) (HAIR et al., 2019). Assim, a partir da análise e dos dados levantados, **a hipótese H1 foi rejeitada.**

A segunda hipótese **“H2 - A qualidade da informação percebida pelo paciente na etapa de atendimento médico impacta positivamente a lealdade do paciente com relação ao médico”** foi testada a seguir. Com relação aos testes de colinearidade, todos se mostraram

aceitáveis com valores de tolerância em 0,46 (entre 0 e 1) e FIV de 2,13 (deve ser entre 1 e 10), indicando que não há problema de multicolineariedade no modelo (HAIR et al., 2019). Ao prosseguir para a análise do grau de relacionamento, foi identificada a contribuição significativa da variável qualidade da informação do atendimento para a variável dependente lealdade ( $B = 0,592$ ;  $p < 0,001$ ). Portanto, **a hipótese H2 pode ser confirmada.**

A terceira hipótese **“H3 - A qualidade da informação na etapa de pós-atendimento médico impacta positivamente a lealdade do paciente com relação ao médico”** foi testada a seguir. Não houve problema de multicolineariedade ( $FIV = 1,66$  e  $Tolerância = 0,59$ ) (HAIR et al., 2019) e, portanto, foi possível seguir para as análises de grau de relacionamento. A contribuição da variável qualidade da informação do atendimento para a variável dependente lealdade foi significativa ( $B = 0,183$ ;  $p < 0,001$ ). Desta forma, **a hipótese H3 pode ser confirmada.**

Considerando os resultados apresentados, pode-se assumir que a percepção da qualidade da informação na etapa do pré-atendimento médico não impacta a lealdade ( $p > 0,05$ ). Considerando os pesos padronizados e não padronizados, que denotam a contribuição da variável independente para predição da variável dependente, a maior contribuição para a predição da lealdade se deu na etapa do atendimento ( $B = 0,697$ ;  $p < 0,001$ ). Apesar da qualidade da informação do pós-atendimento também ter influência sobre a lealdade do paciente, a contribuição do peso padronizado foi relativamente menor ( $B = 0,183$ ;  $p < 0,001$ ). Desta forma, pode-se concluir que a qualidade das informações da etapa do atendimento médico é a que mais influencia a lealdade do paciente.

Na sequência, seguiu-se para a etapa de análise da hipótese moderadora **“H4 - A confiança exerce um efeito moderador na relação entre a qualidade da informação percebida pelo paciente e a sua lealdade ao profissional médico.”**

#### 4.5.3 Análise do efeito moderador confiança: análise de regressão hierárquica

A regressão hierárquica é utilizada em estudos confirmatórios e busca explicar o relacionamento entre variáveis descrito em modelos teóricos consistentes que, apesar de já terem sido testados, ainda precisam de validação (ABBAD; TORRES, 2002). O efeito de moderação acontece quando a variável moderadora, uma segunda variável independente, muda a relação da variável dependente-independente (HAIR et al., 2019). Com a confirmação da influência da variável independente qualidade da informação na lealdade nas etapas de

atendimento e pós-atendimento, seguiu-se para a análise de regressão hierárquica e análise de moderação da variável confiança, a iniciar pelo relacionamento entre qualidade da informação no atendimento e lealdade.

A Tabela 30 apresenta a análise realizada por regressão hierárquica da moderação confiança na relação entre qualidade da informação e lealdade.

Tabela 30 - Análise do efeito moderador da confiança no atendimento

<b>Modelo</b>	<b>R</b>	<b>Beta</b>	<b>P</b>	<b>t Value</b>
Qualidade da Informação no Atendimento	0,409	0,640	0,000	11,558
Qualidade da Informação no Atendimento X Confiança	0,409	-0,020	0,722	-,020

Fonte: dados de pesquisa

Notas: variável dependente: lealdade do paciente.

O resultado demonstra explicações significativas para a relação entre qualidade da informação no atendimento e lealdade do paciente ( $R = 0,409$ ;  $p < 0,001$ ), ratificando o que já tinha sido detectado na análise de regressão múltipla. Por outro lado, a variável confiança não ampliou o efeito da qualidade da informação na lealdade na etapa de atendimento ( $p > 0,1$ ;  $F = 66,55$ ), sendo que a sua contribuição para a predição de lealdade ficou próxima a 0 e negativa ( $B = -0,02$ ). Portanto, a confiança não tem efeito moderador na relação entre qualidade da informação e lealdade na etapa do atendimento médico. Em seguida, foi feita a análise hierárquica e o teste da moderação da confiança na relação de qualidade da informação e lealdade na etapa de pós-atendimento, conforme Tabela 31.

Tabela 31 - Análise do efeito moderador da confiança no pós-atendimento

<b>Modelo</b>	<b>R</b>	<b>Beta</b>	<b>p</b>	<b>T Value</b>
Qualidade da Informação no Pós-atendimento	0,258	0,508	0,000	8,196
Qualidade da Informação no Pós-atendimento X Confiança	0,258	0,001	0,984	0,021

Fonte: dados de pesquisa

Notas: variável dependente: lealdade do paciente.

Novamente percebe-se a ratificação do resultado encontrado anteriormente na análise de regressão múltipla (hipótese H2). Há uma relação significativa entre a qualidade da informação no pós-atendimento e lealdade do paciente ( $R = 0,258$ ;  $p < 0,001$ ). Contudo a relação moderadora da confiança na relação entre qualidade da informação e lealdade na etapa do pós-atendimento não foi significativa ( $p > 0,5$ ). A relação moderadora da confiança também

não demonstrou nenhuma contribuição para a predição da variável dependente lealdade ( $B = 0,00$ ;  $p > 0,5$ ). Portanto, rejeita-se a hipótese H4.

Neste estudo a hipótese H4 foi rejeitada, mas os resultados são inconclusivos, uma vez que a composição de variáveis na análise fatorial confirmatória foi instável. A validação da escala apenas se deu no terceiro teste de análise fatorial intrablocos, sendo que sete das dez variáveis tiveram que ser removidas para obter o credenciamento da escala e uma variância explicada dentro do valor mínimo recomendado por Hair et al. (2019) de 60%.

Concluídas as etapas de análise, na

Tabela 32 apresentada a síntese dos resultados da pesquisa.

Tabela 32 - Síntese dos Resultados da Pesquisa

<b>Hipóteses da pesquisa</b>	
H1 - A qualidade da informação percebida pelo paciente no pré-atendimento médico impacta positivamente a lealdade do paciente com relação ao médico.	Rejeitada
H2 - A qualidade da informação percebida pelo paciente na etapa de atendimento médico impacta positivamente a lealdade do paciente com relação ao médico.	Confirmada
H3 - A qualidade da informação na etapa de pós-atendimento médico impacta positivamente a lealdade do paciente com relação ao médico.	Confirmada
H4 - A confiança exerce um efeito moderador na relação entre a qualidade da informação percebida pelo paciente e a sua lealdade ao profissional médico.	Rejeitada

Fonte: elaborado pela autora

Na próxima seção são discutidos os resultados da pesquisa.

#### **4.6 Discussão dos resultados**

De forma geral, a explicação para o modelo das variáveis independentes e dependente é moderadamente forte ( $R^2 = 0,433$ ). Juntas as variáveis independentes representam 43% da variância. O coeficiente de regressão para qualidade da informação durante o atendimento foi

de 40% e o coeficiente de regressão para qualidade de informação após o atendimento foi de 25%. Como já foi explicado, a variável de qualidade da informação no pré-atendimento médico não se mostrou relacionada à lealdade do paciente de forma significativa.

A análise de variância da qualidade da informação, tendo como variável dependente as três etapas da jornada do cliente, possibilitou a testagem do *framework* de avaliação da jornada do cliente no CRM proposto por Zerbino et al. (2018), considerando o fator qualidade da informação em cada uma das etapas dessa jornada. A seguir são discutidos os resultados das análises de cada etapa da jornada do paciente, a iniciar pelo pré-atendimento.

No pré-atendimento, as principais fontes de informação acessadas foram amigos ou familiares da área da saúde, amigos ou familiares que não são da área da saúde, sites de plano de saúde e sites de busca. Aqui confirma-se a importância do marketing de indicação, que é uma das consequências do marketing de relacionamento (VERHOEF; KANNAN; INMAN, 2015; VERMA; SHARMA; SHETH, 2016). A busca por informações de saúde em sites de pesquisa também se mostrou em destaque. A utilização de sites de busca é uma consequência da transformação do modelo de consulta médica, de um formato de uma via, comandado pelo médico, para um formato centrado no paciente, onde há cocriação de diagnóstico entre o profissional de saúde e o paciente, por sua vez, cada vez mais participativo no seu tratamento médico, devido à facilidade em encontrar informações sobre saúde on-line (OSEI-FRIMPONG; WILSON; LEMKE, 2018).

Conforme escala utilizada, a dimensão de qualidade de informação com a menor média na etapa de pré-atendimento foi a dimensão de *completude*, que engloba até que ponto os dados possuem a amplitude, a profundidade e o escopo suficientes para atender a tarefa em mãos (WANG; STRONG, 1996), sendo a variável “informações acessadas não tinham a profundidade necessária” a de menor média. Nesse sentido, estudos anteriores já apontaram problemas na qualidade da informação de redes sociais na área da saúde, principalmente em fatores ligados à confiabilidade das informações compartilhadas on-line (LOPEZ; BLOBEL; GONZALEZ, 2016). Essa última constatação está de acordo com o estudo realizado, pois a variável “as informações que acessei eram confiáveis” também obteve uma das menores médias na etapa do pré-atendimento. A etapa também apresentou uma percepção de qualidade de informações inferior às etapas de atendimento e pós-atendimento, o que pode indicar que as fontes de informação da etapa inicial da jornada, composta por indicações de amigos ou familiares, redes sociais, sites de busca, entre outras, não estão transmitindo ao paciente a mesma percepção de qualidade de informação que ele obtém no atendimento com o médico ou

até mesmo no pós-atendimento, com os resultados de exames ou com o contato com a central de atendimento do consultório, por exemplo.

A hipótese relativa à esta etapa “H1 – A qualidade da informação percebida pelo paciente no pré-atendimento médico impacta positivamente a lealdade do paciente com relação ao médico.” foi rejeitada ( $p > 0,1$ ). Ou seja, a variável qualidade da informação no pré-atendimento não contribui para a predição da variável lealdade do paciente. Essa constatação indica que a percepção do cliente pela qualidade das fontes de informação na etapa de reconhecimento da necessidade do atendimento médico isoladamente não influencia na decisão do paciente em formar um relacionamento a longo prazo com o profissional de saúde.

Considerando o CRM como uma estratégia para a fidelização de clientes (HAISLIP; RICHARDSON, 2017; REINARTZ; KRAFFT; HOYER, 2004; ZABLAH; BELLENGER; JOHNSTON, 2004; ZERBINO et al., 2018), essa constatação fortalece a consideração da avaliação da jornada, indicando que nem todas as informações das etapas resultam em maior lealdade. Para Herhausen et al. (2019), quando o consumidor percebe a qualidade da informação como inferior, na jornada do cliente, ele tende a trocar de serviço. No contexto pesquisado, a qualidade das informações no pré-atendimento (marketing de indicação, redes sociais e sites) – etapa inicial da jornada do cliente - não afetou a variável dependente lealdade.

Ainda assim, em termos práticos, é importante atentar que esta etapa ainda é essencial para a jornada do paciente, sendo o momento de reconhecimento da necessidade, e o estudo em questão apontou que as informações atualmente disponibilizadas poderiam ser mais completas e confiáveis, fatores importantes nos pontos de contato do médico. De acordo com Hibbard (2017), a disponibilidade de informações de saúde de alta qualidade ajuda pacientes a terem um papel mais ativo nas decisões relacionadas à sua saúde, algo que tem se tornado cada vez mais comum. Nesse sentido, os resultados da pesquisa sugerem, em termos práticos, que os profissionais de saúde e gestores podem investir em mais informações de qualidade nesta etapa não apenas buscando auxiliar pacientes com informações atualizadas, mas também com informações mais completas e confiáveis. Há muitos canais que podem ser utilizados para isso, como redes sociais, site do consultório e a páginas de resultados nos sites de buscas, como demonstrado pela pesquisa.

Na etapa de atendimento, a fonte de informação mais relevante são as informações orais prestadas diretamente pelo médico, seguido pelos registros de pacientes (dados de consultas e prescrições). A maioria dos registros em papel foram indicados em casos de primeira consulta, já os registros eletrônicos foram frequentes em consultas de rotina. No atendimento, a percepção de maior qualidade das informações se deu na dimensão de *precisão*, sendo que a

variável com maior média foi a que indicava confiança nas informações: “as informações que acabei eram confiáveis”, seguido pela percepção de que as informações eram precisas e estavam corretas. A dimensão com a menor média foi *completude*, sendo que a variável com menor média foi a “as informações foram suficientes para atender às minhas necessidades”. Isso sugere que, apesar da precisão e confiabilidade percebida nas informações, observa-se uma necessidade por uma maior profundidade nas informações passadas ao paciente nesta etapa.

A hipótese desta etapa “H2 – A qualidade da informação percebida pelo paciente na etapa de atendimento médico impacta positivamente a lealdade do paciente com relação ao médico” foi confirmada na análise de regressão múltipla ( $p < 0,001$ ) e considerando o peso padronizado (B) do modelo integrado, a variável demonstra ser um forte indicador para a predição da lealdade do paciente ( $B=0,592$ ;  $p < 0,01$ ). Também foi confirmada na análise de regressão hierárquica ( $R=0,409$ ;  $p < 0,000$ ).

Esse resultado reforça a afirmação de que o atendimento, momento de interação entre o paciente e médico, é o mais relevante para a lealdade do paciente (AHMED; TARIQUE; ARIF, 2017; ROBERGE et al., 2001). Quando o profissional de saúde sabe quais os aspectos de qualidade do serviço são mais importantes para os pacientes, conhece a sua jornada e tem mecanismos para que a qualidade do serviço esteja em vigor e, conseqüentemente, maior será a satisfação e a vontade do paciente em reutilizar os serviços médicos (ANBORI et al., 2010).

Sob o foco de gestão de relacionamentos, a etapa de atendimento é muito importante para o cultivo do relacionamento entre médicos e pacientes, em que profissionais de saúde têm a oportunidade de orientar-se pela filosofia do CRM, ou seja, guiar-se por uma estratégia centrada no paciente (PEDRON; SACCOL, 2009), no momento em que ela busca por uma orientação qualificada (OSEI-FRIMPONG; WILSON; LEMKE, 2018). Como discutido no presente estudo, essa é uma etapa em que a percepção da qualidade está principalmente atrelada à *precisão* das informações, levando em consideração principalmente a confiança percebida. Nesse sentido, profissionais de saúde que proverem informações confiáveis, precisas e com a profundidade e o detalhamento devido durante o atendimento aumentarão muito as chances de formar relacionamentos de longo-prazo com seus pacientes.

Na etapa final, de pós-atendimento, as fontes de informação mais acessadas foram sites de laboratórios, central do atendimento do consultório, redes sociais e WhatsApp. Dois respondentes indicaram que consultaram o Google, site de busca, após a consulta, novamente indicando uma coparticipação e um interesse do paciente (embora, na minoria) em buscar informações sobre o seu tratamento em conjunto com o médico (OSEI-FRIMPONG; WILSON; LEMKE, 2018). A percepção da qualidade de informação dessa etapa foi similar à da etapa de

atendimento, não havendo uma diferença significativa entre elas. A dimensão de *precisão* teve a maior média e a variável de indicação de confiabilidade das informações obteve a maior média, como observado na etapa de atendimento. Da mesma forma, a variável com menor média pertence à dimensão de *completude*, foi “as informações que acessei foram suficientes para atender às minhas necessidades”.

A hipótese relativa à essa etapa “H3 – A qualidade da informação na etapa de pós-atendimento médico impacta positivamente a lealdade do paciente com relação ao médico.” foi confirmada na análise de regressão múltipla ( $p < 0,001$ ) e considerando o peso padronizado (B) do modelo integrado, a variável se demonstrou um indicador interessante para a predição da lealdade do paciente ( $B=0,183$ ;  $p < 0,01$ ), ainda que menor do que na fase de atendimento ( $B=0,592$ ;  $p < 0,01$ ). A análise de regressão hierárquica ratificou o resultado ( $R=0,258$ ;  $p < 0,000$ ), confirmando a hipótese.

Essa constatação vai ao encontro da literatura, que reforça a importância do profissional de saúde manter o contato com o paciente após a consulta médica (ANBORI et al., 2010; ROBERGE et al., 2001) e também, como uma etapa essencial para o cliente decidir se permanecerá ou não com o mesmo provedor de serviço em considerações de compra futuras (LEMON; VERHOEF, 2016; ZERBINO et al., 2018). Em termos práticos, ainda que esta etapa tenha uma influência menor na lealdade do paciente do que a etapa de atendimento, profissionais de saúde podem pensar estratégias para cultivar o relacionamento com clientes, como entrar em contato com os pacientes após a consulta para entender se o diagnóstico e as informações prestadas no atendimento atenderam às suas expectativas. Nesta etapa, novamente destaca-se a percepção da *precisão* das informações e, portanto, profissionais de saúde podem explorar a confiança percebida pelos pacientes no contato direto, reforçando o relacionamento, o que difícil de cumprir na etapa de reconhecimento de necessidade (pré-atendimento), por exemplo.

Considerando o *framework* de CRM de Zerbino et al. (2018) como uma estratégia para a fidelização de clientes, a diferença dos resultados de influência da qualidade da informação (H1, H2 e H3) fortalece a consideração da jornada do paciente, indicando que nem todas as informações das etapas resultam em maior lealdade. Profissionais de saúde que tiverem como objetivo a fidelização, devem focar esforços maiores nas informações fornecidas nas etapas de atendimento e pós-atendimento.

Por fim, a hipótese “H4 – A confiança exerce um efeito moderador na relação entre a qualidade da informação percebida pelo paciente e a sua lealdade ao profissional médico” foi rejeitada. Conforme resultados da análise fatorial confirmatória intrablocos, a escala apresentou

divergências, porém optou-se por seguir com as análises pela variância explicada e número de variáveis estarem dentro do recomendado. Para estudos futuros, recomenda-se a utilização de uma escala de confiança médico-paciente alternativa. De qualquer forma, uma discussão sobre o que é confiança entre paciente e profissional de saúde pode ser iniciada. Conforme Roberge et al. (2001) e Berry, Parish e Rayburn (2008) já investigaram, o relacionamento entre paciente e profissional de saúde nem sempre está atrelado à satisfação, uma vez a escolha do profissional de saúde se dá pela falta de opção de outros profissionais de saúde em muitos casos. Em determinadas situações, o paciente pode buscar uma segunda opinião sobre o seu diagnóstico e, ainda assim, não perder a lealdade e a confiança no seu médico (ROBERGE et al., 2001). Portanto, o efeito moderador da confiança na lealdade merece estudos futuros no contexto da jornada do paciente. Também se recomenda para estudos futuros o teste de variáveis de controle como: nível educacional, atendimento médico público ou privado, idade e especialidade do médico.

## 5 CONCLUSÃO

A fundamentação teórica, apresentada no capítulo 2, é constituída majoritariamente por estudos recentes e de alta relevância acadêmica. Foram discutidas também as diferentes visões sobre o CRM ou PRM, ressaltando a sua importância para o desenvolvimento de relacionamentos a longo prazo entre profissionais de saúde e pacientes, tendo como base princípios como confiança e a criação de valor mútuo (LO e CAMPOS, 2018; FROW e PAYNE, 2009; HAISLIP; RICHARDSON, 2017).

Essas questões estão intrinsecamente relacionadas à lealdade que é construída no contato entre médico e paciente e ao fluxo de informações obtidas ao longo das etapas de atendimento, a partir das discussões propostas por Baashar et al. (2020). O conceito de PRM é essencial nesse processo, pois pensa a importância de uma plataforma que monitore a jornada do paciente e seja capaz de gerenciar estratégias de marketing e tecnologia de informação, visando a uma experiência exclusiva no contato do cliente com os serviços médicos prestados em clínicas ou em demais organizações da área da saúde.

Ademais, foi ressaltada a importância do aproveitamento do potencial do *big data* com a disponibilidade de fontes de dados de diferentes tecnologias no CRM para que empresas criem

relacionamentos de longo prazo com os seus clientes. Sendo assim, ampliaram-se as discussões para além do enfoque clínico, priorizando o paciente como cliente e ser humano e destacando a importância primordial da qualidade das informações desses sistemas (ZERBINO, 2018; LEMON e VERHOEF; 2016; BAASHAR et al; 2020).

O entendimento da jornada do cliente apresentada por Lemon e Verhoef (2016) adaptada à realidade de um atendimento médico (OSEI-FRIMPONG; WILSON; LEMKE, 2018) permitiu uma visão gerencial de como profissionais de saúde podem utilizar e avaliar diferentes fontes de informação em cada uma das etapas do atendimento de seus pacientes. Como já mencionado, a utilização de dados na área da saúde é focada no diagnóstico do paciente e nas questões do âmbito clínico na maioria dos casos (BEAM; KOHANE, 2018; LUO et al., 2016; MITTELSTADT; FLORIDI, 2016; SAVAGE, 2012). Esse trabalho dedicou-se a pensar em uma das possibilidades de estudo das informações que fluem entre pacientes e profissionais de saúde e como isso se relaciona com a lealdade no espectro do CRM.

Para aplicação do estudo foi proposto um modelo de pesquisa que considera a relação entre os construtos de qualidade da informação, lealdade e confiança. O teste das hipóteses foi realizado com a análise de regressão múltipla e análise de regressão hierárquica. O teste das hipóteses, baseadas na literatura prévia, com os dados disponibilizados a partir de uma *survey* feita com 195 respondentes brasileiros foi essencial a geração de conhecimentos aplicados no contexto local.

## **5.1 Contribuições acadêmicas e gerenciais**

Este trabalho pressupõe que o CRM, como estratégia, é essencial para o desenvolvimento de relacionamentos de longo prazo com clientes (PAYNE; FROW, 2005b, 2017; ZABLAH; BELLENGER; JOHNSTON, 2004; ZERBINO et al., 2018), influenciando a sua lealdade ao profissional de saúde (médico). O estudo focou em um dos aspectos-chave do CRM (ZERBINO et al., 2018): a qualidade das fontes de informações que uma empresa compartilha com os seus clientes e potenciais clientes.

Utilizando o construto de qualidade da informação desenvolvido por Wang e Strong (1996) foi possível entender como se dá a percepção dos pacientes em relação às fontes de informação disponibilizadas ao longo da jornada do paciente. A percepção de qualidade da informação foi menor na etapa de pré-atendimento, indicando a necessidade de um entendimento mais aprofundado da qualidade de informação nessa etapa, em que as

informações podem ser menos precisas ou desatualizados, em descompasso com o que o paciente necessita.

Em relação à influência da qualidade da informação na lealdade do paciente, apesar de ser algo já compreendido, a divisão em etapas da jornada do cliente, conforme *framework* de Zerbino et al. (2018) e Lemon e Verhoef (2016), permitiu a comprovação de que apenas as etapas de atendimento e pós-atendimento de fato contribuem para a lealdade do paciente. Portanto, profissionais de saúde que buscam a lealdade de seus pacientes devem concentrar esforços em aumentar a qualidade das informações nestas duas etapas.

Além disso, a confiança na relação médico-paciente como uma variável moderadora, a escala de confiança adotada na pesquisa apresentou limitações, com a necessidade de exclusão de muitos itens para que atingisse níveis satisfatórios de validade. Isso pode ter afetado a sua capacidade para mensurar com precisão o papel de moderação da confiança entre a qualidade das informações percebidas pelo paciente e a sua lealdade com relação ao médico. Assim, é importante que mais pesquisas sejam realizadas na área da saúde para adaptação da mensuração do construto de confiança no contexto do serviço de saúde e das suas particularidades. A seguir são apresentadas as limitações do estudo e sugestões para pesquisas futuras.

## **5.2 Limitações do estudo e sugestões para pesquisas futuras**

Uma das principais limitações do estudo é a utilização de uma amostra acessada por conveniência. Da mesma forma, considerando que a maioria dos respondentes havia consultado um médico em um período curto dentro de seis meses, uma nova aplicação do questionário poderia ser feita em um contexto mais específico e próximo do momento de atendimento. Por exemplo, se o paciente pudesse responder ao questionário logo após o atendimento médico em alguma clínica específica.

Como tratado anteriormente, outra limitação é a escala de confiança entre paciente e médico, que também demonstrou limitações na etapa de validação estatística. Idealmente, se a aplicação fosse feita no contexto de consultas de rotina no consultório, o fator confiança, possivelmente, teria maior validação, já que diferente da satisfação, que é uma avaliação de um ou mais eventos passados, a confiança é uma forma de avaliar um relacionamento atual de forma a prever a sua continuidade (HALL et al., 2001). Outra sugestão é de que em um estudo

futuro fosse incluída a qualidade do serviço (p. ex.: escala de SERVQUAL) como variável independente no modelo e testar seu possível efeito de moderação entre a qualidade percebida das informações e a lealdade, especialmente na etapa de atendimento.

Durante a pesquisa, surgiram outros tópicos que podem ser interessantes para estudos futuros. O primeiro deles é o de cocriação entre paciente e profissional de saúde. Atualmente, o paciente tem acesso a muitas informações antes mesmo da sua consulta médica e isso pode influenciar na compreensão do seu diagnóstico e execução do tratamento médico. Entender a jornada do paciente no contexto específico de cocriação de tratamento médico de forma qualitativa e em profundidade, conforme artigo de Osei-frimpong, Wilson e Lemke (2018), parece um tema interessante a ser explorado, considerando a qualidade das informações acessadas ao longo da jornada do paciente. Isso pode ser avaliado considerando especialmente o pré-atendimento, etapa que apresentou menor percepção da qualidade da informação no presente estudo.

A percepção da qualidade da informação na jornada do cliente aparece em poucos trabalhos acadêmicos (HERHAUSEN et al., 2019; LEMON; VERHOEF, 2016), o que indica a necessidade de estudos quantitativos e qualitativos sobre o tema. Considerando a experiência com esta pesquisa, poderiam ser feitas entrevistas em profundidade com pacientes para entender de forma mais aprofundada as fontes de informação envolvidas na jornada do paciente. Nessa mesma linha, poderiam ser feitos estudos qualitativos sobre quais são os fatores principais do relacionamento entre médico e paciente que favorecem a lealdade, uma vez que a satisfação do paciente nem sempre está atrelada à sua lealdade ao profissional de saúde (ROBERGE et al., 2001).

A base de dados da *survey* aplicada ficará disponível de forma aberta na web na plataforma Kaggle<sup>1</sup> para outras pessoas testarem. É importante ressaltar que nenhum dado pessoal ou mais sensível dos respondentes foi coletado. Ademais, se faz necessário considerar também que esse é um estudo desenvolvido na área da saúde em um cenário de pandemia, ocasionado pelo vírus Covid-19 e, sendo assim, pode ser útil para pesquisas futuras.

---

<sup>1</sup> O Kaggle é uma comunidade para cientistas de dados trocarem informações sobre análises e bases de dados. A base de dados desta pesquisa pode ser acessada no link a seguir:  
<https://www.kaggle.com/carolinescholles/qualidade-da-informao-na-area-da-saude>

## REFERÊNCIAS

- ABBAD, G.; TORRES, C. V. Regressão múltipla stepwise e hierárquica em Psicologia Organizacional: aplicações, problemas e soluções. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 7, n. spe, p. 19–29, 2002.
- AHMED, S.; TARIQUE, K. M.; ARIF, I. Service quality, patient satisfaction and loyalty in the Bangladesh healthcare sector. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 30, n. 5, p. 477–488, 2017.
- ALIPOUR, J.; AHMADI, M. Dimensions and assessment methods of data quality in health information systems. **Acta Medica Mediterranea**, v. 33, n. 2, p. 313–320, 2017.
- ANBORI, A. et al. Patient satisfaction and loyalty to the private hospitals in Sana’a, Yemen. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 22, n. 4, p. 310–315, 2010.
- ANDERSON, L. A.; DEDRICK, R. F. Development of the Trust in Physician scale: A measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships. **Psychological Reports**, v. 67, n. 3 II, p. 1091–1100, 1990.
- BAASHAR, Y. et al. Customer relationship management systems (CRMS) in the healthcare environment: A systematic literature review. **Computer Standards and Interfaces**, v. 71, n. March, p. 103442, 2020.
- BAASHAR, Y. M. et al. Customer relationship management (CRM) in healthcare organization: A review of ten years of research. **2016 3rd International Conference on Computer and Information Sciences, ICCOINS 2016 - Proceedings**, n. February 2019, p. 97–102, 2016.
- BEAM, A. L.; KOHANE, I. S. Big data and machine learning in health care. **JAMA - Journal of the American Medical Association**, v. 319, n. 13, p. 1317–1318, 2018.
- BERRY, L. L.; PARISH, J. T.; RAYBURN, W. L. Patients’ Commitment to Their Primary Physician and Why It Matters. **Annals Of Family Medicine**, p. 6–13, 2008.
- CAVALCANTE DE OLIVEIRA, H.; PEDRON, C. D. Patient Relationship Management: Levantamento de Requisitos para um Projeto com Foco no Relacionamento com os Pacientes. **RAHIS- Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 16, n. 2, p. 94–109, 15 maio 2020.
- CLEFF, T. **Applied Statistics and Multivariate Data Analysis for Business and Economics**. [s.l.: s.n.].
- DANCEY, C.; REIDY, J. **Statistics without Maths for Psychology**. [s.l.] Pearson, 2017.
- DAVENPORT, T. H. How strategists use “big data” to support internal business decisions, discovery and production. **Strategy and Leadership**, v. 42, n. 4, p. 45–50, 2014.
- DIETRICH, B.; PLACHY, E.; NORTON, M. **Analytics Across the Enterprise: How IBM Realizes Business Value from Big data and Analytics (IBM Press)**. Boston: Pearson, 2014.

FOSSO WAMBA, S. et al. Turning information quality into firm performance in the big data economy. **Management Decision**, v. 57, n. 8, p. 1756–1783, 2019.

FREITAS, H. et al. O Método de Pesquisa Survey. **Revista de Administração**, v. 35, p. 105–112, 2000.

FROW, P. E.; PAYNE, A. F. Customer Relationship Management: A Strategic Perspective. **Journal of business market management**, 2009.

HAIR, J. F. et al. Development and validation of attitudes measurement scales: fundamental and practical aspects. **RAUSP Management Journal**, v. 54, n. 4, p. 490–507, 2019a.

HAIR, J. F. et al. **Multivariate Data Analysis, Eighth Edition**, 2019. [s.l: s.n.].

HAISLIP, J. Z.; RICHARDSON, V. J. The effect of Customer Relationship Management systems on firm performance. **International Journal of Accounting Information Systems**, v. 27, n. October, p. 16–29, nov. 2017.

HALL, M. A. et al. Trust in Physicians and Medical Institutions: What Is It, Can It Be Measured, and Does It Matter? **Milbank Quarterly**, v. 79, n. 4, p. 613–639, 2001.

HERHAUSEN, D. et al. Integrating Bricks with Clicks: Retailer-Level and Channel-Level Outcomes of On-line-Offline Channel Integration. **Journal of Retailing**, v. 91, n. 2, p. 309–325, 2015.

HERHAUSEN, D. et al. Loyalty Formation for Different Customer Journey Segments. **Journal of Retailing**, v. 95, n. 3, p. 9–29, 2019.

HIBBARD, J. H. Patient activation and the use of information to support informed health decisions. **Patient Education and Counseling**, v. 100, n. 1, p. 5–7, 2017.

HOFFMAN, D. L.; NOVAK, T. P. Consumer and object experience in the internet of things: An assemblage theory approach. **Journal of Consumer Research**, v. 44, n. 6, p. 1178–1204, 2018.

KIM, H.; NIEHM, L. S. The Impact of Website Quality on Information Quality, Value, and Loyalty Intentions in Apparel Retailing. **Journal of Interactive Marketing**, v. 23, n. 3, p. 221–233, 2009.

KOUFTEROS, X. A. Testing a model of pull production: A paradigm for manufacturing research using structural equation modeling. **Journal of Operations Management**, v. 17, n. 4, p. 467–488, 1999.

LEE, Y. W. et al. AIMQ: A methodology for information quality assessment. **Information and Management**, v. 40, n. 2, p. 133–146, 2002.

LEMON, K. N.; VERHOEF, P. C. Understanding Customer Experience Throughout the Customer Journey. **Journal of Marketing**, v. 80, n. 6, p. 69–96, 2016.

LO, F. Y.; CAMPOS, N. Blending Internet-of-Things (IoT) solutions into relationship

- Marketing strategies. **Technological Forecasting and Social Change**, v. 137, n. September, p. 10–18, 2018.
- LOPEZ, D. M.; BLOBEL, B.; GONZALEZ, C. Information quality in healthcare social media – an architectural approach. **Health and Technology**, v. 6, n. 1, p. 17–25, 2016.
- LUO, J. et al. Big data Application in Biomedical Research and Health Care: A Literature Review. **Biomedical Informatics Insights**, v. 8, n. 12, p. BII.S31559, 19 jan. 2016.
- MITTELSTADT, B. D.; FLORIDI, L. The Ethics of Big data: Current and Foreseeable Issues in Biomedical Contexts. **Science and Engineering Ethics**, v. 22, n. 2, p. 303–341, 2016.
- MURDOCH, T. B.; DETSKY, A. S. The inevitable application of big data to health care. **JAMA - Journal of the American Medical Association**, v. 309, n. 13, p. 1351–1352, 2013.
- OLIVEIRA SANTINI, F.; MENDES LÜBECK, R.; HOFFMANN SAMPAIO, C. Promoção De Desconto: Seus Efeitos Na Compra Por Impulso E Nas Intenções De Recompra. v. 15, n. 3, p. 501–520, 2014.
- OSEI-FRIMPONG, K.; WILSON, A.; LEMKE, F. Patient co-creation activities in healthcare service delivery at the micro level: The influence of on-line access to healthcare information. **Technological Forecasting and Social Change**, v. 126, p. 14–27, jan. 2018.
- PAYNE, A.; FROW, P. A Strategic Framework for Customer Relationship Management. **Journal of Marketing**, v. 69, n. 4, p. 167–176, 2005.
- PAYNE, A.; FROW, P. Relationship Marketing: looking backwards towards the future. **Journal of Services Marketing**, v. 31, n. 1, p. 11–15, 2017.
- POKU, Michael K.; BEHKAMI, Nima A.; BATES, David W. Patient Relationship Management: What the U.S. Healthcare System Can Learn from Other Industries. *Journal of General Internal Medicine*, v. 32, n. 11: p. 101–4, 2016.
- REINARTZ, W.; KRAFFT, M.; HOYER, W. D. The CRM Process : Its Measurement and Impact on Performance by. **Journal of Marketing Research**, v. 1, n. January, p. 293–305, 2004.
- ROBERGE, D. et al. Loyalty to the regular care provider: Patients’ and physicians’ views. **Family Practice**, v. 18, n. 1, p. 53–59, 2001.
- RUEL, E.; WAGNER, W.; GILLESPIE, B. J. **The Practice of Survey Research**. [s.l: s.n.].
- SAVAGE, N. Digging for drug facts. **Communications of the ACM**, v. 55, n. 10, p. 11–13, 2012.
- TALÓN-BALLESTERO, P. et al. Using big data from Customer Relationship Management information systems to determine the client profile in the hotel sector. **Tourism Management**, v. 68, n. August 2017, p. 187–197, 2018.
- TERRAGNI, A.; HASSANI, M. Analyzing Customer Journey with Process Mining: From Discovery to Recommendations. **Proceedings - 2018 IEEE 6th International Conference**

on **Future Internet of Things and Cloud, FiCloud 2018**, p. 224–229, 2018.

TYUPA, S. A theoretical framework for back-translation as a quality assessment tool. **New Voices in Translation Studies**, v. 7, n. 1, p. 35–46, 2011.

VERHOEF, P. C.; KANNAN, P. K.; INMAN, J. J. From Multi-Channel Retailing to Omni-Channel Retailing. **Journal of Retailing**, v. 91, n. 2, p. 174–181, 2015.

VERMA, V.; SHARMA, D.; SHETH, J. Does relationship Marketing matter in on-line retailing? A meta-analytic approach. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v. 44, n. 2, p. 206–217, 2016.

WANG, R. Y.; STRONG, D. M. Beyond Accuracy: What Data Quality Means to Data Consumers. **Journal of Management Information Systems**, v. 12, n. 4, p. 5–33, 1996.

WANG, Y.; KUNG, L. A.; BYRD, T. A. Big data analytics: Understanding its capabilities and potential benefits for healthcare organizations. **Technological Forecasting and Social Change**, v. 126, p. 3–13, 2018.

ZABLAH, A. R.; BELLENGER, D. N.; JOHNSTON, W. J. An Evaluation of Divergent Perspectives on Customer Relationship Management. **Industrial Marketing Management**, 2004.

ZERBINO, P. et al. Big data-enabled Customer Relationship Management: A holistic approach. **Information Processing and Management**, v. 54, n. 5, p. 818–846, 2018.

## APÊNDICE A - CONSTRUTOS E VARIÁVEIS

### Construto Lealdade do Paciente

Construto	Variáveis - Original	Variáveis – tradução adaptada	Referência
<p>Lealdade do Paciente: plano estratégico de serviços para reter clientes no longo prazo a partir da oferta de serviços de melhor qualidade.</p> <p>Patient Loyalty: a strategic service plan to retain customers in the long term by providing better service quality.</p> <p>(ANBORI et al., 2010, p. 313)</p>	Will say positive things about the hospital treatment to my relatives	Vou dizer coisas positivas sobre o tratamento médico para outras pessoas	<p>AHMED, S.; TARIQUE, K. M.; ARIF, I. Service quality, patient satisfaction and loyalty in the Bangladesh healthcare sector. <b>International Journal of Health Care Quality Assurance</b>, v. 30, n. 5, p. 477–488, 2017.</p>
	Willing to recommend the hospital treatment to my relatives	Estou disposto a recomendar o atendimento médico aos meus parentes	
	Will continue to use the hospital service in the future	Voltarei a buscar esse profissional para outros atendimentos médicos no futuro	
	Willing to do further medical treatment at this hospital	Estou disposto a fazer mais tratamentos médicos com esse profissional	
	Will continue the hospital service even if the cost is higher	Continuarei a realizar meus atendimentos médicos com esse profissional mesmo que o custo seja maior	

*Cronbach Alpha = 0,884 - Patient loyalty (EV=1.133, PV=2.777, CV=72.500)*  
*Página 481-482 (AHMED; TARIQUE; ARIF, 2017)*

**Construto Confiança do paciente no profissional de saúde**

<b>Construto</b>	<b>Variáveis - Original</b>	<b>Variáveis – tradução adaptada</b>	<b>Referência</b>
<p>Confiança do paciente em seu médico: confiança interpessoal do paciente em seu médico. A confiança interpessoal pode ser definida como a crença de uma pessoa que as palavras e ações do seu médico são confiáveis.</p> <p>Trust in Physician: Instrument to assess a patient's interpersonal trust in his physician. Interpersonal trust is defined as a person's belief that the physician's words and actions are credible and can be relied upon.</p>	I doubt that my doctor really cares about me as a person	Eu duvido que o meu médico se preocupe comigo	<p>ANDERSON, L. A.; DEDRICK, R. F. Development of the Trust in Physician scale: A measure to assess interpersonal trust in patient-physician relationships. <b>Psychological Reports</b>, v. 67, n. 3 II, p. 1091–1100, 1990.</p>
	My doctor is usually considerate of my needs and puts them first	Meu médico geralmente coloca minhas necessidades em primeiro lugar	
	I trust my doctor so much I always try to follow his/her advice	Eu confio no meu médico e sempre busco seguir seus conselhos	
	If my doctor tells me something is so, than it must be true	Se meu médico me diz algo, então é verdade	
	I sometimes distrust my doctor's opinion and would like a second one	Às vezes, desconfio da opinião do meu médico e busco uma segunda opinião	
	I trust my doctor's judgments about my medical care	Confio na opinião do meu médico sobre as decisões relacionadas à minha saúde	
	I feel my doctor does not do everything he/she should for my medical care	Sinto que meu médico não faz tudo o que deveria pela minha saúde	
	I trust my doctor to put my medical needs above all other considerations when treating my medical problems	[remover essa]	
	My doctor is a real expert in taking care of medical problems like mine	Meu médico é um verdadeiro especialista em cuidar de problemas médicos como o meu	

	I trust my doctor to tell me if a mistake was made about my treatment	Eu confio no meu médico para me dizer se um erro foi cometido no meu tratamento	
	I sometimes worry that my doctor may not keep the information we discuss totally private.	Às vezes, fico preocupado que meu médico possa não manter as informações que discutimos totalmente privadas	

*Alpha de cronbach = 0,90. Given the brevity of the scale along with the high internal consistency, the items were not subject to factor analysis (p.1094 – Anderson e Dedrick)*

### Construto Qualidade da Informação

Construto	Variáveis Original	Variáveis tradução adaptada	Referências
<p>Completeness: até que ponto, os dados possuem a amplitude, a profundidade e o escopo suficientes para atender a tarefa em mãos.</p> <p>Completeness: “The extent to which data are of sufficient breadth, depth, and scope for the task at hand” (WANG; STRONG, 1996, p. 32)</p>	This information includes all necessary values	As informações que acessei antes do atendimento incluíam todos os valores necessários	<p>VARIÁVEIS: LEE, Y. W. et al. AIMQ: A methodology for information quality assessment. <b>Information and Management</b>, v. 40, n. 2, p. 133–146, 2002.</p> <p>CONSTRUTOS: WANG, R. Y.; STRONG, D. M. Beyond Accuracy: What Data Quality Means to Data Consumers. <b>Journal of Management Information Systems</b>, v. 12, n. 4, p. 5–33, 1996.</p>
	This information is complete	As informações que acessei antes do atendimento estavam completas	
	This information is sufficiently complete for our needs	As informações que acessei antes do atendimento foram suficientes completas para atender às minhas necessidades	
	This information covers the needs of our tasks	(remover)	
	This information has sufficient breadth and depth for our task	As informações que acessei antes do atendimento tinham a profundidade necessária que eu	

		precisava (o que por exemplo?)	
Precisão / Livre de erros: até que ponto os dados são corretos, confiáveis e livres de erros.	This information is correct	As informações que acessei antes do atendimento estavam corretas	
	This information is incorrect (R)	(remover)	
Accuracy / Free of Error: “The extent to which data are correct, reliable, and certified free of error” (WANG; STRONG, 1996, p. 31)	This information is accurate	As informações que acessei antes do atendimento eram precisas	
	This information is reliable	As informações que acessei antes do atendimento eram confiáveis	
Atualidade: até que ponto a idade dos dados é apropriada para atender a tarefa em mãos.  Timeliness: “The extent to which the age of the data is appropriate for the task at hand” (WANG; STRONG, 1996, p. 32)	This information is sufficiently current for our work	As informações que acessei antes do atendimento eram atualizadas para as minhas necessidades	
	This information is not sufficiently timely (R)	(remover)	
	This information is sufficiently timely	As informações que acessei antes do atendimento estavam suficientemente atualizadas	
	This information is sufficiently up-to-date for our work	As informações que acessei antes do atendimento estavam atualizadas de acordo com o que eu esperava	

*Completeness: alpha de cronbach = 0,98; SD = 0,09 (p.14)*

*Accuracy: alpha de cronbach = 0,87; SD = 0,10 (p.14)*

*Timeliness: alpha de cronbach = N/A; SD = 0,11 (p. 14)*

(WANG; STRONG, 1996, p. 14)

**APÊNDICE B - ESCALAS UTILIZADAS (TRANSLATION E BACKTRANSLATION)**

Quadro - Variáveis após *backtranslation* para cada construto

Construto	Original	Tradução PT-br por tradutor	Tradução em Inglês da Tradução em Pt-br por empresa de tradução	Versão Adaptada 1	Versão Final adaptada para SURVEY
<b>Lealdade do Paciente (English: Patient Loyalty)</b>	Will say positive things about the hospital treatment to my relatives	Direi coisas positivas sobre o tratamento hospitalar a meus parentes	I will say positive things about hospital treatment to my relatives	Vou dizer coisas positivas sobre o tratamento médico para outras pessoas	<b>Direi coisas positivas sobre o médico para outras pessoas</b>
	Willing to recommend the hospital treatment to my relatives	Estou disposto a recomendar o tratamento hospitalar a meus parentes	I am willing to recommend hospital treatment to my relatives	Estou disposto a recomendar o atendimento médico aos meus parentes	<b>Estou disposto a recomendar o médico a outras pessoas</b>
	Will continue to use the hospital service in the future	Continuarei a usar o serviço do hospital no futuro	I will continue to use the hospital's service in the future	Voltarei a buscar esse profissional para outros atendimentos médicos no futuro	<b>Continuarei a buscar o atendimento com este médico no futuro</b>
	Willing to do further medical treatment at this hospital	Estou disposto a realizar tratamento médico adicional neste hospital	I am willing to perform additional medical treatment in this hospital	Estou disposto a fazer mais tratamentos médicos com esse profissional	<b>Estou disposto a realizar tratamentos adicionais com este médico</b>
	Will continue the hospital service even if the cost is higher	Continuarei a usar o serviço do hospital mesmo se o custo for maior	I will continue to use the hospital's service even if the cost is higher	Continuarei a realizar meus atendimentos médicos com esse profissional mesmo que o custo seja maior	<b>Continuarei a realizar atendimentos com este médico mesmo se o custo for maior</b>
<b>Confiança no Médico (English: Trust in the Doctor)</b>	I doubt that my doctor really cares about me as a person	Duvido que meu médico realmente se importe comigo como pessoa	I doubt that my doctor really cares about me as a person	Eu duvido que o meu médico se preocupe comigo	<b>Tenho dúvidas se o médico realmente se importa comigo como pessoa</b>
	My doctor is usually considerate of my needs and puts them first	Meu médico costuma levar em conta minhas necessidades e colocá-las em primeiro lugar	My doctor usually takes my needs into account and puts them first	Meu médico geralmente coloca minhas necessidades em primeiro lugar	<b>O médico costuma colocar as minhas necessidades em primeiro lugar</b>
	I trust my doctor so much I always try to follow his/her advice	Confio tanto em meu médico que sempre tento seguir os conselhos dele(a)	I trust my doctor so much that I always try to follow his advice	Eu confio no meu médico e sempre busco seguir seus conselhos	<b>Confio tanto no médico que sempre tento seguir os conselhos dele(a)</b>
	If my doctor tells me something is so, than it must be true	Se meu médico me diz que algo é de tal forma, então isso deve ser verdade	If my doctor tells me that something is in such a way, then it must be true	Se meu médico me diz algo, então é verdade	<b>Se o médico me diz que algo é de tal forma, então isso deve ser verdade</b>
	I sometimes distrust my doctor's opinion and would like a second one	Às vezes não confio na opinião de meu médico e gostaria de uma segunda opinião	Sometimes I don't trust my doctor's opinion and would like a second opinion	Às vezes, desconfio da opinião do meu médico e busco uma segunda opinião	<b>Às vezes não confio na opinião do médico e gostaria de uma segunda opinião</b>
	I trust my doctor's judgments about my medical care	Confio no julgamento de meu médico sobre meus cuidados médicos	I trust my doctor's judgment on my medical care	Confio na opinião do meu médico sobre as decisões relacionadas à minha saúde	<b>Confio no julgamento do médico sobre meus cuidados médicos</b>

	I feel my doctor does not do everything he/she should for my medical care	Sinto que meu médico não faz tudo o que deveria para meus cuidados médicos	I feel that my doctor does not do everything he should for my medical care	Sinto que meu médico não faz tudo o que deveria pela minha saúde	<b>Sinto que o médico não faz tudo o que deveria para meus cuidados médicos</b>
	I trust my doctor to put my medical needs above all other considerations when treating my medical problems	Confio que meu médico colocará minhas necessidades médicas acima de todas as outras considerações ao tratar meus problemas de saúde	I trust my doctor will place my medical needs above all other considerations when treating my health problems	[remover essa]	
	My doctor is a real expert in taking care of medical problems like mine	Meu médico é um verdadeiro especialista em cuidar de problemas de saúde como os meus	My doctor is a true specialist in taking care of health problems like mine	<b>Meu médico é um verdadeiro especialista em cuidar de problemas médicos como os meus</b>	<b>O médico é um verdadeiro especialista em cuidar de problemas de saúde como os meus</b>
	I trust my doctor to tell me if a mistake was made about my treatment	Confio que meu médico me dirá se tiver ocorrido um erro em meu tratamento	I trust my doctor will tell me if an error has occurred in my treatment	<b>Eu confio no meu médico para me dizer se um erro foi cometido no meu tratamento</b>	<b>Confio que o médico me dirá se tiver ocorrido um erro em meu tratamento</b>
	I sometimes worry that my doctor may not keep the information we discuss totally private.	Às vezes me preocupo que meu médico talvez não mantenha as informações que nós discutimos totalmente confidenciais	Sometimes I worry that my doctor may not keep the information we discussed totally confidential	<b>Às vezes, fico preocupado que meu médico possa não manter as informações que discutimos totalmente privadas</b>	<b>Às vezes me preocupo que o médico possa não manter as informações que nós discutimos totalmente confidenciais</b>
<b>Completeness: (English: Completeness:)</b>	This information includes all necessary values	Estas informações incluem todos os valores necessários	This information includes all the necessary values	<b>As informações que acessei antes do atendimento incluíam todos os valores necessários</b>	<b>As informações que acessei antes do atendimento incluíam todos os dados necessários</b>
	This information is complete	Estas informações estão completas	This information is complete	<b>As informações que acessei antes do atendimento estavam completas</b>	<b>As informações que acessei antes do atendimento estavam completas</b>
	This information is sufficiently complete for our needs	Estas informações estão suficientemente completas para nossas necessidades	This information is complete enough for our needs	<b>As informações que acessei antes do atendimento foram suficientes completas para atender às minhas necessidades</b>	<b>As informações que acessei antes do atendimento foram suficientes para atender às minhas necessidades</b>
	This information covers the needs of our tasks	Estas informações cobrem as necessidades de nossas tarefas	This information covers the needs of our tasks	[remover essa]	
	This information has sufficient breadth and depth for our task	Estas informações têm suficiente amplitude e profundidade para nossa tarefa	This information has sufficient amplitude and depth for our task	<b>As informações que acessei antes do atendimento tinham a profundidade necessária que eu precisava</b>	<b>As informações que acessei antes do atendimento tinham a profundidade necessária</b>
<b>Precisão / Livre de Erros: (English: Accuracy / Error-free:)</b>	This information is correct	Estas informações estão corretas	This information is correct	<b>As informações que acessei antes do atendimento estavam corretas</b>	<b>As informações que acessei antes do atendimento estavam corretas</b>
	This information is incorrect (R)	Estas informações estão incorretas (R)	This information is incorrect (R)	[remover essa]	

	This information is accurate	Estas informações são precisas	This information is accurate	<b>As informações que acessei antes do atendimento eram precisas</b>	<b>As informações que acessei antes do atendimento eram precisas</b>
	This information is reliable	Estas informações são confiáveis	This information is reliable	<b>As informações que acessei antes do atendimento eram confiáveis</b>	As informações que acessei antes do atendimento eram confiáveis
<b>Pontualidade: (English: Punctuality:)</b>	This information is sufficiently current for our work	Estas informações são suficientemente atuais para nosso trabalho	This information is current enough for our work	<b>As informações que acessei antes do atendimento eram atualizadas para as minhas necessidades</b>	<b>As informações que acessei antes do atendimento eram atualizadas para as minhas necessidades</b>
	This information is not sufficiently timely (R)	Estas informações não são suficientemente pontuais (R)	This information is not timely enough (R)	[remover essa]	
	This information is sufficiently timely	Estas informações são suficientemente pontuais	This information is timely enough	<b>As informações que acessei antes do atendimento estavam suficientemente atualizadas</b>	<b>As informações que acessei antes do atendimento eram atualizadas para aquele momento</b>
	This information is sufficiently up-to-date for our work	Estas informações estão suficientemente atualizadas para nosso trabalho	This information is sufficiently updated for our work	<b>As informações que acessei antes do atendimento estavam atualizadas de acordo com o que eu esperava</b>	<b>As informações que eu acessei antes do atendimento estavam atualizadas de acordo com o que eu esperava</b>

### APÊNDICE C - RETORNO APÓS PRÉ-TESTE DA SURVEY

Retornos	Resolução
<p>Essa plataforma que você está usando não parece ser tão responsiva... a navegação do respondente pode interferir na qualidade das respostas, pois eles precisam conseguir ler todo o texto disponível para responder corretamente. Veja que está cortando... não sei se já usou outras plataformas, mas eu fortemente recomendo o Question Pro</p>	<p>Migração para a versão paga para não ficar o <i>banner</i> promocional atrapalhando no celular</p>
<p>Seu que aí no Sul vocês não tem o dígito 9 na frente do telefone, mas outras regiões do Brasil possuem (como São Paulo). Sugiro que você retire a validação desse campo ou considere a validação com o número 9 na frente. Ou ainda colete somente o e-mail do respondente, acho que podem se sentir até mais seguros :)</p>	<p>Remoção do campo celular - deixando apenas o e-mail</p>
<p>No começo de cada nova página também estamos com o topo da tela cortado</p>	<p>Migração para a versão paga</p>
<p>Nas pesquisas que já participei, geralmente não se coloca o nome do constructo como tópico. Muitas vezes nem se explica muito a fundo o objetivo da pesquisa no início também, pois tudo isso pode influenciar a escolha das respostas pelo respondente. Minha sugestão é que você não deixe os nomes dos constructos visíveis no instrumento e, inclusive, configure a plataforma para embaralhar as perguntas dentro de cada seção. Depois de certo tempo respondendo o questionário, os respondentes tendem a ficar cansados e isso pode fazer com que a qualidade das últimas perguntas se perca... embaralhar as perguntas podem ser úteis para você “diluir” esse risco</p>	<p>Remoção dos nomes dos construtos do questionário; não consigo embaralhar as perguntas pois as criei separadamente (dentro da plataforma não é possível).</p>
<p>Só um adendo sobre a introdução do seu instrumento: tente fazer um texto mais objetivo e direto. Por exemplo, você não precisa se apresentar no início, pois a sua assinatura ao final da introdução já dura quem é vc. Cuidado com as informações duplicadas, por exemplo os dois objetivos de pesquisa que estão nesse print. A frase “termo de consentimento livre e esclarecido” também não é essencial aqui, acho que você poderia ir direto para o texto introdutório e fechar com a pergunta de concordo participar ou não. Pense no respondente e na sua experiência em responder pesquisas alheias: qual é a forma</p>	<p>Nada modificado - segui o padrão usado para a página de apresentação</p>

<p>mais <i>friendly</i>, objetiva e acadêmica de dizer tudo isso?</p>	
<p>alguns comentários:  - você não pergunta ou dá opção para a pessoa caso ela não tenha buscado informações (ou depois);  -sua opção outros pode gerar falta de respostas... o questionário não tinha uma opção de marcar outros e abrir uma caixa de texto?  - as perguntas de concordo/discordo não são obrigatórias?</p>	<p>Todos os ajustes foram realizados</p>
<p>gênero: sugiro alguma do tipo "não desejo informar"</p>	<p>Opção inclusa</p>
<p>- Dar a opção para a opção responder se ela buscou informações antes ou depois do atendimento médico;  - Deixar obrigatório responder as escalas de discordo &gt; concordo (e acrescentar a questão "não se aplica");  - escolaridade... pós graduação (tanto faz se especialização/Mba/mestrado/doutorado?);  - sua opção outros pode gerar falta de respostas... o questionário não tinha uma opção de marcar outros e abrir uma caixa de texto;</p>	<p>Todos os ajustes foram realizados:  Deixar opcional se houve busca de informações antes ou depois do atendimento  Deixar obrigatória as escalas  Abrir caixa de texto sempre que o respondente marcar outros</p>
<p>"Falta de alternativas para casos como ausência de retorno.  Excesso de perguntas com sentido muito parecido.  Nas perguntas abaixo, e em algumas outras, me parece que a uma desconexão com aquela consulta que escolhi para analisar. Penso que as perguntas podem se referir mais diretamente ao caso/consulta escolhido(a) pelo participante da pesquisa. "Confio no julgamento do médico sobre meus cuidados médicos"  "O médico é um verdadeiro especialista em cuidar de problemas de saúde como os meus"</p>	<p>Deixar opcional se houve busca de informações ANTES ou DEPOIS do atendimento  Sobre as escalas, não foram realizadas modificações pois tenho medo que se distancie da referência acadêmica atual para avaliar os construtos que estão sendo avaliados.</p>
<p>Senti a falta de alguma coisa como "nenhuma das opções".  Também as achei as perguntas vagas, como por exemplo "As informações eram precisas?", não tem como eu saber. Tem muita coisa que está sendo perguntado que não tem como o usuário validar.</p>	<p>Novamente, tenho medo de que se distancie da referência acadêmica; não gostaria de mudar as escalas. Também estou deixando as fases de PRÉ e PÓS atendimento opcionais.</p>

## APÊNDICE D - QUESTIONÁRIO FINAL

**SURVEY: A Qualidade das Informações como Influenciadora da Lealdade no Relacionamento entre Médico e Paciente**

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), de uma pesquisa conduzida por Caroline Scholles, mestranda em Administração na Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS). O objetivo deste estudo é analisar como a qualidade das informações disponibilizadas durante a jornada do paciente influenciam a sua lealdade ao médico. Não há nenhuma finalidade comercial associada a essa pesquisa.

Sua participação não é obrigatória, mas muito bem-vinda, pois irá colaborar com o desenvolvimento da gestão na área da saúde. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa, desistência ou retirada de consentimento não acarretará prejuízos. Sua participação neste estudo também não envolverá nenhum risco físico, financeiro ou psicológico.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder um questionário, com duração média de 10 minutos. Não haverá registro de áudio, de vídeo ou imagem. A fim de assegurar sua privacidade, os dados obtidos por meio desta pesquisa não serão identificados. Os resultados serão publicados de forma anônima e agregada.

### CONTEXTUALIZAÇÃO

Escolha um atendimento médico específico que você realizou nos últimos 13 meses e responda às perguntas com base na sua experiência como paciente nesse atendimento médico. Inicialmente, qual foi o motivo do atendimento médico? \*

- Primeira consulta para buscar o diagnóstico para sintomas que eu sentia
- Consulta de rotina (meus atendimentos médicos costumam ser com este profissional da saúde)

Qual a especialidade do médico? \*

- Clínico Geral
- Cardiologia
- Dermatologia
- Endocrinologia e Metabologia
- Endoscopia
- Geriatria
- Ginecologia e Obstetrícia
- Oftalmologia
- Otorrinolaringologia
- Oncologia
- Psiquiatria
- Urologia
- outro? Qual?

O atendimento médico foi presencial? \*

- Sim
- Não

Caso o atendimento médico tenha sido à distância, qual foi o meio utilizado? \*

- Aplicativo do Plano de Saúde
- Skype ou outro software de videoconferência
- Telefone
- WhatsApp
- outro? Qual?

#### BLOCO PRÉ-ATENDIMENTO MÉDICO

Você buscou informações (exemplo: indicação de amigos, sites de busca, redes sociais)

ANTES de marcar a sua consulta médica? \*

- SIM
- NÃO

Quais fontes você utilizou para buscar informações ANTES de marcar a sua consulta médica?

- \*  Amigos ou familiares da área da saúde
- Amigos ou familiares que não são da área da saúde
- Curriculum do médico na Plataforma Lattes ou outras plataformas de curriculum
- Redes Sociais (ex: Facebook, Instagram, LinkedIn)
- Site do Consultório Médico
- Site(s) de Hospital(is)
- Site(s) de Plano(s) de Saúde
- Sites de Busca (ex: Google, Yahoo)
- Sites de conteúdo sobre o tema saúde (ex: blogs)
- WhatsApp do consultório médico WhatsApp do médico
- outro? Qual?

Como você classificaria a qualidade das informações acessadas para buscar informações ANTES

do atendimento médico? Responda em uma escala de 1 a 5 às afirmações abaixo, sendo 1 DISCORDO totalmente e 5 CONCORDO totalmente.

As informações que acessei antes do atendimento incluíam todos os dados necessários \*

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Totalmente

As informações que acessei antes do atendimento estavam completas \*

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Totalmente

As informações que acessei antes do atendimento foram suficientes para atender às minhas necessidades \*

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Totalmente

As informações que acessei antes do atendimento tinham a profundidade necessária \*

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Totalmente

As informações que acessei antes do atendimento estavam corretas \*

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Totalmente

As informações que acessei antes do atendimento eram precisas \*

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Totalmente

As informações que acessei antes do atendimento eram confiáveis \*

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Totalmente

As informações que acessei antes do atendimento eram atualizadas para as minhas necessidades \*

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Totalmente

As informações que acessei antes do atendimento eram atualizadas para aquele momento \*

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Totalmente

As informações que eu acessei antes do atendimento estavam atualizadas de acordo com o que eu esperava \*

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Totalmente

#### BLOCO ATENDIMENTO MÉDICO

Quais fontes de informação você acessou DURANTE o atendimento médico? \*

Folders (impressos) com orientações de saúde ou tratamento

Informações orais prestadas pelo médico sobre seu diagnóstico e/ou tratamento

Seus registros de paciente, em papel (ex: fichas com dados de consultas, prescrições e exames anteriores)

Seus registros eletrônicos de paciente (ex: arquivos digitais com dados de consultas, prescrições e exames anteriores)

outro? Qual?

Como você classificaria a qualidade das informações acessadas DURANTE o atendimento médico? Responda em uma escala de 1 a 5 às afirmações abaixo, sendo 1 DISCORDO totalmente e 5 CONCORDO totalmente.

As informações que acessei durante o atendimento incluíam todos os dados necessários \*

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Totalmente

As informações que acessei durante o atendimento estavam completas \*

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Totalmente

As informações que acessei durante o atendimento foram suficientes para atender às minhas

necessidades \*

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Totalmente

As informações que acessei durante o atendimento tinham a profundidade necessária \*

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Totalmente

As informações que acessei durante o atendimento estavam corretas \*

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Totalmente

As informações que acessei durante o atendimento eram precisas \*

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Totalmente

As informações que acessei durante o atendimento eram confiáveis \*

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Totalmente

As informações que acessei durante o atendimento eram atualizadas para as minhas necessidades \*

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Totalmente

As informações que acessei durante o atendimento eram atualizadas para aquele momento \*

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Totalmente

As informações que eu acessei durante o atendimento estavam atualizadas de acordo com o que eu esperava \*

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Totalmente

## BLOCO PÓS-ATENDIMENTO MÉDICO

Você acessou fontes de informações (exemplo: atendimento do consultório ou resultados de exames) APÓS o seu atendimento médico? \*

Sim

Não

Quais fontes de informações você acessou APÓS o seu atendimento médico? \*

Atendimento telefônico pós-consulta prestado pelo médico

Central de atendimento do consultório

Redes sociais (ex: Facebook, Instagram) do médico

Site de Laboratório (ex: resultado de exame)

Whatsapp do consultório médico

Whatsapp do médico

outro? Qual?

Como você classificaria a qualidade das informações acessadas APÓS o seu atendimento médico? Responda em uma escala de 1 a 5 às afirmações abaixo, sendo 1 DISCORDO totalmente e 5 CONCORDO totalmente.

As informações que acessei depois do atendimento incluíam todos os dados necessários \*

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Totalmente

As informações que acessei depois do atendimento estavam completas \*

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Totalmente

As informações que acessei depois do atendimento foram suficientes para atender às minhas necessidades \*

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Totalmente

As informações que acessei depois do atendimento tinham a profundidade necessária \*

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Totalmente

As informações que acessei depois do atendimento estavam corretas \*

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Totalmente

As informações que acessei depois do atendimento eram precisas \*

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Totalmente

As informações que acessei depois do atendimento eram confiáveis \*

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Totalmente

As informações que acessei depois do atendimento eram atualizadas para as minhas necessidades \*

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Totalmente

As informações que acessei depois do atendimento eram atualizadas para aquele momento \*

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Totalmente

As informações que eu acessei depois do atendimento estavam atualizadas de acordo com o que eu esperava \*

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Totalmente

### BLOCO CONFIANÇA NO MÉDICO

Em relação à confiança no médico que fez o atendimento, responda em uma escala de 1 a 5, sendo 1 DISCORDO totalmente e 5 CONCORDO totalmente às afirmações abaixo.

O médico costuma colocar as minhas necessidades em primeiro lugar \*

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Totalmente

Confio tanto no médico que sempre tento seguir os conselhos dele(a) \*

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Totalmente

Se o médico me diz que algo é de tal forma, então isso deve ser verdade \*

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Totalmente

Confio no julgamento do médico sobre meus cuidados médicos \*

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Totalmente

O médico é um verdadeiro especialista em cuidar de problemas de saúde como os meus \*

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Totalmente

Confio que o médico me dirá se tiver ocorrido um erro em meu tratamento \*

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Totalmente

Às vezes me preocupo que o médico possa não manter as informações que nós discutimos totalmente confidenciais \*

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Totalmente

Sinto que o médico não faz tudo o que deveria para meus cuidados médicos \*

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Totalmente

Às vezes não confio na opinião do médico e gostaria de uma segunda opinião \*

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Totalmente

Tenho dúvidas se o médico realmente se importa comigo como pessoa \*

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Totalmente

Em relação à sua experiência nesse atendimento médico responda em uma escala de 1 a 5, sendo 1

DISCORDO totalmente e 5 CONCORDO totalmente.

Direi coisas positivas sobre o médico para outras pessoas \*

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Totalmente

Estou disposto a recomendar o médico aos meus parentes \*

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Totalmente

Continuarei a buscar o atendimento com este médico no futuro \*

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Totalmente

Estou disposto a realizar tratamentos adicionais com esse profissional \*

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Totalmente

Continuarei a realizar atendimentos com esse profissional mesmo se o custo for maior \*

1 2 3 4 5

Discordo Totalmente Concordo Totalmente

Dados Demográficos

Qual a sua idade em anos? \*

Qual o seu gênero? \*

Feminino

Masculino

Prefiro não informar

Outros

Qual seu nível de escolaridade? \*

ensino fundamental incompleto

ensino fundamental completo

ensino médio incompleto

ensino médio completo

graduação incompleta

graduação completa

Qual sua renda familiar mensal? \*

menos de R\$ 1.000

entre R\$ 1.001 e R\$ 3.000 mil

entre R\$ 3.001 e R\$ 5.000 mil

entre R\$ 5.001 mil e R\$ 10.000 mil

mais de R\$ 10.000 mil