

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO TECNOLÓGICO
DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO E SISTEMAS
CURSO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO CIVIL

Lucas Moneró Prates

**Um modelo de avaliação do desempenho dos serviços de teleconsulta para pequenas
clínicas de saúde**

Florianópolis, SC

2022

Lucas Moneró Prates

**UM MODELO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE
TELECONSULTA PARA PEQUENAS CLÍNICAS DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao curso de Engenharia de Produção Civil do Centro Tecnológico da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Engenharia Civil, habilitação em Produção Civil.

Orientador: Prof. Edson Paladini, Dr.

Florianópolis, SC

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Prates, Lucas

UM MODELO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE
TELECONSULTA PARA PEQUENAS CLÍNICAS DE SAÚDE / Lucas Prates
; orientador, Edson Paladini , 2022.

79 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Tecnológico,
Graduação em Engenharia de Produção Civil, Florianópolis,
2022.

Inclui referências.

1. Engenharia de Produção Civil. 2. Avaliação para
teleconsultas. I. , Edson Paladini. II. Universidade
Federal de Santa Catarina. Graduação em Engenharia de
Produção Civil. III. Título.

Lucas Moneró Prates

**UM MODELO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE
TELECONSULTA PARA PEQUENAS CLÍNICAS DE SAÚDE**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado adequado para obtenção do título de Engenheiro Civil e aprovado em sua forma final pelo Curso de Engenharia de Produção Civil.

Florianópolis, 7 de Dezembro de 2022.

Prof. Mônica Maria Mendes Luna, Dra.
Coordenação do curso

Banca examinadora

Prof. Edson Paladini, Orientador, Dr.

Prof. Rogério Miorando, Dr.
Avaliador
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Gisele de Lorena Diniz Chaves, Dra.
Avaliador
Universidade Federal de Santa Catarina

Engenharia de Produção Civil, 2022.

Este trabalho é dedicado à minha família e aos amigos que sempre estiveram ao meu lado,
além dos meus professores que tanto me ensinaram.

RESUMO

Desde o primeiro semestre de 2022, a sociedade teve de lidar com a pandemia global do COVID-19, que afetou milhões de pessoas por meio da crise sanitária e de saúde consequente. Os sistemas de saúde público e privado estiveram sob forte transformação, com as pessoas demandando a migração de serviços realizados presencialmente para realizados virtualmente. Nesse contexto, a maioria dos agentes desses sistemas tiveram que adotar métodos e soluções de telessaúde, sendo a teleconsulta surgindo como uma solução importante para assegurar a assistência médica da população. Embora no Brasil não houvesse uma legislação vigente até o começo da pandemia legalizando a prática de teleconsulta, pela crescente necessidade foram institucionalizadas medidas provisórias permitindo-a, impulsionando exponencialmente a prática. Assim, dada a mudança estrutural intensa nos serviços prestados por essas organizações, torna-se importante assegurar a manutenção de níveis de desempenho satisfatórios. Assim, o presente trabalho teve como objetivo desenvolver um método de avaliação de desempenho de teleconsulta para uma clínica de saúde sob a perspectiva dos pacientes, construindo uma alternativa para profissionais autônomos e pequenas clínicas de saúde, que ocasionalmente não possuem o capital ou conhecimento necessário para contratar softwares e serviços especializados. A organização objetivo de estudo presta serviços exclusivamente de forma remota, sendo na teleconsulta sua principal atuação. Atualmente possuem pacientes em 15 estados brasileiros e outros países. O modelo foi construído conceitualmente com base nos trabalhos de relacionamento de qualidade de serviço, valor percebido, satisfação do cliente e intenções comportamentais para posterior aplicação na empresa objeto de estudo. As conclusões indicam um modelo adaptado às demandas de pequenas clínicas de saúde para avaliar o desempenho de serviços de teleconsulta.

Palavras-chave: Qualidade de serviço; Valor percebido; Satisfação; Intenções comportamentais; Teleconsulta.

ABSTRACT

Since the first semester of 2022, society has had to deal with the global COVID-19 pandemic, which has affected millions of people through the consequent health and health crisis. The public and private health systems have undergone strong transformation, with people demanding the migration of services carried out in person to those carried out virtually. In this context, the majority of agents of these systems had to adopt methods and telehealth solutions, with teleconsultation emerging as an important solution to ensure medical care for the population. Although in Brazil there was no legislation in force at the beginning of the pandemic legalizing the practice of teleconsultation, due to the growing need, provisional measures were institutionalized allowing it, exponentially boosting the practice. Thus, given the intense structural change in the services provided by these organizations, it is important to ensure the maintenance of satisfactory performance levels. Thus, the present work had as its objective to develop a method of performance evaluation of teleconsultation for a health clinic from the perspective of the patients. The target organization of study provides services exclusively remotely, with teleconsultation being its main activity. They currently have patients in 15 Brazilian states and other countries. The model was conceptually built based on service quality relationship works, perceived value, customer satisfaction and behavioral intentions for subsequent application in the company under study. The conclusions indicate an adapted model to the demands of small health clinics to evaluate the performance of teleconsultation services.

Keywords: Service quality; Value perceived; Customer satisfaction; Behavioral intentions; Teleconsultation.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 Dimensões da qualidade do serviço em teleconsulta.
- Figura 2 Modelo de satisfação do consumidor para serviços de saúde.
- Figura 3 Framework conceitual de ER.
- Figura 4 Modelos de relacionamentos competentes.
- Figura 5 Estruturação para condução da pesquisa-ação.
- Figura 6 Estrutura da fase de planejamento da pesquisa-ação.
- Figura 7 A jornada do paciente.
- Figura 8 Modelo base.
- Figura 9 Modelo proposto para avaliação de desempenho para teleconsulta.
- Figura 10 Boxplot de dimensões do modelo externo.
- Figura 11 Boxplot de dimensões do modelo interno.

LISTA DE TABELAS

- | | |
|----------|--|
| Tabela 1 | Escopo dos serviços de telessaúde, com a descrição das atividades correspondentes. |
| Tabela 2 | Instrumento de Servqual. |
| Tabela 3 | Itens de pesquisa. |
| Tabela 4 | Dados dos respondentes. |
| Tabela 5 | Resultados das respostas dos itens. |
| Tabela 6 | Indicadores cálculos para as dimensões do modelo. |
| Tabela 7 | Análise de validação das hipóteses. |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPRO	Associação Brasileira de Engenharia de Produção
ACSI	<i>American Customer Satisfaction Index</i>
CVS	<i>Comma-separated values</i>
ER	Estímulo-Resposta
GM/MS	Ministério da Saúde Gabinete do Ministro
IC	Intenções comportamentais
MSS	Medida da superioridade do serviço
RM	Ranking médio
RQS	<i>Retail Service Quality</i>
SAC	Sacrifício
SAT	Satisfação
SEM	<i>Structural equation modeling</i>
SQ	Qualidade do serviço
TCP	Teoria do Comportamento Planejado
TIC	Tecnologias de informação e comunicação
VA	Valor

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO	11
1.2 PROBLEMA DE PESQUISA	13
1.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	14
1.4 OBJETIVOS	14
1.4.1 Objetivo geral	14
1.4.2 Objetivos específicos	14
1.5 ESTRUTURA DO TEXTO	15
2 REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1 TRANSFORMAÇÃO DIGITAL NA SAÚDE	16
2.2 TELESSAÚDE	17
2.3 TELECONSULTA	20
2.4 QUALIDADE DE SERVIÇO	22
2.4.1 Qualidade do serviço em teleconsulta	25
2.5 VALOR PERCEBIDO	27
2.6 SATISFAÇÃO DO CLIENTE	28
2.7 INTENÇÕES COMPORTAMENTAIS	30
2.8 MODELOS DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO PELA PERCEPÇÃO DO CLIENTE	32
3 METODOLOGIA	34
3.1 PLANEJAMENTO DA PESQUISA-AÇÃO	36
3.1.1 Iniciação da pesquisa	37
3.1.3 Definir a estrutura conceitual teórica	38
3.1.4 Unidade de análise e técnicas de coleta de dados	39
3.2 COLETA DE DADOS	39
3.3 ANÁLISE DE DADOS E PLANEJAMENTO DE AÇÕES	40
3.4 IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO	41
3.5 AVALIAÇÃO DE RESULTADOS E GERAÇÃO DE RELATÓRIOS	41
4 DESENVOLVIMENTO DO MODELO	42
4.1 A EMPRESA	42
4.1.1 A jornada do paciente	43
4.1.2 Objetivos e necessidades	45
4.2 CONSTRUÇÃO DO MODELO	47
4.3 LEVANTAMENTO DE HIPÓTESES DE RELACIONAMENTO	49
4.4 A CONSTRUÇÃO DO FORMULÁRIO	50
4.5 COLETA E TRATAMENTO DOS DADOS	52
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	54
4.6.1 Análise descritiva	54
4.6.2 Análise de correlações	55
5 RESULTADOS	56
5.1 ANÁLISE DESCRITIVA	56

5.2 CORRELAÇÃO ENTRE AS DIMENSÕES	60
6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	62
6.1. RESULTADOS EM TERMOS DE DIAGNÓSTICO DA ORGANIZAÇÃO	62
6.2 RESULTADOS E TERMOS DE MELHORIAS PARA A ORGANIZAÇÃO	64
7 CONCLUSÃO	65
8 REFERÊNCIAS	67

1 INTRODUÇÃO

A pandemia da Covid-19 acelerou uma transformação digital intensa no setor da saúde. Com milhões de pacientes por todo o mundo impossibilitados de frequentar hospitais, clínicas de saúde e espaços de aplicação de tratamentos, se tornou urgente a adoção de novos métodos que possibilitassem o contato de profissionais e pacientes. Essa mudança se materializou, especialmente, pela utilização de novas tecnologias de comunicação e informação que possibilitaram a popularização das teleconsultas.

Dessa forma, o presente trabalho apresenta o desenvolvimento de um modelo de avaliação de desempenho de teleconsulta para pequenas clínicas de saúde e profissionais autônomos, com ênfase nas relações entre qualidade do serviço, satisfação do cliente, valor percebido e intenções comportamentais.

O modelo tem como objetivo avaliar se as necessidades e expectativas dos pacientes estão sendo adequadamente desempenhadas pelos profissionais de saúde durante a jornada de tratamento. Essa proposta é baseada na perspectiva de um mercado cada vez mais exigente e competitivo, onde o público possui níveis de satisfação esperados em diversas dimensões. Assim, é proposto um modelo conceitual e posterior aplicação em uma pequena clínica de saúde.

Tal objetivo pode ser enquadrado na área de Engenharia de Qualidade e subárea Gestão de Sistemas de Qualidade de acordo com a classificação da ABEPRO.

Esse capítulo aborda contextualização do setor estudado, o problema a ser resolvido, os objetivos buscados durante o desenvolvimento do trabalho e as devidas delimitações que o envolvem.

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

O setor de saúde por todo o mundo foi drasticamente afetado pela pandemia a partir de 2020. A Covid-19 se tornou um desafio global aos sistemas de saúde, que enfrentaram durante meses a necessidade de aumento de eficiência na infraestrutura, mão de obra e insumos para enfrentar o crescimento de casos de internação ou mesmo assistência primária.

A crise sanitária causada pelas consequências da pandemia colocou o setor e seus problemas em foco de discussão pela sociedade, especialmente no Brasil. Diversos métodos foram adotados para impedir o avanço da doença, como isolamento social em cidades, fechamento de fronteiras e rastreamento de infectados. Ficou evidente a necessidade de novas soluções, métodos e tecnologias a adotar, de modo a permitir maior eficiência e alcance de serviços de saúde à população. Esse fator impulsionou a transformação digital que já nos últimos anos crescia no âmbito do setor, tanto em serviços públicos como agentes de saúde privados, como, por exemplo, redes de hospitais, provedores de saúde e clínicas de saúde das mais diversas especialidades.

Segundo Lee et al. (2021) a pandemia catalisou uma revolução da telessaúde. Tanto provedores como pacientes entenderam que a telessaúde se tornou uma parte integrante do cenário de cuidado da saúde. Já Caetano et al. (2020) colocam que no Brasil este campo tem crescido acentuadamente nos últimos anos. Todavia, a despeito da intensa proliferação de normativas, ainda inexistia, até a epidemia, um marco regulatório plenamente consolidado no país. O surgimento da Covid-19 marca um momento profícuo de expansão das aplicações e usos da telessaúde, como forma de melhorar a resposta do sistema de saúde à crise em curso”.

O marco regulatório citado diz a respeito do Projeto de Lei nº 1998/2020 aprovado em 27 de maio de 2020 e que trata da autorização permanente da prática de telemedicina para as demais profissões da saúde, como médicos, psicólogos, fisioterapeutas, enfermeiros e nutricionistas. Até então, a prática estava valendo somente em caráter excepcional e temporário, dada a necessidade emergencial causada pela pandemia da Covid-19.

Os benefícios para adoção dessa prática são observados há cerca de duas décadas por estudiosos e profissionais da área. Segundo Heinzemann, Lugn e Kvedar. (2005), a telemedicina permite a prestação de serviços de saúde por meio do uso de tecnologias de informação e comunicação, em situações em que os participantes estão geograficamente distantes. Isto é, permitindo a assistência em saúde de forma mais rápida e abrangente para parte da população antes desprovida. Para Kamsu e Foguem (2014), a prática proporciona um melhor acesso aos pacientes dentro de suas casas, aumentando o acesso a cuidados especializados, reduzindo os problemas de dispersão geográfica e melhorando a qualidade de vida dos cidadãos.

Em um artigo elaborado por uma comissão pela revista científica *The Lancet* e o editorial *Financial Times* (2021), os autores ampliam o impacto da transformação digital no setor. “As transformações digitais têm o potencial de trazer enormes benefícios a longo prazo

e disrupções substanciais em diferentes áreas da saúde e assistência médica – na verdade, o efeito das transformações digitais tem sido persuasivas que em breve será o prisma dominante pelo qual entenderemos e endereçamos as dinâmicas de saúde e bem estar”.

1.2 PROBLEMA DE PESQUISA

Entretanto, o cenário de crescimento da adoção de tecnologias no contexto de transformação digital da saúde possui também seus desafios. Embora o frenesi em torno da telessaúde e suas aplicações popularizem muitas soluções no contexto da cadeia de serviços de saúde, a implementação destes ocorreu abruptamente, trazendo consequências e barreiras para desenvolver o potencial da solução em todas as escalas.

Pela sua natureza interdisciplinar, o seu desenvolvimento requer o engajamento de diferentes áreas do conhecimento, como médicos, tecnologia da informação e comunicação, microeletrônica, Telecom, hardware, entre outros, e reforça a necessidade para uma perspectiva sistêmica e ação coordenada entre diferentes níveis de tomada de decisão (MALDONADO; MARQUES; CRUZ, 2016).

Em outra perspectiva, Peixoto, Ferreira e Oliveira (2021) colocam luz sobre os imperativos sociais e comportamentais do paciente para a aceitação da tecnologia, a capacidade de usá-la e a confiança na operação. De forma semelhante, Alpar e Driebe (2021) trazem para a discussão a interação entre a aceitação de tecnologia e percepção de valor em saúde para o sucesso da adoção da telessaúde.

Dessa forma, o presente trabalho pretende discutir o problema de aferição da qualidade do serviço e melhora da eficácia dos métodos de teleconsulta, sobretudo pela compreensão das mais diversas dimensões envolvidas, como qualidade do serviço, valor percebido, satisfação e intenções comportamentais. Com isso, o foco do trabalho busca especificamente uma alternativa para profissionais autônomos e pequenas clínicas de saúde, que ocasionalmente não possuem o capital ou conhecimento necessário para contratar softwares e serviços especializados.

1.3 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente trabalho se limita ao desenvolvimento do modelo conceitual e aplicação na empresa em estudo e nos seus paciente, implicando os vieses associados ao problema e público analisado. Assim, não abordará a implementação de soluções em telessaúde ou teleconsulta, mas a avaliação do método utilizado e como adaptá-lo ao contexto da organização objeto de estudo.

1.4 OBJETIVOS

Nesse tópico serão abordados os objetivos gerais e específicos do trabalho a fim de garantir o atingimento da questão levantada anteriormente.

1.4.1 Objetivo geral

O presente estudo objetiva estruturar um modelo de avaliação de desempenho para a prática de teleconsultas por pequenas clínicas de saúde, tendo como referência a perspectiva dos pacientes.

1.4.2 Objetivos específicos

Com o caráter de apoiar e contribuir no alcance ao objetivo geral apresentado, pode ser estabelecido também objetivos específicos para o trabalho, segundo Cauchick et al. (2011). Dessa forma, o presente trabalho coloca os seguintes objetivos específicos:

1. Estruturar um suporte teórico que permita avaliar a situação atual e as perspectivas mais imediatas para o setor de telessaúde;
2. Avaliar as dimensões percebidas pelo consumidor/paciente neste processo;

3. Desenvolver e aplicar métodos de coleta e interpretação de informações envolvidas no processo;
4. Definir e aplicar indicadores da qualidade e da produtividade como base do modelo de avaliação proposto;
5. Propor melhorias em termos de eficiência e eficácia dos serviços oferecidos.

1.5 ESTRUTURA DO TEXTO

O presente trabalho está organizado em 7 capítulos, com o objetivo de estruturar o entendimento do texto. Com isso, o primeiro capítulo trata sobre a introdução e contextualização do leitor no texto e o tema abordado, assim como os objetivos estipulados.

No segundo capítulo é abordado o referencial teórico que dá suporte conceitual para o andamento do texto. Inicialmente são abordados temas para compreensão geral do trabalho, como referências sobre transformação digital na saúde, telessaúde e teleconsulta. Em seguida são abordados temas ligados ao problema discutido no trabalho, como qualidade de serviço, valor percebido, satisfação do cliente e intenções comportamentais.

O terceiro capítulo discute a metodologia utilizada no trabalho e a descrição de suas etapas. No quarto capítulo trata o desenvolvimento do modelo de desempenho de acordo com as necessidades e objetivos da organização objeto de estudo. Neste capítulo é abordado desde o enquadramento do contexto da empresa, até métodos de aplicação e análise dos dados selecionados para o modelo proposto.

No quinto capítulo são levantados os resultados da aplicação de um primeiro ciclo do modelo proposto na organização objetivo de estudo por meio de métodos de análise e visualização de dados. No sexto capítulo se discute de forma reflexiva sobre tais resultados e uma análise criteriosa sobre o próprio modelo, desenhando melhorias e próximos passos.

No sétimo e último capítulo, são abordadas as principais conclusões do presente trabalho, assim como o sucesso em alcançar os objetivos colocados inicialmente.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

No presente capítulo será abordada a fundamentação teórica utilizada para a construção do trabalho. Os principais temas discutidos têm como objetivo enquadrar e verificar o problema estudado dentro do contexto atual de pesquisa, mercado e sociedade. Assim para aprofundar a teoria para o desenvolvimento do modelo teórico por meio de conceitos do setor de telessaúde e as dimensões de avaliação de desempenho pela perspectiva do cliente, são abordados os seguintes temas:

- Transformação digital na saúde;
- Telessaúde;
- Teleconsulta;
- Qualidade de serviço;
- Valor percebido;
- Satisfação do cliente;
- Intenções comportamentais;
- Modelos de avaliação de desempenho pela percepção do cliente.

2.1 TRANSFORMAÇÃO DIGITAL NA SAÚDE

Empresas que manufaturam bens de produtos ou prestam serviços para seus clientes visam sempre entregar o máximo de valor a eles, operando com custos controlados. Para tanto, por meio do desenvolvimento exponencial e redução do custo das inovações tecnológicas, as empresas começam a embarcar cada vez mais softwares dentro de seus processos de suporte e entrega de valor. Esse movimento ganhou a denominação de transformação digital.

Para Vial (2021), a transformação digital é o processo que visa melhorar uma organização, provocando mudanças significativas em suas propriedades por meio de combinações de tecnologias de informação, computação, comunicação e conectividade. Assim, se comporta como a reação das organizações às mudanças que ocorrem em seu ambiente, usando tecnologias digitais para alterar seus processos de criação de valor. Ademais, o autor afirma que para que este processo seja bem-sucedido e apresente resultados positivos, as organizações devem levar em conta um número de fatores.

Em uma visão à maior nível, Agarwal, Desroches e Jha (2010) colocam que a transformação digital abrange as profundas mudanças que ocorrem na sociedade e nas indústrias com o uso de tecnologias digitais. Já Hess et al. (2016) ressaltam que, em nível organizacional, as empresas têm de encontrar formas de inovar com estas tecnologias, concebendo “estratégias que abracem as implicações da transformação digital e conduzam a um melhor desempenho operacional”.

Dessa forma, se torna importante compreender como esse movimento das organizações se aplica ao setor da saúde, sobretudo pela constante necessidade das organizações de melhorarem seus serviços à população com menores custos. Nesse contexto, Kickbusch et al. (2021) coloca que as transformações digitais, definidas como os processos multifacetados de integração de tecnologias e plataformas digitais em todas as áreas da vida, incluindo a saúde, são centrais para a compreensão - e modelagem - de muitas das dinâmicas disruptivas do mercado.

As dinâmicas disruptivas abordadas são explicadas por Gopal (2019) como os pacientes com mais poder de escolha exercem mais pressão sobre o sistema, à medida que a medicina se torna mais acessível para o consumidor. Assim, deseja estar envolvido ativamente nas decisões sobre o tratamento, por meio de opções mais convenientes de atendimento, serviços com valor agregado, diagnósticos em casa e compartilhamento de informações sobre a saúde. Dessa forma, a transformação digital do setor é imprescindível para organizações de saúde se manterem relevantes no mercado. Kickbusch et al. (2021) colocam que as tecnologias digitais já estão impulsionando transformações na saúde, tanto diretamente (por meio de sua aplicação em sistemas de saúde, cuidados com a saúde e automonitoramento de status de saúde e comportamentos) quanto indiretamente (por meio de sua influência nos determinantes sociais, comerciais e ambientais da saúde). Além disso, devido à influência que as dinâmicas de acesso e alfabetização digitais podem ter nos resultados de saúde e bem-estar, pode-se considerar o ecossistema digital como um determinante cada vez mais importante da saúde.

2.2 TELESSAÚDE

Como é natural de novas tecnologias e paradigmas, o termo telessaúde gera um debate subjetivo entre acadêmicos e o próprio mercado. Vayena et al (2018) colocam diversos

termos aplicáveis para o mesmo conceito, entre eles estão saúde digital, telecuidado, telemedicina e telessaúde para descrever o uso de tecnologias de comunicação e informação (TIC) em serviços de saúde para a promoção de melhorias ao paciente ou organizações.

De modo semelhante, Silva (2014) conceitua a telessaúde como toda atividade em rede e mediada por computação que promove a translação de conhecimento entre a pesquisa e os serviços de saúde. Emerge, assim, um conceito amplo e estruturado no contexto de um sistema de saúde qualificado pelo avanço tecnológico. E de forma análoga, Van Velsen et al. (2018) descreve a telemedicina como serviços de saúde com forte presença de tecnologias de comunicação e informação. Desse modo, emprega-se como termos comuns telessaúde e telemedicina. Contudo, para o presente trabalho se priorizará o uso de telessaúde, dado a aplicação de tais tecnologias em diversas áreas do setor de saúde, não somente a prática de medicina. Esse fator foi colocado por Caetano et al. (2020) “considerando as múltiplas oportunidades de uso (...), é feita a opção por se examinar (e empregar o termo) a telessaúde, que inclui, mas não se restringe, apenas ao campo da medicina.”

Nesse contexto, o conceito enquadra um amplo campo de atuação e possibilidades de aplicações. Porém Velsel (2017) reafirma que o maior objetivo da telessaúde é fornecer tratamento e reduzir a distância entre os pacientes e os profissionais de saúde. Desse ponto de vista mais amplo, a telessaúde inclui aplicações práticas de TIC nas atividades de saúde diárias, como teleconsultoria, telediagnóstico, telemonitoramento, teletreinamento, entre outros.

Assim, Caetano et al. (2020) classifica as aplicações de telessaúde sumarizadas na Tabela 1. E embora as classificações feitas pelo autor não representem uma linearidade temporal das aplicações, pode-se compreender uma evolução nas práticas de telessaúde se iniciando como soluções voltadas para a interação e formação entre profissionais, a exemplo de teleconsultorias, teleducação e segunda opinião formativa, para posteriormente serem adotadas aplicações na ponta, isto é, focalizadas em agregar valor direto ao paciente, como a teleconsulta.

Esse fenômeno é interpretado por Barlow et al. (2007) em sua definição sobre teleassistência, ou telessaúde, como o uso da tecnologia de comunicações para fornecer cuidados de saúde e sociais diretamente ao usuário (paciente). Isso exclui a troca de informações apenas entre profissionais, geralmente para diagnóstico ou referência. E complementa “é, portanto, uma ferramenta usada pelos profissionais para fornecer suporte a indivíduos e deve ser empregada para fornecer um serviço centrado no usuário”.

Dessa forma, governos por todo o mundo começaram a regulamentar de forma mais efetiva a telessaúde no planejamento de saúde pública, principalmente no contexto da pandemia da Covid-19, quando as políticas de isolamento social e cancelamento de muitos tratamentos de forma presencial tornou essencial a adoção das aplicações de telessaúde, incluindo o Brasil. Embora instituições de ensino e pesquisa já utilizassem a telessaúde a partir dos anos 90, esforços concretos do Ministério da Saúde ocorreram a partir de 2005. A Portaria nº 35 GM/MS, de 2007 (BRASIL, 2007), instituiu o Programa Nacional de Telessaúde para apoio à Atenção Primária à Saúde, por meio da oferta de ações de teleeducação, segunda opinião formativa e telediagnóstico (CATAPAN; CALVO, 2020).

No entanto, foi somente com o crescimento dos casos de Covid-19 em 2020 que o Governo Federal estabeleceu como regular a telessaúde diretamente ao paciente, por meio de práticas de teleconsulta. Em abril de 2020, pela Lei nº 13.989 (BRASIL, 2020a) foi regulamentada a prática de telemedicina durante a crise causada pela Covid-19 enquanto transitava no Congresso até dezembro de 2022 (data do presente trabalho) o Projeto de Lei PL 1998/2020 (BRASIL, 2020b) que pretende regulamentar a telessaúde em caráter definitivo.

Tabela 1. Escopo dos serviços de telessaúde, com a descrição das atividades correspondentes.

Aplicações da telessaúde	Atividades
Teleconsulta	Consulta registrada e realizada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área da saúde, objetivando esclarecer dúvidas sobre questões relacionadas ao processo de trabalho.
Telediagnóstico	Utilização das TIC em serviços de apoio ao diagnóstico quando há limites geográficos para análise de exames laboratoriais ou de imagem.
Telemonitoramento	Monitoramento à distância de indicadores de saúde e doença do paciente, incluindo coleta de informações clinicamente relevantes e sua interpretação pelo profissional de saúde.
Telerregulação	Ações em sistemas de regulação, avaliação e planejamento de ações, fornecendo à gestão uma inteligência reguladora operacional. Possibilita redução de filas de espera em atendimento especializado.
Tele educação	Aulas, cursos ou disponibilização de materiais de

	aprendizagem interativos sobre temas relacionados à saúde.
Segunda opinião formativa	Resposta sistematizada construída com base em revisão bibliográfica das melhores evidências científicas às perguntas originadas no atendimento em teleconsulta.
Teleconsulta	Realização de consulta de profissional da saúde à distância por meio da TIC, que até a Pandemia de Covid-19 só era regulamentada no Brasil para situações emergenciais, pelo Conselho Federal de Medicina.

Fonte: Caetano et al. (2020), adaptado pelo autor.

2.3 TELECONSULTA

Historicamente a teleconsulta é alvo de pesquisa e discussão no Brasil desde a década de 1990, resultando em um primeiro projeto de lei ainda em 1998. Desde então, diversos países começaram a adotar a prática dentro de seus sistemas de saúde.

“Segundo dados de 2017, a teleconsulta médica está autorizada, com algumas restrições, em todos os estados norte-americanos. Na Europa, 24 dos 28 países-membros possuem legislação específica sobre o assunto, e apenas três proíbem sua utilização. Canadá, Austrália, Japão e México já implantaram um sistema de teleconsulta médica” (CATAPAN; CALVO, 2020). Com isso, a regulação existente auxiliou tais países a implementar diretrizes nacionais que possibilitaram que a prática se disseminasse em organizações de toda a cadeia do setor antes mesmo do Covid-19, fenômeno que não ocorreu tão expressivamente no Brasil.

Segundo Carrillo de Albornoz, Sia e Harris (2022) a pandemia de Covid-19 focou a atenção em modelos de cuidados de saúde que evitam o contato pessoal entre médicos e pacientes, e as teleconsultas tornaram-se o modo preferencial de entrega de cuidados de saúde primários. No Brasil, com a recente aprovação por urgência durante a crise sanitária causada pela Covid-19 e projeção de regulamentação permanente pelo Governo Federal, a teleconsulta se tornou também uma peça importante no setor de saúde brasileiro. Embora seja uma aplicação dentro da telessaúde, a teleconsulta possui particularidades próprias.

Segundo Catapan e Calvo (2020) a teleconsulta “pode utilizar diferentes tecnologias para mediar a comunicação entre médico e paciente localizados em espaços geográficos diferentes”. Townley e Yalowich (2015) simplificam ao definir como “um sistema em que os prestadores consultam remotamente outros pacientes em um local diferente”. O próprio conceito para o termo “teleconsulta” é referenciado de diferentes formas pela literatura. Entre alguns conceitos abordados estão Cyberconsultas (AGNIHOTR; KORALNIK, 2015), eConsulta (ALBERT; AGIMI; MARTICH, 2015), sistema de consulta eletrônica (BANKS et al., 2018), Consulta por vídeo (GREENHALGH et al., 2018), Consulta Online (IACOBUCCI, 2017), Serviços de telemedicina de abordagem direta ao consumidor (YOUNG, 2016). Contudo todos convergem para o uso de TIC para atendimento direto ao paciente.

Além disso, a aplicação pode ocorrer de formas diferentes, possibilitando a integração de diferentes tecnologias em prol da prestação do serviço mais adequado. Schmitz et al. (2017) coloca “o que diz respeito à teleconsulta, ela pode ocorrer por serviços seguros de telefonia, videoconferência, chat, e-mail, mensagens instantâneas e aplicativos para dispositivos móveis”. A escolha pela adoção de uma tecnologia ou a combinação entre elas é diretamente ligada ao propósito da teleconsulta na comunicação entre profissional e paciente, como descreve Flodgreen (2015) a teleconsulta pode ter caráter aditivo (acrescentando interações além da consulta presencial), alternativo (substituindo os momentos presenciais) ou parcialmente substitutivo (a combinação entre momentos presenciais e remotos ao longo do tratamento ou acompanhamento).

Independentemente do caráter da aplicação, a teleconsulta tem a possibilidade de agregar em diversas etapas da jornada do serviço de saúde para todos stakeholders envolvidos. Muitos estudos já mostraram o significativo potencial da teleconsulta para melhorar as práticas de saúde (YEO et al., 2019). Na visão do provedor do serviço, têm o potencial de fornecer intervenções mais rápidas e mais baratas à distância, ao mesmo tempo em que melhoram a cobertura de atendimento (CARRILLO DE ALBORNOZ; SIA; HARRIS, 2022). Para Catapan e Calvo (2020), “Os principais benefícios incluem menor demanda por consultas presenciais, com possibilidade de gerenciamento da carga de trabalho dos médicos, permitindo uma reorganização dos sistemas. (...) e economia de recursos, nesse último caso, quando se evita o absenteísmo laboral para atendimento médico presencial.”

2.4 QUALIDADE DE SERVIÇO

A qualidade do serviço é uma medida do quão assertivo um prestador de serviço atende seus fins e propósitos e é frequentemente visto como uma diferenciadora chave entre os fornecedores concorrentes de serviços semelhantes. Dada essa importância, o tema é discutido profundamente por pesquisadores que abordam diversas definições e sentidos atrelados ao conceito de qualidade do serviço. Contudo alguns autores como Reeves e Bednar (1994) argumentam que não existe uma definição de qualidade universal, mas diferentes definições são apropriadas para circunstâncias distintas. Múltiplas definições podem ser adotadas para capturar a complexidade na construção de qualidade e como ela se comporta entre os diversos estágios de design, produção e mercado (SEBASTIANELLI; TAMIMI, 2002). Assim, se tornou usual desenvolver teorias e modelos conceituais específicos para cada campo de estudo, percorrendo da indústria e serviços públicos até o desenvolvimento de softwares.

Especialmente para as empresas que entregam valor por meio de serviços nos seus processos finalísticos, a qualidade é eventualmente definida pela realização e/ou superação da expectativa dos clientes sobre aquele serviço e a consequente discrepância entre o esperado e realizado na perspectiva do cliente (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985). Logo, a qualidade está onde e como o consumidor diga que está, e deriva para um conceito amplamente utilizado de “qualidade percebida pelo cliente” ou “qualidade percebida pelo usuário” (PENA et al, 2013). Essa característica fluída da qualidade se tornou ainda mais evidente durante a crise sanitária pela Covid-19 e suas consequências no mercado. Segundo Li, Yang e Ren. (2020), a Covid-19 trouxe mudanças rápidas e inesperadas para os fornecedores e consumidores, e ser responsivo às expectativas dos clientes tornou-se ainda mais crítico.

Em consonância aos trabalhos realizados na definição de qualidade e suas aplicações em serviços, diferentes pesquisadores em colaboração ou por necessidade de organizações dos mais diversos setores desenvolveram modelos para sua sistematização e avaliação da qualidade do serviço ofertado. A mensuração da qualidade percebida pelo cliente se torna também essencial para a consecução de dois objetivos principais de um negócio baseado em serviços: atrair clientes em um mercado competitivo e retê-los por meio de um mix de serviços otimizado e assertivo (LOPES; PEREIRA; VIEIRA., 2009). Assim, os primeiros trabalhos em busca de um modelo para mensuração surgiram na década de 1970, contudo foi

entre 1985 e 1990 que os pesquisadores Parasuraman, Zeithaml e Berry desenvolveram o instrumento de mensuração *Service Quality Gap Analysis* (Servqual), condensando em 22 pares de itens as cinco principais dimensões da qualidade: confiabilidade, responsabilidade, segurança, empatia e aspectos tangíveis (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988; PENA et al., 2013).

O modelo Servqual e seus itens podem ser observados na Tabela 2. O primeiro conjunto de itens de cada par objetiva identificar o nível de desempenho esperado e o segundo identifica o nível de serviço percebido, dessa forma a diferença entre os pares de itens formam um índice denominado Medida da Superioridade do Serviço (MSS) que traduz a diferença entre a expectativa do cliente e o serviço realizado nas dimensões levantadas (LOPES et al, 2009). Embora a escala Servqual tenha validade substancial entre os setores e fora aplicado de serviços bancários a serviços hospitalares, os autores reiteram a necessidade de adaptar as suas variáveis para as particularidades do serviço estudado, ou seja, ajustar a redação dos itens a cada contexto (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988; PENA et al., 2013).

Tabela 2. Instrumento de Servqual.

Item		Expectativa (E)	Desempenho (D)
1	Aspectos tangíveis	Eles deveriam ter equipamentos modernos.	XYZ têm equipamentos modernos.
2		As suas instalações físicas deveriam ser visualmente atrativas.	As instalações físicas de XYZ são visualmente atrativas.
3		Os seus empregados deveriam estar bem vestidos e asseados.	Os empregados de XYZ estão bem vestidos e asseados.
4		As aparências das instalações das empresas deveriam estar conservadas de acordo com o serviço oferecido.	A aparência das instalações físicas de XYZ é conservada de acordo com o serviço oferecido.
5	Confiabilidade	Quando estas empresas prometem fazer algo em certo tempo, deveriam fazê-lo.	Quando XYZ promete fazer algo em certo tempo, realmente o faz.
6		Quando os clientes têm algum problema com estas empresas elas deveriam ser solidárias e deixá-los seguros.	Quando você tem algum problema com a empresa XYZ, ela é solidária e o deixa seguro.
7		Estas empresas deveriam ser de confiança.	XYZ é de confiança.

8		Eles deveriam oferecer o serviço no tempo prometido.	XYZ oferece o serviço no tempo prometido.
9		Eles deveriam manter seus registros de forma correta.	XYZ mantém seus registros de forma correta.
10	Presteza	Não seria de se esperar que eles informassem os clientes exatamente quando os serviços fossem executados.	XYZ não informa exatamente quando os serviços serão executados.
11		Não é razoável esperar por uma disponibilidade imediata dos empregados das empresas.	Você não recebe serviço imediato dos empregados da XYZ.
12		Os empregados das empresas não têm que estar sempre disponíveis para ajudar os clientes.	Os empregados da XYZ não estão sempre dispostos a ajudar os clientes.
13		É normal que eles estejam muito ocupados em responder prontamente aos pedidos.	Empregados da XYZ estão sempre ocupados em responder aos pedidos dos clientes.
14	Segurança	Clientes deveriam ser capazes de acreditar nos empregados desta empresa.	Você pode acreditar nos empregados da XYZ.
15		Clientes deveriam ser capazes de se sentirem seguros na negociação com os empregados da empresa.	Você se sente seguro em negociar com os empregados da XYZ.
16		Seus empregados deveriam ser educados.	Empregados da XYZ são educados.
17		Seus empregados deveriam obter suporte adequado da empresa para cumprir suas tarefas corretamente.	Os empregados da XYZ não obtêm suporte adequado da empresa para cumprir suas tarefas corretamente.
18	Empatia	Não seria de se esperar que as empresas dessem atenção individual aos clientes.	XYZ não dão atenção individual a você.
19		Não se pode esperar que os empregados dêem atenção personalizada aos clientes.	Os empregados da XYZ não dão atenção pessoal.
20		É absurdo esperar que os empregados saibam quais são as necessidades dos clientes.	Os empregados da XYZ não sabem das suas necessidades.
21		É absurdo esperar que estas empresas tenham os melhores interesses de seus clientes como objetivo.	XYZ não têm os seus melhores interesses como objetivo.
22		Não deveria se esperar que o horário de funcionamento fosse conveniente para todos os clientes.	XYZ não têm os horários de funcionamento convenientes a todos os clientes

(1)

(2)

(3)

(4)

(5)

(6)

(7)

Discordo Fortemente	Concordo Fortemente
--------------------------------	--------------------------------

Fonte: adaptado de Salomi et al (2005).

Ao longo do tempo, novos modelos foram desenvolvidos para suprir necessidades específicas de cada contexto que a escala Servqual apresentava alguma limitação ou baixa aderência. Os autores Dabholkar, Thorpe e Rentz (1996) propõem o instrumento denominado como *Retail Service Quality* (RQS) para mensurar a qualidade do serviço em varejistas dando ênfase aos aspectos físicos nas dimensões analisadas em relação ao Serqual, dado a dinâmica dos clientes possuírem maior autonomia durante sua experiência dentro de estabelecimentos como supermercados e lojas de departamento. Assim, os autores sistematizaram uma pesquisa de 28 questões para capturar as percepções dos respondentes.

Já Cronin e Taylor observam a ambiguidade de mensurar a expectativa do consumidor, assim chegam ao método *Service Performance* (Servperf), focado em examinar somente o nível de percepção do cliente sobre o serviço consumido dentro das 5 dimensões já apresentadas no Serqual (CRONIN; TAYLOR, 1994; ANAND; SELVARAJ, 2013 apud INGALDI, 2018).

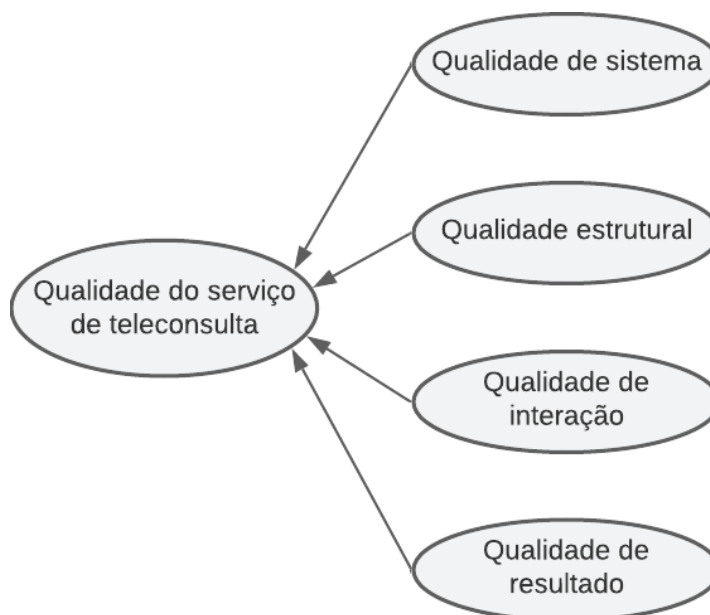
2.4.1 Qualidade do serviço em teleconsulta

Os conceitos e modelos de qualidade do serviço se estendem além dos aspectos tangíveis ou físicos com a transformação digital do mercado, visto que o crescimento das empresas ofertando parcialmente ou integralmente seus serviços de forma digital é a nova regra do mercado e acompanha as necessidades dos clientes catalisadas pela Covid-19. Por exemplo, realizar um exame ou procedimento em um hospital transcende a experiência física das instalações e interação com funcionários, mas os pacientes hoje passam por processos de atendimento, agendamento e recebimento de resultados por meio de plataformas digitais. Segundo Blut et al. (2015) serviços como educação e saúde tem um crescimento exponencial em sua forma online, como teleconsultas, assim a qualidade dos serviços que os consumidores experienciam nos canais digitais é crítica para os negócios. Dessa forma, pesquisadores e organizações passam a aplicar os métodos de mensuração da qualidade do serviço ou da percepção da qualidade do serviço também em tais canais, por meio da

adequação das dimensões avaliadas para o ambiente digital como websites, aplicativos e canais de interação virtual (BLUT, 2016).

Devido a constatação dos autores sobre o papel da qualidade do serviço somado à necessidade da empresa em compreender melhor os pontos de melhoria no serviço prestado no novo contexto digital, busca-se a expansão da dimensão de qualidade para seus constituintes. Isto é, a qualidade geral do serviço é construída por meio da avaliação de outras dimensões de menor nível. Para o caso de teleconsultas, o autor Cao et al. (2022) estipula que devido às características da teleconsulta, as dimensões avaliadas da qualidade do serviço de telemedicina ou teleconsulta são resumidas em qualidade do sistema, qualidade estrutural, qualidade da interação e qualidade dos resultados. A visão de Cao et al. (2022) é representada na Figura 1.

Figura 1. Dimensões da qualidade do serviço em teleconsulta.



Fonte: Adaptado de Cao et al. (2022).

O modelo proposto por Cao et al. (2022) pressupõe que o paciente experienciando a teleconsulta tem a percepção construída por elementos distintos, e cada um deles isoladamente contribui para a formação completa da percepção de qualidade. Sendo tais:

- Qualidade de sistema: Percepção sobre as ferramentas e métodos digitais utilizados;
- Qualidade estrutural: Percepção sobre a estrutura organizacional da empresa e seus efeitos no serviço prestado;

- Qualidade de interação: Percepção sobre comunicação com os profissionais e a própria instituição;
- Qualidade de resultado: Percepção sobre o efeito do serviço para resolver o problema.

Entre os constituintes, os autores segmentam por formas distintas de agregação de valor, por exemplo na dimensão de qualidade de sistema a facilidade de uso de ferramentas de teleconferência ou aplicativos de telemonitoramento criam uma experiência específica direta ao cliente. Já na qualidade estrutural o cliente percebe qualidade indiretamente, por meio de baixa rotatividade de profissionais na organização prestadora do serviço.

2.5 VALOR PERCEBIDO

Teorias de valor percebido podem ser usadas para explicar uma variedade de fenômenos, como a motivação de pessoas mais propensas para realizar uma determinada escolha quando tal é colocada como opção padrão, ou porque as pessoas escolhem um produto mais caro, porém descrito como de maior qualidade. O valor percebido também pode ser usado para entender o porquê de as pessoas tomarem escolhas por determinadas marcas ou discursos quando associadas a emoções positivas, como felicidade.

Dessa forma, pesquisadores buscam uma definição sobre valor percebido. Para o presente trabalho, adotam-se as definições de valor percebido como a avaliação global do consumidor sobre a utilidade de um produto, com base nas percepções do que é recebido e do que é dado (ZEITHAML, 1988) e de nível de qualidade percebida de um produto em relação ao preço pago (JOHNSON; NADER; FORNELL, 1996) ou, simplificando, uma medida da qualidade relativa ao preço (ANGELOVA; ZEQUIRI, 2011). Essa definição simples e objetiva traduz o sentimento de troca entre o esforço dos consumidores e como ele se beneficia daquele produto. Assim, para esses autores o desempenho percebido possui o mesmo sentido do valor percebido pelo cliente (TINOCO; RIBEIRO, 2007).

Contudo, esse preço pago não é somente a quantidade monetária atribuída na troca, mas aquilo ao qual se renuncia ou que é sacrificado na obtenção de um produto (BEI; CHIO, 2001). E embora o preço seja frequentemente mais importante nas primeiras compras do cliente, apresentando-se como uma barreira de compra importante, isso geralmente tem um impacto um pouco menor na satisfação para compras repetidas (ANGELOVA; ZEQUIRI,

2011). Dessa forma, o valor percebido é mutável durante a jornada do cliente que busca sempre minimizar o preço pago, ou seus sacrifícios, e maximizar seus benefícios pelo balanceamento e priorização das suas escolhas (MACDONALD et al. 2011). Assim, é função da organização compreender os principais sacrifícios enfrentados pelos seus consumidores, com o objetivo de minimizá-los seja no primeiro consumo ou para compras repetidas, e os principais benefícios entregues na importância na construção do valor percebido.

2.6 SATISFAÇÃO DO CLIENTE

Uma definição amplamente adotada por pesquisadores explica a satisfação como a resposta de realização do consumidor. É o juízo que um produto ou serviço característico fornece (ou está fornecendo) um nível agradável de realização relacionada ao consumo (OLIVER; RUST; VARKI, 1997). Intrinsecamente ligada à qualidade do bem ou serviço consumido, o nível de satisfação do cliente sobre um determinado produto ou serviço é o resultado da série de percepções construídas ao longo da jornada de consumo (OTTO; SZYMANSKI; VARADARAJAN, 2020). Dessa forma, Hom (2000) coloca que a satisfação é um sentimento, uma atitude de curto prazo que pode ser facilmente alterada, dada uma constelação de circunstâncias. Reside na mente do usuário e é diferente de comportamentos observáveis, como a escolha do produto, a reclamação ou a recompra.

Assim, pesquisadores buscam compreender os efeitos da satisfação nas organizações. Barger e Grandey (2006) incluem a definição de perspectiva contagiosa, em que consumidores satisfeitos motivam outras pessoas a se tornarem consumidores pelo efeito da recomendação “boca-a-boca”. Mount, Ilies e Johnson (2006) colocam a camada de perspectiva de garantia de redução de risco, em que a satisfação provê garantias ao consumidor influenciando diretamente no comportamento para recompras. Rego, Morgan e Fornell. (2013) reforçam com as perspectivas de força de mercado, em que o foco na satisfação do cliente pelas organizações desenvolve laços de lealdade e reputação à marca, consequentemente cria barreiras de penetração aos concorrentes e fortalece sua parcela de mercado. Já Fornell, Morgeson e Hult (2016) enfatizam que a satisfação dos clientes tem

papel central na economia, pois empresas e mercados mais saudáveis possuem níveis de satisfação do cliente maiores.

O sentimento de satisfação pelos clientes não é o fim das organizações, mas um meio para se aproximar ou distanciar dos seus objetivos. Dessa forma, pesquisadores buscam desenvolver modelos para mensuração desse sentimento por meio dos fatores que impactam na sua construção e os respectivos efeitos sobre os consumidores (os comportamentos observáveis colocados ou intenções comportamentais descritas por Willard (2000)). O modelo de ligação entre satisfação e valor de Oliver, Rust e Varki (1999) realça o conceito que valor age como uma força motriz na tomada de decisão do cliente e representa a satisfação como um relacionamento entre os componentes na cadeia de valor da organização. Sendo eles:

- Critérios de excelência;
- Desempenho do resultado: Os benefícios realizados pelo bem ou serviço;
- Valor baseado no custo: Os sacrifícios tomados pelo consumidor ao adquirir aquele produto.

E possuem como resultado consequente:

- Valor de consumo: O julgamento de benefícios comparado com os sacrifícios;
- Satisfação baseada no valor: A medida cujo um produto atende ou excede as expectativas do cliente
- Extensão de valor: Valor de utilidade adicionado pelo bem ou serviço à vida do consumidor.

Os autores trabalham a relação entre as dimensões em nível teórico, compreendendo a satisfação por toda a cadeia de valor da organização. Contudo o modelo construído de tal forma tem limitações em auxiliar as organizações a mensurar a satisfação de seus consumidores. Assim, foi evoluindo para modelos práticos, tangibilizando para conceitos de nível inferior. Um exemplo desenvolvido para tal necessidade, é o Modelo do Índice de Satisfação do Consumidor Americano (American Customer Satisfaction Index – ACSI), construído para mensurar o nível de satisfação entre indústrias, setores econômicos e economias nacionais (TINOCO; RIBEIRO, 2007). O modelo ACSI explica a satisfação do cliente em relação à lealdade do cliente. Ao analisar os índices e os impactos, as organizações podem determinar quais os principais fatores de satisfação, se forem melhorados, terão o maior efeito na lealdade do cliente. Por outro lado, organizações específicas contextualizam

suas necessidades apresentando modelos com ênfase em dimensões e relacionamentos mais importantes para tais. Choi et al. (2004) adaptaram o modelo para serviços de cuidado com a saúde (Figura 2) e “avaliaram a influência do valor e da percepção de qualidade na satisfação do cliente e suas intenções comportamentais” (TINOCO; RIBEIRO, 2007).

Figura 2. Modelo de satisfação do consumidor para serviços de saúde.



Fonte: Adaptado de Choi et al. (2004).

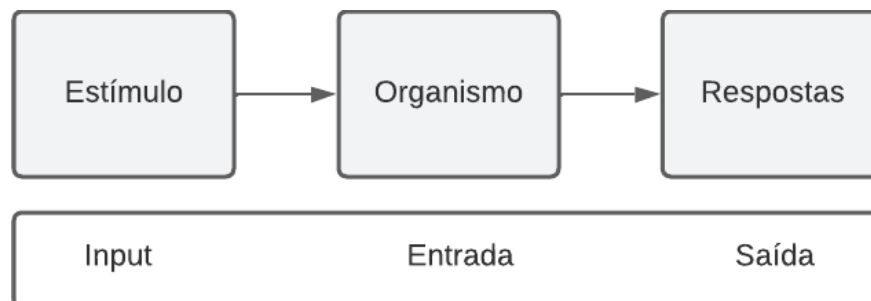
2.7 INTENÇÕES COMPORTAMENTAIS

Nos últimos anos, os pesquisadores têm prestado cada vez mais atenção à compreensão das intenções comportamentais dos clientes. Encontraram-se vários fatores que influenciam essas intenções, como os riscos e os benefícios percebidos, o valor percebido e a satisfação do cliente. Apesar dessa atenção crescente, ainda há falta de consenso sobre o que são exatamente as intenções comportamentais dos clientes.

A Teoria do Comportamento Planejado (TCP) é amplamente adotada por acadêmicos. Armitage e Christian (2003) definem a intenção comportamental como a determinação de uma pessoa de exibir um determinado comportamento e é frequentemente usada como preditor, um indicador da decisão consciente de uma pessoa de realizar um comportamento (AJZEN, 1991). A TCP estipula que os indivíduos tomam decisões racionais, avaliando suas opções e tomando decisões estritamente por meio das informações disponíveis. Com isso, essa teoria consegue indicar quando um determinado comportamento foi condicionado por fatores internos, externos, ou ambos, ao indivíduo (MARÇAL et al., 2018).

Outra teoria desenvolvida e com ampla aplicação para serviços e ambientes digitais é o Modelo Estímulo-Resposta (ER) (figura 3). De acordo com esse modelo provindo de estudos da área de psicologia, os estímulos ambientais atuam como estímulos externos, o que pode afetar as cognições e as emoções internas das pessoas. Esses fatores internos as levarão, então, a manifestar comportamentos que formam as respostas (VIEIRA, 2013). Já Gao e Bai (2014) inferem que o estímulo opera como algo que afeta a ação das pessoas. Organismos são a avaliação cognitiva das pessoas com base na experiência individual no mundo online por exemplo e é entregue na forma de fluxo, em que o fluxo é um estado psicológico que muda com a existência de certas situações e é influenciado pela interação individual da situação.

Figura 3. Framework conceitual de ER



Fonte: Adaptado de Kim et al (2018)

Na literatura existente, o modelo ER mostrou-se um quadro teórico viável para abordar o comportamento do consumidor em ambientes online. Os pesquisadores Floh e Madlberger (2013) colocam que os ambientes online são feitos para atrair e encantar seus consumidores e fornecer uma experiência de compras satisfatória. Tais iniciativas funcionam como um fluxo, ou organismo pela teoria ER, que é construído pelas variáveis de estímulo, como a adequação das informações fornecidas no site, ou seja, se as informações fornecidas são eficazes o suficiente e úteis (PRASHAR; VIJAY; PARSAD, 2017).

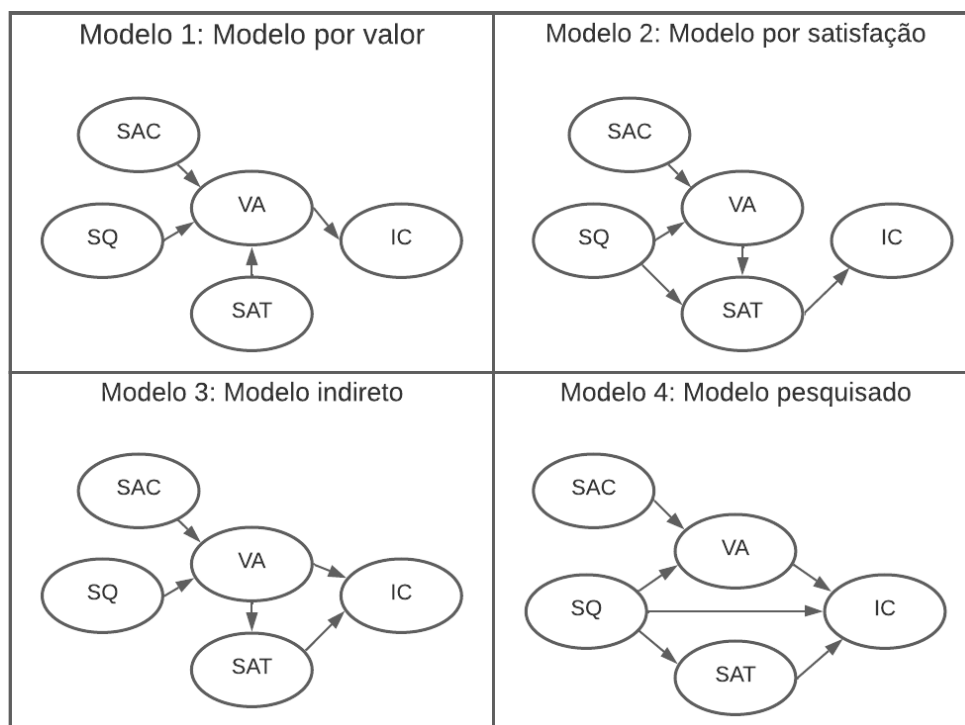
Assim, os autores Zeithaml, Berry e Parasuraman (1996) sugerem que as intenções comportamentais positivas são refletidas na habilidade do prestador de serviços de fazerem seus clientes fiéis a eles, pagarem preços maiores que o concorrente e indicarem os serviços a outros consumidores. Logo, é condizente que exista uma relação direta entre a experiência do cliente e as intenções comportamentais.

2.8 MODELOS DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO PELA PERCEPÇÃO DO CLIENTE

Existem distintos modelos conceituais que podem ser usados para avaliar o desempenho de uma empresa. Esses modelos podem ser usados em diferentes aspectos de uma empresa, como seu desempenho financeiro, operacional ou níveis de satisfação do cliente. Dessa forma, ao avaliar seu desempenho de forma regular, uma empresa pode identificar áreas onde precisa melhorar e fazer as alterações necessárias para se tornar mais bem-sucedida. Com esse propósito, pesquisadores buscam construir modelos pela perspectiva dos clientes que estejam alinhados diretamente com os objetivos da organização de compreender a relação entre qualidade do serviço, valor percebido pelo cliente, satisfação do cliente e suas intenções comportamentais.

Cronin, Brady e Hult (2000) abordam quatro modelos conceituais distintos. Tais modelos são denominados “Modelo de valor”, “Modelo de satisfação”, “Modelo indireto” e por último o proposto pelos autores denominado “Modelo pesquisado”. Esses modelos são representados na Figura 4, em que SAC (Sacrifício), SQ (Qualidade do serviço), VA (Valor percebido), SAT (Satisfação) e IC (Intenções comportamentais) são as dimensões de análise.

Figura 4. Modelos de relacionamentos competentes.



Fonte: Adaptado de Cronin, Brady e Hult (2000).

Os modelos foram construídos com base no trabalho de diversos outros pesquisadores do tema e convergem para um consenso parcial em alguns pontos. A primeira convergência está na constatação que a literatura de gestão de serviços argumenta que a satisfação do cliente é o resultado da percepção de um cliente sobre o valor recebido, onde o valor é igual ao benefício percebido em relação ao preço (HALLOWELL, 1996). Ademais, o primeiro determinante da satisfação global do cliente é a qualidade do serviço, o segundo determinante da satisfação global do cliente é o valor percebido (FORNELL et al., 1996). E por último, a satisfação do cliente é reconhecida como estando altamente associada ao "valor" e baseia-se, conceitualmente, na fusão de atributos de qualidade do serviço com atributos como o preço (ATHANASSOPOULOS, 2000).

Cronin, Brady e Hult (2020) ainda adicionam em seus estudos a existência de uma relação bivariada significativa entre todas as três variáveis e as intenções comportamentais resultantes do processo, estabelecendo uma lógica de causa-efeito entre as dimensões percebidas com o cliente com o crescimento da empresa. Os resultados apresentados pelos autores demonstram que o modelo pesquisado indica melhor ajuste comparando com os outros 3 modelos apresentados, fortalecendo a qualidade do serviço e valor percebido na formação da satisfação do cliente.

3 METODOLOGIA

A metodologia de pesquisa é o processo usado para coletar dados e informações para projetos de pesquisa. Isso inclui escolher o design de pesquisa, métodos de pesquisa e técnicas de coleta e análise de dados. A metodologia de pesquisa deve ser adaptada à pergunta de pesquisa e objetivos específicos, e deve ser eficiente e robusta o suficiente para produzir os resultados desejados. Com isso, existem diversas possibilidades metodológicas para se adaptar a cada problemática estudada. Entre eles, Cauchick (2007) destaca como as abordagens mais utilizadas na engenharia de produção o levantamento tipo survey, modelamento e simulação, pesquisa-ação e estudo de caso. Dessa forma, caracteriza-se cada uma delas como:

- Survey: Método de descrição quantitativa por levantamento de dados ou informações de uma população-alvo executado geralmente por questionário (FREITAS et al, 2000);
- Modelagem e simulação: Abordagem onde o pesquisador manipula variáveis com ou sem uso de computadores dentro de um ambiente de experimentação, que é uma abstração da realidade (CAUCHICK, 2007)
- Pesquisa-ação: Tipo de pesquisa que tem como objetivo principal a ação, ou seja, o objetivo é resolver um problema ou melhorar uma situação (TRIPP, 2005);
- Estudo de caso: Metodologia que visa adquirir conhecimento por meio da investigação empírica detalhada de um caso ou indivíduo (YIN, 2015).

Considerando as possibilidades e aspectos levantados, a metodologia mais adequada para o presente trabalho é a pesquisa-ação.

Tal abordagem combina o desenvolvimento de teorias e a resolução de problemas práticos. É uma metodologia interativa que envolve a participação do pesquisador e do grupo de sujeitos (pessoas, organizações, comunidades) com os quais ele está trabalhando e de acordo com Coghlan e Brannick (2001) é uma metodologia aplicável a qualquer área de conhecimento que se pretenda desdobrar ações no tempo para uma organização em específico, averiguar como essas ações impactam nos aspectos de um sistema e compreender o processo de mudança com a finalidade de aprender com ele gerar conhecimento teórico.

Com isso, a pesquisa-ação é uma estratégia de investigação que visa contribuir para a mudança social, educacional ou organizacional, por meio da interação do pesquisador com a

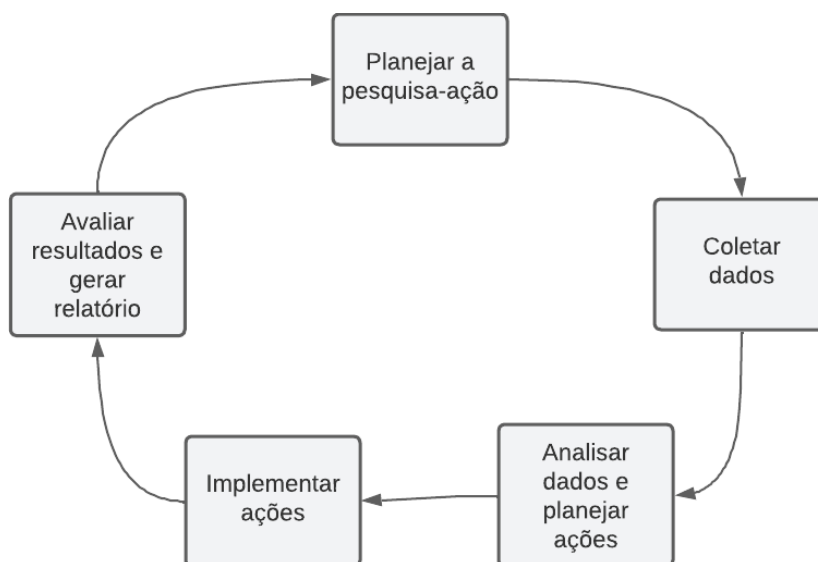
realidade social no qual ele está inserido. Segundo Koerich et al. (2009) “A pesquisa-ação visa fornecer aos pesquisadores e grupos sociais os meios de se tornarem capazes de responder com maior eficiência aos problemas da situação em que vivem, em particular sob a forma de estratégias de ação transformadora e, ainda, facilitar a busca de soluções face aos problemas para os quais os procedimentos convencionais têm contribuído pouco”.

Assim, a pesquisa-ação é uma metodologia adequada para este trabalho, pois possibilita a interação do pesquisador com os sujeitos envolvidos na pesquisa, permitindo a identificação de problemas e a busca de soluções de forma conjunta por meio da particularidade do contexto e dados coletados.

Dessa forma, a estruturação e condução de uma pesquisa-ação é discutida por autores com a apresentação de diferentes formas de execução da metodologia. Thiollent e Silva (2007) coloca que a imprevisibilidade ao longo da pesquisa sobre os acontecimentos na coleta de dados, implementação de ações e conciliação do conhecimento formal dos pesquisadores com o conhecimento empírico dos pesquisados, é preferível organizar o processo somente pelo ponto de partida e objetivo final. Os autores Kemmis e McTaggart (2007) pontuam que independente das etapas adotadas, a pesquisa-ação sempre se dará por um processo cíclico de quatro momentos essenciais: planejamento, ação, observação e reflexão.

Já Mello et al. (2012) busca organizar a condução em etapas específicas baseados nos trabalhos de Westbrook (1995), Coughlan e Coughlan (2002) e Thiollent e Silva (2007) e “cada ciclo do processo da pesquisa-ação acontece em cinco fases: planejar; coletar dados; analisar dados e planejar ações; implementar ações; avaliar resultados e gerar relatório” e colocado na Figura 5. Assim, o presente trabalho é organizado segundo as etapas apresentadas pelo autor dado ao maior detalhamento na coleta e análise dos dados, fatores fundamentais para o bom gerenciamento da pesquisa.

Figura 5. Estruturação para condução da pesquisa-ação.

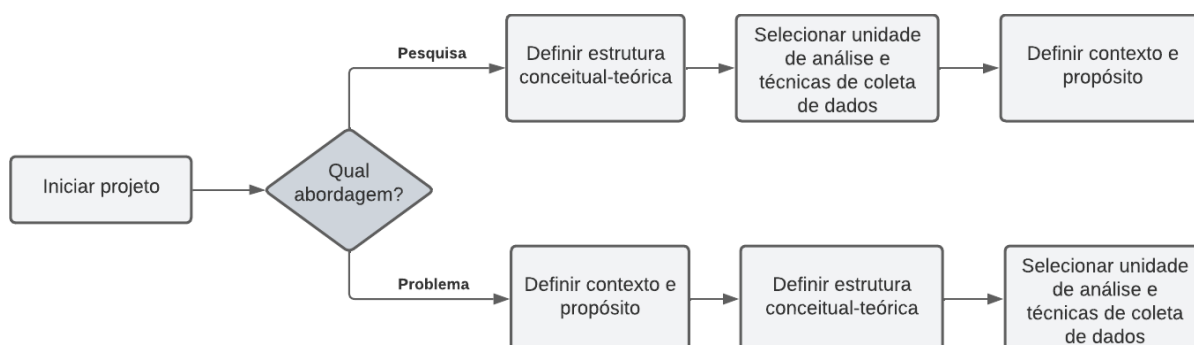


Fonte: Adaptado de Mello et al. (2012), Westbrook (1995), Coughlan e Coughlan (2002) e Thiollent (2007).

3.1 PLANEJAMENTO DA PESQUISA-AÇÃO

A primeira etapa na execução da metodologia de pesquisa-ação é focada no enquadramento do problema e seu contexto para garantir a melhor condução das etapas consequentes. Desenvolver um trabalho sem o devido planejamento pode desviar o processo para o objetivo final de encontrar uma solução condizente com a realidade dos pesquisados. Mello et al. (2012) divide essa etapa e iniciação da pesquisa e outras três fases que podem ocorrer em ordens distintas, de acordo com o início do processo descrito na Figura 6. Essas fases são: definição da estrutura conceitual-teórica, seleção da unidade de análise e técnicas de coleta de dados e definição do contexto e propósito da pesquisa.

Figura 6. Estrutura da fase de planejamento da pesquisa-ação.



Fonte: Adaptado de Mello et al (2012).

3.1.1 Iniciação da pesquisa

A pesquisa-ação é iniciada por meio do processo de determinação de um problema a ser estudado. Esse processo pode ocorrer por meio de dois modos, com o pesquisador tendo papel mais ativo ou passivo na sua origem. O primeiro acontece, principalmente quando o pesquisador já possui uma linha de pesquisa bem definida ou fundamentação teórica inicial e encontra uma lacuna da literatura sobre o tema, assim busca uma unidade de análise (organização) onde o problema pode ser resolvido cientificamente. (MELLO et al., 2012; AVISON; BASKERVILLE; MYERS, 2001).

Na segunda possibilidade de iniciação, o pesquisador é abordado por uma organização que possui um problema latente e busca uma solução por meio de uma metodologia científica. Dessa forma, o projeto parte de um tema já definido e o projeto deve ser guiado dentro do contexto da organização objeto de pesquisa. Avison, Baskerville e Myers (2001) colocam que nessa situação, o pesquisador pode ter que desenvolver a fundamentação teórica oportuna, e buscar projetos teóricos que sustentem o desenvolvimento das conclusões que o auxiliem a avançar no desenvolvimento de uma teoria.

Outro elemento importante para definição nessa fase é o nível de autoridade no projeto ao definir como o pesquisador vai se relacionar com a unidade de análise. Nesse sentido Thiollent e Oliveira (2016) colocam que a pesquisa ação pode ter vertente participativa (pesquisador e unidade de análise tomam as decisões em consenso e intensa conexão), colaborativa (pesquisador e unidade de análise atuam de forma flexível durante o processo) e intervencionista (pesquisadora atua de forma unilateral na unidade de análise).

Dessa forma, o presente trabalho se enquadra na abordagem dirigida pelo problema, pois a organização objeto de estudo trouxe para análise um problema já inicialmente identificado e com a necessidade de buscar fundamentação teórica para chegar à solução adequada. Ademais, o projeto tem características de execução participativa, em que o

pesquisador e os membros da organização realizam as etapas em conjunto, tomando decisões em consenso por meio de seminários e discussões constantes.

3.1.2 Contexto e propósito

Esta fase é caracterizada como uma etapa exploratória, consistindo em descobrir o campo de pesquisa, os interessados e suas expectativas ao receber um diagnóstico da situação do objeto de estudo. Segundo Thiollent e Silva (2007) “após o levantamento de todas as informações iniciais, os pesquisadores e os participantes estabelecem os principais objetivos da pesquisa. Os objetivos dizem respeito aos problemas considerados prioritários, ao campo de observação, aos atores e ao tipo de ação que serão focalizados no processo de investigação”. Ademais, também são constituídos os temas e a designação do problema em uma área de conhecimento específico com seus desdobramentos são discutidos com os membros da organização estudada.

Dessa forma, no presente trabalho foram utilizados seminários com o autor do presente trabalho e membros da organização objeto de estudo para o detalhamento do problema encontrado e do contexto atual da empresa detalhados posteriormente, assim como levantamento das necessidades e limitações de ambas as partes com o intuito de alinhar as expectativas. Entre os temas abordados nessa fase foram discutidos assuntos como a importância do trabalho para a organização, as atuais soluções adotadas e dificuldades do método atual.

3.1.3 Definir a estrutura conceitual teórica

Com o problema e contexto detalhados, a fase de estruturação conceitual-teórica busca organizar uma visão crítica sobre os conhecimentos pertinentes na construção de uma solução para a pesquisa-ação. Principalmente pelo levantamento de pesquisas relevantes no tema abordado por meio da fundamentação teórica. Segundo Mello et al. (2012), esse processo auxilia a análise crítica sob a forma de trabalhos publicados e exige que o pesquisador desconstrua o tema proposto em seus elementos básicos. Com isso, a crítica identifica contribuições ou deficiências na literatura. Mello et al. (2012, p. 6) ainda salienta que “o pesquisador realiza a fundamentação teórica para contextualizar e fundamentar os

problemas identificados, podendo haver um redirecionamento ou reformulação desse problema para sua adaptação ao estado da arte do conhecimento sobre o tema ou a uma lacuna identificada.”

Deste modo, a fundamentação teórica no presente trabalho atuou pela seleção de elementos importantes para tanto a contextualização do cenário atual do mercado, por meio de dos temas de transformação digital e telessaúde, como pela fundamentação de elementos teóricos na construção do modelo de avaliação, como as dimensões de qualidade de serviço e satisfação do cliente.

3.1.4 Unidade de análise e técnicas de coleta de dados

A quarta fase da pesquisa e terceira fase pela abordagem do problema na etapa de planejamento do projeto é constituída pela busca pelo pesquisador de uma organização ou ambiente para tornar seu objeto de estudo. Contudo, como a iniciação do projeto é motivada pelo problema surgido em uma organização, a unidade de análise já é definida como a própria organização. Contudo é focalizada na frente e processos de qualidade dos serviços.

Além disso, nessa etapa é realizada a definição de como os dados utilizados pela pesquisa serão coletados. Mello et al. (2012, p. 6) coloca que “o planejamento da pesquisa-ação envolve a definição das técnicas a serem empregadas na coleta de dados. E a combinação e uso de diferentes técnicas favorece a validação da pesquisa.”.

3.2 COLETA DE DADOS

Na metodologia de pesquisa-ação a coleta de dados pode ocorrer de forma estruturada e com alto nível de complexidade, por exemplo estatística operacional, relatórios financeiros e relatórios de marketing. Ou de menor complexidade como entrevistas e discussões (COUGHLAN; COUGHLAN, 2002). Já a utilização de técnicas de entrevistas coletivas nos

locais de trabalho e a entrevista individual aplicadas com questionários convencionais são os principais meios de coleta de dados para pesquisa-ação (THIOLLENT; SILVA, 2007).

No presente trabalho foi utilizado a coleta de dados principalmente primários e em dois momentos e propósitos distintos. No primeiro momento foram coletados dados qualitativos para o diagnóstico inicial do problema e para a priorização dos principais pontos de avaliação no serviço de telessaúde. Este processo foi realizado por meio de 4 seminários com os membros da organização objeto de estudo entre os meses de Junho e Agosto de 2022 e de entrevistas não estruturadas com clientes. O segundo momento de coleta de dados foi realizado na aplicação do questionário de avaliação em 73 pacientes da clínica durante o mês de outubro de 2022 para a coleta de dados prioritariamente quantitativos para abastecer o modelo de avaliação desenvolvido. Com isso, foram obtidas 17 respostas (23% de sucesso da aplicação) detalhadas posteriormente do trabalho. A aplicação do questionário foi realizada de forma virtual com a utilização da ferramenta de formulários online *Google Forms*, tal ferramenta foi escolhida por ser gratuita e os membros da organização já possuem familiaridade com ela.

3.3 ANÁLISE DE DADOS E PLANEJAMENTO DE AÇÕES

Segundo Mello et al. (2012), nessa etapa o pesquisador compila os dados coletados e os realimenta em um modelo de digestão de dados, com o objetivo de torná-los disponíveis para trabalho. Com isso, os dados coletados são inseridos em ferramentas para compilação e construção de gráficos de visualização para a extração das informações mais relevantes. Ademais, o aspecto crítico está na realização de trabalho colaborativo, tanto os pesquisadores como os membros do sistema cliente devem realizá-los juntos. Essa metodologia prevê que tanto o pesquisador como os membros da organização conseguem realizar análises mais profundas do problema, conciliando conhecimentos empíricos e formais (COUGHLAN; COUGHLAN, 2002).

Assim, com os dados disponíveis e visualizações construídas, os participantes do projeto realizaram a análise para a construção de um plano de ação. A discussão ocorreu em seminários utilizando conceitos da metodologia de resolução de problemas *Double Diamond*

(Duplo diamante), que consiste em um processo de divergência e convergência entre as etapas de: descobrir, definir, desenvolver, entregar. Como ponto de atenção, o plano de ação deve ser direcionado para transformações acionáveis na solução do problema, assim, o foco das ações durante o projeto foram para melhoria do modelo de avaliação proposto.

3.4 IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO

Com as ações de transformação estabelecidas no plano de ação, a implementação de tais atividades para o problema abordado é realizada de forma colaborativa. Contudo, no presente trabalho foi realizado principalmente ações de transformação no próprio modelo de avaliação, sendo de responsabilidade do autor do presente trabalho realizar o refinamento do modelo teórico.

Como coloca Thiollent e Silva (2007) apud Mello et al. (2012) “a ação corresponde ao que precisa ser feito (ou transformado) para realizar a solução de um determinado problema, visando ainda refinar e estender a teoria pesquisada, uma vez que os métodos qualitativos contribuem pouco na geração de novas teorias”.

3.5 AVALIAÇÃO DE RESULTADOS E GERAÇÃO DE RELATÓRIOS

Após a realização do projeto de pesquisa, deve-se analisar os resultados e eficácia do trabalho realizado. O foco deve ser em verificar se os resultados são relevantes para o projeto de pesquisa, se os resultados fornecem respostas para as questões levantadas no projeto de pesquisa e se os resultados foram atingidos dentro do prazo. Mello et al. (2012, p. 9) estabelece que “uma vez coletados todos os dados, e considerando a triangulação desses dados (várias fontes de evidência, consideradas dentro das perspectivas da teoria, do pesquisador e do objeto de estudo), o pesquisador necessita elaborar uma narrativa da pesquisa realizada.”

Essa narrativa estabelecida pelos autores pode ser retratada por meio de um relatório gerencial escrito ou painel de visualização de indicadores por meio de ferramentas de inteligência de negócios, como foi o caso do presente trabalho. Ambas as formas de sintetizar o processo e os resultados alcançados favorecem a perpetuação das transformações realizadas e os próximos ciclos de melhoria na organização. Coughlan e Coughlan (2002) considera que a avaliação é a chave para o aprendizado. Sem ela as ações são implementadas ao acaso, independentemente de sucesso ou fracasso, e assim erros tendem a se proliferar, gerando um aumento da ineficácia e da frustração.

4 DESENVOLVIMENTO DO MODELO

A literatura aborda a avaliação de desempenho em organizações de saúde prioritariamente com foco principal na prestação de serviços assistencialistas. Diversos fatores têm efeito sobre essa ênfase, contudo em suma destaca-se os fatores relacionados à busca maior de eficiência, aqueles que conseguem que as organizações ou sistemas de saúde desempenhem suas funções da melhor forma possível de acordo com suas restrições (VIACAVA et al., 2004). Hurst e Hughes (2001) estabelecem que a avaliação de desempenho se refere ao grau de alcance dos objetivos estabelecidos pela organização. Com isso, a proposição de um modelo de avaliação de desempenho para teleconsultas deve considerar o contexto da organização, seus objetivos e principais necessidades. Como a organização escolhida como objeto de estudo foi a motivação inicial do trabalho com a explanação do seu problema na avaliação de desempenho do serviço, assim foi encontrada a situação e ambiente ideais para a construção de tal modelo.

4.1 A EMPRESA

A empresa de saúde em estudo é especializada em nutrição e é composta por um profissional nutricionista, enquadrada como pequena empresa. A organização atua desde 2011 e possui histórico de atendimento médio de 42 pacientes por mês durante o ano de 2022

e está adequada para a aplicação do modelo, pois possui algumas características interessantes para o estudo.

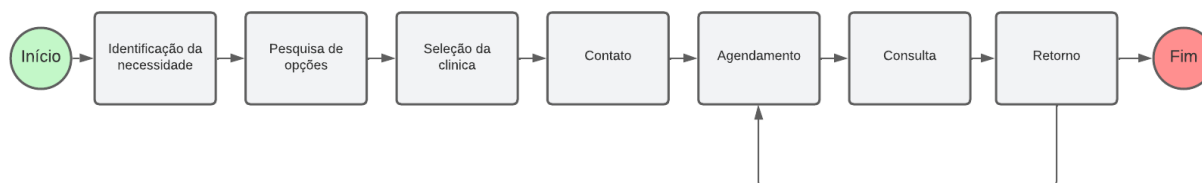
Embora esteja localizada em Florianópolis, com a pandemia de Covid-19 e o isolamento social, as consultas ocorrem exclusivamente de forma remota, isto é, a telessaúde representa 100% da operação da empresa, sendo a teleconsulta o principal produto. Ademais, essas características permitiram que a clínica expandisse suas atividades com atendimentos em 10 países e 14 estados das regiões Sul, Sudeste, Centro-Oeste e Nordeste do Brasil. Fato que possibilita ao estudo uma amostragem mais diversa, com os pacientes de culturas e características diferentes.

Dentro do planejamento estratégico, a clínica de saúde busca expandir o número de atendimentos por um modelo de sociedade com outros profissionais. Dessa forma, se torna importante a correta avaliação do desempenho do modelo de atendimento atual para futura padronização com os demais profissionais e abertura para aplicação do modelo elaborado pelo trabalho.

4.1.1 A jornada do paciente

Atualmente a principal atividade finalística da organização é a teleconsulta, representando cerca de 90% do faturamento mensal da empresa e foco no planejamento de expansão da empresa. Dessa forma, é crucial compreender a jornada do paciente dentro do serviço desempenhado. Segundo Canfield e Basso (2017) o mapa da jornada do cliente é uma das ferramentas mais utilizadas para obter conhecimento dos consumidores e suas necessidades. Por meio do mapa identifica-se os pontos de contato do cliente com a organização sob a perspectiva que o cliente possui. De forma análoga, Foresti e Oliveira (2021) definem “a jornada do paciente como um conjunto de todas as interações que influenciam as percepções do paciente em todo processo de atendimento em saúde”. Dentro do presente trabalho, o cliente é determinado como paciente, permitindo assim a extrapolação do conceito para jornada do cliente para o paciente. Com isso, o mapa da jornada do paciente pode ser visualizado na Figura 7 e segmentado em 8 etapas:

Figura 7. A jornada do paciente.



Fonte: elaborado pelo autor.

- **Identificação da necessidade:** O paciente identifica algum sintoma ou gatilho que necessita de apoio profissional;
- **Pesquisa de opções:** O paciente procura por possibilidades de atendimento por meio de serviços públicos, canais online, indicação de conhecidos, clínicas de saúde e/ou pelo plano de saúde privado de sua preferência. Nesta etapa é importante as organizações disponibilizarem as informações necessárias para a tomada de decisão do cliente;
- **Seleção da clínica:** A escolha da opção de serviço é influenciada por alguns fatores como método de atendimento, localização, reputação do serviço e o preço, contudo é motivado também por valores de estima. Esta é a principal etapa de construção de expectativa pelo cliente e onde a seleção final é realizada sobretudo pela sobreposição da expectativa de benefícios pelo sacrifício tomado;
- **Contato:** A primeira interação entre o paciente e a clínica de saúde em estudo ocorre por meio telefônico, email (correio eletrônico) ou ferramentas de comunicação instantânea em que dúvidas remanescentes são respondidas. Embora usual, esta etapa não é mandatória, com o agendamento podendo ocorrer sem o contato prévio;
- **Agendamento:** A clínica utiliza uma ferramenta especializada em autoagendamento com os pacientes optando pela melhor data e horário disponíveis;
- **Consulta:** O primeiro encontro síncrono ocorre por meio de plataformas de videoconferência e é voltado para a identificação dos problemas do paciente e formação conjunta de estratégias nutricionais a fim de alcançar os primeiros objetivos identificados tanto pelo paciente, quanto pela profissional. Entre os temas abordados, constitui-se a identificação da rotina, hábitos, os aspectos bioquímicos e antropométricos relacionados à sua saúde, objetivos, histórico de saúde e comportamento alimentar do paciente. Após a consulta o paciente recebe o plano alimentar individualizado e os materiais complementares que auxiliarão na adesão à dieta;

- Tratamento: Durante o período entre consulta e retorno o paciente passa pelo tratamento segundo as indicações e prescrições do profissional;
- Retorno: O segundo encontro é denominado retorno, um momento de validação de 30 a 40 dias após a primeira consulta. O objetivo central deste encontro é validar estratégias adotadas, ajustar o que for necessário e criar um senso de comprometimento com a jornada e com o profissional. A depender do caso, é necessário conduzir o acompanhamento nutricional prolongado, ou seja, para além de 2 encontros. Usualmente, os pacientes retornam para mais consultas agendadas durante ou após o retorno.

Dessa forma, a compreensão da jornada do paciente da empresa suporta o desenvolvimento do modelo em duas principais frentes. A primeira está na compressão integral sobre o serviço da empresa estudado e como a percepção de qualidade é construída nas etapas da jornada, dando suporte na construção e priorização das dimensões de análise selecionadas para o modelo e a priorização de itens de pesquisa. A segunda frente está no enquadramento do público-alvo da pesquisa, isto é, a aplicação do modelo deve ser realizada em um grupo selecionado de pacientes que já passaram por determinadas etapas da jornada, permitindo a análise sobre pacientes com percepções mais maduras.

4.1.2 Objetivos e necessidades

Anteriormente ao momento de intervenção pelo presente trabalho, a avaliação de desempenho na clínica pesquisada era realizada de forma informal e pouco estruturada. A forma adotada para avaliar a percepção dos pacientes e consequente desempenho era conduzida ao final das consultas por meio de um registro oral, frente ao nutricionista. O próprio profissional realizava perguntas abertas para coletar as perspectivas dos pacientes quanto ao atendimento realizado. Além desta, entre a consulta e retorno e cerca de três semanas após o primeiro atendimento era enviada uma pergunta de acompanhamento por meio de aplicativo móvel de mensagens instantâneas ou *email*, com o propósito central de criar um senso de acompanhamento ao paciente, e não necessariamente coletar métricas objetivas e direcionadas sobre a percepção dos pacientes.

Contudo esse método possui duas principais limitações para uma avaliação assertiva. A primeira limitação está na condução não anonimizada da pesquisa, onde o paciente pode se sentir exposto ou constrangido em relatar sua real percepção e relatar dados com validade limitada. A segunda limitação está associada à suas características informais e não estruturadas: os métodos anteriores não foram de grande utilidade para direcionar a conduta e assertividade da profissional, visto que não havia o método adequado de coleta e análise dos dados.

Desta forma, a dificuldade em planejar ações de melhoria e executá-las com assertividade era latente. A percepção subjetiva da profissional quanto ao valor percebido pelos pacientes era o que mais regia mudanças na conduta, postura e no serviço prestado. Assim, por meio de um seminário conduzido pelo autor do presente trabalho em conjunto da organização foi possível levantar os objetivos principais da clínica com uma avaliação de desempenho:

- Diagnosticar os principais pontos de melhoria para a melhora da percepção do cliente;
- Analisar a comunicação entre nos canais de comunicação atualmente adotados pela perspectiva dos pacientes;
- Diagnosticar a qualidade da conduta dos profissionais da clínica e seus resultados no tratamento para o paciente;
- Validar a satisfação dos clientes como predecessor à fidelização do cliente à organização;
- Analisar as intenções de recomendação dos serviços para outros, também determinado como boca-a-boca. Visto que, assegurando um serviço percebido como eficiente, aumenta-se a chance de expansão do consultório e garantir o futuro da organização.

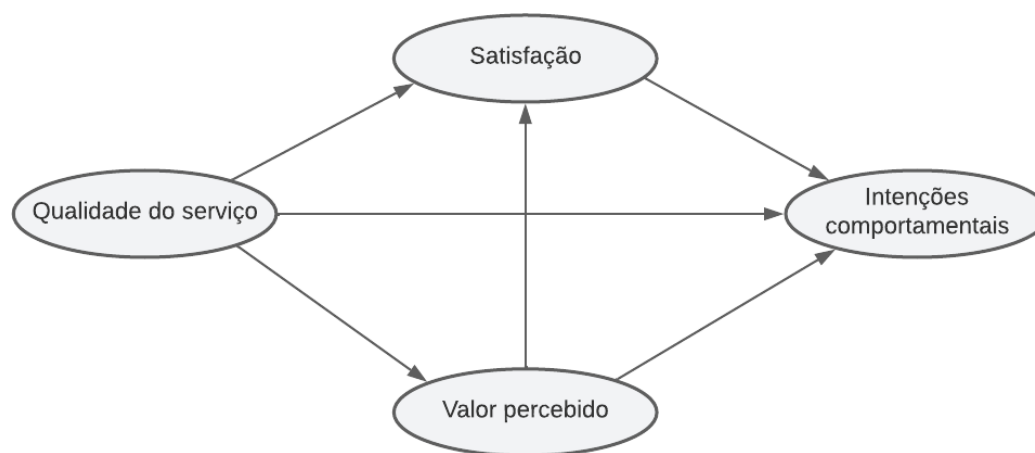
Dessa forma, o presente trabalho resolve um problema latente da empresa, qual seja, sair de um processo de avaliação informal, sem análise, para um processo organizado de avaliação e análise de dados como fonte de melhorias centradas no cliente. Assim, o modelo de avaliação contribui para um direcionamento estratégico para a empresa por meio do modelo de avaliação aplicado. Esses benefícios devem ser observados também em demais clínicas de porte semelhante e que prestam serviços prioritariamente em teleconsulta.

4.2 CONSTRUÇÃO DO MODELO

Para a construção do modelo de avaliação proposto no presente trabalho foi determinado como adequado a utilização conceitual do “modelo pesquisado” de Cronin, Brady e Hult (2020) apresentado na seção 2.8 (figura 4). Tal modelo trata das dimensões de maior valor para a empresa, assim como o relacionamento deles com o objetivo de aumentar o valor da marca pelo boca-a-boca e fidelização dos atuais clientes.

Contudo, os autores ainda salientam a possibilidade de modificar o modelo proposto de acordo com o contexto abordado e reforçam que os resultados empíricos apresentados indicam que o valor de um produto de serviço é largamente definido pelas percepções de qualidade. Assim, os consumidores de serviços parecem atribuir maior importância à qualidade de um serviço do que aos custos associados à sua aquisição (CRONIN; BRADY; HULT, 2000). Com isso, o presente trabalho propõe uma simplificação, com a supressão da dimensão sacrifício dentro do modelo conceitual, dado ao maior impacto da qualidade do serviço para o modelo e aos objetivos da organização em estudo. Tal modelo simplificado utilizado como base para o estudo pode ser visualizado na Figura 8:

Figura 8. Modelo base.



Fonte: elaborado pelo autor.

Dada a importância da qualidade do serviço se relacionando diretamente com as demais dimensões e atuando como o início do modelo de desempenho, o modelo proposto busca aprofundar a qualidade de serviço para teleconsulta pela segmentação de suas frentes de percepção pelo cliente.

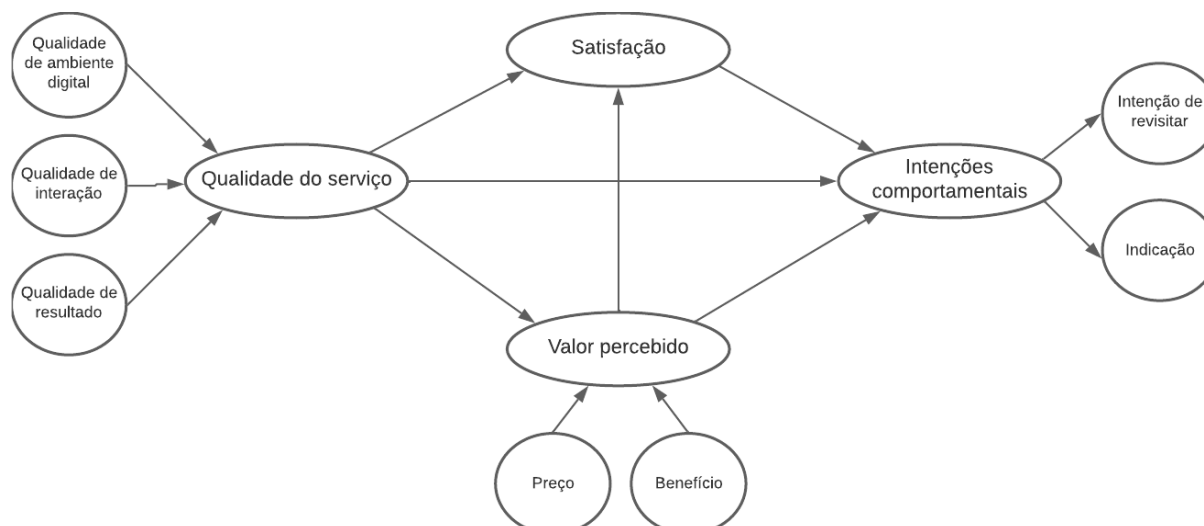
O autor Cao et al. (2022), abordado no referencial teórico (seção 2.4.1), divide a qualidade de serviço em teleconsulta em 4 partes: qualidade do sistema, qualidade estrutural, qualidade de interação e qualidade de resultado. A dimensão de qualidade do sistema engloba alguns fatores como a facilidade de uso da plataforma virtual utilizada durante a teleconsulta e qualidade de vídeo e áudio experienciados. Contudo, para a organização em estudo também é relevante a avaliação além da plataforma onde a teleconsulta ocorre, mas os canais de informação e comunicação precedentes e atuantes no começo da jornada do paciente. Dessa forma, é ampliado o conceito para dimensão de ambiente digital.

Cao et al. (2022) trazem em seu modelo ainda a qualidade da estrutura composta por indicadores pela perspectiva organizacional, como a taxa de pacientes por profissional, a rotatividade dos colaboradores e o método de cobrança. Entretanto, essa dimensão não está diretamente relacionada à perspectiva dos clientes segundo o autor, agregando pouco valor finalístico. Assim, foi desprezando momentaneamente para a construção do modelo de desempenho no presente trabalho.

De forma análoga à dimensão de qualidade do serviço, no presente trabalho são abordadas as dimensões precedentes do valor percebido com o objetivo de colocar em foco a percepção sobre o preço pago ao serviço e os benefícios associados a tal. Pois, como abordado no referencial teórico, o valor percebido é o nível de benefício de um produto ou serviço em relação ao preço pago (JOHNSON; NADER; FORNELL, 1996), sendo assim benefício e preço variáveis observáveis no modelo.

Com isso, a Figura 9 representa o modelo proposto pelo presente trabalho para a avaliação de desempenho em teleconsulta na organização em estudo.

Figura 9. Modelo proposto para avaliação de desempenho para teleconsulta.



Fonte: elaborado pelo autor.

Este modelo é constituído essencialmente pela sua parte interna (constituída pelas variáveis latentes) e sua parte externa (constituídas pelas variáveis observáveis ou indicadores). Para o presente modelo, o cálculo das variáveis latentes é realizado pela média das variáveis observáveis que a definem, exemplo:

- A “Qualidade de interação” é dada pela média dos itens que a definem no questionário de levantamento de respostas;
- O “Valor percebido” é dado pela média de “Preço” e “Benefício”.

Assim, o modelo permite a avaliação particular de cada variável, mas também compreender a avaliar o relacionamento entre as dimensões abordadas.

4.3 LEVANTAMENTO DE HIPÓTESES DE RELACIONAMENTO

Por meio do modelo pesquisado, Cronin, Brady e Hult (2000) desenha hipóteses que retratam o relacionamento entre as dimensões colocadas e valida a forte correlação entre eles, de forma que estabelece a ligação positiva entre qualidade de serviço, satisfação e valor percebido com as intenções comportamentais. E a correlação negativa entre sacrifício e satisfação.

Com isso, por meio dos estudos e teorias apresentadas na revisão da literatura e consequente do modelo proposto, foi possível fazer o levantamento das hipóteses específicas do modelo a serem testadas. Essa atividade propõe verificar a construção conceitual do modelo e formulação dos indicadores (variáveis observáveis), caso válidas as hipóteses o modelo está de acordo com o que a literatura estipula. Dessa forma, as hipóteses postuladas são:

- H1: A qualidade do serviço tem relação positiva com valor percebido;
- H2: A qualidade do serviço tem relação positiva com a satisfação;
- H3: A qualidade do serviço tem relação positiva com as intenções comportamentais;
- H4: O valor percebido tem relação positiva com a satisfação;
- H5: O valor percebido tem relação positiva com as intenções comportamentais;
- H6: A satisfação tem relação positiva com as intenções comportamentais.

Ressalte-se que estas hipóteses compõem a estrutura conceitual do modelo proposto. Por esta razão, estão sendo listadas aqui. Com isso, a próxima etapa consiste em construir o meio adequado para a coleta dos dados e abastecimento do modelo desenvolvido.

4.4 A CONSTRUÇÃO DO FORMULÁRIO

Após a proposição esquemática do modelo conceitual de desempenho para teleconsultas, foi estabelecido a aplicação de um questionário constituído por uma série de perguntas estruturadas com o objetivo de obter informações de respondentes. O motivo da escolha foi determinado pela facilidade de coletar dados primários de muitas pessoas em um curto período de tempo aliado ao baixo investimento e de tempo em comparação com outros métodos de coleta de dados, como entrevistas. E sobretudo, por permitir o acesso direto às perspectivas dos clientes sobre o tema abordado, um dos objetivos do presente trabalho. Dessa forma, Allen e Seaman (2007) reforçam que questionários são consistentemente usados para medir a qualidade, avaliar a percepção do cliente em relação à qualidade do produto ou à qualidade do serviço prestado.

Por meio de um seminário com a participação do autor do presente trabalho e a organização em estudo, foram elencados os 37 itens plausíveis de análise e enquadrados nas dimensões do modelo. Tais itens foram posteriormente priorizados de acordo com o nível de acionabilidade, isto é, itens que podem ser alterados para alcançar melhores resultados. Com isso, foram determinados 18 itens de avaliação final descritos no Quadro 2 enquadrados em suas respectivas dimensões.

Para a quantificação dos itens selecionados foi escolhida a escala de Likert. Em seu formato genérico, a escala Likert é um conjunto de afirmações (itens) oferecidos para uma situação real ou hipotética em estudo. Os participantes são solicitados a mostrar o seu nível de concordância (de discordar fortemente a concordar fortemente) com a afirmação dada (itens) em uma escala métrica. Um exemplo de pergunta genérica é “O atributo X estava de acordo com suas expectativas”. Aqui, todas as afirmações, em conjunto, revelam a dimensão específica da atitude em relação a questão, sendo, portanto, necessariamente inter-relacionadas entre si (JOSHI et al., 2015). Embora originalmente fosse constituída de

uma escala de 5 pontos, optou-se pela variação de escala com 10 pontos. Esta maior variedade de opções oferece mais independência ao participante para escolher a opção "exata" (que ele preferir) em vez de escolher uma opção "próxima" (DAWES, 2008). As perguntas realizadas para avaliação de cada item estão dispostas na Tabela 3 em suas respectivas dimensões. Tais respostas foram relacionadas aos dados cadastrais de cada paciente para conseguirmos capturar os dados populacionais da amostra.

Tabela 3. Itens de pesquisa.

Dimensão	Item
Dimensão	Encontrei as informações que precisava disponíveis nas plataformas digitais. Tive facilidade para usar a plataforma de agendamento. O uso da plataforma de videochamada foi fácil.
Qualidade de interação	As dúvidas durante a interação foram esclarecidas facilmente. A comunicação durante a experiência foi cordial. A comunicação ocorreu de forma rápida.
Qualidade dos resultados	As orientações nutricionais dadas foram claras. As orientações nutricionais estão de acordo com a minha necessidade. As orientações nutricionais me ajudaram a alcançar o resultado esperado. Os materiais de apoio (guias informacionais) foram úteis para mim.
Preço	O valor das consultas é acessível. O valor das consultas é compatível com a qualidade.
Benefício	Senti que as consultas foram personalizadas para mim. As consultas superaram minhas expectativas.
Intenção de revisitar	Acredito que encontrei um profissional compatível para mim. Pretendo voltar para mais consultas futuramente.
Indicação	Recomendaria a consulta para amigos e familiares.
Satisfação	Fiquei satisfeito com a experiência no consultório.

Elaborado pelos autores.

Dessa forma, é constituído o formulário para coleta dos dados e consequente abastecimento do modelo de avaliação proposto. As etapas seguintes abordam as formas de aplicação do formulário e utilização dos dados resultantes.

4.5 COLETA E TRATAMENTO DOS DADOS

Os dados foram coletados prioritariamente pela aplicação do questionário de avaliação com os pacientes da empresa em estudo por meio da ferramenta online *Google Formulários* e enviados individualmente por meio de *email*. Foram selecionados 73 pacientes atendidos durante os meses de julho a setembro de 2022 de acordo com dois critérios básicos; o participante teve sua jornada completa de acordo com a seção “jornada do paciente” realizando ao menos uma consulta e retorno; e a data da resposta deve ser no máximo 60 dias após a etapa de retorno. O primeiro critério foi definido para avaliar pacientes que tenham experimentado todas as etapas do serviço e formado suas perspectivas completas. O segundo critério foi adotado considerando a temporalidade das perspectivas, podendo perder clareza sobre os itens avaliados, fenômeno tratado por Macdonald et al. (2011) na seção 2.5 do presente trabalho.

Assim, a amostragem resultante foi de 17 respostas de participantes com sua descrição demográfica comparativa a população total de pacientes da clínica (Tabela 4). A preocupação na validade da amostra é um fator importante na análise quantitativa, com isso alguns autores relatam que para uma análise inicial de um modelo a obtenção de aproximadamente 10 participantes (NIESWIADOMY, 2002) ou 10% do tamanho final do estudo (LACKEY; WINGATE, 1997), a decisão final deve ser guiada pelas limitações de custo e tempo, bem como pelo tamanho e variabilidade da população. Dentro dessas premissas apresentadas pelos autores, a amostra coletada estaria de acordo, sendo 23% da população total de pacientes selecionados. E de acordo com o crescimento da amostra, é possível obter níveis de significância maiores. Avaliando a representatividade de amostra, observa-se maior paridade nas características de gênero e idade entre os respondentes e o total de pacientes. Contudo as demais características permanecem dentro de uma proporcionalidade próxima (cerca de 10%).

Note-se que o modelo em desenvolvimento é construído independentemente de características populacionais específicas, de forma a ser aplicável e permanecer relevante em outros contextos. Essa universalidade foi tratada por Cronin, Brady e Hult (2000) com estudos em aplicação em setores e populações distintas. Assim é possível expressar esse fator também para o presente modelo dentro dos limites de serviços de teleconsultas, com valores de amostra aqui representados como uma exemplificação de sua utilização.

Tabela 4. Dados dos respondentes.

Característica	Respondentes	% respondentes	% total de pacientes
Gênero			
Feminino	15	88%	81%
Masculino	2	12%	19%
UF/País			
Sul	9	53%	45%
Sudeste	4	24%	37%
Nordeste	4	12%	9%
Exterior	2	12%	7%
Idade			
< 18 anos	0	0%	2%
18 a 25 anos	2	12%	25%
26 a 30 anos	7	41%	31%
31 a 35 anos	8	47%	37%
> 35 anos	0	0	7%
Profissão			
Administrativo	3	18%	10%
Advogado	2	12%	8%
Analista de negócios	2	12%	5%
Arquiteto	1	6%	2%
Engenheiro	3	18%	13%

Estudante	3	18%	22%
Ilustrador	1	6%	2%
Professor	2	12%	6%
Outros	0	0%	32%

Fonte: elaborado pelo autor.

Para a progressão nas análises sobre as respostas, a base de dados foi extraída em formato CSV (Comma-separated values) e conectado à ferramenta Power Query para tratamento e preparação dos dados consecutivos.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Análise de dados é o processo de examinar dados para tirar conclusões sobre as informações disponíveis e pode ser usada para melhorar a tomada de decisões, otimizar processos ou simplesmente para melhor compreender um conjunto de dados. Existem muitas técnicas diferentes que podem ser usadas para analisar dados, e as técnicas apropriadas a serem usadas dependem do tipo de dados a serem analisados e das perguntas que precisam ser respondidas. Algumas técnicas comuns incluem análise descritiva e inferencial, até tipos mais sofisticados como regressão, análise de séries temporais e clusterização.

A abordagem de análise para os dados coletados no modelo proposto no trabalho consiste em duas etapas principais: análise descritiva sobre as variáveis observadas (modelo externo) e latentes (modelo interno) e análise inferencial por meio do estudo de correlação entre variáveis latentes do modelo (modelo interno) para validação das hipóteses levantadas. Para tal foi utilizado o software RStudio para realização dos cálculos estatísticos e representações gráficas pela linguagem de programação R. A escolha por essa ferramenta é motivada pela disponibilidade de ampla biblioteca de funções estatísticas e por sua adequação ao problema aqui em estudo.

4.6.1 Análise descritiva

A análise descritiva tem como característica fazer uma avaliação inicial e isolada entre as dimensões analisadas, ou mesmo seus itens. O objetivo principal é identificar os pontos de maior sucesso e prioritários a melhorar. Dessa forma, são tomados os valores de média, mediana e desvio padrão como método de avaliação. A análise pela média e mediana

agrega a perspectiva central da distribuição das respostas, logo proporciona comparar entre as variáveis quais são prioritárias na construção de planos de ação. Ambas são avaliadas, contudo a média possui a característica de ser mais sensível a outliers. O desvio padrão mede a dispersão na distribuição das respostas, agregando a análise dos itens o nível de concordância entre os pacientes sobre os respectivos pontos.

4.6.2 Análise de correlações

Para a validação das hipóteses colocadas na seção 4.5 é realizada a análise de correlação entre as variáveis relacionadas conjuntamente da análise de médias e desvio padrão observados na etapa descritiva. De modo estatístico, duas variáveis são associativas quando ambas possuem semelhanças na distribuição de suas observações. Segundo Filho e Júnior (2009), tais podem se associar a partir da distribuição das frequências ou pelo compartilhamento de variância. No caso da correlação de Pearson (r) vale esse último parâmetro, ou seja, ele é uma medida da variância compartilhada entre duas variáveis”. Assim, para uma hipótese de relacionamento entre variáveis do modelo ser validada deve possuir o valor de r mais próximo de 1, indicando alto grau de correlação. Ademais, são analisados também a estatística t , razão entre o desvio do valor estimado de um parâmetro de seu valor hipotético para seu erro padrão por meio do teste t de Student, e o valor p , a probabilidade de se obter uma estatística de teste igual ou mais extrema que aquela observada em uma amostra. A correlação de Pearson é definida pela função:

$$r = \frac{\sum_{i=1}^n (x_i - \underline{x})(y_i - \underline{y})}{\sqrt{\sum_{i=1}^n (x_i - \underline{x})^2} \cdot \sqrt{\sum_{i=1}^n (y_i - \underline{y})^2}}$$

Onde n é o número de amostras, x_i e y_i os respectivos valores das variáveis a cada medição e \underline{x} e \underline{y} as médias aritméticas de cada variável analisada na amostragem.

5 RESULTADOS

Por meio da aplicação do modelo desenvolvido foi possível coletar e analisar os dados com objetivo de suportar os objetivos do trabalho e da organização estudada. Assim, esse capítulo aborda os resultados obtidos com esse processo.

5.1 ANÁLISE DESCRITIVA

Em primeiro nível são avaliados os dados das respostas sobre os itens e calculado as variáveis latentes correspondentes a tais. Os valores da média ranking, mediana e desvio padrão das variáveis observáveis podem ser visualizados na Tabela 5. Foi determinado o valor de média ranking ou média ponderada pela frequência dada ao caráter não normal da distribuição de dados. Para o cálculo do ranking médio (RM) utilizou-se o método de análise de escala do tipo Likert apresentado por Malhotra (2001), em que são excluídos os valores extremos da escala utilizada (0 e 10 nesse caso). Os valores de desvio padrão a escala é oposta, visto que valores altos de desvio padrão são indesejados.

Dessa forma pode-se analisar dois principais itens críticos: “Encontrei as informações que precisava disponíveis nas plataformas digitais” (Média de respostas em 7,33) e “O valor das consultas é acessível” (Média de respostas em 7,40). Ambos os itens apresentaram valores altos para o desvio padrão, indicando uma dispersão maior dos dados, isto é, os respondentes possuem discordância sobre os itens. Ademais, os valores dos itens “Tive facilidade para usar a plataforma de agendamento”, “As orientações nutricionais me ajudaram a alcançar o resultado esperado” e “As consultas superaram minhas expectativas” apresentaram médias acima de 8, contudo desvio padrão alto, sendo um ponto de foco para discussão, dado que o desvio padrão é inversamente proporcional a confiabilidade a informação que a média transmite pois indica maior dispersão dos dados. Assim, os itens com maiores valores de desvio-padrão são isolados em grupos para aprofundamento por entrevistas exploratórias futuras, pois são questões sem consenso entre os respondentes.

Tabela 5. Resultados das respostas dos itens.

Dimensão	Item	Ranking Médio	Mediana	Desvio padrão
-----------------	-------------	----------------------	----------------	----------------------

Qualidade de ambiente digital	Encontrei as informações que precisava disponíveis nas plataformas digitais.	7,33	7	1,27
	Tive facilidade para usar a plataforma de agendamento.	7,62	8	1,38
	O uso da plataforma de videochamada foi fácil.	8,15	8	1,00
Qualidade de interação	As dúvidas durante a interação foram esclarecidas facilmente.	8,43	9	0,77
	A comunicação durante a experiência foi cordial.	8,33	9	0,93
	A comunicação ocorreu de forma rápida.	8,40	9	0,90
Qualidade dos resultados	As orientações nutricionais dadas foram claras.	8,45	9	0,87
	As orientações nutricionais estão de acordo com a minha necessidade.	8,45	9	0,87
	As orientações nutricionais me ajudaram a alcançar o resultado esperado.	8,15	9	1,21
	Os materiais de apoio (guias informacionais) foram úteis para mim.	8,07	8	1,18
Preço	O valor das consultas é acessível.	7,40	8	1,49
	O valor das consultas é compatível com a qualidade.	8,21	8	0,80
Benefício	Senti que as consultas foram personalizadas para mim.	8,42	9	0,86
	As consultas superaram minhas expectativas.	7,92	8	1,23
Intenção de revisitar	As consultas superaram minhas expectativas.	8,58	9	0,79
	Pretendo voltar para mais consultas futuramente	8,60	9	0,66
Indicação	Recomendaria a consulta para amigos e familiares	8,54	9	0,78

Satisfação	Fiquei satisfeito com a experiência no consultório	9,57	10	0,80
------------	--	------	----	------

Fonte: elaborado pelo autor.

Os itens avaliados cumprem o papel de indicadores das dimensões superiores no modelo, com isso a Tabela 6 apresenta os valores de média, mediana e desvio padrão para as variáveis latentes do modelo.

Avaliando os resultados das dimensões do modelo proposto consegue-se identificar como ponto crítico para discussão a Qualidade de ambiente digital e Preço com menores valores de média e mediana. Olhando para os valores de desvio padrão, as dimensões de Qualidade de ambiente digital, Preço e Indicação apresentam os maiores valores, indicando heterogeneidade entre os respondentes e/ou a presença de valores atípicos. Para isso, foi construído visualizações de gráfico diagrama de caixa (*boxplot*) que permitem analisar a distribuição dos dados por dimensão nas figuras 10 e 11, sendo que as hastes inferiores representam o valor mínimo, as hastes superiores o valor máximo (excluídos valores atípicos), o limite inferior da caixa o 1º quartil, a linha central como 2º quartil ou mediana e o limite superior da caixa o 3º quartil.

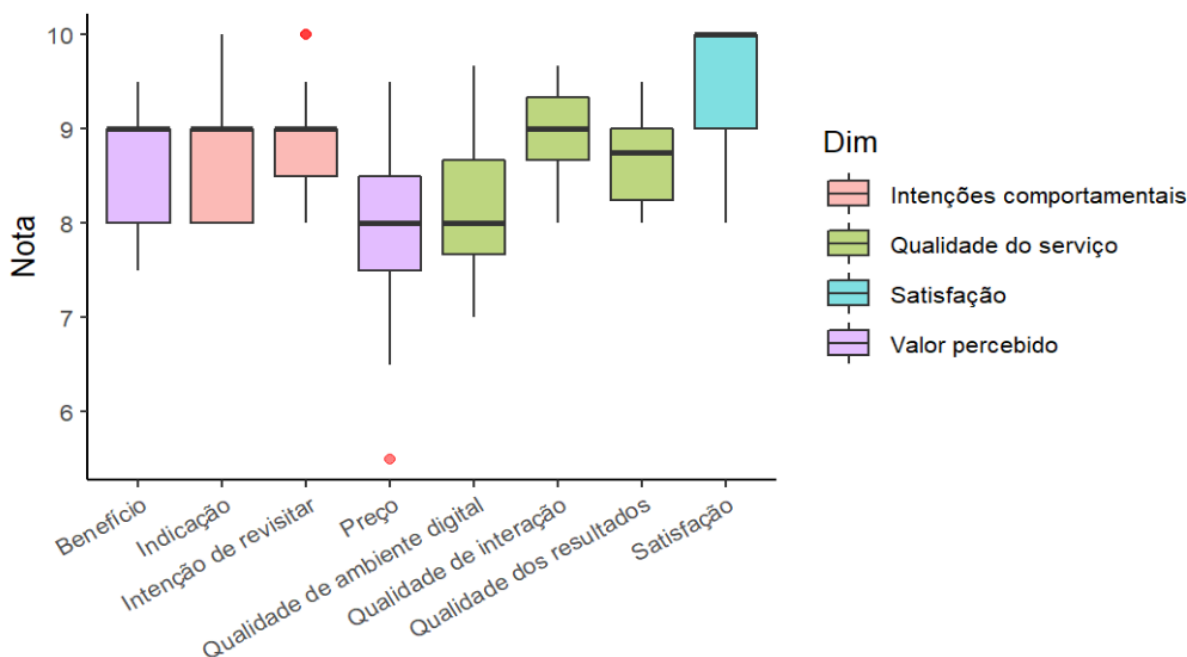
Tabela 6. Indicadores cálculos para as dimensões do modelo.

Item	Média	Mediana	Desvio Padrão
Qualidade	8,61	8,64	0,38
Qualidade do ambiente digital	8,14	8	0,75
Qualidade da interação	8,96	9	0,47
Qualidade dos resultados	8,84	8,75	0,47
Valor	8,32	8,5	0,72
Preço	8,29	8	1,02
Benefício	8,76	9	0,63
Satisfação	9,53	10	0,72
Intenções comportamentais	8,88	9	0,55
Intenção de revisitar	8,88	9	0,63
Indicação	9,21	9	0,78

Fonte: Elaborado pelo autor.

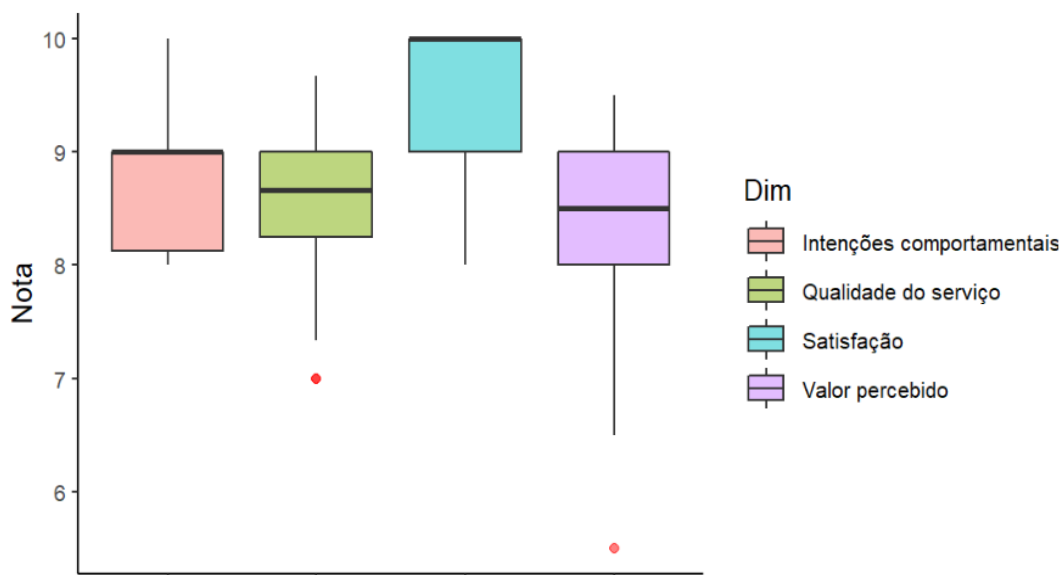
Avaliando os resultados das dimensões do modelo proposto consegue-se identificar como ponto crítico para discussão a Qualidade de ambiente digital e Preço com menores valores de média e mediana. Olhando para os valores de desvio padrão, as dimensões de Qualidade de ambiente digital, Preço e Indicação apresentam os maiores valores, indicando heterogeneidade entre os respondentes e/ou a presença de valores atípicos. Para isso, foi construído visualizações de gráfico diagrama de caixa (*boxplot*) que permitem analisar a distribuição dos dados por dimensão nas figuras 10 e 11, sendo que as hastes inferiores representam o valor mínimo, as hastes superiores o valor máximo (excluídos valores atípicos), o limite inferior da caixa o 1º quartil, a linha central como 2º quartil ou mediana e o limite superior da caixa o 3º quartil. O uso do Boxplot é dado no presente trabalho somente para a visualização das possíveis anomalias nas respostas originais, anteriormente ao cálculo do ranking médio.

Figura 10. Boxplot de dimensões do modelo externo.



Fonte: Elaborado pelo autor.

Figura 11. Boxplot de dimensões do modelo interno.



Em ambos os gráficos se observa a influência de valores atípicos ou *outliers* no conjunto de dados. Esse fenômeno implica prejuízos para a interpretação dos resultados dos testes estatísticos, assim são usualmente retirados ou analisados separadamente. Para o presente trabalho, optou-se por manter estas informações durante a etapa de análise descritiva pois são representantes diretos da percepção de clientes específicos e podem revelar uma conclusão importante. Contudo, retirou-se para a realização das análises de correlações entre as dimensões, com objetivo de retratar de forma mais assertiva a relação real entre as dimensões, principalmente em uma amostragem pequena, com um outlier possuindo forte influência da distorção dos resultados.

5.2 CORRELAÇÃO ENTRE AS DIMENSÕES

A análise inferencial por correlação permite validar as hipóteses postuladas avaliando a correlação (r) entre as dimensões comparadas e seu grau de significância (*valor p*). A correlação é indicada pela correlação de Pearson, variando seu valor entre 0 e 1. Para os autores Dancey e Reidy (2005), uma classificação adequada entre os valores do coeficiente seria: $r = 0,10$ até $0,40$ (fraco); $r = 0,40$ até $0,6$ (moderado); $r = 0,60$ até 1 (forte).

O grau de significância representado pelo *valor p* representa a probabilidade dos dados encontrados serem representativos em sua população. Assim quanto menor o seu valor, maior a confiança em validar ou rejeitar a hipótese. De forma análoga, valores altos do valor p indicam que a hipótese não pode ser rejeitada, ou seja é inconclusivo pelo tamanho da

amostra (FILHO; JÚNIOR, 2009). Em análises sobre variáveis representando comportamentos ou opiniões do público, é comum adotar três diferentes patamares para analisar o valor p: 0,1 (significativo no nível de 10%); 0,05 (significativo no nível de 5%) e 0,01 (significativo no nível de 1%) (FILHO; JÚNIOR, 2009).

Com isso, foram calculados os respectivos valores do coeficiente de correlação de Pearson (r) e o valor p para cada hipótese (Tabela 7).

Tabela 7. Análise de validação das hipóteses.

Hipótese	Relação	Validação	<i>r</i>	Valor p
H1	Qualidade - Valor percebido	Inconclusiva	0,08	0,65
H2	Qualidade - Satisfação	Inconclusiva	0,13	0,61
H3	Qualidade - Intenções comportamentais	Inconclusiva	0,09	0,72
H4	Valor percebido - Satisfação	Inconclusiva	0,38	0,13
H5	Valor percebido - Intenções comportamentais	Validada	0,55	0,02
H6	Satisfação - Intenções comportamentais	Validada	0,62	0,02

Fonte: Elaborado pelo autor.

Conseguimos inferir que devido a grau de significância, consequência da amostra ainda baixa, as hipóteses H5 e H6 podem ser validadas com graus de significância diferentes, as demais foram dadas inconclusivas dada ao alto valor p encontrado. A hipótese H5 apresenta uma correlação de 0,55, considerada moderada, e H6 apresenta correlação de 0,62, dada como correlação forte.

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, faz-se breve análise dos resultados obtidos com aplicação do modelo proposto.

6.1. RESULTADOS EM TERMOS DE DIAGNÓSTICO DA ORGANIZAÇÃO

Os resultados da aplicação do modelo de avaliação de desempenho desenvolvido apresentados na seção anterior indicam um instrumento de análise relevante sobre os objetivos e necessidades estipulados pela empresa. De forma direta ou indireta, o modelo trouxe melhor compreensão sobre a situação atual da empresa, atuando na resolução dos problemas latentes da empresa.

A primeira necessidade estipulada em conjunto a empresa, abordada na seção 4.1.2, relatava a falta de um método formalizado e sistematizado para realizar análises quantitativas sobre o serviço da empresa, sobretudo com a perspectiva dos clientes construindo o direcionamento estratégico da empresa. Para tal o modelo apresentou um avanço substancial no processo de avaliação gerencial. O método utilizado permite que a empresa faça um diagnóstico sobre os principais pontos de melhoria em busca da excelência do serviço e de maior impacto para o futuro da organização.

Por meio da análise descritiva sugerida, a organização consegue priorizar pontos específicos para aprofundamento e construção de linhas de ação. No caso da empresa objeto de estudo, observa-se um problema latente na percepção dos clientes sobre dois pontos específicos: percepção de acessibilidade de preço e da qualidade do ambiente digital proporcionado. Em ambos os pontos de foco, observa-se tanto valores de média e mediana inferiores, com o valor de desvio padrão mais alto que os demais, indicando que existe um grupo de clientes específico relatando notas menores para esse item. Assim, podem ser desenhadas linhas de ação focalizadas nesse perfil de pacientes.

Para a melhora na percepção sobre o preço, foram propostas melhorias sobre: a oferta de novos métodos de pagamento, sobretudo com a possibilidade de parcelamento e a oferta de “pacotes de consultas” com valores inferiores, possibilitando a redução unitária sobre cada consulta, contudo aumentando a possibilidade de fidelização dos pacientes.

Sobre a percepção de qualidade do ambiente digital, foram desenvolvidos os seguintes planos de ação: evolução do *website* da empresa, agregando novas ferramentas de análise da interação dos visitantes na página e embarcando no próprio website a ferramenta

de auto agendamento (anteriormente os visitantes eram direcionados para uma página externa).

Ademais, as necessidades levantadas seguintes da empresa são de caráter específico na análise sobre a interação entre os canais de comunicação atuais da empresa e diagnosticar a qualidade da consulta dos profissionais da clínica e seus resultados no tratamento para o paciente. Para tal foram selecionados itens específicos para avaliação no formulário aplicado. Ambos os pontos apresentam boas notas e conformidade em suas distribuições no resultado apresentado anteriormente. Esta conclusão sugere o monitoramento constante pela empresa.

As demais necessidades estabelecidas estão relacionadas a relação entre as dimensões de análise, e relatadas no levantamento de hipóteses específicas sobre o modelo na seção 4.3. Embora o presente trabalho considere os 6 relacionamentos entre as dimensões, é foco de interesse para a empresa objeto de estudo a relação entre satisfação e intenções comportamentais dos pacientes, dado que é um indicador de futuras indicações e fidelização dos pacientes. Com isso, embora o presente trabalho tenha coletado uma amostragem limitada a 17 respondentes, já foi possível identificar uma correlação forte (coeficiente de Pearson em 0,62) entre as essas dimensões, validando a importância identificada no referencial teórico da satisfação do paciente com o sucesso das organizações. Além desta, a relação positiva entre valor percebido e intenções comportamentais (coeficiente de Pearson em 0,55) também é identificada, agregando uma informação interessante e fortalecendo os esforços nos pontos de melhoria propostos anteriormente. Porém para as demais relações a amostragem ainda é pequena, restringindo a análise conclusiva sobre os efeitos de cada dimensão na satisfação ou nas intenções comportamentais.

6.2 RESULTADOS E TERMOS DE MELHORIAS PARA A ORGANIZAÇÃO

O presente trabalho é fundado em uma metodologia incremental, onde as atividades devem ocorrer em ciclos de planejamento, ação, análise e melhoria. Assim, esse capítulo propõe discutir melhorias ou os próximos passos tomados para o desenvolvimento de um modelo mais robusto a cada ciclo de aprendizado. Tais melhorias foram enquadradas em duas frentes principais.

Em um primeiro nível, o presente trabalho ficou limitado ao tamanho da amostragem coletada. Embora já tenha sido possível alcançar objetivos importantes, o enriquecimento da base de dados permitiria ampliar o escopo de análises e introduzir novos conhecimentos a empresa e sobre a adequação do próprio modelo. Com isso, é proposto como melhoria o estabelecimento de um processo constante de aplicação do formulário embarcado ao final da etapa de retorno, abordado na seção 4.1.2 ou a etapa correspondente de acordo com a organização estudada. Assim, é possível fazer de maneira sistemática as compilações com períodos de avaliação determinados, por exemplo a cada trimestre. Dessa forma, é agregado o mesmo nível de temporalidade da percepção nos dados coletados, isto é, a base de dados será composta de respostas de clientes capturadas em um período semelhante em relação ao serviço prestado. E atuando mais próximo de indicadores transacionais, não relacionais. Ademais, o modelo pode evoluir para a coleta tanto de dados quantitativos, como também qualitativos, sobretudo com perguntas estruturadas sobre pontos críticos identificados na avaliação precedente ou outros objetivos colocados por aquele período.

A segunda frente de melhorias está na evolução de métodos mais robustos para as análises de dados. A literatura aborda algumas possibilidades como utilização de algoritmos de regressão ou clusterização, contudo é amplamente adotado a aplicação de Modelagem de Equações Estruturais (Structural equation modeling – SEM). Esse método é utilizado para “testar redes diretas e indiretas de relações causais teóricas de conjuntos de dados complexos com variáveis dependentes e independentes intercorrelacionadas” (Lamb et al., 2014). Assim, o uso de SEM verificar o ajuste do modelo aos dados e os níveis de significância para as relações hipotetizadas entre os construtos do estudo, atestando ou não o seu potencial de veracidade (BYRNE, 2013). Com isso, atribui à análise sobre a confiança do próprio modelo, garantindo que os dados abordados são relevantes para o direcionamento estratégico da empresa.

7 CONCLUSÃO

Este capítulo abordará o cumprimento dos objetivos levantados para o presente trabalho e o nível de sucesso alcançado. Além disso, serão levantadas sugestões de futuras pesquisas relacionadas ao tema do trabalho.

O trabalho iniciou com a estipulação do objetivo geral como a estruturação de um modelo de avaliação de desempenho para a prática de teleconsultas por pequenas clínicas de saúde, tendo como referência a perspectiva dos pacientes. Dessa forma, foram selecionados cinco objetivos específicos para suportar o objetivo geral.

O primeiro objetivo específico é avaliar a situação atual e as perspectivas mais imediatas para o setor de telessaúde. Para tal, foi construído um referencial teórico para compreender o histórico e contexto atual de programas de telessaúde e teleconsulta, por meio do estudo de literatura sobre transformação digital no setor da saúde e como qualidade do serviço, valor percebido e satisfação do cliente abordam esse setor.

O segundo objetivo estipula avaliar as dimensões percebidas pelo consumidor durante o serviço de teleconsulta. Para tal, o desenvolvimento do modelo baseado nos tópicos abordados no referencial teórico possibilitou a seleção das principais dimensões experienciadas, com o devido alinhamento ao direcionamento estratégico da empresa.

O terceiro e quarto objetivos abordam a aplicação e análise do modelo desenvolvido. Sendo respectivamente: desenvolver e aplicar métodos de coleta e interpretação de informações envolvidas no processo; e definir e aplicar indicadores da qualidade e da produtividade como base do modelo de avaliação proposto. Para tanto, o desenvolvimento do modelo foi realizado por meio da construção de variáveis latentes atuando como indicadores de qualidade, que em conjunto formam a qualidade geral sobre o serviço.

Por fim, o quinto objetivo específico estabelece a proposição de melhoria em termos de eficiência e eficácia dos serviços oferecidos. No presente trabalho, foi abordado a eficiência e eficácia sobre a perspectiva do cliente, de forma que está diretamente ligado em ampliar a percepção de qualidade, valor e satisfação do cliente. Para tal, foi abordado um capítulo de análise dos resultados de um ciclo de aplicação do modelo com a proposição de pontos de melhoria. Contudo o tamanho da amostra coletada limitou proposições mais aprofundadas.

Com isso, conclui-se que os objetivos do presente trabalho foram alcançados. A metodologia utilizada permitiu um modelo conceitual e aplicabilidade adequadas ao contexto de teleconsultas, sendo testada na empresa objeto de estudo e gerando informações importantes para a avaliação do desempenho da mesma.

Considerando a perspectiva sobre a contribuição da pesquisa à academia, o presente trabalho tem aplicações sobretudo para a área de Engenharia de Qualidade, por adaptar modelos conceituados de outros setores para as particularidades de pequenas clínicas de saúde atuando com teleconsulta. Assim, permite o suporte acadêmico a essas organizações que desempenham fator crucial no sistema de saúde. Contudo, existem limitações sobre os resultados do presente trabalho, por exemplo os vieses de resposta sobre os respondentes e o próprio perfil dos pacientes da clínica que podem variar de acordo com a empresa adotante.

Para futuros trabalhos no tema, aconselha-se um ciclo de coleta de dados mais longos ou intenso, permitindo amostras maiores. Por meio de uma base de dados mais robusta se possibilita análises mais aprofundadas sobre as dimensões de análises e eventual significância nas informações extraídas, como indicadores de confiabilidade do questionário, por exemplo através do alpha de Cronbach. Ademais, pode ser potencialmente relevante a comparação de resultados estudados em áreas distintas da saúde atuando em teleconsultas e adaptabilidade do modelo além da perspectiva dos pacientes, mas também dos profissionais prestadores do serviço.

O presente trabalho também procurou contribuir com o desenvolvimento das capacidades de pesquisa do seu autor, instigando no aprofundamento do tema de qualidade, e na sociedade, visto que busca suportar o desenvolvimento de organizações mais condizentes com as necessidades do mercado e preocupadas com o atender as necessidades das pessoas.

8 REFERÊNCIAS

AGARWAL, Guodong Gao Ritu; DESROCHES, Catherine; JHA, Ashish K.. **Research Commentary: The Digital Transformation of Healthcare: Current Status and the Road Ahead.** Information Systems Research, v. 4, n. 21, p. 796-809, dez. 2010.

AGNIHOTRI, Shruti; KORALNIK, Igor J. **Training for a Neurology Career in a Rare Disease: The Role of “Cyberconsults”.** Annals of neurology, v. 77, n. 5, p. 738, 2015.

AJZEN, Icek. The theory of planned behavior. **Organizational Behavior And Human Decision Processes**, [S.L.], v. 50, n. 2, p. 179-211, dez. 1991. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-t](http://dx.doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-t).

ALBERT, Steven M.; AGIMI, Yll; MARTICH, G. Daniel. **Interest in mental health care among patients making eVisits.** Am J Manag Care, v. 21, n. 12, p. 1-6, 2015.

ALLEN, I. Elaine; SEAMAN, Christopher A. **Likert scales and data analyses.** Quality progress, v. 40, n. 7, p. 64-65, 2007.

ALPAR, Paul; DRIEBE, Thomas. **Motivation of Physicians to Use and Recommend Apps for the Treatment of Haemophilia.** Inquiry: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing, [S.L.], v. 58, jan. 2021. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/00469580211047752>.

ANAND, Vijay, SELVARAJ. **The Impact of Service Quality on Customer Satisfaction and Loyalty in Indian Banking Sector: An Empirical Study through SERVPERF.** International Journal Of Management And Business Research, India, v. 2, n. 2, p. 151-163, ago. 2012.

ANGELOVA, Biljana; ZEKIRI, Jusuf. **Measuring Customer Satisfaction with Service Quality Using American Customer Satisfaction Model (ACSI Model).** International Journal Of Academic Research In Business And Social Sciences, [S.L.], v. 1, n. 3, p. 27, 2011. Human Resources Management Academic Research Society (HRMARS). <http://dx.doi.org/10.6007/ijarbss.v1i2.35>.

ARMITAGE, Christopher J.; CHRISTIAN, Julie. **From attitudes to behaviour: Basic and applied research on the theory of planned behaviour.** Current psychology, v. 22, n. 3, p. 187-195, 2003.

ATHANASSOPOULOS, Antreas D.. **Customer Satisfaction Cues To Support Market Segmentation and Explain Switching Behavior.** Journal Of Business Research, [S.L.], v. 47, n. 3, p. 191-207, mar. 2000. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0148-2963\(98\)00060-5](http://dx.doi.org/10.1016/s0148-2963(98)00060-5).

AVISON, David; BASKERVILLE, Richard; MYERS, Michael. **Controlling action research projects.** Information technology & people, 2001.

BANKS, Jon et al. **Use of an electronic consultation system in primary care: a qualitative interview study.** British Journal of General Practice, v. 68, n. 666, p. e1-e8, 2018.

BARGER, Patricia B.; GRANDEY, Alicia A. **Service with a smile and encounter satisfaction:** Emotional contagion and appraisal mechanisms. *Academy of management journal*, v. 49, n. 6, p. 1229-1238, 2006.

BARLOW, J. et al. **What are the benefits of home telecare for frail elderly people and those with long-term conditions?** A systematic review of the evidence. *Journal for Telecare and Telemedicine*, v. 13, n. 3, 2007.

BYRNE, Barbara M. **Structural equation modeling with Mplus:** Basic concepts, applications, and programming. routledge, 2013.

BLUT, Markus. **E-service quality:** development of a hierarchical model. *Journal of Retailing*, v. 92, n. 4, p. 500-517, 2016.

BLUT, Markus; CHOWDHRY, Nivriti; MITTAL, Vikas; BROCK, Christian. **E-Service Quality:** a meta-analytic review. *Journal Of Retailing*, [S.L.], v. 91, n. 4, p. 679-700, dez. 2015. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jretai.2015.05.004>.

BRASIL. Lei Nº 13.989, de 15 de Abril de 2020. Dispõe sobre o uso da telemedicina durante a crise causada pelo coronavírus (SARS-CoV-2). 2020 Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/L13989.htm

BRASIL. Portaria Nº 35, de 4 de Janeiro de 2007. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde. 2007 Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0035_04_01_2007_comp.html

BRASIL. Projeto de Lei PL 1998/2020. Autoriza e define a prática da telemedicina em todo o território nacional. 2020 Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=1883996.

CAETANO, Rosângela et al. **Desafios e oportunidades para telessaúde em tempos da pandemia pela COVID-19:** uma reflexão sobre os espaços e iniciativas no contexto brasileiro. *Cadernos de saúde pública*, v. 36, 2020.

CANFIELD, Daniel de Salles; BASSO, Kenny. **Integrating satisfaction and cultural background in the customer journey:** A method development and test. *Journal of International Consumer Marketing*, v. 29, n. 2, p. 104-117, 2017.

CAO, Yingdong et al. **Evaluation Model of Telemedicine Service Quality Based on Machine Sensing Vision.** *EAI Endorsed Transactions on Pervasive Health and Technology*, v. 8, n. 3, p. e5-e5, 2022.

CARRILLO DE ALBORNOZ, Sara; SIA, Kah-Ling; HARRIS, Anthony. **The effectiveness of teleconsultations in primary care:** systematic review. *Family Practice*, v. 39, n. 1, p. 168-182, 2022.

CATAPAN, Soraia de Camargo; CALVO, Maria Cristina Marino. **Teleconsulta:** uma revisão integrativa da interação médico-paciente mediada pela tecnologia. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 44, 2020.

CAUCHIK,, Paulo Augusto. **Estudo de caso na engenharia de produção**: estruturação e recomendações para sua condução. Production, [S.L.], v. 17, n. 1, p. 216-229, abr. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-65132007000100015>

COGHLAN, David; BRANNICK, Teresa. **Doing Action Research in Your Own Organization**. In: Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research. 2001.

COUGHLAN, Paul; COGHLAN, David. **Action research for operations management**. International journal of operations & production management, 2002.

CRONIN, J. Joseph; BRADY, Michael K.; HULT, G. Tomas M. **Assessing the effects of quality, value, and customer satisfaction on consumer behavioral intentions in service environments**. Journal of retailing, v. 76, n. 2, p. 193-218, 2000.

CRONIN, J. Joseph; TAYLOR, Steven A. **SERVPERF versus SERVQUAL**: reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality. Journal of marketing, v. 58, n. 1, p. 125-131, 1994.

DABHOLKAR, Pratibha A.; THORPE, Dayle I.; RENTZ, Joseph O.. **A measure of service quality for retail stores**: scale development and validation. Journal Of The Academy Of Marketing Science, [S.L.], v. 24, n. 1, p. 3-16, dez. 1996. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1007/bf02893933>.

DAWES, John. **Do data characteristics change according to the number of scale points used?** An experiment using 5-point, 7-point and 10-point scales. International journal of market research, v. 50, n. 1, p. 61-104, 2008.

FILHO, Dalson Britto; JÚNIOR, José Alexandre Silva. **Desvendando os Mistérios do Coeficiente de Correlação de Pearson (r)**. Revista Política Hoje, v. 18, n. 1, p. 115-146, 2009.

FLODGREN, Gerd et al. **Interactive telemedicine**: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database of Systematic Reviews, n. 9, 2015.

FLOH, Arne; MADLBERGER, Maria. **The role of atmospheric cues in online impulse-buying behavior**. Electronic Commerce Research And Applications, [S.L.], v. 12, n. 6, p. 425-439, nov. 2013. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.elerap.2013.06.001>.

FORÉSTI, Teofanes; OLIVEIRA, Branca Freitas de. **Design em serviços de saúde**: a jornada do paciente. Nunez, Gustavo Javier Zani; Oliveira, Geísa Gaiger de (Orgs.). Design em pesquisa: vol 4. Porto Alegre: Marcavíual, 2021. p. 260-273, 2021.

FORNELL, Claes; MORGESON III, Forrest V.; HULT, G. Tomas M. **Stock returns on customer satisfaction do beat the market**: Gauging the effect of a marketing intangible. Journal of Marketing, v. 80, n. 5, p. 92-107, 2016.

FORNELL, Claes et al. **The American customer satisfaction index: nature, purpose, and findings.** Journal of marketing, v. 60, n. 4, p. 7-18, 1996.

FREITAS, Henrique et al. **O método de pesquisa survey.** Revista de Administração da Universidade de São Paulo, v. 35, n. 3, 2000.

GAO, Lingling; BAI, Xuesong. **A unified perspective on the factors influencing consumer acceptance of internet of things technology.** Asia Pacific Journal Of Marketing And Logistics, [S.L.], v. 26, n. 2, p. 211-231, 8 abr. 2014. Emerald. <http://dx.doi.org/10.1108/apjml-06-2013-0061>.

GREENHALGH, Trisha et al. **Real-world implementation of video outpatient consultations at macro, meso, and micro levels: mixed-method study.** Journal of medical Internet research, v. 20, n. 4, p. e9897, 2018.

HALLOWELL, Roger. **The relationships of customer satisfaction, customer loyalty, and profitability: an empirical study.** International journal of service industry management, 1996.

HEINZELMANN, Paul J; LUGN, Nancy e; KVEDAR, Joseph C. **Telemedicine in the future.** Journal Of Telemedicine And Telecare, [S.L.], v. 11, n. 8, p. 384-390, dez. 2005. SAGE Publications. <http://dx.doi.org/10.1177/1357633x0501100802>.

HESS, Thomas et al. **Options for formulating a digital transformation strategy.** MIS Quarterly Executive, v. 15, n. 2, 2016.

HOM, Willard. **An Overview of Customer Satisfaction Models.** 2000.

HURST, Jeremy; HUGHES, Melissa. **Performance measurement and performance management in OECD health systems.** 2001.

JOHNSON, Michael D.; NADER, Georg; FORNELL, Claes. **Expectations, perceived performance, and customer satisfaction for a complex service: The case of bank loans.** Journal of Economic Psychology, v. 17, n. 2, p. 163-182, 1996.

JOSHI, Ankur et al. **Likert scale: Explored and explained.** British journal of applied science & technology, v. 7, n. 4, p. 396, 2015.

IACOBUCCI, Gareth. **Stop rollout of online consultations until there is evidence of benefit to patients, say LMCs.** 2017.

KAMSU, Bernard; FOGUEM, Clovis. **Telemedicine and mobile health with integrative medicine in developing countries.** Health Policy and Technology, v. 3, n. 4, p. 264-271, 2014.

KEMMIS, Stephen; MCTAGGART, Robin. **Communicative action and the public sphere.** The Sage handbook of qualitative research, p. 559-603, 2007.

KICKBUSCH, Ilona et al.. **The Lancet and Financial Times Commission on governing health futures 2030: growing up in a digital world.** The Lancet, [S.L.], v. 398, n. 10312, p.

1727-1776, nov. 2021. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(21\)01824-9](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(21)01824-9).

KOERICH, Magda Santos et al. **Pesquisa-ação**: ferramenta metodológica para a pesquisa qualitativa. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 11, n. 3, 2009.

LACKEY, Nancy R.; WINGATE, Anita L. **The Pilot Study**: One Key. Advanced design in nursing research, v. 375, 1997.

LAMB, Eric G. et al. Spatially explicit structural equation modeling. Ecology, v. 95, n. 9, p. 2434-2442, 2014.

LEE, Simin Gharib et al. **Disruptive and Sustaining Innovation in Telemedicine**: A Strategic Roadmap. NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery, v. 2, n. 6, 2021.

LI, Chun; YANG, Yanling; REN, Linzhu. **Genetic evolution analysis of 2019 novel coronavirus and coronavirus from other species**. Infection, Genetics and Evolution, v. 82, p. 104285, 2020.

LOPES, Humberto Elias Garcia; PEREIRA, Camila Cristina de Paula; VIEIRA, Ana Flávia Santos. **Comparação entre os modelos norte-americano (ACSI) e europeu (ECSI) de satisfação do cliente**: um estudo no setor de serviços. RAM. Revista de Administração Mackenzie, v. 10, p. 161-187, 2009.

MACDONALD, Emma K. et al. **Assessing value-in-use**: A conceptual framework and exploratory study. Industrial Marketing Management, v. 40, n. 5, p. 671-682, 2011.

MALDONADO, Jose Manuel Santos de Varge; MARQUES, Alexandre Barbosa; CRUZ, Antonio. **Telemedicine**: challenges to dissemination in brazil. Cadernos de Saúde Pública, [S.L.], v. 32, n. 2, 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00155615>.

MARÇAL, Ronan Reis et al. **Fatores Determinantes na Escolha da Carreira Acadêmica em Contabilidade**: uma Visão de Mestrandos em Ciências Contábeis sob a Luz da Teoria do Comportamento Planejado. Revista Evidenciação Contábil & Finanças, v. 6, n. 3, p. 4-20, 2018.

MALHOTRA, Naresh. **Pesquisa de Marketing: uma orientação aplicada**. Porto Alegre: Bookman, 2001

MELLO, Carlos Henrique Pereira et al. **Pesquisa-ação na engenharia de produção**: proposta de estruturação para sua condução. Production, v. 22, p. 1-13, 2012.

MOUNT, Michael; ILIES, Remus; JOHNSON, Erin. **Relationship of personality traits and counterproductive work behaviors**: The mediating effects of job satisfaction. Personnel psychology, v. 59, n. 3, p. 591-622, 2006.

OLIVER, Richard L.; RUST, Roland T.; VARKI, Sajeew. **Customer delight**: foundations, findings, and managerial insight. Journal of retailing, v. 73, n. 3, p. 311-336, 1997.

OTTO, Ashley S.; SZYMANSKI, David M.; VARADARAJAN, Rajan. **Customer satisfaction and firm performance: insights from over a quarter century of empirical research.** Journal of the Academy of Marketing science, v. 48, n. 3, p. 543-564, 2020.

PARASURAMAN, Anantharanthan; ZEITHAML, Valarie A.; BERRY, Leonard L. **A conceptual model of service quality and its implications for future research.** Journal of marketing, v. 49, n. 4, p. 41-50, 1985.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, A. V.; BERRY, L. L. **SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality.** Journal Of Retailing, [s. l], v. 1, n. 64, p. 12-40, 1988.

PEIXOTO, Marcus Rodrigues; FERREIRA, Jorge Brantes; OLIVEIRA, Laís. **Drivers for Teleconsultation Acceptance in Brazil: Patients' Perspective during the COVID-19 Pandemic.** Revista de Administração Contemporânea, v. 26, 2021.

PENA, Mileide Morais et al. **The use of the quality model of Parasuraman, Zeithaml and Berry in health services.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 47, p. 1227-1232, 2013.

PRASHAR, Sanjeev; VIJAY, T.; PARSAD, Chandan. **Effects of online shopping values and website cues on purchase behaviour: A study using S–O–R framework.** Vikalpa, v. 42, n. 1, p. 1-18, 2017.

REEVES, Carol A.; BEDNAR, David A.. **Defining Quality: alternatives and implications.** The Academy Of Management Review, [S.L.], v. 19, n. 3, p. 419, jul. 1994. Academy of Management. <http://dx.doi.org/10.2307/258934>.

REGO, Lopo L.; MORGAN, Neil A.; FORNELL, Claes. **Reexamining the market share–customer satisfaction relationship.** Journal of Marketing, v. 77, n. 5, p. 1-20, 2013.

SCHMITZ, Carlos André Aita et al. **Teleconsulta: nova fronteira da interação entre médicos e pacientes.** Revista brasileira de medicina de família e comunidade. Vol. 12, n. 39 (jan./dez. 2017), p. 1-7., 2017.

SEBASTIANELLI, Rose; TAMIMI, Nabil. **How product quality dimensions relate to defining quality.** International Journal of Quality & Reliability Management, 2002.

THIOLLENT, Michel; OLIVEIRA, Lídia. **Participação, cooperação, colaboração na relação dos dispositivos de investigação com a esfera da ação sob a perspectiva da pesquisa-ação.** CIAIQ2016, v. 3, 2016.

THIOLLENT, Michel; SILVA, Generosa de Oliveira. **Metodologia de pesquisa-ação na área de gestão de problemas ambientais.** Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde, [S.L.], v. 1, n. 1, 31 jan. 2007. Instituto de Comunicacao e Informacao Cientifica e Tecnologica em Saude. <http://dx.doi.org/10.29397/reciis.v1i1.888>.

TINOCO, Maria Auxiliadora Cannarozzo; RIBEIRO, José Luis Duarte. **Uma nova abordagem para a modelagem das relações entre os determinantes da satisfação dos**

clientes de serviços. Production, [S.L.], v. 17, n. 3, p. 454-470, dez. 2007. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-65132007000300005>.

TOWNLEY, Charles; YALOWICH, Rachel. **Improving behavioral health access & integration using telehealth & teleconsultation: A health care system for the 21st century.** Washington, DC: National Academy for State Health Policy. Retrieve June, v. 19, p. 2019, 2015.

TRIPP, David. **Pesquisa-ação: uma introdução metodológica.** Educação e pesquisa, v. 31, p. 443-466, 2005.

VAN VELSEN, Lex et al. **Understanding the acceptance of an eHealth technology in the early stages of development: an end-user walkthrough approach and two case studies.** JMIR Formative Research, v. 2, n. 1, p. e10474, 2018.

VAYENA, Effy et al. **Digital health: meeting the ethical and policy challenges.** Swiss Medical Weekly, [S.L.], v. 148, n. 34, 16 jan. 2018. SMW Supporting Association. <http://dx.doi.org/10.4414/smw.2018.14571>.

VIACAVA, Francisco et al. **Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 9, p. 711-724, 2004.

VIAL, Gregory. **Understanding digital transformation: A review and a research agenda.** Managing Digital Transformation, p. 13-66, 2021.

VIEIRA, Valter Afonso. **Stimuli–organism–response framework: A meta-analytic review in the store environment.** Journal of Business research, v. 66, n. 9, p. 1420-1426, 2013.

WESTBROOK, Roy. **Action research: a new paradigm for research in production and operations management.** International Journal of Operations & Production Management, 1995.

YEO, Kee Jiar et al. **Healthcare receivers' acceptance of telecardiology in Malaysia.** TELKOMNIKA (Telecommunication Computing Electronics and Control), v. 17, n. 3, p. 1128-1135, 2019.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso: Planejamento e métodos.** Bookman editora, 2015.

ZEITHAML, Valarie A.. **Consumer Perceptions of Price, Quality, and Value: A Means-End Model and Synthesis of Evidence.** Journal Of Marketing, [s. 1], v. 3, n. 52, p. 2-22, jul. 1988. <https://www.jstor.org/stable/1251446>.

ZEITHAML, Valarie A.; BERRY, Leonard L.; PARASURAMAN, Ananthanarayanan. **The behavioral consequences of service quality.** Journal of marketing, v. 60, n. 2, p. 31-46, 1996.