Disponível em
http://www.desafioonline.ufms.br
Desafio Online, Campo Grande, v.5, n.3, Set./Dez. 2017

A INFLUÊNCIA DA RESPONSABILIDADE SOCIAL CORPORATIVA, DA RECOMENDAÇÃO, DA CONFIANÇA E DO CUSTO DE MUDANÇA NO *BRAND EQUITY* DE HOSPITAIS.

THE INFLUENCY OF CORPORATE SOCIAL RESPONSABILITY, WORD-OF-MOUTH, TRUST AND SWITCHING COSTS ON HOSPITAL BRAND EQUITY

Gabriela Prado Ocampos de Souza
Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil
gabee_p@hotmail.com

Otávio Bandeira De Lamônica Freire
Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil
otfreire@usp.br

Márcia Maria Garçon
Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil
mgarcon@gmail.com

Augusto Carlos Patti do Amaral
Faculdade de Tecnologia dos Ipês, Cuiabá, MT, Brasil
otfreire@usp.br

Resumo

O presente estudo tem como objetivo identificar o efeito da responsabilidade social corporativa, da recomendação, da confiança e do custo de mudança na construção do *brand equity* de hospitais. A revisão da literatura ofereceu subsídios para a construção do modelo teórico e o desenvolvimento das hipóteses do estudo. Foram pesquisados 127 usuários de serviços hospitalares em SP e a confirmação do modelo se deu a partir de modelagem de equações estruturais. Os resultados confirmam que a responsabilidade social corporativa e as recomendações contribuem para a formação da confiança. Subsequentemente, a percepção de confiança, combinada com o custo de mudança contribuem para a formação da lealdade. Por

Peer Review under the responsibility of Escola de Administração e Negócios da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul ESAN/UFMS.
This is an open access article.

sua vez, a lealdade contribui para a construção do *brand equity*sua vez, a lealdade contribui para a construção do *brand equity*.

Palavras-chave: *Overall Brand Equity*; Responsabilidade Social Corporativa; Recomendação; Custo de Mudança; Setor Hospitalar.

Abstract

The main goal of this paper is to examine the influence of corporate social responsibility, word-of-mouth, trust and switching costs on hospital brand equity. In order to accomplish this, a survey was conducted with 127 hospital users in SP. The literature review provided support for the construction of the theoretical model and the development of study hypotheses. A theoretical model was proposed and tested by means of structural equations modeling. The findings indicate that customer trust is affected by corporate social responsibility and word-of-mouth. Loyalty is strongly influenced by switching costs and customer trust. Finally, the brand equity was influenced by loyalty.

Keywords: *Overall Brand Equity; Corporate Social Responsibility; Word-of-mouth, Switching Costs; Hospital Market.*

1. Introdução

A sociedade moderna tem constantemente se reinventado e buscado estabelecer novos meios de se relacionar com as organizações. As empresas enfrentam o desafio de lidar com as cobranças de seus *stakeholders*. No mercado hospitalar, que atualmente se configura por apresentar forte concorrência e altos investimentos em promoção de suas instituições, esse comportamento se repete: usuários não só fazem exigências em relação à qualidade de serviços e produtos, como também, clamam por novas demandas. Há um novo comportamento desse consumidor: mais informado e com mais opções de escolha, buscam por valores e afinidades para justificar suas opções de compra.

Collina (2015) explica que em mercados nos quais a saúde é o tema principal, as escolhas tendem a ser feitas com base em um conjunto de pistas cognitivas acerca de localização, referências e expectativas sobre qualidade dos produtos e confiança nos profissionais. O *recall* positivo de uma marca de hospital é, assim, construído a partir da qualidade dos serviços e da estrutura física, de aspectos relacionados as suas atividades em prol da sociedade, bem como, recomendação por parte de médicos, amigos e familiares.

A fim de engajar esses novos consumidores e apresentar-se como a melhor opção do mercado, é imperativo que os gestores de hospitais busquem um firme relacionamento com seus públicos de interesse. A estratégia passa pela criação e consolidação da marca porque, de acordo com Aaker (1998), o reconhecimento da marca é um fator preponderante na decisão do usuário. É preciso, portanto, desenvolver e compartilhar benefícios que perpassam por valores como a responsabilidade social, a sustentabilidade, a transparência e a confiança e administrá-los a fim de atender as expectativas deste novo consumidor de serviços hospitalares (TRONG TUAN, 2012). Kim *et al*. (2008) defendem o *brand equity* como fator de influência no mercado hospitalar, criando vantagem competitiva e desempenho superior por reduzir a percepção de risco do consumidor que interage com a marca. Porém, Chahal *et al*. (2012) alertam que são poucos os estudos sobre tema, visto que a alta complexidade e às características únicas e peculiares do setor tornam a sua avaliação uma tarefa mais difícil.

Suportando-se nessas proposições teóricas, este estudo encara esse desafio e quer lançar luz sobre a natureza do *brand equity* hospitalar e sua relação com outros construtos (teóricos e gerenciais) significantes, avaliando esses atributos com a intenção de preferir os serviços de um mesmo centro médico, de indicar para amigos e familiares ou, até mesmo, continuar a contribuir com o hospital após o término de seu tratamento.

2. Referencial Teórico

Nesta seção, está apresentada a fundamentação teórica que embasou este estudo, acerca das variáveis que estão em relação no modelo teórico proposto.

2.1. Brand Equity

Em mercados altamente competitivos, a gestão da marca apresenta-se como a forma que as organizações têm de mostrar suas diferenças, agregar valor aos produtos e serviços e obter vantagem competitiva. Suas atividades gerenciais giram em torno de compartilhar narrativas da marca a fim de organizar o conhecimento sobre os produtos e serviços e de verificar o impacto dessas ações na intenção de recompra, na recomendação e boca a boca positivo (AAKER, 1998). Para Dyson, Farr e Hollis (1996), o que os consumidores pensam em relação à marca é o que determina seu valor, ou seja, o valor da marca reflete as associações mentais que os públicos realizam. Desta maneira, o *Brand Equity* – ou patrimônio de marca – é definido por alguns autores como a força da marca na mente dos consumidores, baseada em seu aprendizado, julgamentos e sentimentos (KELLER, 1998). Trata-se de um conjunto de elementos associados à marca, tais como: conhecimento da marca,

reconhecimento da marca e imagem da marca, que atuam conjunta e concomitantemente para agregar valor incremental aos produtos, serviços e ideias que dela derivam (AAKER, 1998; YOO; DONTHU, 2001; SRIVASTAVA; SHOCKER, 1991).

No segmento de serviços, o *brand equity* é ainda mais imperativo para aumentar a confiança dos bens intangíveis e reduzir, ao máximo, as inseguranças dos usuários oriundas das suas características de intangibilidade, variabilidade, inseparabilidade e perecibilidade.

Por isso, Kim *et al*. (2008) afirmam que os cincos fatores mais importantes para a construção de marcas hospitalares de sucesso são confiança; satisfação; relação de compromisso; lealdade à marca e reconhecimento da marca (os formadores do *brand equity* para eles) porque combatem as incertezas inerentes do setor. A confiança, no ambiente hospitalar, trata sobre a relação de cuidado entre profissionais e pacientes e atenção no trato das informações e reclamações; a satisfação é o estado em que o usuário reconhece que sua experiência no hospital foi apropriada aos sacrifícios exigidos; a relação de compromisso é baseada no comprometimento mútuo e na confiança em que o profissional de saúde está a fazer o melhor; a lealdade à marca é um comportamento de recomendação a amigos e parentes e a reutilização daquele hospital, em qualquer situação de risco à sua saúde, e a consciência da marca refere-se ao reconhecimento daquele hospital como referência dentre todos existentes no local e relaciona-se com atribuições, benefícios e atitudes que os usuários têm ao pensar em um hospital. Portanto, o *brand equity* em saúde é uma vantagem competitiva sobre os concorrentes com grandes benefícios para a organização (KIM *et al*, 2008).

2.2 Responsabilidade Social Corporativa

A Responsabilidade social corporativa (RSC) tornou-se um ativo de gestão importante às empresas que se preocupam em adotar boas condutas e a expressá-las para todos os seus públicos estratégicos. Inserida no conceito da Teoria dos *Stakeholders*, é definida como expectativas econômicas, éticas, legais e discricionárias que a sociedade possui em relação às organizações (CARROL, 1999); expectativas essas que se fundamentam na visão de que gerar lucro não deva ser o único objetivo das empresas – elas devem ser capazes de gerar valor social e ambiental.

Assim, essa prática gerencial, por estar alinhada às expectativas dos *stakeholders*, carrega um forte potencial de relacionamento positivo com públicos de interesses distintos: acionistas e investidores, agentes financeiros, clientes e consumidores, funcionários,

concorrentes, parceiros de negócios, fornecedores, mídia, comunidade, facilitando a construção e o compartilhamento de seus valores organizacionais entre todos.

Essa característica é um grande diferencial e pode ser um fator decisivo quando atrelado à área de saúde porque também pode carregar elementos emocionais que se agregam à marca. A partir do cuidado de saúde, uma experiência de serviço íntimo, a RSC dos hospitais pode representar uma maior conexão e relacionamento emocional com seus consumidores, promovendo uma maior percepção sobre o cuidado de saúde e um vínculo emocional que se mostra fundamental na tomada de decisões de cuidados de saúde. (KEMP; BECCERA, 2014).

2.3. Recomendação

A comunicação interpessoal sobre uma informação considerada não comercial referente a uma marca, produtos e serviços é chamada entre os estudiosos de WOM (*Word-of-Mouth*) ou boca a boca. Os profissionais de marketing entendem essa atividade de troca de informações positivas entre consumidores como uma das mais desejadas dentre os resultados que almejam de suas estratégias. O WOM é tido como uma comunicação mais acreditada que aquelas emitidas pelas próprias marcas, por isso, ela é poderosa em influenciar as atitudes dos consumidores e os seus comportamentos de compra (VALCK *et al*., 2009).

No segmento hospitalar, a recomendação é resultado da opinião e da imagem dos hospitais que impregnaram na memória, a partir de experiências próprias ou de histórias de amigos, familiares e colegas de trabalho (COLLINA, 2015). Chahal *et al*. (2012) complementam que a recomendação também é fruto da satisfação dos serviços. Eles constataram que muitos pacientes satisfeitos, mesmo após o término de seus tratamentos, tendem a continuar o seu relacionamento com o hospital, recomendando seus serviços a amigos e parentes.

Os autores utilizam três diferentes dimensões para a recomendação: recomendação médica, recomendação familiar e recomendação de amigos. A literatura ressalta a importância do desenvolvimento de um relacionamento positivo com os médicos e funcionários do complexo hospitalar, tendo em vista a grande importância e influência que a recomendação desses profissionais pode repercutir junto aos pacientes atuais e futuros.

2.4. Confiança

A revisão da literatura mostra que a Confiança é um fator indispensável para o sucesso organizacional porque estabiliza os relacionamentos com todos os *stakeholders.* Morgan e

Hunt (1994) afirmam que a confiança é fruto de uma reciprocidade nos relacionamentos que buscam a integridade dos envolvidos. Existe um consenso na literatura de que a percepção que a marca cumpre suas promessas seja fundamental para que seus consumidores confiem em uma marca (DELGADO-BALLESTER *et al*., 2003). Confiança, assim, é uma crença dos consumidores de que a marca possui a competência para cumprir sua promessa da marca, zelando pelos interesses e bem-estar do consumidor.

No contexto de Serviços, a confiança tem sido estudada como um conceito bidimensional, sendo uma dimensão a respeito da confiança nos funcionários da linha de frente e, outra, sobre as políticas da empresa prestadora de serviços (SANTOS; FERNANDES, 2008). Berry (1995) afirma que a natureza inerente dos serviços posiciona a confiança como talvez a ferramenta mais poderosa do marketing de relacionamento disponível para esse tipo de organização, porque a confiança oferece garantia quanto ao desempenho consistente e competente da empresa (GANESAN, 1994).

A confiança, portanto, configura-se como vantagem competitiva porque contribui para dar continuidade aos relacionamentos e criar sentimentos de lealdade (GANESAN, 1994), ou seja, quanto maior a confiança do consumidor na empresa, maior a probabilidade de ele realizar futuros negócios com ela.

2.5. Custo de Mudança

Custo de mudança pode ser explicado como o fator ou conjunto de fatores que consumidores associam com o processo de mudança de um fornecedor para outro (BURNHAM *et al.*, 2003). Os custos de mudança podem incluir não só custos monetários, mas também questões de empenho como pesquisar novas alternativas, aprender mais sobre a categoria, promover um esforço cognitivo maior e avaliar riscos sociais e psicológicos (FORNELL, 1992). Burnham *et al.* (2003) apresentam oitos dimensões ou perspectivas de custos de mudança: custo de avaliação, econômico, de aprendizagem, de perda de relacionamento com a marca, de perda de relacionamento pessoal, de perda monetária, de perda de benefícios e de iniciação. Destas, três se destacam no contexto de marcas hospitalares: custos econômicos podem ser considerados de alto risco, pois os valores envolvidos na escolha e na contratação são consideráveis no orçamento familiar; a necessidade de arregimentar uma série de informações para avaliar alternativas também evidencia que o custo de avaliação afeta a intenção de mudar de hospital e, ainda, serviços hospitalares envolvem o aprofundamento das relações, mesmo que estas sejam fundamentadas na execução do serviço em si.

Alguns autores consideram o custo de mudança como fator de satisfação e lealdade em alguns mercados (BURNHAM; FRELS; MAHAJAN, 2003). Parece um paradoxo, mas quando a empresa imprime uma série de dificuldades com o objetivo de evitar que o consumidor o substitua por outro fornecedor, essas limitações impõem a continuidade do relacionamento entre as partes (FORNELL, 1992).

Há ainda que se considerar que, especificamente para serviços, por sua natureza experiencial, os clientes podem achar que os riscos da troca são consideravelmente altos porque um serviço não pode ser avaliado antes da compra propriamente dita. A confiança, construída ao longo de tempo, também pode ser um empecilho para a saída de um cliente (CARUANA, 2004).

2.6. Lealdade

Um comprometimento profundo dos consumidores em recomprar, usar e favorecer um produto no presente e no futuro é o comportamento mais desejado pelos profissionais de Marketing. Chamado de Lealdade, este comportamento vem recebendo uma grande atenção dos pesquisadores, a fim de identificar as respostas para a principal questão: como fazer com que nossas marcas conquistem a lealdade dos consumidores? Para Mowen e Minor (2003), a lealdade a uma marca está intimamente ligada à satisfação do consumidor, ao seu comportamento de reclamação e a uma permanente atitude positiva em relação à marca.

A lealdade no marketing revela um sentimento de afinidade do consumidor com determinados produtos ou marcas de uma empresa, excedendo o simples ato de compra. Envolve os valores pessoais que são projetados nas marcas ou, inversamente, uma autoreferência dos valores das marcas. É o sentimento de ligação ou de afeto para com produtos ou marcas, um comportamento que demonstra a intenção de manter e ampliar o relacionamento com um fornecedor (SINGH; SINDESHMUKH, 2000).

No setor hospitalar, a lealdade de seus usuários também deve ser buscada. Neste segmento, pretende-se que os usuários continuem a preferir os serviços de um mesmo centro médico e, portanto, busca-se o relacionamento de longo prazo. Chahal *et al* (2012) perceberam que muitos usuários continuam a contribuir com o hospital, mesmo após o término de seu tratamento, realizando ações como doações, voluntariado, recomendações entre outras.

3. Modelo teórico e hipóteses

Segundo Melo e Froes (1999), ao mesmo tempo em que a RSC aponta o comprometimento ético das organizações, também sinaliza um compromisso entre ela e sociedade, criando um vínculo de confiança entre ambas. Para Trong Tuan (2012), ao entenderem essa característica e adotarem a RSC, as marcas hospitalares promovem uma conexão emocional com seus públicos, o que possibilitaria a sua lealdade. Quando o usuário de um hospital consegue perceber as políticas e ações de RSC, constrói a crença que aquela organização é atenta não só às demandas do negócio, mas também, às necessidades das pessoas e, assim, passa a confiar naquela instituição (KEMP; BECCERA, 2014).

Com base nesses estudos, sugere-se que:

H_1: A Responsabilidade Social Corporativa está positivamente relacionada com a Confiança.

A literatura sobre *word-of-mouth* demostra que esse tema recebeu atenção devido a importância das comunicações interpessoais nas escolhas dos indivíduos em diversos contextos, incluindo o de consumo. Em Comportamento do Consumidor, essa atividade é tida como relevante devido ao seu papel na etapa de busca de informações para a aquisição de bens de alto envolvimento (ENGEL; BLACKWELL; MINIARD, 1995) e, ainda mais na compra de serviços, na qual o consumidor tende a se basear (e a confiar) nas indicações e referências de pessoas próximas como amigos e parentes (MURRAY, 1991; ZEITHAML, BERRY, PARASURAMAN, 1993). Embora haja grande interesse pelo tema, o WOM é estudado relacionando-o com satisfação e lealdade (MATOS, 2011). Há uma lacuna em termos de relacioná-lo com Confiança. A literatura suporta a ideia que esses construtos mantêm uma relação de significância positiva, assim, acredita-se que:

H_2: A Recomendação está positivamente relacionada com a Confiança.

Porque a confiança pode ser definida como as expectativas mantidas pelo consumidor de que o provedor de serviço é responsável na entrega de suas promessas e, por isso, pode ser confiável (SINGH; SIRDESHMUKH, 2000), ela tem um papel de fundamental importância na construção da intenção comportamental de manter um relacionamento duradouro com o fornecedor de serviços, ou seja, com a lealdade. Parece que a confiança oferece uma garantia quanto ao comportamento consistente e competente das marcas e, portanto, reduz os riscos da troca e contribui para a continuidade dos relacionamentos. Com base nesta lógica, foi estabelecida a seguinte hipótese:

H_3: Confiança está positivamente relacionada à Lealdade.

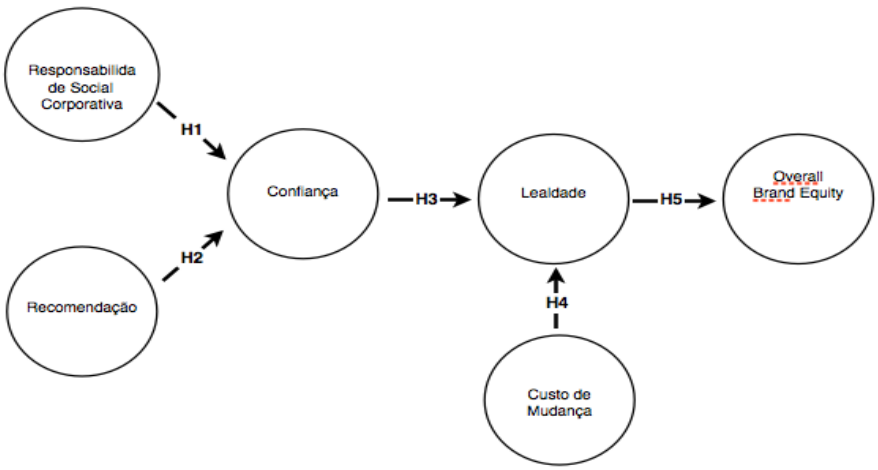
Já em se tratando dos custos de mudança e lealdade, a hipótese 04 quer confirmar o que dizem os teóricos sobre a relação de causalidade entre ambas as variáveis. Sabe-se que quanto maior os esforços para a troca de fornecedor, menor a disposição dos clientes em realizá-los, permanecendo leais, mesmo que seja uma lealdade passiva (BURNHAM; FRELS; MAHAJAN, 2003) ou falsa (JONES; SASSER, 1995). Logo, espera-se uma relação positiva entre os custos de mudança e a lealdade:

H_4: Custo de mudança está positivamente relacionada com a Lealdade

Muitos teóricos relacionam o *brand equity* com as percepções que os consumidores têm da marca, construídas a partir de associações relacionadas com a lembrança que a marca pertence a uma determinada categoria de produto (AAKER, 1998), com o reconhecimento e a recordação da marca (HUANG; SARIGÖLÜ, 2012) e com uma forte experiência ou exposição da marca (ROMANIUK; NENYCZ-THIEL, 2013). Isso requer tempo e constância, portanto, para a construção e consolidação do *brand equity* é necessário, anteriormente, estabelecer e consolidar um relacionamento de lealdade entre os públicos estratégicos. Desta maneira, é possível estabelecer que:

H_5: Lealdade está positivamente relacionada com o *Brand Equity*

Para melhor entendimento das hipóteses propostas nesse estudo, a figura 01 apresenta o modelo teórico proposto neste estudo:



Fonte: Elaborado pelos autores

Figura 01 - Modelo teórico proposto

4. Procedimentos metodológicos

Para testar empiricamente o modelo, foi realizado um estudo descritivo de corte transversal com pessoas que utilizaram serviços de um hospital dentro do período de até 12

meses, no estado de São Paulo, escolhidos a partir de uma amostra não probabilística criada pela técnica *SnowBall* (PENROD *et al*, 2003). A amostra foi definida em 257 consumidores, porém, foram descartadas 130 respostas por estarem fora de conformidade, finalizando o estudo como 127 casos completos. A coleta de dados foi do tipo *survey*, sendo o instrumento de pesquisa construído e hospedado na internet. Perguntas-filtro foram fixadas no início do questionário, a fim de delimitar a participação exclusiva de candidatos com o perfil da amostra. Os blocos de questões foram randomizados, para garantir melhor dinâmica do questionário e falsear as hipóteses do estudo.

As variáveis sociodemográficas e de hábitos de consumo utilizadas para classificar os entrevistados e possibilitar a identificação do perfil desses consumidores foram gênero, idade, escolaridade, renda, escolaridade, localização geográfica, clientes de empresas de saúde, frequência uso de hospitais e tipos de serviços de saúde consumidos.

Para a operacionalização dos construtos RSC, Recomendação, Confiança, Lealdade, Custos de mudança e *Brand Equity* optou-se pela utilização de escala do tipo-Likert de sete pontos. Para mensurar a variável RSC, foi utilizada a escala do trabalho de Kemp e Beccera (2014); Confiança foi mensurada a partir da escala de Bansal, Irving e Taylor (2004); o construto Recomendação foi mensurado com a escala de Rosenthal *et al*. (2011); Custo de Mudança foi operacionalizado pela escala de Burnham, Frels e Mahajan (2003) e *Overall Brand Equity* pela escala de Yoo e Donthu (2001). Todas essas escalas sofreram adaptações para a língua portuguesa, a partir do processo de tradução reversa. Lealdade foi mensurada a partir de Rafael e Lopes (2015).

Para a análise das relações hipotetizadas, foi utilizada a modelagem de equações estruturais (MEE), seguindo-se os procedimentos indicados por Hair Jr. *et al*. (1998). As principais técnicas de análise empregadas foram a estatística descritiva e a Modelagem de Equações Estruturais, com o auxílio do software SmartPLS 2.0 M3. Os construtos foram validados por meio de análise fatorial confirmatória, com a avaliação da validade convergente, validade discriminante e validade nomológica, seguindo as recomendações de Ringle, Silva e Bido (2014).

5. Resultados e discussão

5.1 Perfil da amostra

Foi constatada uma participação significantemente maior de respondentes do gênero feminino, representando um total de 78% de respostas coletadas, sendo que 33% dos respondentes figuraram na faixa entre 21 e 30 anos e 25% na faixa entre 26 e 30 anos. A faixa

de idade de menor incidência nos dados coletados foi entre 51 e 55 anos, respondendo por 6%. Cerca de 50% da amostra está localizada no extrato B de renda, de acordo com os critérios da ABEP (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa), 28% configura-se como extrato C, seguido pelo extrato A com 13% e 9% nos extratos D e E. A média de escolaridade aparece equilibrada, sendo 34% dos respondentes com graduação completa e 26% com curso de especialização ou MBA. 42% dos respondentes moram na capital paulista e a sua grande maioria, 78%, possui plano de saúde. A frequência de uso foi baixa: os respondentes que utilizaram o serviço pela primeira vez, no último ano em relação à data da coleta, foi 30%, seguida por 27% daqueles que utilizaram por mais de três vezes; 19% que utilizaram por duas vezes e 15%, em três ocasiões. Já o uso, pela primeira vez, dentro do período de 1 e 3 meses a que antecederam a coleta, resultou em 32%; 30% visitaram um hospital a menos de 1 mês; 20% dos respondentes entre 6 e 12 meses e 17% no período de 3 e 6 meses. Mais de 70 nomes diferentes de hospitais foram indicados pela amostra, sendo que o Hospital Israelita Albert Einstein representou 17% das respostas, seguido pelo Hospital Unimed com 7%, Hospital São Camilo com 6% e Hospital São Luiz com 5%. Hospitais como Sírio Libanês e Oswaldo Cruz, apresentaram uma representatividade baixa, de apenas 1% cada. E, o pronto-socorro e consultas médicas foram os serviços mais utilizados, com 34% e 33% das menções, respectivamente. Realização de exames conferiram 24% e acompanhamentos de tratamento, procedimentos cirúrgicos e outros responderam com 9%.

5.2 Ajustes e Validação do modelo

Seguimos a orientação de Hair et al. (1998) e Chin (1998) para a validade de um modelo de mensuração, que supõe: (1) o modelo de medidas se ajusta aos dados de acordo aos índices satisfatórios; (2) as cargas fatoriais dos indicadores nos fatores correspondentes devem ser altas e significativas; (3) os indicadores de um mesmo construto devem produzir índices de confiabilidade superiores a 0,70 e variância extraída acima de 0,50; (4) as correlações entre os indicadores (ou fatores) de um mesmo construto devem produzir evidência de validade convergente; e (5) a análise das correlações entre construtos deve indicar validade discriminante. Desta maneira, analisou-se a validade do modelo por meio desses índices de ajustamento.

Para verificar a convergência entre as medidas dos construtos, foi aplicada a Validação Convergente, que se dividiu em três diferentes momentos: a verificação das cargas fatoriais; a análise da Variância Média Extraída (AVE); e o teste de consistência da escala por meio da observação do Alfa de Cronbach. Para a Validação Convergente, foi seguido o critério de

Chin (1998) de carga fatorial acima de 0,5, e para a análise das AVEs, foi utilizado o critério de Fornell e Larcker (1981 *apud* Ringle *et al*., 2014), que determina valor superior a 0,5. Por fim, para o teste de consistência interna, foi observado o indicador Alfa de Cronbach acima de 0,6. Por fim, para o teste de Validade Nomológica foi utilizada a técnica de reamostragem – ou módulo *Bootstrapping* – para que pudesse ser comprovada a significância dos caminhos propostos no modelo e testadas as hipóteses levantadas, sendo valores aceitáveis para o teste *t* acima de 1,96 para p<0,05.

Na análise das cargas fatorias para a validação convergente, foram retirados três itens da escala de Confiança que carregaram com valores abaixo de 0,5. Ao fim, a validade convergente foi apoiada porque todos os demais itens apresentaram coeficientes fatoriais altos e significativos (acima de 0,7), o que significa que eles respondem, adequadamente, aos seus construtos. A análise de AVE e o teste de consistência interna, por meio da confiabilidade composta e do Alfa de Cronbach, apresentaram resultados satisfatórios em todas as variáveis. Para a AVE, todos os construtos ficaram acima de 0,5 e, nos testes de consistência interna, os valores de referência foram ultrapassados, como é possível verificar na Tabela 01:

	AVE	Confiabilidade Composta	Alfa de Cronbach
Confiança	0,841	0,964	0,953
Custo Econômico	0,739	0,934	0,911
Custo de Avaliação	0,608	0,859	0,784
Lealdade	0,698	0,870	0,779
OBE	0,733	0,890	0,818
Perda de Relacionamento com a Marca	0,873	0,932	0,855
Recomendação Familiar	0,655	0,850	0,734
Recomendação Médica	0,701	0,875	0,784
Recomendação dos Amigos	0,678	0,860	0,751
Responsabilidade Social Corporativa	0,820	0,958	0,945

Fonte: Elaborado pelos autores

Tabela 1: Indicadores de ajuste do modelo estrutural

Além da validade convergente, averiguou-se a validade discriminante dos construtos propostos. Esta averiguação é particularmente importante para constatar se os construtos mensurados estão altamente correlacionados e são similares por natureza. Foi constatado, pela análise de *cross loadings*, que correlação *Brand Equity* e a Lealdade apresentou um item com alta carga cruzada entre os construtos. O item foi retirado e o modelo foi ajustado, conforme mostra a tabela 02:

	Confiança	Custo de Mudança (Econômico)	Custo de Mudança (Avaliação)	Lealdade	Overall Brand Equity (OBE)	Custo de Mudança (Perda de Relacionamento com a Marca)	Recomendação (Familiares)	Recomendação (Médicos)	Recomendação (Amigos)	Responsabilidade Social Corporativa (RSC)
Confiança	**0,917**									
Custo de Mudança (Econômico)	0,669	**0,859**								
Custo de Mudança (Avaliação)	0,499	0,494	**0,780**							
Lealdade	0,726	0,640	0,433	**0,835**						
Overall Brand Equity (OBE)	0,733	0,675	0,516	0,828	**0,856**					
Custo de Mudança (Perda de Relacionamento com a Marca)	0,896	0,683	0,439	0,693	0,717	**0,934**				
Recomendação (Familiares)	0,618	0,601	0,392	0,639	0,679	0,610	**0,809**			
Recomendação (Médicos)	0,688	0,577	0,421	0,606	0,630	0,613	0,669	**0,837**		
Recomendação (Amigos)	0,684	0,488	0,384	0,583	0,560	0,655	0,653	0,759	**0,823**	
Recomendação (Amigos)	0,797	0,620	0,499	0,644	0,641	0,773	0,543	0,705	0,643	**0,905**

Fonte: Elaborado pelos autores

Tabela 2: Indicadores de validade discriminante

A Validação Nomológica testou a validade das hipóteses e comprovou a significância dos caminhos estruturais propostos porque o teste *t* apresentou valores maiores que 3,2 para um p valor inferior a 0,001. Esse resultado confirma as cinco hipóteses elaboradas para o estudo, conforme ilustra a tabela 03:

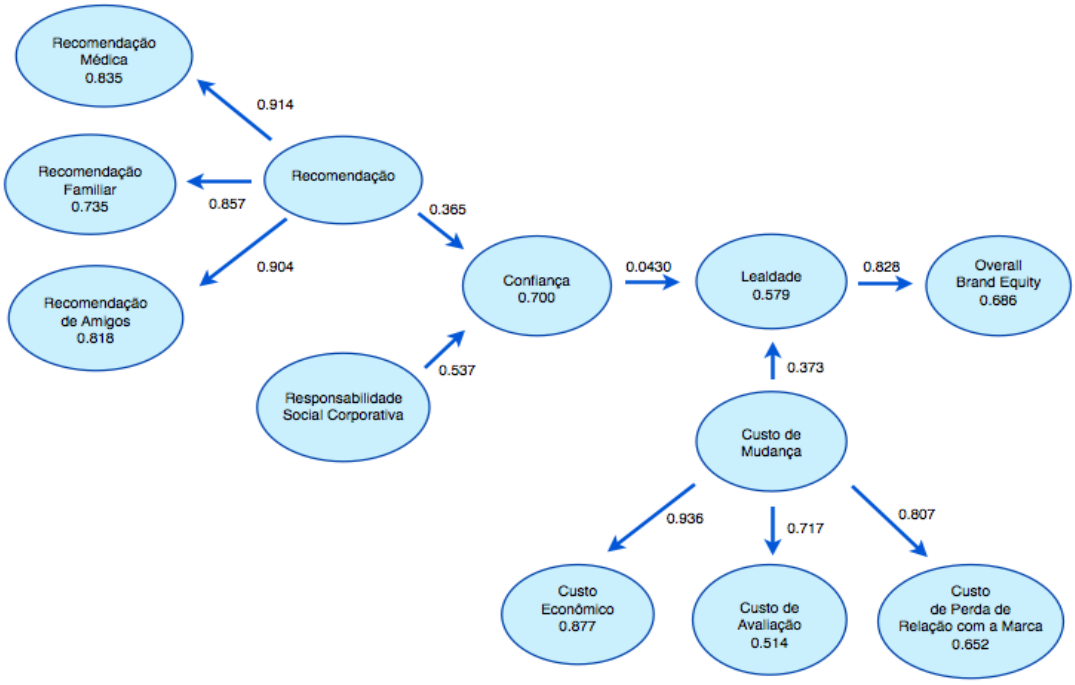
Caminho Estrutural	Coeficiente do Caminho	Teste T	P-Valor	Hipótese
RSC -> Confiança	0,537	6,160	0,001	**Confirmada**
Recomendação -> Confiança	0,365	3,949	0,001	**Confirmada**
Confiança -> Lealdade	0,430	4,074	0,001	**Confirmada**
Custo de Mudança -> Lealdade	0,373	3,280	0,001	**Confirmada**
Lealdade -> Overall Brand Equity	0,828	28,774	0,001	**Confirmada**

Fonte: Elaborado pelos autores

Tabela 3: Indicadores de validação preditiva

Em se tratando das relações de causalidade entre os construtos estudados, foi possível confirmar que Recomendação e Responsabilidade Social Corporativa se configuram como antecedentes de Confiança e de Lealdade no modelo proposto por esse estudo. A Responsabilidade Social Corporativa como antecedente da Lealdade apresenta um maior peso de significância na relação que a Recomendação. Confiança e Custo de Mudança também se confirmam como antecedentes de Lealdade e ambos se mostram bem equilibrados para explicar Lealdade, ainda que Confiança apareça como elemento levemente mais significante. E, conforme esperado, a Lealdade foi confirmada como forte antecedente do *Overall Brand Equity*.

Isto posto, o modelo resultante deste estudo confirma todas as hipóteses sugeridas, conforme Figura 02:



Fonte: Elaborado pelos autores

Figura 2: Modelo Validado

6. Considerações Finais

Este estudo buscou compreender o Brand Equity no contexto hospitalar e sua relação com Lealdade, Custos de Mudança, Confiança, Recomendação e Responsabilidade Social Corporativa. E obteve constatações significativas, tanto para a pesquisa acadêmica como para as práticas gerenciais.

Ao confirmar as hipóteses do estudo, esse trabalho corrobora com outros pesquisadores que afirmam que as ações de RSC contribuem para a recomendação (WOM) (KEMP; BECCERA, 2014), para a criação e consolidação da confiança da marca hospitalar (MELO; FROES, 1999) e constata que a lealdade, por vezes, pode ser construída cognitivamente pelo usuário de serviços de marcas hospitalares a partir da dualidade entre a confiança e o custo de mudança de marca. Os resultados tornam nítido que o usuário de serviços hospitalares, ao pensar acerca da continuidade do uso e, mais ainda, da declaração de que é leal a determinada marca hospitalar, não só leva em consideração o fato de confiar na marca como, também, processa cognitivamente a equação de perdas e ganhos caso empreenda esforços para mudar de fornecedor. Isso atesta a veracidade da relação entre Custo de Mudança e Lealdade, baseada na ideia de Burnham *et al*.(2003).

Ainda no campo acadêmico, traz duas contribuições inéditas: valida um modelo robusto com seis variáveis de uma só vez, o que comprova a pertinência desse estudo e sua importância para o entendimento sobre o *Brand Equity* no setor hospitalar; como ainda,

comprova a relação significante entre WOM e Confiança, nunca antes estudada, cobrindo uma lacuna nas pesquisas sobre o tema.

No campo gerencial, os profissionais podem tirar proveito do conhecimento que a Recomendação – médica, familiar e de amigos – e a Responsabilidade Social Corporativa exercem influência positiva em Confiança, na Lealdade e no *Brand Equity*. Isso significa que desenvolver políticas de responsabilidade social – no âmbito das estratégicas de gestão de *stakeholders* – pode se configurar como um excelente componente para a construção de marcas hospitalares, sendo também, uma excelente matéria-prima para a comunicação institucional e promotora de boas notícias que construam a recomendação. E, em relação aos custos de mudança, apontamos que essa é uma variável que deve ser monitorada por conta de sua importante participação na lealdade.

As contribuições trazidas por este estudo devem ser ajustadas pelas limitações que carrrega. Ainda que as relações teóricas tenham sido comprovadas, ressalta-se a natureza não probabilística da amostra, bem como o seu tamanho. Embora constitua uma limitação, a abordagem não probabilística viabilizou a investigação do presente trabalho e permitiu a coleta e a análise dos construtos pesquisados. Ainda, é preciso destacar a escassez de literatura teórica e empírica sobre as relações de causalidade propostas, mais especificamente sobre *brand equity* setor hospitalar, o que demonstra que ainda há muito a se pesquisar sobre o assunto e vários outros testes poderão surgir para atester ou questionar robustez desse modelo proposto. Desta maneira, novos estudos são bem-vindos na investigação de outras relações e variáveis que possam contribuir para o *brand equity* dos hospitais como Valor Percebido, Qualidade Percebida, Satisfação, Imagem de Marca, dentre outros. E, também, realizar estudos comparativos em diferentes países, com participação maior de grupos mais variados da sociedade, a fim de ampliar a validade ecológica das relações entre os construtos e o desenvolvimento do patrimônio de marcas hospitalares globais.

Referências

AAKER, D. A. *Marcas: brand equity: gerenciando o valor da marca*. Gulf Professional Publishing, 1998.

BANSAL, H. S., IRVING, P. G., & TAYLOR, S. F. A three-component model of customer to service providers. *Journal of the Academy of marketing Science*, *32*(3), pp 234-250, 2004.

BERRY, L. L. Cultivating service brand equity. *Journal of the academy of Marketing Science*, *28*(1), 128-137, 2000.

BURNHAM, T. A., FRELS, J. K.; MAHAJAN, V. Consumer switching costs: a typology, antecedents, and consequences. *Journal of the Academy of marketing Science*, *31*(2), 109-126, 2003.

CARROLL, A. B. Corporate social responsibility. *Business and Society*, v. 8, n.3, p. 268-295, sep.1999

CARUANA, Albert. The impact of switching costs on customer loyalty: A study among corporate customers of mobile telephony. *Journal of Targeting, Measurement and Analysis for Marketing*, v. 12, n. 3, p. 256-268, March, 2004.

CHAHAL, H., & BALA, M. Significant components of service brand equity in healthcare sector. *International journal of health care quality assurance*, *25*(4), 343-362, 2012.

CHIN, W. W. The partial least squares approach to structural equation modeling. *Modern methods for business research*, *295*(2), 295-336, 1998.

COLLINA, C.A.M. Marketing hospitalar: um investimento que faz toda a diferença. Recuperado em 15 de out. 2015 <http://www.aberje.com.br/acervo_colunas_ver.asp?ID_COLUNA=1602&ID_COLUNISTA=80>

COSTA, L. S., DE ALMEIDA, V. M. C. Valor da marca: teste empírico da importância das dimensões formadoras do valor da marca na perspectiva do consumidor no contexto brasileiro. *REMark- Revista Brasileira de Marketing*, *11*(2), 43, 2012.

DELGADO-BALLESTER, E.; LUIS MUNUERA-ALEMÁN, J. Brand trust in the context of consumer loyalty. *European Journal of marketing*, *35*(11/12), 1238-1258, 2001.

_____, E., MUNUERA-ALEMAN, J. L.,; YAGUE-GUILLEN, M. J. Development and validation of a brand trust scale. *International Journal of Market Research*, *45*(1), 35-54, 2003.

DYSON, P.; FARR, A.; HOLLIS, N. S. Understanding measuring, and using brand equity. *Journal of Advertising Research*, v. 36, n. 6, p. 9-21, Nov./Dec., 1996.

FORNELL, C. A national customer satisfaction barometer: The Swedish experience. *The Journal of Marketing*, 6-21, 1992.

FREITAS, H., OLIVEIRA, M., SACCOL, A. Z., MOSCAROLA, J. O método de pesquisa survey. *Revista de administração*, *35*(3), 105-112, 2000.

HUANG, R.; SARIGÖLÜ, E. How brand awareness relates to market outcome, brand equity, and the marketing mix. *Journal of Business Research*, 65 (1), pp. 92-99, 2012.

JONES, T. O.; SASSER, W. E. Why satisfied customers defect. *Harvard Business Review*, p. 88-99, Nov-Dec, 1995.

KELLER, K. L. *Strategic brand management: Building, measuring, and managing brand equity*. New Jersey, 1998.

KEMP, E., JILLAPALLI, R., BECERRA, E. Healthcare branding: developing emotionally based consumer brand relationships. *Journal of Services Marketing*, *28*(2), 126-137, 2014.

KIM, K. H., KIM, K. S., KIM, D. Y., KIM, J. H., KANG, S. H. Brand equity in hospital marketing. *Journal of business research*, *61*(1), 75-82, 2008.

LASSAR, W., MITTAL, B., & SHARMA, A. Measuring customer-based brand equity. *Journal of consumer marketing*, *12*(4), 11-19,1995.

MATOS, C. A.. Uma Generalização Empírica sobre Comunicação Boca a Boca. *RAC – Revista da Administração Contemporânea*. V. 15 (5), pp. 877-896, Set./Out. 2011.

MELO NETO, F. P., & FROES, C. *Responsabilidade social & cidadania corporativa: a administração do terceiro setor.* Rio de Janeiro: Qualitymark, 1999.

MORGAN, R. M., & HUNT, S. D. The commitment-trust theory of relationship marketing. *The journal of marketing*, 20-38, 1994.

MURRAY, K. B. A test of services marketing theory: consumer information acquisition activities. *Journal of Marketing*, 55(1), 10-25, 1991.

PENROD, J.; PRESTON, D.B., CAIN, R. ; STARKS, M.T. A discussion of chain referral as a method of sampling hard-to-reach populations. *Journal of Transcultural nursing*, vol 4. nº2, p-p: 100-107, april, 2003.

RAFAEL, DIEGO N.; LOPES, E. L.. Validação de uma ferramenta estatística para mensurar a influência da responsabilidade social corporativa na lealdade e satisfação dos consumidores de operadoras de saúde da cidade de São Paulo. *Simpósio Internacional de Gestão de Projetos, Inovação e Sustentabilidade, IV SINGEP.* São Paulo, 2015.

RINGLE, C. M., DA SILVA, D., BIDO, D. D. S. Modelagem de equações estruturais com utilização do SmartPLS. *REMark*, *13*(2), 54, 2014.

ROMANIUK, J.; NENYCZ-THIEL; M. Behavioral brand loyalty and consumer brand associations. Journal of Business Research, 66 (1), pp. 67-72, 2013.

ROSENTHAL, S. L., WEISS, T. W., ZIMET, G. D., MA, L., GOOD, M. B., VICHNIN, M. D. Predictors of HPV vaccine uptake among women aged 19–26: importance of a physician's recommendation. *Vaccine*, *29*(5), 890-895, 2011.

SANTOS, C.P.; FERNANDES, D.V.D.H. A recuperação de serviços como ferramenta de relacionamento e seu impacto na confiança e lealdade dos clientes. In: *RAE – Revista de Administração de Empresas*. V. 48(1) pp: 10-24. Jan-mar 2008.

SINGH, J.; SIRDESHMUKH, D. Agency and trust mechanisms in customer satisfaction and loyalty judgment. Journal of the Academy of Marketing Science. Vol. 28, n. 01, p-p: 150 – 167, 2000.

SRIVASTAVA, R. K., SHOCKER, A. D. Brand equity: a perspective on its meaning and measurement. Cambridge, Mass : Marketing Science Institute, 1991. (Working Paper n. 91-124).

TRONG TUAN, L.. Corporate social responsibility, leadership, and brand equity in healthcare service. *Social Responsibility Journal*, *8*(3), 347-362, 2012.

VALCK, KRISTINE et al. . Satisfaction with Virtual Communities of Interest: Effect on Members Visit Frequency. *British Journal of Management*, Vol. 18, n. 3, pp. 241-256, 2010.

YOO, B., & DONTHU, N. Developing and validating a multidimensional consumer-based brand equity scale. *Journal of business research*, *52*(1), 1-14, 2001.

ZEITHAML, V. A., BERRY, L. L., & PARASURAMAN, A. The nature and determinants of customer expectations of service. Journal of the Academy of Marketing Science,21(1), 1-12, 1993.