

UNIVERSIDADE FUMEC  
FACULDADE DE CIÊNCIAS EMPRESARIAIS - FACE

BÁRBARA DA SILVA MOURTHÉ MATOSO

ATRIBUTOS DETERMINANTES DA SATISFAÇÃO E DO  
COMPROMETIMENTO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE:  
ESTUDO EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO  
DE MINAS GERAIS

Belo Horizonte  
2011

BÁRBARA DA SILVA MOURTHÉ MATOSO

ATRIBUTOS DETERMINANTES DA SATISFAÇÃO E DO  
COMPROMETIMENTO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE:  
ESTUDO EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO  
DE MINAS GERAIS

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Administração da UNIVERSIDADE FUMEC, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Administração.

Orientador: Prof. Dr. José Marcos Carvalho de Mesquita

Área de Concentração: Estratégia e Tecnologias em Marketing

Belo Horizonte  
2011

## Ficha Catalográfica

M433a Matoso, Bárbara da Silva Mourthé.  
2011 Atributos determinantes da satisfação e do comprometimento com os serviços de saúde: estudo em um hospital filantrópico de Minas Gerais. / Bárbara da Silva Mourthé Matoso. ; Orientador, José Marcos Carvalho de Mesquita. -- 2011.

116f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade FUMEC. Faculdade de Ciências Empresariais, 2011.

Inclui bibliografia.

1. Serviços de saúde – Estudo de casos – Minas Gerais.  
I. Mesquita, José Marcos Carvalho de. II. Universidade FUMEC.  
Faculdade de Ciências Empresariais. III. Título.

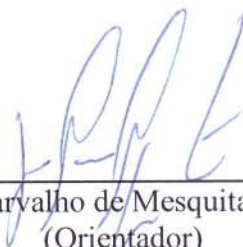
CDU: 614.2(815.1)

Elaborada por Olívia Soares de Carvalho. CRB/6: 2070



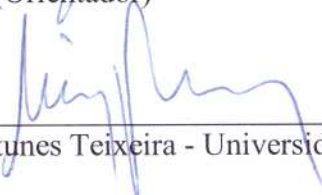
196421

Dissertação intitulada “**ATRIBUTOS DETERMINANTES DA SATISFAÇÃO E DO COMPROMETIMENTO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE: ESTUDO EM UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DE MINAS GERAIS**” de autoria da mestranda **Bárbara da Silva Mourthé Matoso** aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:



---

Prof. Dr. José Marcos Carvalho de Mesquita - Universidade FUMEC  
(Orientador)



---

Prof. Dr. Luiz Antônio Antunes Teixeira - Universidade FUMEC



---

Prof. Dr. Wanderley Ramalho – Fundação IPEAD



---

Prof. Dr. Cid Gonçalves Filho  
Coordenador do Programa de Doutorado e Mestrado em Administração  
Universidade FACE/FUMEC

Belo Horizonte, 13 de dezembro de 2011.

Dedico este trabalho aos meus pacientes,  
com quem venho aprendendo,  
durante todos esses anos,  
sobre a enfermagem e a vida;  
sobre como ser enfermeira  
e como “ser humana”.

## AGRADECIMENTOS

À Universidade José do Rosário Vellano – Unifenas, pelo incentivo e apoio financeiro.

À Universidade FUMEC e aos meus professores, que tanto contribuíram para o meu aprendizado, em especial, aos Professores Dr. Gustavo Souki, Dr. Afrânio Aguiar e Dr. Luiz Antônio Teixeira.

Ao meu orientador, Dr. José Marcos Carvalho de Mesquita, por me acolher como orientanda e por me ensinar, dentre tantas coisas, a enfrentar os desafios com confiança, tranquilidade e, acima de tudo, **paciência**.

Ao meu pai, Adalberto, pela torcida e pelas orações. À minha mãe, Ednólia, por ser minha grande incentivadora nessa caminhada, por ser meu exemplo de mulher e de profissional e por assumir, por mim, tarefas da vida cotidiana, para que eu pudesse dedicar-me aos estudos.

Ao meu esposo e ao meu filho, os dois “Joões” da minha vida, por entenderem as minhas ausências e me doarem amor, que tanto me fez bem.

Aos meus sogros, João Gabriel e Terezinha, por serem meus pais “emprestados” e me darem retaguarda, todas as vezes que deles precisei.

Aos meus irmãos, cunhadas e cunhados: pelas palavras de encorajamento. À minha irmã, Mamara, companheira das horas boas e também difíceis, pelo ombro amigo e verdadeiro.

Às minhas queridas sobrinhas, que me fazem sentir a tia mais feliz do mundo: Ana Luiza, Maria Luísa, Isabela e Joana.

À Empresa Audicare, na pessoa de Antônia Sebastiana Rodrigues, e à Justiça Federal da 1ª Região, na pessoa do Dr. Marcos Dias, pela compreensão e colaboração para que eu conseguisse levar o meu curso adiante.

À Roberta, que doou seu tempo para me auxiliar nas transcrições das entrevistas.

Aos Professores Renata e Pereco, por contribuírem para o meu ingresso e a minha continuidade nessa jornada.

Aos entrevistados, que, gentilmente, se dispuseram a responder às perguntas e contribuíram para os resultados do estudo.

Especialmente ao Hospital de São João de Deus, por abrir suas portas para a realização desta pesquisa.

Finalmente, a Deus, por me conceder a vida e mais esta vitória!

“De tudo ficaram três coisas:  
A certeza de que estamos começando,  
A certeza de que é preciso continuar,  
E a certeza de que podemos ser interrompidos  
antes de terminar.  
Façamos da interrupção um caminho novo,  
Da queda, um passo de dança,  
Do medo, uma escada,  
Do sonho, uma ponte,  
Da procura, um encontro.

Fernando Sabino



## RESUMO

Os serviços de saúde compreendem encontros frequentes e/ou duradouros entre prestadores e pacientes, cujo contato físico é intenso, o risco percebido é alto e a carga emocional envolvida é grande, o que os tornam complexos e marcantes. O presente estudo teve por objetivo identificar os atributos determinantes da satisfação e do comprometimento do cliente com os serviços de saúde, analisando a importância dos construtos risco percebido, comunicação, emoções, qualidade percebida e confiança, nesse processo. O mesmo se justificou por haver necessidade de novas pesquisas que abordem as especificidades do setor saúde e contemplem uma maior diversidade de construtos, como exige a complexidade desse tipo de serviço. A metodologia compreendeu uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratória. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista em profundidade, que envolveu 17 pacientes e 4 acompanhantes, com permanência mínima de 24 horas no Hospital de São João de Deus, em Santa Luzia-MG. O tratamento dos dados foi feito a partir da análise de conteúdo. Os resultados da pesquisa sugerem que os construtos risco percebido, emoção, comunicação, qualidade percebida, confiança, satisfação e comprometimento estão inter-relacionados, dentro do contexto dos serviços de saúde. Eles demonstraram que o alto risco percebido na prestação de serviços de saúde exige que a comunicação entre profissionais e pacientes/familiares e a confiança entre as partes sejam suficientes para causar emoções positivas, que conduzam à satisfação e ao comprometimento com esse serviço.

Palavras-chave: Satisfação. Comprometimento. Serviços de Saúde. Risco Percebido. Comunicação. Emoção. Qualidade Percebida. Confiança.

## **ABSTRACT**

Health services has been comprehended by frequent meetings and/or permanent ones between providers and patients, in which the physical contact between them is intense, the risk perceived is high and the involved emotional load is big, that make them complexes and striking. The present study had the aim to identify the determinant attributes of the satisfaction and the commitment of the client with the health services, analyzing the importance of work risk perceived, communication, emotion, quality perceived and trust in the process. The same has been justified because there is a need of new researches which approach the health sector specifies and get the biggest diversity of works as required by the complexity of this sort of service. The methodology has been a qualitative research exploratory type. The data collection has been made through a strict interview which included seventeen patients and four companions with minimum twenty four hours stay at São João de Deus Hospital, in Santa Luzia, Minas Gerais, Brazil. The treatment of the data has been from content analysis. The outcomes suggest that the constructs perceived risk, emotions, communication, perceived quality, trust, satisfaction and commitment are interrelated within the context of health services. They have shown that the high perceived risk in the provision of health services requires communication between professionals and patients/families and that the trust between both parties is enough to cause positive emotions, that lead to satisfaction and to the commitment to this service.

**Key words:** Satisfaction. Commitment. Health Services. Perceived Risk. Communication. Emotion. Perceived Quality. Trust.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Status dos entrevistados .....	50
Gráfico 2 – Faixa etária dos entrevistados .....	51
Gráfico 3 – Sexo dos entrevistados .....	51
Gráfico 4 – Experiência de internação anterior .....	52
Gráfico 5 – Tipo de tratamento dos pacientes .....	52
Gráfico 6 – Nível de escolaridade dos entrevistados .....	53
Gráfico 7 – Renda familiar dos entrevistados .....	54

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 – Tom básico do discurso dos entrevistados e construtos relacionados .....	55
Quadro 2 – Síntese dos resultados: construtos e indicadores levantados .....	80

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACSI	<i>American Customer Satisfaction Index</i>
PROCONs	Órgãos de Proteção e Defesa dos Consumidores
SAC	Serviço de Atendimento ao Consumidor
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	14
1.2 OBJETIVO GERAL.....	18
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	19
2.1 MARKETING DE SERVIÇOS.....	19
<b>2.1.1 Marketing de Serviços de Saúde</b> .....	21
2.2 MARKETING DE RELACIONAMENTO.....	23
2.3 CONSTRUTOS ABORDADOS NA PESQUISA.....	26
<b>2.3.1 Risco percebido</b> .....	26
<b>2.3.2 Comunicação</b> .....	27
<b>2.3.3 Emoções</b> .....	31
<b>2.3.4 Qualidade percebida</b> .....	34
<b>2.3.5 Confiança</b> .....	36
<b>2.3.6 Satisfação</b> .....	39
<b>2.3.7 Comprometimento</b> .....	42
<b>3 METODOLOGIA</b> .....	44
3.1 ESTRUTURAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	45
3.2 AMBIÊNCIA DA PESQUISA.....	45
3.3 SUJEITOS DA PESQUISA E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	46
3.4 COLETA DE DADOS.....	47
3.5 TRATAMENTO DOS DADOS.....	48
<b>3.5.1 Pré-análise</b> .....	49
<b>3.5.2 Codificação e categorização</b> .....	49
<b>3.5.3 Interpretação</b> .....	49
<b>4 RESULTADOS</b> .....	50
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA.....	50
4.2 TOM BÁSICO DO DISCURSO DOS ENTREVISTADOS E CONSTRUTOS RELACIONADOS.....	50

4.3 ATRIBUTOS DETERMINANTES DA SATISFAÇÃO E DO COMPROMETIMENTO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE, SEGUNDO OS ENTREVISTADOS.....	58
<b>4.3.1 Risco percebido.....</b>	<b>59</b>
<b>4.3.2 Comunicação.....</b>	<b>62</b>
4.3.2.1 Ambiente.....	62
4.3.2.2 Profissionais.....	65
<b>4.3.3 Emoções.....</b>	<b>69</b>
<b>4.3.4 Qualidade percebida.....</b>	<b>73</b>
<b>4.3.5 Confiança.....</b>	<b>75</b>
4.3.5.1 Confiança nos profissionais.....	75
4.3.5.2 Confiança no hospital.....	76
<b>4.3.6 Satisfação.....</b>	<b>77</b>
<b>4.3.7 Comprometimento.....</b>	<b>78</b>
4.4 SÍNTESE DOS RESULTADOS.....	80
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>83</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>89</b>
<b>APÊNDICE A.....</b>	<b>105</b>
<b>APÊNDICE B.....</b>	<b>107</b>
<b>APÊNDICE C.....</b>	<b>110</b>
<b>APÊNDICE D.....</b>	<b>113</b>
<b>APÊNDICE E.....</b>	<b>116</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento econômico do país proporcionou o crescimento do setor de serviços, que passou a dar maior relevância ao ato de servir. Assim, as empresas vêm incorporando, em suas culturas organizacionais, a filosofia da “servicilização”, que envolve a preocupação com a qualidade, com o atendimento aos clientes e com a satisfação e retenção dos mesmos (EBERLE; MILAN; LAZZARI, 2010).

Percebe-se, assim, que a realidade do marketing vem experimentando profundas modificações, dentre as quais se destaca a ênfase às ações com foco na manutenção dos atuais clientes (FONSECA; TREZ; ESPARTEL, 2005).

No contexto dos serviços de saúde, essas mudanças na forma de servir, ainda que mais tardiamente, se fizeram presentes. Até meados da década de 80, quando o paciente procurava o hospital, o que importava era o atendimento ao seu problema específico de saúde. Se o médico fosse bom e o hospital limpo, ele ficava satisfeito. Atualmente, o cliente procura conforto, segurança e ambiente agradável, ao lado da competência dos profissionais e da tecnologia de ponta. O paciente, que até então não tinha direito de reclamar do atendimento prestado, tendo que se submeter às ordens médicas e da enfermagem, sem questionar, passa a exigir qualidade no atendimento (DIAS, 2005).

No cenário nacional, há de se considerar que essas mudanças na prestação de serviços, notadamente no setor saúde, vieram acompanhadas de profundas e marcantes modificações no arcabouço legal e jurídico, que legitimou os direitos dos consumidores.

Segundo Dias (2005), com a publicação de algumas leis, no Brasil, dentre as quais o Código de Defesa do Consumidor e a Constituição Federal, o direito do cidadão à saúde e à informação sofre profundas mudanças. O paciente passa, então, a participar do seu tratamento.

Santos e Rossi (2002) também reiteram que a publicação do Código de Defesa do Consumidor e a criação de órgãos governamentais de defesa do consumidor, como os Procons, fizeram com que os consumidores se tornassem mais exigentes e conscientes de seus direitos. Esse processo forçou as empresas a se ajustarem à nova demanda da sociedade e do mercado, por meio da criação de departamentos e serviços de atendimento ao consumidor (SAC).

Paralelamente a essas mudanças no perfil do consumidor, a competitividade no setor da saúde vem aumentando, seja pela forte pressão que a demanda pelos serviços e os



custos crescentes vêm exercendo, seja pela entrada de novos concorrentes de porte significativo, como é o caso das seguradoras vinculadas a bancos (MILAN; TREZ, 2005).

Nota-se que, no Brasil e no mundo, os sistemas de saúde passam por uma crise de financiamento, em que os investimentos crescentes estão sempre aquém dos gastos gerados. Tal fato tem levado as autoridades em saúde e os governantes envolvidos a repensarem as estratégias de investimentos, identificando-se uma tendência progressiva de financiamento de políticas de promoção à saúde e prevenção da doença, em detrimento dos caros financiamentos focados na hospitalização e na medicalização, além da progressiva incorporação de ferramentas gerenciais no cotidiano das organizações de saúde.

Assim, em um ambiente altamente competitivo e de restrição de recursos, os serviços de saúde têm buscado auxílio no marketing para enfrentarem as situações adversas (KOTLER; KELLER, 2006). Nesse contexto, uma das estratégias bastante adotada tem sido o marketing de relacionamento, em que estudos sobre qualidade de serviços e satisfação do cliente ganham destaque.

Convém ressaltar que, nos serviços de saúde, os estudos relacionados à qualidade e à satisfação possuem características que merecem atenção. No que diz respeito à qualidade, o parâmetro de avaliação mais frequentemente utilizado tem sido o técnico, por meio do alcance de indicadores e metas delineados por especialistas da área. Dessa forma, raramente a qualidade é estudada sob a perspectiva do cliente, mas, *a priori*, sob a perspectiva dos profissionais da saúde. Em relação à satisfação, os estudos têm abordado a visão dos pacientes, porém, utilizando análises superficiais ou seguindo as dimensões mais usuais, sem levar em consideração as especificidades da área de saúde.

Os serviços de saúde possibilitam encontros frequentes e/ou duradouros entre prestadores e pacientes, cujo contato físico é intenso, o risco percebido é alto e a carga emocional envolvida é grande, o que os tornam complexos e marcantes.

Nesse ponto, convém destacar que a característica permanente de alto risco na prestação do serviço de saúde faz com que a confiança seja um construto crucial. Há de se lembrar que o risco advém da possibilidade de danos à integridade física e mental do indivíduo ou até mesmo de morte, relacionado ao desempenho do prestador e às próprias condições clínicas do paciente.

Desse modo, devido ao alto risco percebido pelo cliente e à própria necessidade que dispara sua busca pelo serviço (dor, desconforto, deformidade, disfunção), a prestação do serviço de saúde ocorre em uma atmosfera de fortes emoções, tanto para o cliente como para o prestador.

Salvo em exceções, como em cirurgias plásticas e partos, a demanda por serviços de saúde ocorre por circunstâncias ou contingências, e não de forma absolutamente voluntária. O cliente que se submete a uma cirurgia para a retirada do apêndice, por exemplo, não o faz por mera escolha, mas, sim, para resolver um problema de saúde estabelecido e evitar os riscos decorrentes do mesmo (infecção e até mesmo a morte).

Sendo assim, o cliente se encontra fragilizado diante do prestador de serviço. Tal fato possibilita o estabelecimento de uma relação de troca desfavorável ao paciente, aumentando a sua dependência em relação ao profissional de saúde.

A prestação do serviço de saúde tenderá a contar, portanto, com a prevalência de emoções negativas, exigindo um melhor gerenciamento dessas emoções pelo prestador de saúde para que o cliente saia satisfeito, a despeito das emoções negativas iniciais. Nesse sentido, o gerenciamento de impressões, favorecendo experiências e emoções positivas, constitui-se como um ponto fundamental.

Os serviços de saúde também requerem mão-de-obra especializada e tecnologias de ponta, que implicam alto custo operacional, e são dificilmente avaliados pelo cliente. Dessa forma, os aspectos tangíveis (ambiente, estrutura física, comunicação, vestimentas) são frequentemente tomados em consideração na avaliação do desempenho do prestador, o que, novamente, evidencia a relevância dos aspectos tangíveis para o estabelecimento de um bom relacionamento com o paciente.

Baseando-se no exposto, pode-se afirmar que a competência técnica do prestador de serviços de saúde deve ser alta, de forma a minimizar o risco envolvido na transação. Contudo, a competência interpessoal deve ser igualmente elevada, de forma a fazer com que o cliente perceba a qualidade do serviço, sinta-se confiante, seguro e satisfeito.

Outro ponto a ser destacado em relação ao serviço de saúde é que o seu resultado pode divergir (e muito) daquele esperado pelo cliente, estando este condicionado a fatores que não podem ser controlados pelo prestador (genéticos, hereditários, imunológicos, associados à idade, ao sexo, entre outros).

Um último aspecto importante é que a prestação do serviço, geralmente, envolve mais experiências desprazerosas que prazerosas: os procedimentos envolvem dor, desconforto, exposição do corpo, da intimidade, entre outros. Isso requer do prestador máximo esforço para controlar as emoções no processo da prestação do serviço, de modo a fazer o cliente vislumbrar a experiência da satisfação e perceber a qualidade do serviço, apesar das adversidades.

Visto que a entrega dos serviços de saúde ocorre em uma atmosfera de fortes emoções, em que prestador e cliente precisam interagir da melhor forma possível para que resultados positivos sejam alcançados, ressalta-se a relevância de o funcionário de linha de frente ter consciência do seu papel e saber administrá-lo.

A inseparabilidade entre prestador e cliente determina a necessidade de alta performance do prestador e requer dele um controle muito grande de seu papel e das emoções que possam surgir no processo de atendimento, sejam elas provenientes do cliente, de si próprio ou de terceiros envolvidos na ação (outros pacientes, familiares, acompanhantes, fornecedores, entre outros).

Apesar de todas as peculiaridades que envolvem os serviços de saúde, nota-se que a literatura de marketing ainda não tem dado o devido destaque que a área merece. Isso pode ser confirmado pelas observações de Loures (2003) de que, no Brasil, o setor saúde ainda tem recebido pouca atenção pelos pesquisadores de marketing.

Nesse sentido, convém lembrar as observações de Milan e Trez (2005) de que as empresas de saúde têm o compromisso ético fundamental de atender clientes para os quais fornecem soluções em saúde. Ainda segundo os autores, trata-se de um tipo de cliente que já se encontra de certa forma fragilizado e para o qual um serviço de qualidade deve ser um atributo básico da oferta. Logo, é imperioso que se entenda a relevância da satisfação de clientes em serviços de saúde, considerando-se as singularidades do setor, bem como seus possíveis resultados.

Dessa forma, admite-se que a problemática precisa ser incluída nas agendas dos pesquisadores de marketing e que alguns construtos precisam ser mais explorados, em respostas às particularidades dos serviços de saúde. É o caso, por exemplo, do contato próximo e íntimo entre prestador e cliente, da duração prolongada e/ou frequente da prestação do serviço, do alto conteúdo emocional e do alto risco percebido envolvidos na prestação.

Diante do exposto, surge o seguinte questionamento: **Quais os atributos determinantes da satisfação e do comprometimento do cliente com os serviços de saúde?**

## 1.2 OBJETIVO GERAL

Identificar os atributos determinantes da satisfação e do comprometimento dos clientes com os serviços de saúde.

### 1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1 Analisar a importância dos construtos: risco percebido; comunicação; emoção; qualidade percebida e confiança para a satisfação e o comprometimento com os serviços de saúde;
- 2 Analisar a relação entre esses construtos, no contexto dos serviços de saúde.

O presente estudo tem por objetivo responder ao questionamento proposto, analisando a importância dos construtos risco percebido, comunicação, emoção, qualidade percebida e confiança, na prestação de serviços de saúde.

A relevância do estudo repousa sobre o fato de haver necessidade de novas pesquisas que abordem as especificidades do setor saúde e, ainda, que contemplem uma maior diversidade de construtos, como exige a complexidade desse tipo de serviço.

Ademais, acredita-se que aprofundar o conhecimento sob essa perspectiva viabiliza incrementar estratégias de relacionamentos com os clientes para as organizações de saúde, favorecendo uma vantagem competitiva no mercado e viabilizando o cumprimento de suas missões organizacionais.

Vale ressaltar que, embora o emprego do termo “cliente” seja consagrado nas pesquisas de marketing, para fins desta pesquisa, foi dada preferência para a utilização do termo “paciente”. Tal opção se respalda nos achados de Balakrishnan (1998) de que os pacientes preferem ser assim chamados a serem tratados por “clientes”.

Ainda segundo o autor, a utilização do termo “paciente” não o torna mais doente ou limita seus direitos. Pelo contrário, ela é preferível à substituição do *status* de “paciente diferenciado” ao de “cliente comum” (BALAKRISHNAN, 1998).

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico abrangeu, por um lado, os estudos sobre marketing de serviços e marketing de relacionamentos, e por outro, a definição de construtos relacionados à prestação de serviços de saúde, utilizados no modelo teórico proposto: risco percebido; comunicação; emoção; qualidade percebida; confiança, satisfação e comprometimento.

### 2.1 MARKETING DE SERVIÇOS

Percebe-se que o setor de serviços ampliou-se. Entende-se, hoje, que a prestação de serviços é inerente à diferenciação das empresas na entrega de um bem. Portanto, a prestação de serviços está vinculada tanto ao prestador de serviços “puro” como à indústria que agrega serviços ao seu produto (BRENER, 2003).

Segundo Kotler e Keller (2006), os serviços são caracterizados por:

Qualquer ato ou desempenho, essencialmente intangível, que uma parte oferece à outra e que não resulta na propriedade de nada e não acarreta necessariamente a propriedade do que quer que seja. A execução de um serviço pode estar, ou não, ligada a um produto concreto (KOTLER; KELLER, 2006, p.397).

“Os serviços apresentam quatro características que afetam completamente a elaboração de programas de marketing: a intangibilidade, a inseparabilidade, a variabilidade e a perecibilidade” (KOTLER; KELLER, 2006, p.399-400).

A intangibilidade se deve ao fato de os serviços não poderem ser experimentados, antes de serem adquiridos, diferentemente do que ocorre com os produtos físicos. A inseparabilidade acontece uma vez que o cliente está presente enquanto o serviço é executado. A variabilidade se dá em função de onde, quando, como e por quem os serviços são executados. Finalmente, a perecibilidade se relaciona ao fato de não se poderem armazenar os serviços, o que faz com que a demanda oscilante comprometa a sua oferta (KOTLER; KELLER, 2006).

Zeithaml e Bitner (2003) sugerem a adoção de um composto ampliado de marketing para serviços. Além dos elementos tradicionais do composto de marketing, recomendam a inclusão de novos elementos: pessoas, evidências físicas e processos.

O composto ampliado de marketing para os serviços proposto por Zeithaml e Bitner (2003) mostra-se válido a partir das observações de Kotler e Keller (2006) de que, em alguns serviços, os clientes não conseguem julgar a qualidade técnica, mesmo depois de terem recebido o serviço. Assim, eles procuram por sinais ou evidências de qualidade do serviço, avaliando as instalações, as pessoas, os equipamentos, o material de comunicação, os símbolos e os preços. Por isso, a tarefa do prestador de serviços é agregar evidências e imagens concretas a ofertas abstratas.

Em função de suas características heterogêneas, os serviços podem apresentar desempenho variável segundo a empresa, ou, mesmo, segundo o pessoal de atendimento de uma mesma empresa (RODRIGUES, 2001).

De acordo com Zeithaml, Berry e Parasuraman (1993), o consumidor de serviços apresenta um padrão normativo de expectativas que eles chamam de serviço desejado. Esse padrão é definido como o nível de serviço que o consumidor espera receber. Ainda que esperem realizar seus desejos ligados ao serviço, os consumidores reconhecem que isso nem sempre é possível. Por isso, eles apresentam um segundo nível de expectativa, inferior ao nível desejado, que representa o mínimo aceitável do serviço, e o definem como o nível do serviço adequado. A diferença entre o nível adequado e o nível desejado do serviço é representada por uma medida global denominada “zona de tolerância”.

A zona de tolerância dos clientes pode variar de acordo com diversos fatores: experiência do consumidor, número de alternativas percebidas de serviço e situações de emergência, entre outros. Nesse caso, uma prestação julgada abaixo do nível de serviço adequado não seria aceita pelo consumidor, ou ele tenderia a mudar de prestador (RODRIGUES, 2001).

Rodrigues (2001) afirma que o conhecimento da zona de tolerância dos consumidores é um aspecto importante para ser considerado pelas empresas na sua definição da prestação do serviço. A empresa que conhece os limites aceitos pelo consumidor de seu serviço está em condições de melhor definir uma oferta superior no mercado.

Price, Arnoul e Tierney (2001) salientam que as relações de serviços na “hora da verdade”, quando o cliente interage com o prestador de serviços, devem ser avaliadas considerando três dimensões, que são, por vezes, negligenciadas: a duração temporal, a carga afetiva ou emocional e a proximidade espacial entre o prestador de serviço e o cliente. Essas

dimensões do encontro de serviço dão forma ao desempenho do prestador e às ligações entre o seu desempenho, relação afetiva e satisfação do cliente. Entretanto, elas ainda são pouco abordadas na literatura de marketing.

Em qualquer momento no qual o contexto do encontro implique maior duração temporal, seja mais próximo fisicamente e apresente mais carga emocional, o desempenho do prestador tem a probabilidade de ser um determinante fundamental de resultados para os clientes. Assim, os gerentes deveriam ajudar os prestadores de serviço a desenvolver táticas para criar ligações relacionais reais com os clientes, além de fornecer diferenciais na prestação do serviço, sem comprometer a autoidentidade do prestador (PRICE; ARNOUL; TIERNEY, 2001).

No contexto do encontro, prestador e cliente não compartilham necessariamente uma definição de fornecimento de serviço [...]. O que é rotina para advogados, atendentes de pronto-socorro, diretores de funerárias e enfermeiras de maternidade, por exemplo, muitas vezes é único, insólito e desconcertante para clientes. O treinamento de prestadores para encontros com alta carga emocional como esses deveria enfatizar o gerenciamento (PRICE; ARNOUL; TIERNEY, 2001, p.286).

Segundo a Associação Americana de Marketing (2004), referenciada por Kotler e Keller (2006), o marketing consiste em um conjunto de processos que envolvem a criação, a comunicação e a entrega de valor para os clientes, bem como a administração do relacionamento entre eles, de modo que beneficie a organização e seu público interessado.

### **2.1.1 Marketing de Serviços de Saúde**

Antes de se tratar de marketing em serviços de saúde, é útil conceituar esse segmento de serviço e destacar suas particularidades.

Conforme Carâp (2001), os serviços de saúde são atividades ou processos realizados por profissionais ou organizações, que visam a satisfazer as necessidades de cuidados e de atenção dos clientes, pelos quais eles estão dispostos a pagar um preço, seja através de honorários, mensalidades, apólice de seguro ou impostos.

Ainda segundo o autor:

São procedimentos complexos, às vezes sofisticados, que requerem tecnologia específica, pretendendo resolver problemas concretos como impedir a instalação de doenças ou alterar o seu curso, quando instaladas (CARÂP, 2001, p.24).

De acordo com Garvin (1990), as organizações de saúde têm pontos em comum com outros serviços, mas possuem três singularidades: a falta de clareza na conexão entre entradas e saídas, em função do tempo necessário para os resultados manifestarem-se; a dificuldade de avaliação dos aspectos técnicos pelos pacientes; e a presença de duas linhas de autoridade distintas, o pessoal administrativo e os técnicos, notadamente os médicos, em vez da pirâmide de autoridade única, predominante nas demais organizações.

Para Ford e Fottler (2000), essas características únicas dos serviços de saúde, como a sua estrutura regulatória, a presença de uma terceira fonte pagadora, que pode ser um plano de saúde, uma seguradora ou o governo e o poder de decisão dos médicos levaram as empresas de saúde a prestarem menos atenção aos clientes do que fazem os demais segmentos da indústria de serviços.

Embora as peculiaridades dos serviços de saúde forcem uma revisão completa no entendimento da prestação de serviços (MAGALHÃES *et al.*, 2009), o gerenciamento dos serviços de saúde, mesmo ao considerar o paciente como elemento-chave para a organização, tem focado, historicamente, as necessidades clínicas dos pacientes (FORD; FOTTLER, 2000), não considerando a experiência total do consumo, sugerida por Bitner (1992).

Contudo, mudanças mercadológicas, como o declínio da taxa de ocupação e a diversificação dos serviços de saúde, têm levado as empresas de saúde a estarem mais atentas às necessidades e aos desejos dos pacientes (FORD; FOTTLER, 2000).

Atualmente, o paciente parece estar disposto a mudar de médico para que os serviços de saúde lhe sejam prestados da forma desejada (PAUL, 1998; CHOONG, 2000; PORTER; TEISBERG, 2007). Nesse contexto, as atividades de marketing, até então pouco reconhecidas e praticadas na área de saúde, tornam-se essenciais para garantir a sobrevivência, o crescimento e a lucratividade. Os especialistas em marketing sugerem que os serviços de saúde ofereçam maior qualidade e busquem, permanentemente, o equilíbrio entre os objetivos dos seus funcionários e as necessidades e aspirações dos pacientes (WAGNER *et al.*, 1994; TAHKA, 1988).

Os profissionais da saúde passaram, portanto, a utilizar práticas de marketing para obter e reter clientes. Três fatores potencializam essa tendência: a diminuição de



impedimentos legais, ampliando o uso de ferramentas de marketing, como a propaganda, o excesso de profissionais e a diminuição da imagem pública das profissões (BRENER, 2003).

O marketing desempenha, dessa forma, um papel importante por auxiliar os profissionais do sistema de saúde a criar, comunicar e fornecer valor a seus mercados-alvo. Nesse sentido, os profissionais de marketing têm priorizado os clientes em detrimento dos produtos ou serviços. Eles estão mais interessados em construir um relacionamento duradouro do que em garantir uma única transação (KOTLER; SHALOWITZ; STEVENS, 2010).

Segundo Dias (2005):

[...] através da abordagem de marketing, o hospital vai conseguir captar as necessidades do cliente e adaptar os serviços a elas, vai poder tomar decisões com menor risco perante a concorrência, perceber mais rapidamente as transformações que ocorrem na sociedade e compreender melhor as nuances dos produtos que oferece ao cliente. O hospital vai procurar criar uma imagem que minimize a conotação tradicional de dor e sofrimento, buscando idéias no setor hoteleiro, que é o que mais se assemelha, já que ambos hospedam pessoas que estão fora de seu domicílio, embora por motivos completamente diferentes (DIAS, 2005, p.60).

Em suma, os serviços de saúde contemplam as três dimensões do encontro de serviços, simultaneamente, que caracterizam a complexidade do serviço prestado. A duração prolongada se dá por tratamentos e procedimentos longos e demorados, a proximidade espacial se faz pela alta necessidade de contato físico entre a equipe profissional de saúde e o cliente, já a carga afetiva ou emocional ocorre em função do desgaste e sofrimento relacionados ao processo da doença, do estresse e da angústia dos profissionais em lidar com essas situações.

Sendo assim, o marketing não deve ser simplesmente uma função do negócio, mas uma filosofia, uma maneira de pensar e estruturar os negócios e as mentes das pessoas que trabalham nas organizações de saúde, o que implica uma mudança de cultura dessas instituições (DIAS, 2005).

## 2.2 MARKETING DE RELACIONAMENTO

O conceito de marketing de relacionamento traz uma abordagem diferente, expressa como uma real mudança de paradigma (MORGAN; HUNT, 1994). Para Gordon

(1998, p.31): “o marketing de relacionamento é o processo contínuo de identificação de novos valores com clientes individuais e o compartilhamento de seus benefícios durante uma vida toda de parceria”.

O marketing de relacionamento propõe o redirecionamento de foco de simples trocas transacionais para trocas relacionais.

Malinowski (1922), referenciado por Mazza e Freitas (2007), identificou e distinguiu as trocas transacionais das trocas relacionais. As primeiras são puramente comerciais, envolvem negociação e são desvinculadas da vida pessoal, enquanto as últimas permeiam a vida pessoal do indivíduo, são construídas com laços sociais e se prolongam através do tempo e do espaço social.

Conforme Dwyer, Schurr e Oh (1987), a troca transacional tem início definido, curta duração e final limitado pela performance atingida. Já a troca relacional é maior em duração, reflete um processo em evolução, com início e fins não limitados.

Para Morgan e Hunt (1994), o marketing de relacionamento se refere a todas as atividades de marketing direcionadas para o estabelecimento, o desenvolvimento e a manutenção de trocas relacionais bem-sucedidas.

A orientação para cliente tem sido trabalhada na literatura, tanto no contexto de serviços quanto de bens. Porém, esse construto parece ganhar relevância nos serviços, uma vez que o consumidor percebe o valor dos mesmos e adquire confiança na organização por meio do empregado com quem tem contato (SOLOMON *et al.*, 1985; BITNER, 1990).

Deshpandé, Farley e Webster Jr. (1993) definem a orientação para o mercado como o conjunto de crenças que coloca os interesses dos clientes em primeiro lugar, sem excluir os interesses dos demais *stakeholders* (proprietários, gerentes e empregados) para desenvolver uma empresa lucrativa em longo prazo.

De acordo com Day (2000), é fundamental entender o relacionamento com os clientes como uma competência que estabelece um diferencial para as empresas em um ambiente cada vez mais competitivo.

Para Day (1999), as empresas orientadas para o mercado possuem três elementos que conferem a elas uma habilidade superior em compreender, atrair e manter os clientes: cultura, capacidades e configuração.

Conforme Baker, Simpson e Siguaw (1999), vários construtos têm surgido para avaliar a criação e a manutenção de relacionamentos de longo prazo. Desses, a confiança, a cooperação, o comprometimento e a satisfação têm recebido maior atenção dos autores (ANDERSON; NARUS, 1990; ANDERSON; WEITZ, 1992).

Crosby, Evans e Cowles (1990) apontam que a satisfação e a confiança são dimensões da qualidade do relacionamento. Hennig-Thurau, Langer e Hansen (2001) destacam que a qualidade do relacionamento abrange confiança, comprometimento, probabilidade de investimento no relacionamento e expectativa de continuidade.

Nwankwo (1995) e Brown *et al.* (2002) demonstraram que organizações orientadas para o cliente fazem com que os empregados de fronteira foquem seus esforços em entregar serviços e/ou produtos com altos níveis de qualidade.

Crosby, Evans e Cowles (1990) concluíram que relacionamentos com qualidade dependem de confiança e satisfação. De forma complementar, Bigne e Blesa (2003) demonstraram que empresas orientadas para mercado têm atitude positiva na confiança do consumidor e na satisfação com o relacionamento. Os achados desses autores demonstram que os construtos confiança e satisfação são positivamente relacionados.

Entretanto, Garbarino e Johnson (1999) apontam que existe uma diferença significativa na confiança e no comprometimento de clientes com comportamentos relacionais, comparados com consumidores com padrões de troca mais transacionais.

Reynierse e Harker (1992) constataram que a percepção do empregado sobre sua própria orientação para o cliente tem influência nas percepções de performance e satisfação do cliente. De modo semelhante, Goff *et al.* (1997) evidenciaram que a orientação para o cliente de um empregado de fronteira, quando percebida pelo cliente, altera positivamente sua satisfação.

Percebe-se que, nos últimos anos, os estudos sobre a satisfação do consumidor absorveram parte considerável dos esforços dos pesquisadores de marketing, dos institutos de pesquisa e das empresas. Contudo, nem sempre a satisfação é alcançada, e compras insatisfatórias, embora variem em magnitude e prevalência, inevitavelmente ocorrem (FERNANDES; SANTOS, 2006).

Essas situações parecem ser ainda mais comuns no setor de serviços, cujas características peculiares à sua atividade, tais como a intangibilidade, maior interdependência entre as partes e maior contato pessoal entre funcionários e clientes, geram constantes divergências entre as expectativas dos mesmos e as respostas das empresas (BERRY; PARASURAMAN, 1991; BITNER; BOOMS; TETREAUULT, 1990).

Na busca pela qualidade do serviço prestado, o marketing de serviços volta-se para o gerenciamento comportamental dos funcionários de linha de frente, além de se preocupar com a reação percebida, satisfatória ou insatisfatória, do cliente (LOVELOCK; WRIGHT, 2002).

Empregados de fronteira que possuem altos níveis de orientação para o cliente são mais propensos a gerar confiança na relação, devido à ênfase dada ao entendimento do consumidor e à importância que este último dedica para a interação de venda/compra (GOFF *et al.*, 1997). Sendo assim, a seleção e contratação de empregados que estarão em contato direto com o cliente torna-se um processo de suma importância (BROWN *et al.*, 2002).

Mazza e Freitas (2007) argumentam que serviços de alto envolvimento, como serviços médicos, de seguro e de cabeleireiros, geralmente, comportam apelo por relacionamentos.

Nas trocas relacionais ocorridas no contexto dos serviços, a tarefa implícita ou explícita é a geração de benefícios para cada indivíduo, por meio de comportamentos ou bens que os atores não poderiam conseguir sozinhos (FREITAS; MAZZA; MOTA, 2007).

No que diz respeito aos serviços de saúde, Moura (2003) ressalta a importância de se incrementar o relacionamento com o cliente. De acordo com a autora, aplicar o conceito de customização nos serviços de saúde significa atender aos pacientes de forma individualizada, considerando seu contexto e respeitando suas crenças, seus valores, suas necessidades e seus desejos.

## 2.4 CONSTRUTOS ABORDADOS NA PESQUISA

### 2.3.1 Risco percebido

Bauer (1960) foi o primeiro pesquisador na área do marketing a propor que o comportamento do consumidor envolve risco, uma vez que suas ações geram consequências que não podem ser antecipadas com qualquer aproximação de certeza, sendo algumas delas indesejáveis (KOVACS; FARIAS; ESPÍRITO SANTO, 2007).

O risco pode ser real ou percebido. O risco real é aquele que existe de fato; é o risco objetivo. Já o risco percebido é aquele que o indivíduo percebe em uma dada situação, também chamado de risco subjetivo (CUNNINGHAM, 1967).

Os consumidores são influenciados pelos riscos que percebem, independentemente do fato de o risco existir ou não, realmente (SCHIFFMAN; KANUK, 1997).

Ele também pode ser inerente ou manipulado. O inerente é o risco que o consumidor percebe em uma classe de produtos ou serviços. Por sua vez, o risco manipulado representa o resultado final da busca por informação, no processo de redução do risco inerente. Assim, quando o consumidor não tem informação alguma, o risco manipulado é igual ao inerente (BETTMAN, 1973).

O risco pode ser reduzido a um nível tolerável por meio de duas formas: reduzindo as expectativas de ganho e aumentando o grau de certeza de que as consequências de uma dada ação serão favoráveis (ROSS, 1975).

Na área do comportamento do consumidor, o risco percebido é definido como a crença de que a compra de um produto ou serviço possa vir a ter determinadas consequências negativas (SOLOMON, 2002).

Apesar de o risco percebido ser tipicamente aplicado a resultados negativos, ele pode incluir também resultados positivos. Isso por que não é o resultado em si que constitui o risco, mas o quanto ele pode ser considerado frustrante. Logo, mesmo um resultado positivo pode ser decepcionante, caso seja considerado abaixo do nível que se espera (SITKIN; PABLO, 1992).

O risco vai além das incertezas sobre as consequências. É considerado como uma expectativa pessoal de que perdas possam ocorrer (ENGEL; BLACKWELL; MINIARD, 2000).

Cabe ressaltar que não existe um consenso na literatura sobre as tipologias gerais de risco percebido que influenciam o comportamento do consumidor. Porém, alguns tipos de riscos se destacam nesse conjunto como os que se seguem: financeiro, funcional ou de performance, físico, social, de tempo ou conveniência (BARBOSA *et al.*, 2008).

Desde os primeiros estudos de Bauer (1960), sabe-se que os consumidores adotam diferentes estratégias para a redução do risco percebido, porém todas elas se relacionam diretamente à procura por informação (DOWLING; STAELIN, 1994).

### **2.3.2 Comunicação**

Na entrega de um serviço, as partes envolvidas são consideradas responsáveis por papéis que interpretam durante a interação (BITNER; BOOMS; TETREAULT, 1990) e os

encontros de serviços são tidos como a performance desses papéis desempenhados pelos atores sociais (SOLOMON *et al.*, 1985).

As sequências desses comportamentos desempenhados por funcionários e clientes são aprendidas pela experiência, pela educação e pela comunicação com outros (LOVELOCK; WRIGHT, 2002).

Comunicação, segundo Sacconi (2009), significa: ato ou efeito de comunicar; aviso; participação ou informação; meio pelo qual as coisas se comunicam.

O efeito da comunicação interpessoal na avaliação do cliente é muito maior em serviços “puros”, uma vez que eles requerem forte interação na entrega e não envolvem bens tangíveis na troca (SUNDARAM; WEBSTER, 2000).

Nos serviços, tanto as pessoas como o ambiente podem ser fontes de comunicação para os clientes. Nesse caso, ambos constituem-se em evidências, que auxiliam no processo de avaliação da qualidade dos serviços.

De acordo com Berry e Parasuraman (1992), as evidências dividem-se em: ambiente físico, comunicações e preço.

O ambiente físico compreende fatores ambientais, como temperatura, ruído, odor, fatores de projeto, como arquitetura, decoração, conforto e fatores sociais, como aparência e comportamento de clientes e empregados.

As comunicações são provenientes da própria empresa, da mídia e demais grupos de interesse da mesma, podendo transmitir informações positivas ou negativas sobre o serviço.

Já o preço torna-se um indicador da qualidade, tendo em vista a intangibilidade dos serviços. Assim sendo, preços demasiadamente elevados transmitem despreocupação com o cliente, enquanto preços muito baixos desvalorizam os serviços.

Ainda segundo os autores, uma forma de atenuar as discrepâncias entre as expectativas do cliente e sua satisfação com um serviço é gerenciar as evidências do mesmo, ou seja, os aspectos tangíveis que levam à impressão do cliente.

Os consumidores podem não ter elementos suficientes para avaliar com precisão os atributos dos produtos e serviços, valendo-se, então, da imagem corporativa. Quanto mais real for o valor dessa imagem, mais ele poderá indicar ao consumidor o que esperar da companhia (ARRUDA; ARRUDA, 1998).

Dentro deste contexto, facilitar a forma como estes funcionários transmitem boas impressões parece ser uma ação apropriada. Na medida em que a gestão

de pessoas em ambientes de serviços é causadora de impactos nas impressões dos clientes, a teoria do gerenciamento de impressões se insere neste cenário quando oferece ferramentas para melhor compreender e administrar não só as ações dos funcionários, como também as dos clientes. Desta forma, funcionários poderão ter um maior controle da situação no encontro de serviços, facilitando sua prestação e favorecendo a reação de satisfação do cliente (DURÃO; MENDONÇA; BARBOSA, 2006, p.2).

Zeithaml e Bitner (2003) salientam que as empresas de serviços devem aliar a comunicação externa e interna à comunicação interativa, que ocorre entre a equipe de contato e o cliente, no momento da entrega do serviço.

Em pesquisa sobre falhas e recuperações de serviços bancários e de telefonia, Corrêa, Pereira e Almeida (2007) identificaram que a equipe de contato frequentemente não conhecia de maneira adequada os direitos dos clientes e os serviços por eles contratados, bem como não lhes fornecia de forma satisfatória informações relevantes para a utilização dos serviços.

Conforme o modelo de Donovan e Rossiter (1982), as condições do ambiente interferem na percepção em relação a esse ambiente, provocando respostas emocionais de prazer e excitação no indivíduo. Baker, Levy e Grewal (1992) sugerem que clientes percebem os fatores do ambiente especialmente quando estes excedem um nível aceitável.

Schlenker (1980) refere-se ao gerenciamento de impressões como uma atividade de monitorar os comportamentos que as pessoas desempenham, para, assim, criar e manter impressões desejadas. Fisk e Grove (1996) afirmam que o gerenciamento de impressões é a tentativa de visualizar percepções de pessoas sobre um determinado fenômeno ou serviço prestado, podendo, dessa forma, influenciá-las, buscando melhor satisfação dos clientes.

Acredita-se que o gerenciamento de impressões no ato da entrega do serviço pode facilitar a interação com o cliente e aumentar as possibilidades de causar a impressão desejada pela empresa (DURÃO; MENDONÇA; BARBOSA, 2006).

De acordo com Tedeschi e Melburg (1984) e Gardner e Martinko (1988), as estratégias de gerenciamento de impressões podem assumir funções assertivas no sentido de estabelecerem uma identidade em particular para uma audiência, e de protegerem uma imagem já estabelecida, dentro de uma performance.

Durão, Mendonça e Barbosa (2006) salientam o papel do gerenciamento de impressões na satisfação dos clientes:

[...] existem benefícios quando funcionários de linha de frente em serviços de hotelaria utilizam certas ferramentas de gerenciamento de impressões quando interagem com hóspedes. Ambas as partes, portanto, percebem o papel potencializador desta prática na satisfação com o processo de entrega do serviço (DURÃO; MENDONÇA; BARBOSA, 2006, p.13).

De acordo com Lytle e Mokwa (1992), os pacientes também buscam por informações tangíveis para ajudá-los na avaliação da competência do prestador, uma vez que o serviço de saúde é essencialmente um processo intangível. Essas informações tangíveis são: a aparência dos prestadores de serviços, a decoração e as instalações.

Morgan e Hunt (1994) identificaram que a comunicação é a maior precursora da confiança nos relacionamentos. Esse achado se reforça nas argumentações de Anderson e Narus (1990) de que a comunicação se relaciona positivamente com a confiança nos canais de distribuição.

Vale ressaltar que a comunicação deve ser entendida de uma forma mais ampla, envolvendo a forma verbal e não verbal, como propõe Sundaram e Webster (2000).

Segundo Palmer e Simmons (1995), os indivíduos aprendem desde a infância a utilizarem os sinais não verbais como um veículo de comunicação. Uma vez que aprendem a comunicação não verbal, utilizam-na de forma consciente e inconsciente na interação interpessoal, apresentando significados sociais distintos (BURGOON, 1991).

De acordo com Sundaram e Webster (2000), durante o processo de comunicação, os indivíduos sinais não verbais antes de compreenderem a comunicação verbal. Logo, tanto as formas acionam os verbais como as não verbais de comunicação influenciam as emoções e os sentimentos dos clientes, que, por sua vez, influenciam a avaliação do encontro de serviço.

Sinais não verbais que produzam emoções positivas podem encorajar os clientes a associarem características positivas ao prestador, enquanto sinais não verbais desprazerosos, que causem emoções negativas, provavelmente levarão a uma avaliação negativa do prestador (SUNDARAM; WEBSTER, 2000).

Os resultados apontados por Mehrabian e Williams (1969), referenciados por Sundaram e Webster (2000), sugerem que atitudes do prestador, como sorriso espontâneo, a postura corporal aberta e o contato olhos-nos-olhos, sugerem intimidade e reciprocidade e são percebidos pelos clientes como sinais amistosos e amigáveis. Por outro lado, as expressões faciais de indiferença, a falta de contato olhos-nos-olhos e a postura corporal fechada, como tronco esquivado, braços e pernas cruzados, são compreendidas como sinais de dominância e de distância emocional.



A aparência física é outra forma não verbal de comunicação importante. Embora ela se torne menos relevante à medida que o cliente obtém mais informações sobre o prestador, é um fator importante, pelo menos durante o estágio inicial do encontro (SUNDARAM; WEBSTER, 2000).

A aparência física pode ser potencializada, utilizando vestimentas apropriadas (SUNDARAM; WEBSTER, 2000).

É particularmente importante que o prestador tenha consciência do efeito da comunicação não verbal na avaliação do cliente e procure melhorá-la, sobretudo em serviços em que a qualidade é dificilmente avaliada, como nos serviços de saúde (LARSEN; SMITH, 1981). Embora treinar os empregados de fronteira nesse sentido seja difícil, sabe-se que eles poderão controlar melhor a comunicação não verbal, se estiverem mais informados e conscientes do impacto da comunicação verbal na avaliação do serviço pelo cliente (SUNDARAM; WEBSTER, 2000).

### **2.3.3 Emoções**

Parkinson (1995) expõe que as emoções são uma forma particular de comunicação, inevitavelmente administrada por crenças, valores e normas da sociedade. As emoções informam ao outro, ou ao próprio sujeito que as sente, que uma mudança de situação é necessária. Elas são, mais propriamente, comunicações interpessoais que refletem os sentimentos das pessoas envolvidas no processo, seja pela comunicação verbal ou pela comunicação não verbal.

No marketing, “emoções vieram a ser entendidas como importantes antecedentes da satisfação” (ROSSI *et al.*, 2004). Para Farias e Santos (2000), são um conjunto de respostas que surgem em uma experiência de consumo, especificamente durante o uso de um produto ou serviço.

Richins (1997) concluiu, em seus estudos, que as emoções positivas predominantes nas experiências de consumo são: felicidade, alívio e excitação; enquanto que as emoções negativas mais frequentes são: preocupação, tristeza e culpa. De modo semelhante, Farias e Santos (2000) alegam que há diferentes estados emocionais que contribuem para a satisfação: aceitação, alegria, alívio, interesse/excitação e prazer com o produto.

É inegável, portanto, o papel crítico desempenhado pelas emoções em definir experiências de consumo e influenciar comportamentos e reações de clientes (BABIN; DARDEN; BABIN, 1998).

Os estímulos ambientais são responsabilizados por afetar estados emocionais, como os de prazer e excitação, que, por sua vez, afetam o comportamento de aproximação e afastamento dos consumidores (BAKER; LEVY; GREWAL, 1992).

Donovan e Rossiter (1982), por exemplo, descobriram que o prazer induzido pela loja, através da sua atmosfera, estava positivamente relacionado com a propensão para comprar. Da mesma forma, Babin e Attaway (2000) constataram que os clientes preferem interagir em ambientes que causam percepções positivas, de onde se conclui que a geração de afeto negativo irá influenciar negativamente a intenção de retorno e recomendação.

Assim como os estímulos ambientais, a incerteza quanto aos resultados também aumenta as reações emocionais no processo da troca (FREITAS; MAZZA; MOTA, 2007).

O sucesso das ações de marketing passa a ser determinado, então, pelo grau em que consumidores são providos de emoções positivas e que emoções não desejadas são minimizadas (BABIN; DARDEN; BABIN, 1998).

Nas palavras de Almeida, Mazzon e Botelho (2007):

[...] se a avaliação constante da satisfação traz benefícios como forma de realimentar e controlar o esforço de uma empresa sob o ponto de vista de seus consumidores [...], é importante incentivar estudos de emoções inexploradas na área de marketing que possam ser consideradas como antecedentes da satisfação do cliente (ALMEIDA; MAZZON; BOTELHO, 2007, p.2).

A Teoria do Afeto, proposta por Lawler (2001), estuda as emoções e como elas influem nas trocas sociais. Ela estabelece que, quanto maior a inseparabilidade do serviço, maior a responsabilidade compartilhada dos indivíduos envolvidos no processo da troca. Por conseguinte, maior a possibilidade de os atores atribuírem o resultado global e sentimentos específicos àquela relação. Assim sendo, as emoções podem variar desde uma dimensão positiva até uma negativa, produzindo reforços internos ou estímulos de punição, respectivamente (FREITAS; MAZZA; MOTA, 2007).

Freitas, Mazza e Mota (2007) propõem uma releitura hipotética para a área de marketing:

[...] relacionamentos comerciais estabelecidos entre clientes e provedores de serviços geram emoções positivas ou negativas; estas emoções são atribuídas ao relacionamento dependendo do grau de inseparabilidade do serviço e da conseqüente percepção de responsabilidade compartilhada, que produzem vínculos mais fortes ou mais fracos, e a força destes vínculos determina um comportamento orientado para a relação, tais como boca a boca positivo, vendas cruzadas, comprometimento e fidelidade (FREITAS; MAZZA; MOTA, 2007, p.5).

Nesse sentido, Frederico e Robic (2005) propõem:

[...] Não se pode subestimar o papel dos vínculos afetivos e seu impacto sobre a manutenção dos relacionamentos. O compromisso afetivo é constituído da estima pelo vendedor e pela fábrica. Assim, é fundamental o comprador sentir empatia, e, para isso, a atuação do vendedor é de importância vital. [...] Esse profissional deve ser carismático, capacitado, competente, hábil para resolver conflitos, proativo, e dispor de autonomia para resolver os problemas e impasses com rapidez, buscando conquistar a estima do comprador (FREDERICO; ROBIC, 2005, p.14).

Lovelock (1983) observou que, quando os consumidores precisam estar fisicamente presentes durante a prestação de serviço, fazendo parte da produção do mesmo, sua satisfação será diretamente influenciada pelo seu relacionamento com o prestador de serviço e pelas características pessoais do mesmo. Contudo, percebe-se, ainda, que poucos pesquisadores têm dispensado atenção a fatores como a duração e a proximidade espacial nos encontros de serviços (TERRES; SANTOS; GONÇALVES, 2010).

Em relações comerciais de alta duração, o consumidor acredita que o prestador está interessado nele como pessoa, e não meramente na transação (PRICE; ARNOULD, 1999). Em contraste, relações mais breves parecem não dar tempo suficiente para o desenvolvimento de laços afetivos (PRICE; ARNOULD; DEIBLER, 1995).

Quanto à proximidade espacial, Price, Arnould e Deibler (1995) afirmam que, quanto mais pessoal for o encontro de serviços, ou seja, quanto maior a proximidade física, maior será o trabalho emocional por parte do provedor de serviços. Mesmo o encontro pessoal breve requer um investimento emocional.

Siehl, Bowen e Pearson (1992) argumentam que a duração do encontro de serviços e a proximidade dos participantes do encontro de serviços afetam o envolvimento psicológico, tanto do prestador de serviços, quanto do consumidor.

Assim, em encontros de serviço com maior duração e proximidade física, espera-se que o provedor de serviços compartilhe mais intensamente sentimentos com os consumidores (PRICE; ARNOULD; DEIBLER, 1995).

Henning-Thurau e colaboradores (2006), em um estudo pioneiro, identificaram que diferentes emoções por parte do prestador influenciam de forma distinta a experiência de consumo dos clientes, no encontro de serviços. Esse achado ganhou relevância por contradizer a ideia, até então dominante, de que o simples sorriso do empregado pode trazer reação semelhante por parte do cliente.

Através de sua pesquisa, Henning-Thurau *et al.* (2006) demonstraram a importância de se estimular emoções autênticas por parte dos prestadores e não somente reforçar a ideia de sorrir a qualquer custo para o cliente, uma vez que esse comportamento mostrou-se insuficiente para incrementar o relacionamento entre as partes.

Tumbat (2008), posteriormente, corroborou os achados de Henning-Thurau *et al.* (2006), opondo-se à relação emocional assimétrica entre prestadores de serviço e clientes, propondo relações mais equilibradas em encontros de serviços complexos e duradouros.

Ainda segundo o autor, em encontros de serviços de longa duração, gerenciar as emoções do prestador, na sua totalidade, torna-se difícil. Faz-se necessário, portanto, introduzir a ideia do gerenciamento de emoções dos clientes como forma de se obter a satisfação com o serviço. Nesse processo, a comunicação torna-se particularmente importante.

Barger e Grandey (2006) encontraram relação entre o sorriso do prestador em encontros de serviços de curta duração, mas, por sua vez, não identificaram a mesma relação nos serviços de maior duração. A partir desses achados, as autoras propõem que as empresas, ao selecionarem e treinarem os funcionários de fronteira, tenham como foco a qualidade global do serviço, e não somente a ideia de proporcionar um bom estado de humor no cliente, uma vez que ele, de forma isolada, é insuficiente para impactar a qualidade percebida e a satisfação com o serviço.

#### **2.3.4 Qualidade percebida**

Segundo Grönroos (1984), são duas as dimensões da qualidade: a técnica e a funcional. A qualidade técnica é o que o cliente percebe ao terminar sua interação com o prestador de serviços. Já a qualidade funcional é a maneira como a qualidade técnica, resultado final do processo, é transferida ao cliente, que tende a ser mais subjetiva que a dimensão técnica.

A percepção da qualidade de um serviço é um julgamento global da superioridade do mesmo (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988) e o primeiro determinante da satisfação geral (FORNELL *et al.*, 1996).

A qualidade percebida pode ser considerada como a avaliação da performance atual da empresa por parte dos clientes, sendo que tal desempenho tende a influenciar positivamente nas atitudes e intenções comportamentais dos mesmos para com o fornecedor (ANDERSON; FORNELL; LEHMANN, 1994).

Assim, a qualidade do serviço e a intenção comportamental estão diretamente relacionadas e será a qualidade que determinará se um consumidor persistirá ou não com o serviço (ZEITHAML; BERRY; PARASURAMAN, 1996).

A qualidade percebida do serviço influencia o comportamento de escolha do consumidor, na medida em que determina a continuidade e o grau de intensidade do relacionamento do cliente com a organização (HENNING-THURAU; LANGER; HANSEN, 2001). Logo, fornecer um serviço de qualidade é essencial para o êxito da empresa (BITNER, 1990; ZEITHAML, 1988).

Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985) sugeriram cinco dimensões para a avaliação da qualidade dos serviços, que passaram a compor a escala SERVQUAL. São elas: confiabilidade, responsividade, segurança, empatia e tangibilidade.

A qualidade nos serviços, normalmente tratada sob uma ótica transacional, mostrou-se como um elemento chave para a construção de relacionamentos, pois sua influência vai além das respostas afetivas imediatas e da satisfação, impactando direta e indiretamente construtos relacionais, como a confiança e o comprometimento (PRADO, 2006).

Fonseca, Trez e Espartel (2005) acrescentam:

A prestação de serviços com qualidade, atendendo às expectativas dos clientes, é capaz de influenciar em fatores-chave à manutenção de relações de longo prazo com esses clientes, uma vez que existem impactos positivos na satisfação, na intenção de recompra, na comunicação boca a boca favorável, na confiança e no valor percebido (FONSECA; TREZ; ESPARTEL, 2005, p.10).

A partir dos achados de Zeithaml (1988), Vieira e Slongo (2008a) sintetizam: “espera-se que quanto mais qualidade, maior será o benefício ou utilidade que o consumidor receberá de um serviço” (VIEIRA; SLONGO, 2008a, p.69).

Para Donabedian (1980), a qualidade dos serviços de saúde também compreende dois domínios: o técnico e o interpessoal. O técnico abrange a aplicação da ciência e da tecnologia da medicina para a resolução de um problema de saúde, enquanto o interpessoal refere-se à administração da interação social e psicológica entre o cliente e os profissionais

Os pacientes quase sempre conhecem pouco o domínio técnico da qualidade, embora apreciem sua importância, especialmente em situações de risco à sua saúde e bem-estar. Por outro lado, eles não têm dificuldade em avaliar a qualidade interpessoal, configurada nas condições sob as quais o cuidado é prestado e a maneira como é tratado pelos profissionais. Assim, o paciente avalia a qualidade técnica do cuidado indiretamente, pelas evidências do interesse e da preocupação dos profissionais com sua saúde e seu bem-estar (DONABEDIAN, 1985).

Locke (1996) realizou um estudo no departamento de pediatria de um hospital geral, objetivando conhecer as emoções vivenciadas por crianças com patologias graves que ameaçam a vida, tais como leucemia, problemas cardíacos congênitos, insuficiência renal e epilepsia, e por seus familiares, bem como o comportamento dos médicos diante dessas emoções. Os resultados demonstraram que a comédia foi a forma encontrada pelos médicos de responder e procurar minimizar as emoções negativas experimentadas pelas crianças e suas famílias, e que a mesma era capaz de proporcionar emoções positivas e cooperação no tratamento. De acordo com a autora, tais achados reforçam a importância de se compreender os clientes como coparticipantes do processo de entrega dos serviços e de levar em consideração as emoções dos provedores como importantes fatores influenciadores nesse processo de cooperação.

Ruyter, Wetzels e Birgelen (1999) estudaram seis indústrias de serviços distintas e concluíram que os determinantes de qualidade se diferenciam, conforme as especificidades de cada uma. Eles identificaram que, nos serviços de saúde, a empatia e a comunicação do provedor com o cliente são consideradas mais importantes que nos demais serviços e que a confiança é um determinante crítico da qualidade.

### **2.3.5 Confiança**

Apesar da importância do conceito de confiança, ainda há muita confusão em relação à definição desse construto (HERNANDEZ; SANTOS, 2007).

Confiar é tolerar os riscos inerentes ao nível de envolvimento e profundidade estabelecidos em um relacionamento, entre parceiros de troca (SHEPPARD; SHERMAN, 1998).

A confiança é a expectativa por parte de uma pessoa ou de uma organização de que a palavra ou a promessa feita por um parceiro de troca é confiável (ROTTER, 1967). É a certeza da honestidade e integridade da outra parte (MORGAN; HUNT, 1994; CROSBY; EVANS; COWLES, 1990).

Sirdeshmukh, Singh e Sabol (2002, p.17) definem a confiança como “as expectativas mantidas pelo consumidor de que o provedor de serviços é responsável e pode ser confiável na entrega de suas promessas”.

A confiança tem sido considerada um construto chave nos negócios de longo prazo, assim como nos relacionamentos pessoais (MORGAN; HUNT, 1994). Ela oferece uma garantia quanto ao desempenho consistente e competente da empresa, permitindo que o consumidor continue a obter valor em negócios futuros com o mesmo fornecedor (SIRDESHMUKH; SINGH; SABOL, 2002).

Em relação aos benefícios da confiança para o posicionamento das empresas no mercado, Hernandez e Santos (2007) reiteram:

Diversos estudos identificaram que a confiança no parceiro de trocas conduz à manutenção de relacionamentos mais longos e estáveis, estimula a orientação de longo prazo, diminui o nível de conflitos e a incerteza e aumenta a satisfação com o relacionamento, o comprometimento e as intenções futuras de compra (HERNANDEZ; SANTOS, 2007, p.1).

As trocas nas quais a confiança é relevante são caracterizadas por: alto nível de ambiguidade na performance; significância das consequências e maior interdependência entre o consumidor e o prestador (SINGH; SIRDESHMUKH, 2000).

No setor de serviços, portanto, a confiança é particularmente significativa uma vez que os clientes não compram o serviço em si, mas uma promessa implícita ou explícita de serviço, que poderá configurar-se, ou não, no futuro (CLAYCOMB; MARTIN, 2001; BITNER, 1995). Berry e Parasuraman (1991) postulam que o relacionamento duradouro entre a empresa e o cliente requer a presença da confiança, uma vez que o consumidor precisa comprar um serviço antes mesmo de experimentá-lo.

Diversos autores têm sustentado que a confiança é um construto multidimensional com dimensões cognitivas, afetivas e comportamentais (ROSENBERG; HOVLAND, 1960; CUMMINGS; BROMILEY, 1996; MCALLISTER, 1995; JOHNSON; GRAYSON, 2000).

Entretanto, a confiança cognitiva tem sido a faceta mais amplamente utilizada (SIRDESHMUKH; SINGH; SABOL, 2002; MCKNIGHT; KACMAR; CHOUDHURY, 2002; SANTOS; FERNANDES, 2008).

A confiança cognitiva advém de um conhecimento acumulado que permite a um indivíduo fazer predições, com um razoável nível de confiança, a respeito da maneira com que o seu parceiro irá cumprir com suas obrigações (JOHNSON; GRAYSON, 2005).

A confiança afetiva se baseia nas ligações emocionais desenvolvidas entre indivíduos (JOHNSON; GRAYSON, 2005), construída através do envolvimento mútuo dos participantes (LEWIS; WEIGERT, 1985).

A dimensão comportamental refere-se à disposição de agir para a transformação da confiança em um comportamento coerente (CASTALDO, 2003). É o resultado da confiança cognitiva e afetiva, que leva em consideração os riscos envolvidos na ação, mas que se norteia pela expectativa de que todas as pessoas envolvidas irão agir de modo competente, conforme combinado (BARBER, 1983).

Tomando-se em consideração as diversas facetas da confiança, é conveniente citar também a competência e a benevolência, como fazem Santos e Rossi (2002):

Resumidamente, tratando-se da confiança do consumidor, a noção de competência inclui a realização da performance prometida de uma maneira confiável e honesta, por parte do fornecedor, enquanto a benevolência diz respeito à probabilidade do provedor colocar os interesses do consumidor acima dos seus próprios interesses (SANTOS; ROSSI, 2002).

Rousseau *et al.* (1998) lembram que, mesmo havendo divergência no conceito de confiança, há uma concordância entre os pesquisadores com relação às condições nas quais ela se torna relevante. Uma delas é a presença de risco, em que a confiança ajudaria a reduzir a incerteza nas transações. A segunda condição é a interdependência, em que os interesses e objetivos de uma parte não podem ser alcançados sem a confiança na outra. Percebe-se que as características dos serviços, notadamente dos serviços de saúde, envolvem as circunstâncias acima descritas, que demandam a presença de confiança entre os parceiros da troca.

Morgan e Hunt (1994) estabelecem que a confiança reduz a incerteza do cliente, uma vez que o mesmo leva em consideração a confiabilidade do prestador.

A confiança do paciente nos médicos e nos profissionais de saúde é vital para um relacionamento de sucesso. Embora a confiança seja particularmente importante em situações médicas críticas, que envolvam, por exemplo, efeitos colaterais graves, hospitalizações e o diagnóstico de patologias graves, a maioria dos estudos sobre confiança tem sido realizada



com a população, em geral, ou no âmbito da atenção primária, o que aponta para a necessidade de novos estudos (SHENOLIKAR; BALKRISHNAN; HALL, 2004).

### 2.3.6 Satisfação

A satisfação dos clientes é um tema amplamente trabalhado, tanto em pesquisas, como em publicações acadêmicas. Trata-se, portanto, de uma área de pesquisa em evidência permanente (MILAN; TREZ, 2005).

Boulding *et al.* (1993) estabelecem que o construto satisfação apresenta dois conceitos essenciais: a satisfação específica a uma transação e a satisfação cumulativa.

Utilizando a primeira abordagem, Oliver (1993a) afirma que a satisfação está relacionada a uma transação ou compra específica, tratando-a como um julgamento pós-compra. Com enfoque cumulativo, Anderson, Fornell e Lehmann (1992) e Johnson e Fornell (1991) definem satisfação de clientes como uma avaliação global, baseada em diversas experiências de compra e consumo ao longo do tempo. De modo semelhante, Anderson e Fornell (1994) também defendem que a satisfação é uma avaliação contínua da habilidade de uma marca em proporcionar os benefícios que o cliente esteja buscando.

Reichheld (1996) afirma que uma empresa com foco na satisfação é capaz de estreitar relacionamentos com os clientes. Oliver (1999) e Sasser Jr. e Jones (1995) descrevem a satisfação de clientes como uma base necessária para a retenção dos mesmos e determinação da lealdade.

Conforme Vavra e Pruden (1995), o principal fator para o sucesso das empresas é a retenção de clientes, capaz de consolidar a participação no mercado, aumentar o volume de negócios, o lucro e a rentabilidade.

A satisfação dos clientes é fundamental para a sobrevivência e o sucesso das empresas e deve, portanto, ser um fator gerenciado (ANDERSON; FORNELL; LEHMANN, 1994; OLIVER, 2009). Segundo Rossi e Slongo (1998), obter informações sobre os níveis de satisfação do cliente deve ser prioridade para as empresas que são comprometidas com a qualidade de seus produtos e serviços e com os resultados alcançados junto aos seus clientes.

O risco de as empresas avaliarem a satisfação de seus clientes tomando por base a qualidade está no fato de que os aspectos associados à mesma são, geralmente, determinados pela percepção dos gerentes, que pode diferir totalmente da visão dos clientes (ZEITHAML; BERRY; PARASURAMAN, 1988).

Assim, a qualidade deve ser vista como o potencial intrínseco aos atributos do produto ou serviço de prover satisfação (ANDERSON; FORNELL, 1994). Por sua vez, a satisfação é um construto que depende do valor, que pode ser definido como o quociente entre a qualidade percebida e o preço, ou pela relação entre os benefícios recebidos pelo cliente comparativamente aos custos ou sacrifícios incorridos para sua obtenção (ANDERSON; FORNELL; LEHMANN, 1992).

Pode-se entender a qualidade como a percepção atual do cliente sobre o desempenho de um produto ou serviço, e a satisfação como sendo baseada não somente na experiência atual, mas também em experiências passadas (ANDERSON; FORNELL; LEHMANN, 1992; JOHNSON; FORNELL, 1991) e futuras, antecipadas pelo julgamento do cliente em virtude de suas experiências acumuladas, além da projeção de suas expectativas (FORNELL, 1995).

Reichheld (1993) ressalta que nem sempre a satisfação resulta na retenção de clientes e que qualidade, satisfação, retenção e lealdade são construtos distintos, porém interdependentes em determinadas situações. No entanto, para Oliver (1999), a satisfação é indispensável à retenção de clientes e à formação de lealdade.

Outro aspecto que merece destaque é que clientes satisfeitos e leais tendem a se engajarem em propaganda boca a boca favorável para a empresa. Assim, indicadores do tipo “disposição a recomendar” e “recomendações a outros” são medidas amplamente utilizadas para se avaliar o impacto global do nível de satisfação do cliente (ANDERSON, 1998).

A justificativa para os investimentos em satisfação de clientes reside na crença, já bastante estudada, de que elevados níveis de satisfação permitem à empresa aumentar a taxa de retenção de seus clientes, estimular maior consumo, cobrar preços mais elevados e estimular o boca a boca, entre outros *outputs* (FONSECA; TREZ; ESPARTEL, 2005, p.5).

Na construção do *American Customer Satisfaction Index* (ACSI), Fornell *et al.* (1996) definem a satisfação global como sendo composta por três elementos: a qualidade percebida; o valor percebido; as expectativas do cliente. Logo, o conceito de satisfação global do modelo ACSI é um índice que capta experiências passadas e também preocupações futuras do cliente.

“As empresas percebem, crescentemente, que uma variedade de negócios depende dos clientes atuais, e satisfeitos” (SANTOS; FERNANDES, 2008, p.11).

O gerenciamento de impressões no ambiente de serviços, especificamente naqueles cujo contato pessoal é de grande relevância na percepção de qualidade do cliente, pode causar um impacto significativo na avaliação final, a satisfação, de quem está comprando o serviço. A satisfação representa uma avaliação de todo o processo de compra de um produto ou entrega de um serviço, cuja complexidade relaciona-se a todo aspecto da compra do produto ou serviço (CARDOZO, 1965).

Quando um cliente compra um serviço, ele traz consigo uma série de expectativas que podem ser confirmadas ou não por atitudes, gestos e palavras dos funcionários. Nessas situações, o serviço é tangibilizado pelos funcionários, que representam a empresa prestadora. “Estes encontros, portanto, são momentos fundamentais para que a empresa crie impressões favoráveis junto ao cliente, confirmando suas expectativas ou até superando-as, gerando, conseqüentemente, satisfação” (DURÃO; MENDONÇA; BARBOSA, 2006, p.1).

Oliver (2000) postula que os mecanismos de satisfação não diferem para produto ou serviço. Entretanto, ressalta que, pelo fato de a entrega de serviço ser essencialmente resultado de uma interação humana, as percepções do cliente estarão mais influenciadas pelo contato com o funcionário de linha de frente.

Os resultados da meta-análise dos antecedentes e consequentes da satisfação e lealdade de Matos e Henrique (2006) revelaram que o construto qualidade foi o que apresentou a correlação mais estável e confiável como antecedente da satisfação, enquanto os construtos lealdade e confiança se destacaram como consequentes. Quanto aos antecedentes da lealdade, os construtos valor e comprometimento se mostraram mais significativos. A partir desses achados, os autores concluíram, com as palavras de Oliver (1999), que, independentemente do ambiente do estudo, o cliente satisfeito tem alta propensão à lealdade.

Garbarino e Johnson (1999) demonstraram que a satisfação é mediadora entre confiança e lealdade em situações de vínculo transacional. Por outro lado, quando o vínculo é relacional, a confiança é que passa a ser mediadora entre satisfação e lealdade, reduzindo assim a relevância da satisfação como explicativa dos hábitos do consumidor.

A satisfação do cliente, como resultado da assistência à saúde, é um indicador importante de qualidade no ambiente hospitalar (GREENEICH, 1993). Embora os pacientes possam não estar preparados para avaliar os cuidados quanto aos aspectos técnicos e à competência profissional, eles podem expressar sua opinião referente à interação com a equipe de saúde e ao impacto que as ações assistenciais lhe causaram (SILVA, 1994). Essas informações tornam-se essenciais para a melhoria dos serviços de saúde, lembrando que

qualidade e satisfação são construtos que devem ser tomados em consideração sob a perspectiva do cliente.

### 2.3.7 Comprometimento

O comprometimento consiste no desejo de fortalecer e manter o valor do relacionamento (MOORMAN; ZALTMAN; DESHPANDÉ, 1992). É a crença que um parceiro de troca tem de que o relacionamento com o outro é tão importante que se procuram garantir os máximos esforços para mantê-los (MORGAN; HUNT, 1994).

Similar à confiança, o comprometimento é tido como um componente essencial para o sucesso do relacionamento de longo prazo (DWYER; SCHURR; OH, 1987; MORGAN; HUNT, 1994), pois consiste na promessa implícita ou explícita de continuidade do relacionamento (OLIVER, 1999).

Partindo das definições iniciais de comprometimento, a literatura sugere diferentes dimensões para o construto, que são assim simplificadas por Vieira e Slongo (2008b):

Em síntese, Comprometimento Normativo é uma obrigação moral e é baseada em normas internalizadas por vezes preestabelecidas; exemplo: deixar de ganhar prêmios. Comprometimento Calculativo é a despesa psicológica do tipo econômica, social e de *status* de deixar a relação, uma vez que existem poucas opções de fornecedores. Comprometimento Afetivo é manter-se na relação devido ao gostar. Comprometimento Instrumental está ligado aos aspectos associados às punições de deixar a relação com poucos fornecedores. Comprometimento Comportamental é a ajuda advinda de uma situação de necessidade, ou seja, comportamento de auxílio ao parceiro. Por fim, Comprometimento Resistência é a tendência de resistir à mudança de preferência a uma informação conflitante (e.g. ambígua) ou a experiência (VIEIRA; SLONGO, 2008b, p.1002).

Pritchard, Havitz e Howard (1999) identificaram que o comprometimento está fortemente relacionado à lealdade do consumidor.

Embasados na revisão de conceitos teóricos, Prado e Santos (2003) apresentam a tese de que comprometimento e lealdade convergem para um mesmo conceito e, através de pesquisa empírica, com base nos resultados de uma correlação entre variáveis latentes, comprovaram a hipótese.

De modo semelhante, Vieira e Slongo (2008a) realizaram pesquisa, associada ao processo de compra na internet, na qual os resultados corroboraram os achados de Prado e Santos (2003) de que comprometimento e lealdade são duas dimensões de um único construto.

### 3 METODOLOGIA

A presente pesquisa consistiu em um estudo de campo, do tipo exploratório, de caráter qualitativo.

O estudo de campo se dá por meio da observação direta das atividades do grupo estudado ou de entrevistas com informantes para captar suas explicações e interpretações sobre um fenômeno (GIL, 2002).

A pesquisa exploratória é indicada para elucidar conceitos, gerar ideias ou *insights* para o pesquisador (CHURCHILL, 1999). Tem como objetivo básico desenvolver hipóteses e proposições, que poderão resultar em pesquisas complementares (PERIN *et al.*, 2002).

Mesmo se destinando a aprimorar ideias e aplicá-las a fatos novos ou pouco pesquisados (GIL, 2002), ela também pode ser útil quando já existe conhecimento acumulado sobre um assunto, uma vez que pode haver diversas explicações para um mesmo fato (TRIVIÑOS, 1987).

Já a pesquisa qualitativa é considerada a abordagem mais adequada para investigação de valores, atitudes e percepções do público pesquisado, pois se preocupa em entendê-lo em profundidade (GONÇALVES; MEIRELLES, 2004), proporcionando melhor compreensão do contexto do problema (MALHOTRA, 2006).

Trata-se de um tipo de pesquisa que produz a análise detalhada de fenômenos sociais e psicológicos, que nem sempre podem ser obtidos através de instrumentos quantitativos (EIZIRIK, 2003).

O projeto original da pesquisa foi submetido à apreciação de uma banca composta por docentes do Programa de Mestrado e Doutorado em Administração da Universidade FUMEC e do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da mesma instituição, obedecendo às recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para pesquisas envolvendo seres humanos, tendo sido aprovado por ambos.

### 3.1 ESTRUTURAÇÃO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Buscando orientar a coleta dos dados, foi utilizado um roteiro de entrevista, baseado nos sete construtos pesquisados: risco percebido, comunicação, emoção, qualidade percebida, confiança, satisfação e comprometimento.

Para explorar tais construtos, elaborou-se uma pergunta para cada um deles, balizada na literatura e adaptada de escalas previamente testadas, conforme o que segue: **risco percebido**, de Hernandez (2003); **comunicação**, de Abreu e Teixeira (2007); **emoção**, de Lobato (2002); **qualidade percebida**, de Vieira (2010); **confiança**, de Fonseca, Trez e Espartel (2005); **satisfação**, de Milan e Trez (2005); e **comprometimento**, de Vieira e Slongo (2008b).

### 3.2 AMBIÊNCIA DA PESQUISA

A presente pesquisa foi desenvolvida no Hospital de São João de Deus, em Santa Luzia, na região metropolitana de Belo Horizonte. A seleção do hospital se deu em função do acesso da pesquisadora a essa instituição e de esta ter manifestado, formalmente, seu consentimento para a realização do estudo em suas dependências.

Trata-se de um hospital geral, de iniciativa privada, filantrópico, sem fins lucrativos, que atende pacientes particulares, de convênios e, majoritariamente, do SUS.

Conta com 149 leitos e atende nas especialidades de clínica médica, cirurgia geral, cirurgia vascular, pediatria, ginecologia e obstetrícia, ortopedia, oftalmologia e outras.

Atualmente, é o único hospital da cidade, sendo referência não só para os municípios luzienses, como também para pacientes das cidades vizinhas, dentre as quais Jaboticatubas e Taquaraçu.

### 3.3 SUJEITOS DA PESQUISA E CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os sujeitos da pesquisa foram os pacientes internados há pelo menos 24 horas no hospital selecionado para o estudo.

Na impossibilidade de entrevistar o paciente, em função de suas condições clínicas ou de sua idade, como no caso das crianças, a entrevista foi realizada com seu respectivo acompanhante, desde que este fosse familiar, possuísse vínculo de proximidade e de convivência com o mesmo e estivesse acompanhando seu processo de internação, também, há pelo menos 24 horas.

Os entrevistados foram selecionados por conveniência, conforme a acessibilidade, o que tornou a amostra não probabilística. Como critério para inclusão na pesquisa foi estabelecido, arbitrariamente, o tempo mínimo de 24 horas de internação, por entender que o indivíduo precisa desse prazo para ter condições de avaliar as relações que se estabelecem na prestação dos serviços de saúde.

Também foram utilizados como critérios para inclusão dos sujeitos na pesquisa os seguintes pontos: ter idade mínima de 18 anos, ser alfabetizado e estar gozando de boas condições psíquicas. Assim, não foram entrevistadas pessoas que apresentassem, sabidamente, quadros de demências, de confusão mental, de surtos, de alucinações, de delírios, ou que estivessem sob efeito de drogas que comprometem o senso crítico.

Outro critério adotado para a inclusão dos sujeitos na pesquisa foi estar internado com custeio particular ou através de operadoras, planos ou seguradoras de saúde. Tal critério foi estabelecido levando em consideração que o paciente que utiliza o Sistema Único de Saúde (SUS) não possui as mesmas condições de avaliar e escolher os serviços de saúde, o que causaria viés na pesquisa, considerando seu objeto de estudo.

Antes de serem entrevistados, os participantes obtiveram esclarecimentos sobre a pesquisa e registraram sua concordância em participar voluntariamente da mesma, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

É interessante ressaltar que este estudo enfatiza os relacionamentos estabelecidos na prestação de serviços de saúde envolvendo contextos de durações prolongadas, proximidade física entre prestador e cliente e alta carga emocional.

Contudo, por limitação da pesquisa, relacionada ao tempo para coleta de dados e número de sujeitos envolvidos, utilizou-se como critério de pesquisa um tempo mínimo de internação aquém do desejável.



O grupo de entrevistados desta pesquisa foi composto por 21 pacientes, cujo critério de elegibilidade foi o acesso da pesquisadora, por ocasião das visitas ao hospital, desde que observados os critérios de inclusão.

O número de participantes foi definido levando-se em consideração o ponto de saturação das respostas, que se dá quando as informações fornecidas por novos participantes pouco acrescentam ao material já obtido, não contribuindo significativamente para a reflexão fundamentada (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Ele mostrou-se satisfatório, tendo em vista que, em pesquisas exploratórias, de natureza qualitativa, o tamanho da amostra é comumente pequeno (MALHOTRA, 2006).

### 3.4 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados se deu por meio de entrevista em profundidade, realizada pela própria autora, no período de outubro a novembro de 2011, no hospital selecionado.

A entrevista em profundidade consiste em uma técnica não estruturada e direta de obter informações, que permite à pesquisa exploratória maior compreensão a respeito de um problema (MALHOTRA, 2006), uma vez que fornece informações relevantes, precisas e aprofundadas, indisponíveis em fontes documentais (MARCONI; LAKATOS, 2002).

Como vantagens da entrevista em profundidade, na coleta de dados, percebeu-se a proximidade e a interação estabelecidas entre a entrevistadora e os entrevistados, o que proporcionou uma grande riqueza de dados e contribuiu para responder ao problema da pesquisa (UGALDE, 2006).

Como desvantagens da entrevista em profundidade, poder-se-ia citar a possibilidade de o entrevistado ser influenciado pelo entrevistador e o pouco controle do pesquisador sobre a coleta de dados (MARCONI; LAKATOS, 2002), o que consistiria em limitações da pesquisa.

Conforme mencionado anteriormente, antes de iniciar a entrevista, os pacientes foram esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, quanto à participação voluntária na mesma e quanto à garantia do anonimato das informações. Tais esclarecimentos, bem como o consentimento dos respondentes em participar da pesquisa foram registrados no TCLE.

Precedendo à coleta dos dados, foram lançadas perguntas de fundo que tinham por objetivo não somente avaliar as condições físicas e psíquicas dos pacientes para participar da

entrevista naquele momento, como também deixá-los mais dispostos, seguros e confortáveis para responderem às demais perguntas, diante do gravador.

Durante a entrevista propriamente dita, a pesquisadora procurou estimular os respondentes a falarem livremente, relatando suas experiências pessoais, sem deixar que os tópicos relevantes fossem omitidos (UGALDE, 2006).

O tempo médio de duração das entrevistas foi de 27 minutos. Durante as entrevistas, a pesquisadora procurou garantir que os critérios de profundidade fossem atendidos, sem deixar de considerar as particularidades e limitações de se realizar pesquisa de campo com pacientes, em ambiente hospitalar.

Por vezes, notou-se receio ou constrangimento por parte dos entrevistados em responder a algumas questões, sendo necessário retomá-las com linguagem distinta e mais apropriada, de modo a superar a superficialidade das respostas.

Visando a evitar a perda de informações, no momento da transcrição, verificou-se o registro e a qualidade da audição das entrevistas, ainda na presença dos pacientes.

### 3.5 TRATAMENTO DOS DADOS

O conteúdo gravado foi transcrito, na íntegra, gerando um rico material para estudo. A transcrição constituiu-se em uma etapa crítica para o desenrolar da pesquisa e envolveu:

[...] um tempo considerável, pois diversas vezes fez-se necessária uma cuidadosa audiência da gravação a fim de recapitular o discurso do entrevistado, visto que muitos deles fizeram algumas interjeições ou usaram determinadas entonações vocais que mereceram maior acuidade na sua escuta e transcrição (UGALDE, 2006, p.87).

Para tratamento dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo, que compreende um conjunto de técnicas a fim de obter, através da descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitem inferir sobre as mesmas (BARDIN, 1977). Em outras palavras, é uma técnica que visa a identificar o que está sendo dito a respeito de determinado tema (VERGARA, 2010).

A análise do conteúdo envolveu as etapas a saber: pré-análise, codificação e categorização e interpretação.

### 3.5.1 Pré-análise

Nessa etapa, realizou-se uma leitura livre das entrevistas, “buscando encontrar elementos que fizessem sentido mais em seu contexto, do que no seu enunciado particular, e, com isso, pudesse ser extraído o tom básico do discurso” (UGALDE, 2006, p.87).

### 3.5.2 Codificação e categorização

Nesta etapa, procedeu-se a uma leitura minuciosa e detalhada do conteúdo, buscando codificar e categorizar o conteúdo das entrevistas.

Conforme Moraes (2003), as categorias podem ser produzidas pelos métodos indutivo ou dedutivo. No presente estudo, empregou-se o método dedutivo, cujas categorias são denominadas antecipadamente e funcionam como “caixas” nas quais as unidades de análise serão colocadas ou organizadas (BARDIN, 1977).

O processo de categorização consistiu, portanto, “na comparação constante entre o conteúdo das entrevistas e as categorias *a priori*, visando a reunir os elementos de significação semelhantes encontrados no discurso e encaixá-los nas respectivas categorias” (UGALDE, 2006, p.89).

Para a categorização, foram observados os requisitos estabelecidos por Richardson (1999, p.223): (1) homogeneidade - os critérios de classificação não podem ser misturados; (2) exaustividade - a totalidade do texto deve ser classificada; (3) exclusão - um mesmo elemento não pode ser classificado em mais de uma categoria; e (4) objetividade - diferentes codificadores devem chegar aos mesmos resultados.

### 3.5.3 Interpretação

Nesta etapa, “foram realizadas as inferências entre as categorias no discurso todo, nas expressões lingüísticas e até nas reticências” (UGALDE, 2006, p.89).

## 4 RESULTADOS

Antes de apresentar os resultados da pesquisa, é conveniente discorrer sobre as características dos entrevistados, uma vez que estas interferem no modo de pensar e nas respostas dos sujeitos.

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Conforme descrito nos itens de inclusão dos sujeitos, foram entrevistados tanto pacientes, quanto os seus acompanhantes. Estes últimos foram incluídos no estudo na impossibilidade de realizar a entrevista com os pacientes. Para ambos os entrevistados, adotou-se o critério de permanência mínima de 24 horas no hospital selecionado. A seguir, GRÁFICO 1 demonstrando o *status* dos entrevistados.

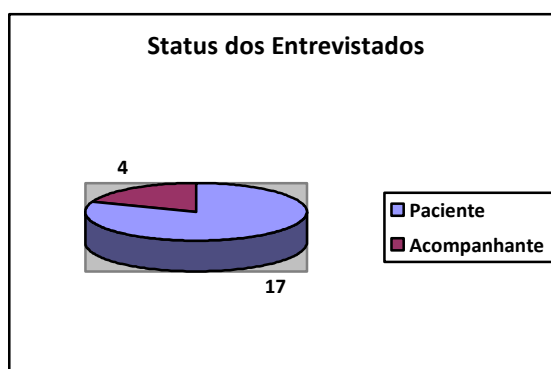


GRÁFICO 1 – Status dos entrevistados.

**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2011.

Vale ressaltar que os quatro acompanhantes incluídos na pesquisa eram acompanhantes de crianças, que não possuíam nem a idade mínima para serem incluídas no estudo, nem capacidade de compreensão para serem respondentes.

Com relação à idade dos entrevistados, o estudo compreendeu sujeitos com idades entre 18 e 60 anos, conforme a distribuição representada no GRÁFICO 2:

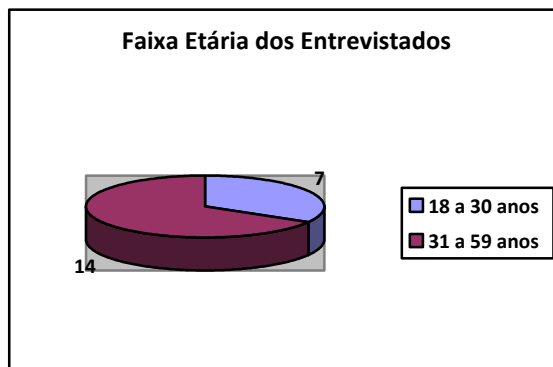


GRÁFICO 2 – Faixa etária dos entrevistados.

**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2011.

Como critério de inclusão, não foram entrevistados menores de 18 anos. Assim, obteve-se uma amostra que compreendeu adultos jovens e adultos, não sendo observada a participação de idosos na pesquisa. Nesse contexto, entendem-se como idosos os indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2003).

No que diz respeito ao sexo dos entrevistados, conforme mostra o GRÁFICO 3, notou-se a prevalência de mulheres, o que, certamente, influenciou os resultados da pesquisa, levando em consideração a ideia amplamente difundida de que o gênero interfere diretamente nas experiências de consumo.



GRÁFICO 3 – Sexo dos entrevistados.

**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2011.

No que diz respeito à experiência de internações anteriores, nota-se que a maioria dos entrevistados já havia sido internada em outra ocasião, conforme aponta o GRÁFICO 4. Esse fato também é digno de nota, uma vez que tais respondentes já possuíam uma experiência anterior de consumo, o que, sabidamente, influencia na avaliação do consumo atual.



GRÁFICO 4 – Experiência de internação anterior.  
**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2011.

Com relação ao tipo de tratamento recebido, para fins desta pesquisa, utilizaram-se três classificações distintas: (1) cirúrgico – para pacientes que foram submetidos a cirurgias; (2) clínico – para pacientes que tiveram tratamento clínico ou conservador; (3) obstétrico – para pacientes que se internaram em função do parto ou para tratar complicações relacionadas à gravidez. A distribuição dos pacientes por tipo de tratamento está representada no GRÁFICO 5, a seguir:

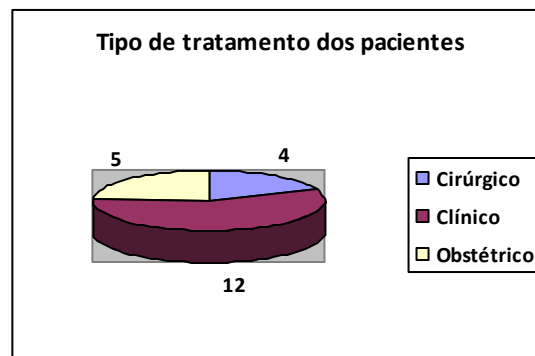


GRÁFICO 5 – Tipo de tratamento dos pacientes.  
**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2011.

No GRÁFICO 6, tem-se a distribuição dos entrevistados com relação ao nível de escolaridade.

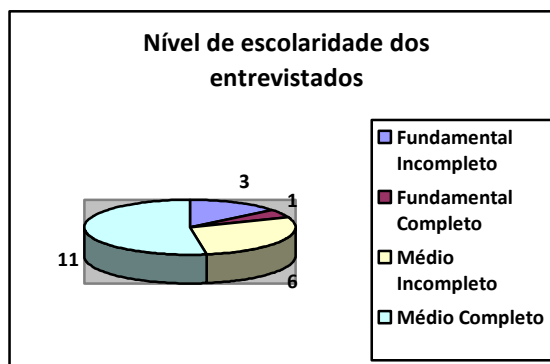


GRÁFICO 6 – Nível de escolaridade dos entrevistados.  
**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2011.

Através do gráfico, observa-se que a maioria dos entrevistados tinha o nível médio de escolaridade, seja ele completo ou incompleto. A amostra compreendeu alguns entrevistados com nível fundamental de ensino e não compreendeu entrevistados com nível superior ou pós-graduação.

Sabe-se que o nível de escolaridade interfere nas experiências de consumo e guarda uma relação direta com a exigência do consumidor. Assim, tanto maior a escolaridade, quanto maior a exigência do paciente em relação aos serviços de saúde.

De modo semelhante, está a distribuição de renda e a condição socioeconômica do paciente. Em geral, quanto maior a renda, maior será a exigência do paciente, uma vez que o maior poder aquisitivo confere maior poder de compra do consumidor. Assim, maior a possibilidade de comparar e escolher os serviços de saúde.

No GRÁFICO 7, a seguir, a renda familiar dos entrevistados, em salários mínimos:

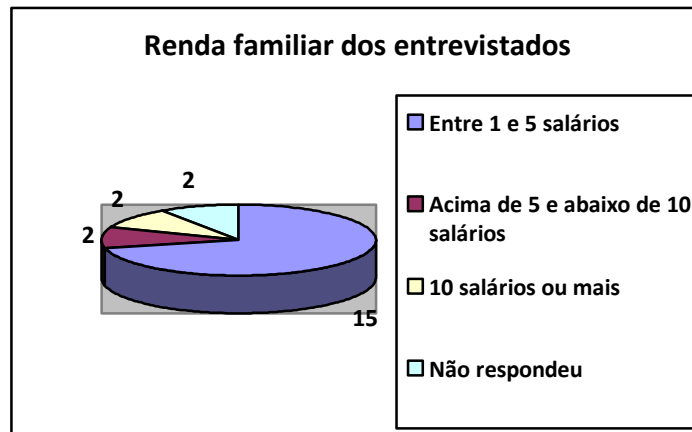


GRÁFICO 7 – Renda familiar dos entrevistados.

**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2011.

Os dados mostram que a maioria dos entrevistados tem uma renda familiar compreendida entre um e cinco salários mínimos.

#### 4.2 TOM BÁSICO DO DISCURSO DOS ENTREVISTADOS E CONSTRUTOS RELACIONADOS

Seguindo os passos metodológicos de Ugalde (2006), buscou-se extrair frases-símbolo do discurso de cada entrevistado, conforme QUADRO 1. O propósito dessa ação, sugerida pela referida pesquisadora, foi encontrar “o tom básico do discurso de cada respondente, o que auxiliou no entendimento e na interpretação de algumas verbalizações” (UGALDE, 2006, p.95).

Por outro lado, acrescentou-se uma coluna em que as frases-símbolo foram relacionadas aos construtos abordados, o que permitiu identificar os construtos mais evidentes nos discursos.



QUADRO 1 - Tom básico do discurso dos entrevistados e construtos relacionados

<b>Apelido</b>	<b>Frases-símbolo</b>	<b>Construtos relacionados</b>
Entrevistado 1	Eu vou colocar o bom, porque o ótimo não, né? O atendimento até que é bom. [...] eu procuraria outro hospital. Porque eu acho que o hospital de Belo Horizonte tem mais recurso [...]	Qualidade percebida  Comprometimento
Entrevistado 2	[...] constrangida e humilhada [...] o jeito que ela falou comigo... [...] aqui as pessoas tratam muito as outras pela aparência, né? [...] fico indignada com isso [...] Eu não tô satisfeita com os médicos [...] foi a primeira vez que eu internei aqui e eu espero que não precise mais. [...] o meu plano me dá cobertura em vários outros hospitais [...]	Emoção – constrangimento  Emoção - indignação  Satisfação  Comprometimento
Entrevistado 3	Aqui já é mais, mais, o pessoal tem mais atenção. Ah,ês conversa muito ca gente...	Comunicação - atenção
Entrevistado 4	[...] todas as vezes que eu vim, eu fui bem atendida. [...] a gente tem até recursos pra ir prum hospital melhor, entendeu? Mas eu prefiro aqui [...] Eu tô satisfeita, tô satisfeita.	Qualidade percebida  Comprometimento  Satisfação
Entrevistado 5	[...] eu achei que melhorou [...] Procuraria [o hospital, novamente] sim, procuraria, até porque é mais perto, né?	Qualidade percebida  Comprometimento

Entrevistado 6	[...] em relação ao atendimento, eu sinceramente não gostei [...] Infelizmente, é o hospital mais perto da minha casa. Então, assim, eu não tenho muita opção na hora de, de urgência. Eu só voltei pra cá porque eu fiz a curetagem aqui [...]	Satisfação  Comprometimento
Entrevistado 7	Não tenho nada a reclamar, não. Eu gosto muito daqui, os atendimentos aqui são fundamentais...	Satisfação  Qualidade percebida
Entrevistado 8	Ah, acho que deixa a desejar, viu? Eu acho que se, se, tipo assim, eu ter condições de ir num outro [hospital], eu iria no outro.	Qualidade percebida  Comprometimento
Entrevistado 9	Voltaria porque aqui é bom, um hospital bom, sossegado. Qualquer coisa ês dão atenção, na operação, na cirurgia.	Qualidade percebida  Comunicação
Entrevistado 10	Hum, hum, voltaria. Pra ela foi um bom atendimento, né?	Comprometimento  Qualidade percebida
Entrevistado 11	Hum... Chovê...É difícil falar... Ah! Foi tranquilo! Num foi correria, atendeu minhas expectativas, minha filha passa bem, eu também. Então, eu fiquei satisfeita.	Comunicação  Qualidade percebida  Satisfação
Entrevistado 12	Tô, muito [satisfeita]! [risos]. O médico, ele já me acompanhou no primeiro parto, gosto muito dele, por isso voltei.	Satisfação  Comprometimento
Entrevistado 13	Voltaria sim. Porque antes, não... [...] É que aqui deu uma melhora, né? O	Comprometimento  Emoção –

	<p>atendimento.</p> <p>Mas hoje não, hoje nós indicaria, a gente vinha, né?</p>	<p>Surpresa/Qualidade percebida</p> <p>Comprometimento</p>
Entrevistado 14	<p>Eu voltaria.</p> <p>Porque eu cheguei aqui, eles me atenderam direitinho, uai! Não faltou nada pra mim.</p> <p>Então eu tenho que ficar só aqui. Eu não posso ficar saindo aí não! Não posso.</p> <p>Eu até já falei com o médico: foi uma, uma honra muito grande...</p>	<p>Comprometimento</p> <p>Qualidade percebida</p> <p>Comprometimento</p> <p>Satisfação/Emoção – Encantamento</p>
Entrevistado 15	<p>[...] eu acho o hospital bom, num tenho que reclamar. [...] o que eu ouvi todo mundo falar que é isso, que é aquilo. Eu tive a oportunidade de ver que não é nada disso.</p> <p>Então não vejo por que eu não toparia voltar...</p>	<p>Emoção - Surpresa</p> <p>Comprometimento</p>
Entrevistado 16	<p>Tô igual uma rainha, [risos] tô igual uma rainha [...]</p> <p>não é só o estudo, não é só capacitação profissional. Cê tem que buscar algo de diferente, que é igual aqui todo mundo tá fazendo...</p> <p>Então são coisas que, que te pegam como um peixe numa isca.</p>	<p>Emoção - Encantamento</p> <p>Qualidade percebida</p> <p>Comprometimento</p>
Entrevistado 17	<p>[...] toda vez que a gente precisa, por morar aqui, a gente dá preferência praqui, né? [...] Não, é por ser perto da minha casa [...].</p>	<p>Comprometimento</p>
Entrevistado 18	<p>[...] antes se fosse pra falar comigo</p>	<p>Comprometimento</p>

	<p>assim: cê teria que ficar aqui internada, eu batia o pé e não aceitaria. Hoje, se for pra mim internar aqui de novo, eu ficaria. Porque eu senti uma certa segurança que eu não tinha.</p>	<p>Qualidade percebida/Confiança</p>
Entrevistado 19	<p>[...] o médico o que eu ganhei com é ótimo [...] inclusive eu falei com ele que só ganharia aqui nesse hospital se fosse com ele.</p> <p>Ah, [risos] era mais fácil danu uma nota, né? [...] Não, de zero a dez vão colocar aí, vão colocar aí, vão colocar cinco.</p> <p>Se cê tem a oportunidade, assim, se tem condição de procurar uma coisa melhor, cê vai na inferior?</p>	<p>Comprometimento/Confiança</p> <p>Satisfação</p> <p>Comprometimento</p>
Entrevistado 20	<p>São educado, tratam muito bem os paciente.</p>	<p>Comunicação - Educação</p>
Entrevistado 21	<p>Na sua maioria, o pessoal é muito atencioso, organizado, né?</p>	<p>Comunicação – Atenção/Organização</p>

**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2011.

#### 4.3 ATRIBUTOS DETERMINANTES DA SATISFAÇÃO E DO COMPROMETIMENTO COM OS SERVIÇOS DE SAÚDE, SEGUNDO OS ENTREVISTADOS

A seguir serão apresentadas as percepções, ideias e opiniões dos entrevistados que elucidam a importância de cada um dos atributos estudados para a satisfação e o comprometimento com os serviços de saúde.

### 4.3.1 Risco percebido

O risco percebido consiste em um risco subjetivo, que o indivíduo percebe em uma dada situação (CUNNINGHAM, 1967). É a crença de que a compra de um produto ou serviço possa vir a ter determinadas consequências negativas (SOLOMON, 2002).

Como discutido anteriormente neste estudo, os serviços de saúde têm como particularidade trabalhar em situações de alto risco. Nesse caso, os riscos podem ser reais ou potenciais, podendo ser percebidos, ou não, pelos clientes.

Os riscos percebidos citados pelos entrevistados foram atribuídos a fatores como a incompetência técnica dos profissionais, a demora no atendimento e deficiência na infraestrutura hospitalar.

Em relação à competência técnica dos profissionais, foram citados aspectos que envolveram a imperícia, a imprudência e a negligência dos profissionais de saúde, durante o atendimento aos pacientes.

No que diz respeito à demora no atendimento, foram mencionadas tanto a negligência dos profissionais em relação ao estado de saúde dos pacientes, como a insuficiência de profissionais para o atendimento em tempo hábil.

Quanto à deficiência da infraestrutura hospitalar, mencionou-se a escassez ou ausência de equipamentos, mobiliário e materiais para o devido atendimento.

De um modo geral, o maior risco percebido pelos entrevistados foi o **risco de dano físico**.

A imperícia e a imprudência foram retratadas como determinantes de danos físicos pelas entrevistadas 10 e 18:

Acho que poderia ter uma piora ou alguma complicação, dependendo do remédio que fosse aplicado (Entrevistada 10).

[...] no [referindo-se a outro hospital] que é um hospital assim, que eles foram me aplicar morfina e a enfermeira estava explicando pra outra e aplicou dosagem extra na minha veia, onde eu tive reações a ela. Só que eles tentaram amenizar a coisa falando que eu que tive reação mesmo a ela, mas eu vi que a dosagem foi maior (Entrevistada 18).

Já a negligência foi explicitada pela entrevistada a seguir:

Um medicamento, igual eles não têm noção que eu não posso com anti-inflamatório, eu tô desacordada, eles me aplicam, olha a complicação na minha vida... (Entrevistada 18).

Em relação à demora no atendimento como determinante do dano físico, as entrevistadas ilustram:

[...] ele ainda me atendeu rápido [referindo-se ao médico], mas se ele não me atende, eu perdia a minha mão (Entrevistada 14).

[...] meu caso mesmo, com o sangramento, poderia ficar, agravar muito mais, se não tivesse sido tratado rápido. [...] Bom, é, foi a tempo de não dar uma infecção, né? Que poderia ter ficado bem complicado na cesárea [...] (Entrevistada 21).

A entrevistada 13 deixa bem clara a sua percepção sobre a deficiência de leitos do hospital:

[...] Começaram a colocar adulto até no lugar onde é das crianças tavam, porque não tinha lugar, não tinha espaço, né? Eu comecei a olhar aquilo, eu falei assim: Meu Deus do céu! Cada um tem uma doença, né? [...] doença ela pega até no ar, né, até no vento, né? Então, assim, eu vi tanta gente ruim, tanta gente assim, docê olhar assim... Tinha uma senhora, né, só docê ver assim, no ar assim, a infecção tava, né, soprano. Então quem tá com uma criança de quatro anos, infecção hospitalar é um perigo, né? (Entrevistada 13).

Outro risco citado pelos entrevistados foi o **risco de morte**.

O risco de morte foi relacionado à negligência:

[...] cê vê, de negligência, criança morrendo e passando da hora de, de nascer e, e, e cordão enforcando... (Entrevistada 16).

Obviamente, dependendo do descaso que tiver, não só envolve risco como a gente vê em vários hospitais acontecendo. É mãe perdendo filho, às vezes por, por falta de atendimento... (Entrevistada 7).

Por outro lado, o risco de morte também foi atribuído à imperícia dos profissionais:

Que a vida da gente é muito preciosa, que às vezes um errinho assim, ó, né? A minha já chegou a bêra lá da sepultura, já fiquei em cadeira de rodas, sabe, porque, por conta de um erro entendeu? (Entrevistada 18).

A despeito do esperado, o risco de morte foi relativamente pouco citado — apenas três dos entrevistados o mencionaram. Esse fato permitiu fazer inferências distintas: (1) o estado de saúde dos entrevistados relativamente bom afastou o risco percebido de morte; (2) o risco de morte foi ignorado pelo desconhecimento dos entrevistados sobre o processo saúde-doença; (3) o risco de morte foi negado pelos entrevistados, tendo em vista os aspectos psíquicos e culturais dos sujeitos, que envolvem a negação da morte.

O **risco de perda de tempo ou conveniência** foi mencionado por apenas uma das entrevistadas. O discurso da entrevistada não deixou claro se o risco foi atribuído à negligência ou à imperícia dos profissionais médicos:

[...] a curetagem que não foi bem feita. Eles tira...eles num chegaram a tirar tudo, por causa disso, menos de duas semanas tô aqui de volta (Entrevistada 6).

Esse achado também chama a atenção, tendo em vista uma sociedade que, cada vez mais, queixa-se de estar sobrecarregada e com seu tempo livre escasso. Novamente, poder-se-ia questionar se tais achados seriam diferentes, caso envolvessem sujeitos de pesquisa com um nível sociocultural mais elevado.

O **risco de perda financeira** não foi referenciado por nenhum dos entrevistados. Uma possível explicação para isso seria o fato de que o pagamento dos serviços de saúde, nesses casos, compreendeu uma terceira fonte pagadora: a operadora de saúde. Assim, o fato de os entrevistados não terem pagado pelo atendimento diretamente ao hospital poderia tê-los conduzido ao raciocínio de que não houve qualquer perda financeira envolvida no processo.

Nessas circunstâncias, as perdas financeiras indiretamente ligadas à internação hospitalar também não foram consideradas. É o caso daquelas relacionadas ao afastamento do paciente do trabalho e às despesas com medicamentos, deslocamentos dos familiares para o hospital, entre outras.

Finalmente, em detrimento da maioria dos entrevistados, que percebeu riscos envolvendo o atendimento, houve alguns poucos que **não perceberam qualquer risco** relacionado aos serviços de saúde.

Não, nenhum risco, assim. Não, no meu caso não (Entrevistada 3).

Não, porque minha gravidez foi tranquila. Eu não tive nenhum risco, nem nada (Entrevistada 11).

Percebe-se que, nesses casos, os pacientes relacionaram a “ausência” de riscos ao seu aparente bom estado de saúde, mas ignoraram o potencial de risco relacionado à qualidade do atendimento.

### 4.3.2 Comunicação

Como os pacientes e seus familiares têm grande dificuldade de julgar a qualidade técnica dos serviços de saúde prestados, eles, frequentemente, recorrem ao ambiente e às pessoas para avaliarem a qualidade do atendimento. Nesse ponto, a comunicação, resultante da interação entre o ambiente, os profissionais de saúde e os clientes, torna-se crucial.

A seguir, foram apresentadas as impressões dos entrevistados em relação ao ambiente do hospital e aos seus profissionais.

#### 4.3.2.1 Ambiente

O ambiente hospitalar foi avaliado pelos entrevistados em função de diversos aspectos: limpeza, organização, beleza, conforto, disponibilidade de insumos (materiais, medicamentos, móveis, equipamentos) e tranquilidade.

A maioria dos entrevistados apresentou uma impressão positiva em relação ao ambiente do hospital, no que se refere aos quesitos limpeza e organização. Isso pôde ser notado nas respostas de diferentes entrevistados:

É organizado, limpo, bonito [...] bem equipado [...] é calmo, sossegado, um sossego [...] Cê num vê bagunça, cê num vê correria, cê não vê nada, é tudo em ordi (Entrevistado 9).

Nossa, as moças sempre tão limpando! Não, elas chega de manhã cedo, elas limpa a mesa, elas recolhe tudo, pega, troca a água, vem, a gente dá licença, elas limpa o banheiro, limpa tudo, troca os lençóis. Não precisa da gente pedir pra trocar os lençóis que elas tão trocando. Pergunta o horário de almoço, se a gente tem acompanhante pra tá deixando o almoço pra eles também. Tem, tem organização. Nossa Senhora, em questão disso pode ficar despreocupada, os almoços, os lanche na hora certa, entendeu? Eu achei até que aqui tá sendo legal (Entrevistada 1).



Tudo, tudo, nós chegamos e topamos tudo limpinho, tudo organizadinho (Entrevistada 13).

Alguns entrevistados que já conheciam o hospital ou que já haviam sido internados há mais tempo salientaram a mudança favorável do ambiente, nos últimos anos:

[...] o quarto, eles tão em reforma. Que no outro, quando ela ficou internada, até tinha frigobar. Esse já não tem, mas é porque realmente tá em reforma e eles vão dá uma mudada no hospital, mas assim, não é desconfortável (Entrevistada 4).

Ah! Dois anos atrás pra agora, os móveis é melhoraram bastante! Até mesmo no setor do, da cirurgia, eles trocaram alguns aparelhos, melhorou bastante (Entrevistada 7).

Alguns entrevistados enfatizaram que o ambiente destinado à internação particular e por convênios difere daquele destinado à internação do SUS.

Bom, aqui em cima, aqui que é a parte mais do pessoal que tem convênio. Eu achei que aqui em cima é mais organizado do que lá em baixo. [...] Uma noite só, depois eu vim pra cá, aí deu pra perceber, assim, que era diferente (Entrevistada 3).

[...] comentei também com a menina da limpeza: nossa, aqui tá tão limpinho, arrumadinho! Lá em baixo, eu ainda acho que falta arrumar, né? (Entrevistada 5).

Em relação ao ambiente ser calmo ou agitado, relaxante ou estressante, todos os entrevistados afirmaram tratar-se de um ambiente tranquilo, favorável à recuperação dos pacientes, à exceção da entrevistada 19:

[...] inclusive tá escrito ali silêncio, mas o silêncio é só prus paciente, porque é uma barulhada, uma conversação, que as próprias pessoas não obedecem, né? (Entrevistada 19).

O aspecto do ambiente hospitalar que mais obteve considerações desfavoráveis ou negativas dos entrevistados foi o da disponibilidade de insumos, notadamente de equipamentos médico-hospitalares. Isso foi notado no discurso de praticamente todos os entrevistados.

Os equipamentos de apoio diagnóstico mais sofisticados e de alto custo, como o tomógrafo e o aparelho de ressonância magnética, foram citados como inexistentes pelos

entrevistados. Em função disto, os entrevistados relataram que muitos transportes de pacientes ocorridos para a transferência hospitalar ou simplesmente para realização de exames em outras instituições poderiam ter sido evitados, caso o hospital dispusesse de tais recursos.

Bem, tipo assim, marcaram uma tomografia pra eu fazer terça-feira. Ela não tem aqui, tem que ir lá em Venda Nova pra fazer [...] Então, essas coisas assim que é péssimo, né? A pessoa que tiver sentindo dor, ter que se locomover até lá. Eu tô bem, assim, mas se é uma pessoa assim, se tiver mais grave, já passa um aperto (Entrevistada 3).

Tranquilo, igual eu tô falando com cê, eu acho que aqui o que falta só equipamentos pros médicos trabalharem melhor, entendeu? Pra num, todas as vezes não ter que ficar encaminhando paciente pra fora. [...] pra fazer uma ressonância vai pra longe, precisa fazer uma tomografia, vai pra longe, entendeu? Nem sempre tem uma ambulância disponível (Entrevistada 18).

Em uma entrevista específica, foi mencionada a existência do equipamento, mas a inexistência de profissionais habilitados suficientes para operá-lo ininterruptamente:

[...] eu vou ser transferida pra outro hospital porque o ultrassom agora só vai funcionar quarta porque, por causa do feriado. Então eu acho isso o cúmulo do absurdo! (Entrevistada 17).

Em outra entrevista, mencionou-se a inexistência de equipamentos de monitorização e tratamento intensivo. A essa deficiência a entrevistada relacionou a incapacidade do hospital de atender pacientes com problemas de maior complexidade:

[...] Em relação isso, é até complicado porque o hospital ele não atende é, um caso mais urgente. Se a criança precisar de uma UTI num tem, né? Então só vêm casos mais fáceis pra cá, mesmo, porque se vim com certa dificuldade, é complicado, porque não vai ter como atender. Porque não tem outros equipamentos (Entrevistada 12).

Itens de primeira necessidade foram citados como ausentes ou escassos pelos entrevistados, como é o caso do oxigênio nos leitos e do equipamento de fototerapia para tratamento de bebês com icterícia, popularmente conhecida como “amarelão”.

[...] eu acho que todo leito teria que ter um oxigênio (Entrevistada 18).

A menina [referindo-se à filha] tá precisando dessa lâmpada aqui, ó. Ela apaga e acende, e não tem. Ela [referindo-se à enfermeira] acabou de me falar (Entrevistada 19).

De modo semelhante, insumos de uso corriqueiro também foram citados, pelos entrevistados, como deficitários ou impróprios para o atendimento aos pacientes:

[...] hoje mesmo, não foi trocado meu lençol, né? (Entrevistada 8).

Ah, tipo aquele colchão, né? É umas coisas assim, sei lá, tá bem acabadinho. Banheiro, o vaso tá sem tampa. Aí até acho que poderia ser poucas coisas, mas, assim, uma melhorada (Entrevistada 15).

#### 4.3.2.2 Profissionais

A impressão a respeito dos profissionais distinguiu-se de entrevistado para entrevistado, mas também variou conforme as categorias profissionais avaliadas por um mesmo entrevistado.

Assim, procurou-se obter a impressão dos entrevistados em relação aos profissionais médicos, aos profissionais de enfermagem e aos profissionais de apoio (recepção, serviço de nutrição e dietética, higienização, entre outros).

Em relação aos profissionais de enfermagem, é relevante registrar que, mesmo havendo três categorias distintas — enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem — por vezes, não foi possível discernir à qual categoria o entrevistado se remeteu, sendo as suas considerações generalizadas e estendidas a toda a equipe de enfermagem.

Em relação aos profissionais, os entrevistados avaliaram a **educação** e cortesia, a **atenção**, a **simpatia**, a **aparência física** e a **segurança** demonstrada.

Em relação à equipe de enfermagem, especificamente, houve divergência de opiniões. Dentre os entrevistados que tiveram impressões positivas da equipe de enfermagem, os aspectos mais citados foram a atenção e o carinho das profissionais:

Bacana, também, até agora todas [as enfermeiras], né, têm atendido a gente com carinho, educação. Simpáticas, entendeu? (Entrevistada 13).

Nossa as meninas [referindo-se às enfermeiras], nota dez. Nossa, pelo menos as que me visitaram hoje. Nossa Senhora! Tem que reclamar não, muito boas! (Entrevistada 15)

São educado, tratam muito bem os paciente. [...] Sim, toda hora as enfermeira vem cá, olha direitinho. É, da enfermeira, ela é muito boa, paciente com a gente, gostei (Entrevistada 20).

Os enfermeiros assim são ótimos, os técnicos de enfermeiros são ótimos [...] São ótimos, são ótimos. Eu não tenho, assim, a reclamar deles não (Entrevistada 6).

As minhas técnicas são, muito atenciosa [...] Só teve uma enfermeira que eu não gostei, ou a técnica, sei lá se é enfermeira ou é técnica, não tem como saber, [...] mas as outras são ótimas (Entrevistada 2).

Ah, ês vem aqui e conversa muito ca gente. Sempre vem uma pessoa do turno, que elas troca de turno. [...] Se apresenta, se apresenta mesmo! Fala que é a supervisora do turno e, e pergunta se tá precisando de alguma coisa, qualquer coisa que tiver precisando pode chamar ela, apertar a campainha ali e chamar [...] (Entrevistada 3).

[...] as enfermeiras, elas passam toda hora, elas vem, olha direito como que tá a criança. Eu não posso reclamar, ela é muito bem atendida, eles dão muita atenção pra ela. Não tenho que reclamar (Entrevistada 4).

Nesse sentido, uma entrevistada destacou como ponto de grande satisfação o fato de a enfermeira buscar envolver o paciente no seu tratamento, através de uma ação simples:

[...] uma enfermeira chegou aqui com uma bandeja de remédio, assim, pra eu tomar um comprimido, mas assim, doze versões, e perguntou: qual cê qué tomar primeiro? É diferente, né? Ninguém chega e pergunta assim. Ela deixou eu escolher: qual que cê qué tomar primeiro? Bacana, interagindo assim [...] (Entrevistada 3).

É útil destacar que, mesmo não sendo um aspecto diretamente investigado, o carinho foi bastante evidente nos resultados da pesquisa, notadamente naqueles associados aos profissionais de enfermagem. Extrapolando aos discursos dos sujeitos, sabe-se que carinho e cuidado estão, historicamente, associados aos cuidados maternos. Não por coincidência, a história da enfermagem aponta para uma origem de cuidados profissionais que sucederam ao cuidado materno. Assim, o carinho torna-se, praticamente, um atributo típico do atendimento de enfermagem. Talvez isso explique por que o carinho foi mencionado nas diversas vezes em que foi avaliada a performance da equipe de enfermagem.

Já os entrevistados que tiveram impressões negativas da equipe de enfermagem apontaram a falta de atenção e a rispidez como pontos desfavoráveis.

O enfermeiro simplesmente faz o serviço dele, vem cá e aprica o remédio e some pra lá. Às vezes cê ainda tem que ir atrás dele, o soro acaba, cê tem que ir atrás, né? Direto fica entupindo [referindo-se ao acesso venoso], aí tem que ir atrás. Então ês tinha que tê mais melhoramento (Entrevistada 8).

Vareia, como eu falei contigo, vareia. Nó! tem umas [enfermeiras] que são boas e outras que são carrascos. Carrasco que eu falo é tipo assim: até no

jeito, até no modo que elas vêm e toca ni você pra tirar um sangue. [...] ocê fica sensível, já tá toda furada, e ainda a pessoa, sei lá se não leva muito jeito ou se é o jeito dela, vem e fica furando a gente de mal, de qualquer jeito, enquanto as outras quando chega, impressionante, primeiro toque, elas dão uma amarradinha e o primeiro toque já tá achando a veia da gente, já tá medicando certinho. Eu não sei se é até a experiência porque, eu não sei se ela não tem muita experiência, mas as outras é impressionante, essas aí que estão hoje aí mesmo essas aí nota dez (Entrevistada 1).

Em relação à equipe médica, também houve opiniões bem distintas. Os entrevistados que tiveram impressões positivas em relação aos médicos ressaltaram a atenção como o ponto crucial no atendimento.

Carinhoso, cuidadoso, simpatiquíssimo! Nó! Uma gracinha, o Dotor [...] (Entrevistada 12).

[...] aqui as pessoas me olhou muito, sabe, teve muito carinho comigo. O médico, então, nossa! Cê precisa de vê, eu não sei nem fala ó, tanta coisa, que ele ficou tanto preocupado comigo. [...] ele veio, me olhou, nó! O médico ficou desatinado, assim, andando pra lá e pra cá, e falou que tava até com medo de perder a mão, que a mão já tava preta, roxa, sabe? Aí ele lavou tudo, oiou [...] (Entrevistada 14).

[...] o médico tá passando a noite. Ele passa aqui oito e meia da noite, ele manda um médico amanhã cedo passar aqui pra saber como é que eu estou. Então, assim, eles tem um interesse pela vida da gente, pela situação que a gente tá aqui (Entrevistada 18).

[...] o médico, hum, bom, não tenho o que reclamar não, apesar que ele não cumpre com os horários, mas tudo bem [...] (Entrevistada 1).

Os entrevistados que apresentaram impressões negativas dos médicos queixaram-se, dentre outras coisas, da descontinuidade da assistência médica, o que, para muitos, soou como descaso para com o paciente.

Em relação a médicos, é como se tivesse assim, abandono. [...] O médico que tava me olhando demorou quatro dias pra ele vim me, voltar me ver, e esses quatro dias ele num tava, nem sabendo que eu tava aqui. [...] Eu achei assim, um descaso, assim, total. Não gostei mesmo. Equipe médica daqui eu não gosto não, não gosto (Entrevistada 6).

[...] o atendimento da parte médica eu não acho legal, né? Porque eu já tive em outros hospitais, eu vejo que os médicos, eles dão mais assistência, eles vão pelo menos duas três vezes ao dia ver o paciente, e aqui eu fiquei pelo menos dois dias sem ver médico, né? [...] num dia passa um, no outro é outro médico completamente diferente, no outro dia é outro, né? Então, é, eles chegam um hoje e te falam uma coisa, amanhã vem outro e te fala outra (Entrevistada 2).

A respeito dos profissionais de apoio, houve também depoimentos controversos:

[...] até a recepcionista ontem, na hora que ela largou serviço, ela veio cá pra vê, porque ela viu minha agonia durante o dia, aqui, eu ligando pra ela, porque eu não sabia se ele ia vim [referindo-se ao médico obstetra] (Entrevistada 16).

Tranquilo, limpeza, o pessoal da limpeza é uma gracinha! As meninas que vem trazer o almoço, que vem trazer o café, tipo assim, são superatenciosas que, que ela gosta de comer. Eles perguntam se ela mama a noite, que, que ela come de madrugada, entendeu? Nó, assim, eu não tenho que reclamar (Entrevistada 4).

[...] eu vejo a falta de educação deles pra dar uma resposta. O pessoal que tá ali, ó, na recepção mesmo (Entrevistada 19).

Houve, também, os entrevistados que não avaliaram os profissionais de saúde de uma forma global, mas apontaram as diferenças individuais como determinantes da qualidade percebida do atendimento. Ou seja, nesses casos, os entrevistados demonstraram que o atendimento transcende a responsabilidade do hospital para se tornar uma competência individual, sendo, portanto, um determinante não controlável totalmente:

Bom, acho que em todo lugar tem os atenciosos [referindo-se aos profissionais] e tem também os que não são, né? (Entrevistada 11).

Varia de pessoa pra pessoa [risos], vamos generalizar todos não, porque tem uns que são bons demais e outros são ruins demais! [risos] (Entrevistada 1).

Mas, de forma semelhante ao que ocorreu com o ambiente, houve entrevistado que comparou o atendimento dos profissionais com o tipo de internação: particular/convênio *versus* SUS. A entrevistada deixou evidente que percebeu diferença no atendimento, relacionando-o à fonte pagadora do hospital pelos serviços prestados:

Aqui já é mais, mais, o pessoal tem mais atenção. Lá em baixo, é um pouquinho a desejar sim, nessa parte assim de tratamento (Entrevistada 3).

Curiosamente, a aparência física dos profissionais, embora questionada, não aparece nos discursos dos entrevistados. Esse fato poderia levar ao entendimento de que, realmente, o atributo parece não ser relevante para a avaliação da performance dos profissionais pelos entrevistados, ou ao entendimento de que os sujeitos se negam a admitir que a aparência física do profissional de saúde é critério de avaliação do atendimento.

### 4.3.3 Emoções

Os entrevistados foram estimulados a relatarem sobre seus sentimentos e as emoções experimentadas durante a prestação dos serviços de saúde. Dessa forma, foram investigadas as experiências de encantamento, entusiasmo, tranquilidade, surpresa, preocupação, depressão e constrangimento durante o atendimento.

Dentre as emoções negativas, identificou-se a preocupação e o constrangimento. A depressão, diferentemente do que seria esperado, inicialmente, não foi mencionada pelos entrevistados.

A **preocupação** foi a emoção mais referenciada pelos entrevistados, de uma maneira geral. Ela foi relacionada aos mais diversos fatores, tais como: crença na necessidade de realizar exames diagnósticos, possibilidade de não haver suporte tecnológico para o tratamento do paciente, possibilidade de haver complicações relacionadas ao tratamento, inexistência de um diagnóstico:

Aquilo começou, assim, a me dar uma agonia, de ver eles atendendo tanta gente. [...] não tinha onde sentá as pessoas [...] a enfermeira começou a ficar agitada [...] aí me preocupei com aquilo, de ver tanta gente doente. Porque tem gente que entra com uma doença e sai com duas, né? É a preocupação da gente (Entrevistada 13).

O que tá me preocupando é porque, até então, eu não tinha feito exame. Que eu tomo anticoagulante, e até então eu não tinha feito um exame de sangue pra ver como que tá minha coagulação... (Entrevistada 18).

Preocupada eu fico, assim, porque, eles falam que esse laboratório que tem aqui [cita o nome do laboratório] não é bom. Ela [referindo-se à filha] fez um exame primeiro de, da bilirrubina deu 12,3, só que ela tá bem amarela, até o médico [...] pediu pra repetir, já deu 16, né? Se fosse pelo primeiro exame, já poderia ter ido embora (Entrevistada 19).

[...] igual eu tava muito preocupada, com o quê que é que tava acontecendo, né? Vieram [referindo-se aos médicos], me explicaram quê que é que tava acontecendo, né? Que era normal, que com o tratamento ia resolver, então isso aí ajuda até no tratamento. Que aí eu ficava mais tranquila pra eu esperar [...] (Entrevistada 21).

[...] foi a minha preocupação assim que eu internei, que se acontecesse alguma coisa aqui não teria neonatal [...] (Entrevistada 7).

Dito de outra maneira, a preocupação foi uma emoção bastante referenciada, sendo condicionada à qualidade percebida do atendimento, à infraestrutura do hospital e ao risco percebido pelo entrevistado.

Outra emoção negativa referenciada pelos entrevistados foi o **constrangimento**. Contudo, nas três vezes em que foi referenciado, o constrangimento foi abordado de forma distinta. A entrevistada 21 o relacionou à necessária exposição do corpo para o exame físico. Curiosamente, a entrevistada não relacionou o constrangimento à exposição do corpo diante do médico, mas, sim, diante da colega de quarto:

A gente fica um pouco incomodada de ser examinada do lado, e ter uma colega do lado. Mas ao mesmo tempo, por ser mulher, a gente não fica tão constrangida, dá uma certa timidez (Entrevistada 21).

A entrevistada 1 relacionou o constrangimento à própria internação hospitalar. Ela chegou a enaltecer a intenção dos profissionais em deixá-la à vontade, mas afirmou que o ambiente, por si, a deixava constrangida, o que possibilita inferir a negativa conotação do ambiente hospitalar para essa entrevistada.

Meu sentimento? Ah, sei lá! Mesmo tempo que as moças procuram o máximo, sabe, não deixar a gente constrangida, porque aqui é um hospital, eu, eu particularmente fico meio assim, sem jeito. Porque, é porque eu nunca tive internada. Isso pra mim tá sendo muito difícil, complicado, entendeu? (Entrevistada 1).

Em oposição, a entrevistada 2 atribuiu o constrangimento, justamente, ao atendimento à ela prestado:

[...] constrangida e humilhada, porque na realidade, a pessoa não tinha o direito que ela falou que tinha, o jeito que ela falou comigo (Entrevistada 2).

Duas emoções que fugiram ao referencial teórico abordado nessa pesquisa, mas que se mostraram relevantes para serem citadas, foram a **humilhação** e a **indignação**. No discurso da entrevistada 2, percebeu-se a humilhação e a indignação como emoções negativas, que superaram a insatisfação e representaram a violação do direito, como pessoa e paciente. Tanto a humilhação quanto a indignação foram atribuídas ao atendimento discriminatório por parte da administração do hospital para com os pacientes.



[...] aqui as pessoas tratam muito as outras pela aparência, né? [...] E aqui eu vejo muito isso sabe, fico, fico indignada com isso! Que pra mim antes de você ter um convênio, antes de você ter um dinheiro, você, tem o ser humano, né? (Entrevistada 2).

Tal circunstância remeteu à diferença no atendimento prestado pelos profissionais, nas unidades de internação de convênios e SUS, mencionada, anteriormente, pela entrevistada 3. Porém, nesse último caso, superou-se a simples constatação da diferença, para se tornar um forte sentimento de indignação, diante da discriminação e violação do direito, percebidas pela respondente.

Convém ressaltar que a humilhação e a indignação foram apontadas por apenas uma entrevistada, dentro de um contexto de ter vivenciado um incidente, relacionado à sua acomodação e permanência no leito, durante a internação hospitalar.

Outra emoção experimentada pelos entrevistados foi a **surpresa**. Indo ao encontro da literatura consultada, a surpresa foi descrita pelos respondentes tanto como uma emoção positiva, quanto como negativa.

Como emoção negativa, a surpresa esteve relacionada ao próprio ato da internação hospitalar, carregada de valores negativos, para a maioria dos pacientes. A experiência em serviços de saúde demonstra que a internação hospitalar carrega consigo a conotação de gravidade, de risco ou ameaça à saúde e à vida, bem como representa a segregação social, a separação e o desarranjo da estrutura familiar e do lar. Isso ficou ilustrado através da fala da entrevistada 15:

Um choque. Fiquei sem chão. Nó! [...] É, a tristeza, como diz o outro, tá presente desde o primeiro momento. Desde a hora que eu cheguei tá aqui. Nossa! Fala assim: hospital, cê já fica abalada, né? [...] Nó! A hora que ela falou que eu ia ficar aqui, eu pensei que faltou o chão lá no meu pé. Já tava fraca, parecia que eu tinha caído, assim, num buraco [...] (Entrevistada 15).

Como emoção positiva, a surpresa foi relacionada ao fato da qualidade do atendimento superar as expectativas da paciente. Nesse sentido, a entrevistada 16 deixa claro que prejudicou negativamente o atendimento, influenciada pela estrutura física do hospital. Percebe-se, pois, no discurso da entrevistada, o relevante papel das evidências físicas na qualidade percebida pelo cliente. Contudo, ao experimentar um encontro de serviço duradouro, a entrevistada levou em consideração outros fatores, como a interação com os profissionais de saúde, o que fez com que sua impressão a respeito da qualidade do serviço fosse positivamente modificada.

[...] é o que eu tava te falando: a aparência, ela engana. Que às vezes você olha por fora, você fala: ham, será que ali eu vou ter o atendimento que eu queria? E realmente eu tive. Quebrei a cara! E graças a Deus que eu quebrei a cara! (Entrevistada 16).

Já para a entrevistada 17, o que fez com que suas expectativas fossem superadas foi a atenção e a agilidade da médica para atendê-la. Sobre esse aspecto, é relevante destacar que o paciente com dor tem seu limiar de tolerância muito reduzido em relação ao atendimento prestado. Logo, a resolução do problema de saúde e o alívio da dor do paciente, principalmente no Pronto Socorro, tornam-se um ponto crucial para a qualidade percebida e a satisfação com o serviço. É o que se observa, a seguir:

Doutora [nome da médica] me surpreendeu. É que eu tava com muita dor, e eu, era a quarta, eu não tava dando conta de esperar, ela foi e me passou, me priorizou e já passou logo a medicação (Entrevistada 17).

A emoção **tranquilidade** foi referenciada por alguns entrevistados em função da melhora do estado de saúde do paciente e em função da qualidade percebida no atendimento prestado, como demonstram os discursos das entrevistadas 13 e 14, respectivamente.

[...] chegamos, já ficamos tranquilo, né? Acho que por isso que o quadro dele até melhorou (Entrevistada 13).

Nó! Eu fiquei muito alegre, eu fiquei muito alegre! Falei até com as enfermeiras que a minha irmã vei cá me vê, eu tava contando pra ela. [...] Eu fiquei tranqüila [referindo-se ao fato de não ter tido a mão amputada] (Entrevistada 14).

O **entusiasmo** foi referenciado apenas por uma entrevistada. Provavelmente, isso ocorreu porque o ambiente hospitalar e a doença, por si, já comprometem o estado de espírito dos pacientes, promovendo mais a tristeza do que o entusiasmo, como foi dito pela entrevistada 15, anteriormente.

Cê se sente assim, valorizado, como ser humano, como pessoa, e que faz muito bem que não só, só ao corpo, mas a alma. Cê sai totalmente bem, então se eu saí hoje, saí amanhã, tanto faz, eu tô mais do que em casa (Entrevistada 16).

Superando o sentimento de entusiasmo e qualquer expectativa levantada para o atendimento, tem-se o **encantamento**. Tal emoção também foi experimentada e apontada pela entrevistada 16:

Tô igual uma rainha [risos], tô igual uma rainha [...] (Entrevistada 16).

Bem atendida, bem acolhida, em relação até do neném mesmo, o carinho que eles têm, a preocupação. Cê vê que não é aquela coisa forçada, ah, porque tá pagando, porque eu passei pelo SUS, entendeu? Então é a mesma coisa, a atenção das meninas são as mesmas coisas (Entrevistada 7).

#### 4.3.4 Qualidade percebida

Como encontrado no arcabouço teórico do estudo, a qualidade em serviços de saúde envolve dois domínios: o técnico e o interpessoal (DONABEDIAN, 1980). Muitas vezes, o domínio interpessoal será o único considerado, uma vez que os pacientes e familiares não têm conhecimento específico para avaliar a dimensão técnica.

Os resultados da pesquisa confirmam essa proposição:

Existe, existe a qualidade porque as, as enfermeiras elas, elas fazem, igual quando eu cheguei eu tava mal, o horário do remédio, do medicamento era, era mais curto vamos dizer assim, e ali elas seguia a risca, eu tava com febre, elas midiam, elas olhava a pressão, entendeu? [Suspiro] e olhava a, a pressão arterial e tudo direitinho com frequência mais elevada (Entrevistada 2).

[...] o [nome do paciente] tá sendo muito bem atendido, né? Apesar que nós achamos o médico assim meio, meio assim, meio esquisito, né? Aí no dia que ele atendeu ele, eu falei assim, eu achei ele muito fraquinho [...] eu achei ele assim mei, num achei ele, assim, autêntico, né? Mas aí, de terça pra cá, o médico começou a atender ele bem, fez exame de sangue, achou o problema dele, então a gente começou a ver o hospital com outra, com outros olhos (Entrevistada 13).

Contudo, os resultados também demonstraram algumas particularidades dos serviços de saúde. A melhora do estado de saúde dos pacientes, por exemplo, foi apontada como parâmetro de qualidade do atendimento. A seguir, evidências dessa ocorrência:

Tá sendo bom o atendimento, tá tendo uma evolução boa, né? O tratamento... (Entrevistada 10).

De boa qualidade. Porque eu cheguei péssima e tô saindo bem (Entrevistada 21).

Uma consequência negativa dessa forma de avaliar seria o fato de que, em casos graves, em que o paciente evoluísse para piora ou óbito, a qualidade do atendimento seria dificilmente identificada.

Outro fator que impactou na qualidade percebida em relação ao atendimento foi a baixa expectativa ou a expectativa negativa dos clientes, em relação ao hospital. A expectativa baixa ou negativa em relação ao atendimento se deu em função de experiências anteriores negativas de atendimento ou em função de uma propaganda boca a boca negativa da instituição. Nesses casos, como as expectativas foram baixas ou ruins, os entrevistados tiveram a oportunidade de terem suas expectativas superadas, o que proporcionou um misto de surpresa positiva, de qualidade percebida e de satisfação com o serviço prestado.

Porque, ah, se você me perguntasse há cinco anos atrás, eu não falaria ninguém, aconselharia ninguém internar aqui. Que meu pai internou aqui uma semana e eles [referindo-se aos médicos] mandaram ele ir embora, sem nenhum resultado, e ele faleceu uma semana depois. Mas não foi assim, culpano, né? Mas porque meu pai já tinha oitenta e dois anos. Mas hoje eu vejo o hospital [...] com outros olhos, outro pensamento (Entrevistada 13).

Olha, todo mundo fala mal desse hospital aqui, entendeu? Então, pra mim foi uma surpresa [...] esperava assim igual todo mundo falava. Ah, não, porque tem muita gente lá fora que fala que aqui é açougue [risos], entendeu? [...] Não achei nada disso, pelo contrário (Entrevistada 15).

[...] o carinho das enfermeiras. Aqui a gente fala, não é um hospital assim de luxo, não é [...] sabe, mas as enfermeiras daqui, em relação às enfermeiras de lá [referindo-se a outro hospital] são muito mais atenciosas, e isso eu não esperava entendeu? (Entrevistada 18).

[...] mas depois que ela ficou internada a primeira vez, aí eu já tive outra concepção. Melhorou bastante, ou eu não sei se lá em baixo continua do mesmo jeito, no pronto socorro, pelo menos a internação dela foi muito rápida (Entrevistada 4).

Esse foi o aspecto que mais chamou a atenção em relação à qualidade percebida: a mudança de visão dos entrevistados a respeito do atendimento atual em detrimento de experiências anteriores ou de propaganda boca a boca negativa.

Embora minoria, houve 2 entrevistadas que não perceberam qualidade nos serviços prestados pelo hospital. Em ambos os casos, a avaliação geral do hospital foi comprometida pela qualidade do atendimento médico prestado:

Eles [referindo-se aos médicos] tavam esperando melhora de glicose, sendo que não tavam danu o medicamento, né? (Entrevistada 6).

A qualidade mesmo, posso dizer que não, viu? Qualidade mesmo, não, porque, né? Eu acho que o médico, né? Tipo assim, vim uma vez e não vim mais [...] (Entrevistada 8).

Essa constatação possibilitou perceber o relevante papel da equipe médica para avaliação geral da qualidade do atendimento hospitalar. Poder-se-ia inferir que, sendo o médico o responsável pela conduta terapêutica, ou seja, sendo ele o “detentor do saber para o tratamento e a cura”, sua performance torna-se indissociável do julgamento global de qualidade do hospital, pelos pacientes.

#### **4.3.5 Confiança**

Segundo Rotter (1967), a confiança é a expectativa por parte de uma pessoa ou de uma organização de que a palavra ou a promessa feita por um parceiro de troca seja confiável.

Rousseau *et al.* (1998) postulam que, mesmo havendo divergência no conceito de confiança, há uma concordância com relação às condições nas quais ela se torna relevante: na presença de risco e de interdependência entre os parceiros de troca.

Por envolverem tais condições, os serviços de saúde demandam confiança para a longevidade de suas relações com os clientes.

A presente pesquisa levantou, junto aos entrevistados, a confiança nos profissionais de saúde — médicos, enfermeiros e de apoio — e a confiança no hospital, entendendo que os conceitos se inter-relacionam, mas são independentes.

##### **4.3.5.1 Confiança nos profissionais**

Embora os profissionais de enfermagem tenham sido bastante citados em função do carinho, da educação e da atenção, durante o atendimento aos pacientes, eles foram mencionados por poucos entrevistados em relação ao quesito confiança.

Igual chegou medicamento novo que eu nunca tinha tomado, aí falei pra ela [a enfermeira]: olha, não conheço o medicamento eu não vou tomar, pra que serve? [...] Ela procurou a supervisora, eles vieram e me explicaram pra que que servia, o quê que ele continha, que não iria me prejudicar, aí sim eu tomei. Senti, tomei sem medo (Entrevistada 18).

Confio nele [referindo-se ao médico], nas enfermeiras também (Entrevistado 9).

Em contrapartida, a confiança foi, deliberadamente, atribuída aos profissionais médicos.

[...] quando começa a melhora, aí já passa a ter confiança no médico, né? (Entrevistada 13).

[...] segunda-feira ele [referindo-se ao médico] marcou e ele não pode vir. Mas a minha ansiedade era tão grande, que o pessoal fica reclamando. Mas eu falei assim: eu prefiro pagar o preço de ter ele como confiança... Porque eu confio nele, eu prefiro esperar (Entrevistada 16).

Confio nele [referindo-se ao médico]. Até porque ele mostrou pra mim e ele reconheceu que errou, entendeu? Que acho que a maior virtude de uma pessoa é reconhecer quando erra, apesar que pra eles errarem são vidas humanas, né? Então são vidas, então o erro dele é difícil, né? (Entrevistada 18).

Ele me transferiu segurança, porque ele já chegou e já falou assim: [...] seu sistema tá todo alterado. Então e ele já foi no ponto e: vamo interná. Não foi com rodeio, [...] não foi me cozinhando no banho maria, não já foi jogando tudo no, como se diz: pratos abertos. E aí, com esse eu me senti segura (Entrevistada 1).

Assim como observado para a qualidade percebida, o fato de o médico ser quem define o tratamento parece atribuir a ele uma parcela maior de responsabilidade, o que conferiria a ele um peso maior quanto à confiabilidade e competência técnica.

#### 4.3.5.2 Confiança no hospital

Embora se acredite que a confiança nos profissionais determina a confiança no hospital, o mesmo parece não ser verdadeiro. Assim, duas entrevistadas fizeram menção à confiança no hospital.

[...] pelo período que eu passei aqui, eu acho que [o hospital] traz segurança pra mim e pra ela (Entrevistada 11).

Ah, senti [confiança no hospital], senão tinha corrido daqui de dentro. [...] Ham..ham.. desde a médica, até as menina que vem aqui, o pessoal da portaria, eu não senti, assim, senti firmeza (Entrevistada 15).

#### 4.3.6 Satisfação

A satisfação está baseada não somente na experiência atual, mas também em experiências passadas (ANDERSON; FORNELL; LEHMANN, 1992; JOHNSON; FORNELL, 1991), e é indispensável à retenção de clientes e à formação de lealdade (OLIVER, 1999).

Os resultados da pesquisa mostraram um número de entrevistados satisfeitos com o atendimento hospitalar superior ao número de insatisfeitos. Considerando a relação direta existente entre a qualidade percebida e a satisfação, pôde-se inferir que os altos índices de satisfação com o atendimento prestado mantiveram estreita relação com a superação de expectativas dos pacientes.

Ah, o cuidado mesmo dos profissionais. Ah, vem na hora certa, né? Quando a gente pede pra vir, eles vêm olhar se tá acontecendo alguma coisa, trata bem, é isso (Entrevistada 10).

Hummm, chô vê... é difícil falar. Ah, foi tranquilo. Num foi correria, atendeu todas as minhas expectativas, minha filha passa bem, eu também. Então, eu fiquei satisfeita (Entrevistada 11).

Tô, muito [satisfeita] [risos] (Entrevistada 12).

Não tenho nada a reclamar, não! Eu gosto muito daqui. Os atendimentos aqui são fundamentais... (Entrevistada 7).

Eu tô satisfeita, tô satisfeita! (Entrevistada 4).

Por outro lado, houve algumas entrevistadas que relataram insatisfação com o atendimento.

Olha, em relação ao atendimento, eu sinceramente não gostei, porque eu sendo diabética, eu tomo dois tipos de insulina, e eles num, quando eu entrei

aqui no começo do mês, eles só tavam me danu um tipo. [...] Então, ou seja, eles tavam querendo um resultado, sendo que só tavam me dando um tipo de insulina correto (Entrevistada 6).

Eu não tô satisfeita com os médicos, o problema aí eu fico sem saber que, que eu tô, sabe? As enfermera são ótima, o tratamento eu to recebendo é bom, mas o médico, né? (Entrevistada 2).

Percebe-se, mais uma vez, a relevância da performance do profissional médico para determinar a satisfação ou insatisfação com o serviço prestado.

#### 4.3.7 Comprometimento

A maioria dos entrevistados demonstrou atitudes positivas de comprometimento para com o hospital estudado. Tais atitudes foram relacionadas a fatores como conveniência por proximidade do hospital à residência do paciente, qualidade percebida do atendimento, confiança na instituição, vínculo com o serviço.

Voltaria, porque aqui é bom, um hospital bom, sossegado. Qualquer coisa ês dão atenção, na operação, na cirurgia (Entrevistado 9).

Hum... hum... Voltaria. Pra ela foi um bom atendimento, né? (Entrevistada 10).

[...] O médico, ele já me acompanhou no primeiro parto, gosto muito dele, por isso que eu voltei. [...] é perto da minha casa, também. E aqui tem médico que a gente já confia, já teve, né, uma certa atenção por ele... Então, com certeza, me internaria sim (Entrevistada 12).

Voltaria, sim. Porque antes, não. Não sei se é porque há cinco anos atrás... É que aqui deu uma melhora, né? O atendimento. Mas hoje não, hoje nós indicaria, a gente vinha, né? Eu, meu esposo, entendeu? (Entrevistada 13).

Eu voltaria. Porque quando eu cheguei aqui eles me atenderam direitinho, uai?! Não faltou nada pra mim, então eu tenho que ficar só aqui, eu não posso ficar saindo aí não! Não posso, eu até já falei com o médico foi uma, uma honra muito grande... (Entrevistada 14).

[...] eu acho o hospital bom, num tenho que reclamar. [...] eu ouvi todo mundo falar que é isso, que é aquilo... Eu tive a oportunidade de ver que não é nada disso! Então, não vejo por que eu não toparia voltar... (Entrevistada 15).

[...] num é só a capacitação do profissional, é o diferencial, porque às vezes cê pode ter um médico que foi gabaritado, que tem um, um bacharelado, sei



lá, doutorado, nem sei, mestrado, mas se ele não for humano, se ele não souber lidar com você, isso pra você não vale nada! [...] não é só o estudo, não é só capacitação profissional, cê tem que buscar algo de diferente, que é igual aqui todo mundo tá fazendo... então são coisas que, que te pegam como um peixe numa isca (Entrevistada 16).

Nesse ponto, a entrevistada 16 é tão enfática quanto à qualidade percebida do serviço e ao comprometimento com o hospital, que chegou a brincar, afirmando que, a contar com o atendimento recebido, teria outros filhos:

Eu aqui, eu tô muito bem atendida, graças a Deus! Nô! Eu falei mesmo, eu disse, eu falei pra minha mãe ontem: mãe se eu não vigiar eu ganho mais [referindo-se a outros bebês] [risos] (Entrevistada 16).

[...] toda vez que a gente precisa, por morar aqui, a gente dá preferência praqui, né? [...] Não, é porque, por ser perto da minha casa, e o Hospital... [nome de outro hospital] é longe, lá do outro lado do mundo, eu dou preferência pra cá (Entrevistada 17).

[...] antes se fosse pra falar comigo assim: cê teria que ficar aqui internada, eu batia o pé e não aceitaria... Hoje, se for pra mim internar aqui de novo, eu ficaria. Porque eu senti uma certa segurança que eu não tinha (Entrevistada 18).

[...] todas as vezes que eu vim, eu fui muito bem atendida! Não tenho que reclamar... Então, tipo assim, a gente tem até recurso pra ir prum hospital melhor, entendeu? Mas eu prefiro aqui, também por ser perto. E assim, eles dão muita atenção pra ela quando eu venho, cuida direitinho, independente de qualquer coisa... Já tenho uma relação com o hospital, então eu não tenho que reclamar! (Entrevistada 4).

Procuraria sim, procuraria [o hospital, novamente], até porque é mais perto, né, pra gente, né? (Entrevistada 5).

Houve alguns poucos entrevistados que apontaram para o comprometimento tendo em vista a barreira de saída ou alto custo de mudança. Nesses casos, as dificuldades apontadas foram a dificuldade de acesso a outros hospitais (ele é o único da cidade) e a impossibilidade de escolha do serviço, tendo em vista que, em casos de complicações cirúrgicas, o paciente só é atendido pela instituição que realizou o primeiro procedimento.

Infelizmente, é o hospital mais perto da minha casa. Então, assim, eu não tenho muita opção na hora de, de urgência. Eu venho pra cá. [...] Eu só voltei pra cá porque eu fiz a curetagem aqui, então quem fez a curetagem tava lembrando de mim, os outros profissionais também... Pois é... porque o médico de outro hospital não ia me aceitar pra poder fazer em outro local (Entrevistada 6).

Houve aqueles entrevistados que não demonstraram comprometimento para com os serviços, afirmando, de forma categórica, a sua opção por outro hospital, em uma próxima oportunidade.

Se cê tem a oportunidade, assim, se tem condição de procurar uma coisa melhor, cê vai na inferior? (Entrevistada 19).

Sinceramente: não [voltaria], eu procuraria outro hospital. Porque eu acho que o hospital de Belo Horizonte tem mais recurso, sabe por quê? Porque os exames que eu fiz aqui [...] vão mandar pra Belo Horizonte (Entrevistada 1).

E pra te falar a verdade, foi a primeira vez que eu internei aqui. E eu espero que não precise mais... Que graças a Deus, o meu plano me dá cobertura em vários outros hospitais e que eu não precise voltar aqui! (Entrevistada 2).

Mas houve, ainda, aqueles entrevistados que se apresentaram indiferentes ao comprometimento, demonstrando que o retorno — ou não — ao serviço dependerá tão somente das circunstâncias, não havendo uma opinião formada quanto ao retorno ao serviço.

Mais a gente sempre vai procurar o melhor. Só que assim, se precisar de voltar, eu volto sim (Entrevistada 7).

Eu acho que se, se, tipo assim, eu ter condições de ir num outro, eu iria no outro [hospital] (Entrevistada 8).

#### 4.4 SÍNTESE DOS RESULTADOS

A seguir, quatro sinóptico contendo os construtos estudados e seus respectivos indicadores, encontrados na pesquisa (QUADRO 2).

QUADRO 2 - Síntese dos resultados: construtos e indicadores levantados

Construtos	Indicadores
Risco percebido	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risco de dano físico</li> <li>• Risco de morte</li> <li>• Risco de perda de tempo ou conveniência</li> </ul>

Comunicação	<p>Do ambiente</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpeza</li> <li>• Organização</li> <li>• Beleza</li> <li>• Conforto</li> <li>• Infraestrutura (física e de equipamentos)</li> <li>• Relaxante/estressante</li> </ul> <p>Dos profissionais</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Educação</li> <li>• Atenção</li> <li>• Carinho</li> <li>• Simpatia</li> <li>• Segurança</li> </ul>
Emoções	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encantamento</li> <li>• Entusiasmo</li> <li>• Tranquilidade</li> <li>• Surpresa</li> <li>• Preocupação</li> <li>• Depressão</li> <li>• Constrangimento</li> <li>• Indignação</li> <li>• Humilhação</li> </ul>
Qualidade percebida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnica</li> <li>• Interpessoal</li> </ul>
Confiança	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No médico</li> <li>• Nos demais profissionais</li> <li>• No hospital</li> </ul>
Satisfação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Com a internação atual</li> <li>• Com as internações anteriores</li> </ul>
Comprometimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relacionado ao valor percebido</li> <li>• Relacionado à conveniência</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>• Relacionado ao alto custo de mudança</li></ul>
--	--

**Fonte:** Dados da Pesquisa, 2011.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados da pesquisa sugerem que os construtos risco percebido, emoções, comunicação, qualidade percebida, confiança, satisfação e comprometimento estão inter-relacionados, dentro do contexto dos serviços de saúde.

No caso da comunicação e do risco percebido, notou-se uma relação indireta em que uma comunicação positiva e favorável mostrou-se capaz de minimizar o risco percebido e, pelo contrário, uma comunicação negativa e desfavorável pareceu levar ao alto risco percebido pelos entrevistados.

Considerando que o risco percebido é aquele que o paciente e seus familiares conseguem captar através das informações, e que a comunicação é a fonte dessas informações, influenciada por crenças, valores, experiências e conhecimentos anteriores, observou-se que a comunicação relaciona-se com o risco percebido.

As informações que os profissionais de saúde comunicam aos pacientes e familiares parecem ser, portanto, decisivas para a avaliação do risco percebido. Quando a comunicação se refere às pessoas, há de se lembrar da relevância da comunicação não verbal contribuindo para esse processo.

Os entrevistados, em seus discursos, relacionaram o risco percebido, dentre outras coisas, à “negligência” e ao “descaso” dos profissionais. Esses achados permitiram inferir que, tanto melhor seja a comunicação interativa entre os profissionais de saúde e os pacientes e familiares, quanto menor será o risco percebido e, portanto, melhores serão as emoções vivenciadas na prestação do serviço. Assim, estratégias que gerem emoções positivas (um sorriso, um toque, uma explicação sobre o problema de saúde ou sobre a proposta de tratamento) parecem trazer uma nova experiência ao cliente e à sua família, minimizando o risco percebido. Muitos entrevistados expressaram emoções positivas diante do carinho e da atenção a eles dispensados pelos profissionais de saúde.

Por outro lado, o ambiente também demonstrou ter um papel fundamental para as impressões dos indivíduos. Os entrevistados demonstraram isso quando relacionaram o risco percebido à deficiência de equipamentos para o atendimento.

Esse resultado permitiu inferir que o aparato tecnológico também tem grande relevância para a avaliação de qualidade dos serviços de saúde e para a percepção de risco no atendimento. Assim, quanto maior a disponibilidade de recursos tecnológicos, melhor a qualidade do atendimento e menor o risco percebido pelos pacientes e familiares.

Convém ressaltar que o risco percebido, na sua quase totalidade, não foi referenciado de modo direto e objetivo pelos entrevistados, mas, sim, ao longo dos seus discursos. Esse fato chamou atenção, uma vez que, ao serem perguntados sobre riscos, os entrevistados se mostraram incomodados e se disseram, muitas vezes, isentos de riscos. Porém, ao longo da entrevista, ao serem questionados, por exemplo, sobre a qualidade percebida do serviço e a satisfação com o mesmo, os entrevistados acabaram discorrendo sobre os riscos percebidos, dentre os quais se destacou o de dano à integridade física.

A esse episódio poder-se-ia atribuir a natural resistência que o ser humano tem de negar condições e situações que expõem a sua fragilidade.

Outra relação identificada entre os construtos foi a do risco percebido e as emoções experimentadas pelos entrevistados. Enquanto o alto risco percebido associou-se a emoções negativas, o risco percebido baixo associou-se a emoções positivas por parte dos entrevistados.

Como os achados da pesquisa apontaram para um alto risco percebido pelos entrevistados, notou-se que a emoção prevalente e mais citada pelos respondentes foi a preocupação. Esse resultado corroborou a proposição de Freitas, Mazza e Mota (2007) de que a incerteza quanto aos resultados aumenta as reações emocionais no processo da troca.

As emoções pareceram guardar, também, uma relação direta com a comunicação. A comunicação positiva e favorável do ambiente e dos profissionais de saúde gerou nos entrevistados emoções positivas, como surpresa, entusiasmo, encantamento e tranquilidade, enquanto a comunicação negativa e desfavorável provocou emoções negativas, como constrangimento, indignação e, também, preocupação.

A comunicação, para fins deste estudo, foi compreendida de forma abrangente, envolvendo a comunicação verbal e não verbal e tomando em consideração que os fatores comunicantes não são somente as pessoas, mas também suas vestimentas, a forma de agirem, além de fatores relacionados ao ambiente, como equipamentos, instrumentos, mobiliário, entre outros.

Poder-se-ia afirmar, portanto, que as emoções são tanto produtos como determinantes da comunicação. Elas são resultados de processos mentais cognitivos e não cognitivos de transformação de informações em sentimentos, que podem ser positivos e negativos.

Os resultados do estudo demonstraram que o carinho e a atenção dos profissionais foram marcantes para determinar os sentimentos de entusiasmo, encantamento e tranquilidade dos entrevistados. Por outro lado, a deficiência de equipamentos e a incompetência técnica

dos profissionais, citadas por alguns entrevistados, determinaram o sentimento de preocupação quanto à qualidade do atendimento.

A complexidade desse fato relaciona-se à dificuldade de se antecipar e viabilizar uma comunicação que favoreça emoções positivas nas pessoas, em diferentes situações. Sabe-se, por exemplo, dos efeitos favoráveis e benéficos do uso do humor em tratamentos prolongados de pacientes em serviços de saúde. Contudo, o próprio Adams (1999), um dos pioneiros na utilização dessa terapêutica, questionou em que circunstâncias o humor deveria ser utilizado, uma vez que alguns pacientes poderiam entendê-lo como inapropriado, reagindo de forma negativa. O próprio fato de atender o cliente com um sorriso, vastamente divulgado e defendido por pesquisadores de marketing, tem sido questionado. Alguns autores sustentam que o sorriso só deve ocorrer de forma autêntica e espontânea, e não como um roteiro de serviço.

No caso específico do hospital, a comunicação dos profissionais, de uma forma geral, parece estar sendo favorável a impressões positivas do serviço. Contudo, o investimento em recursos físicos parece ser um fator que terá grande peso para a avaliação global de qualidade da sua clientela.

As emoções, por sua vez, pareceram guardar relação direta com a qualidade percebida e com a satisfação em relação ao serviço de saúde. As emoções positivas pareceram conduzir à qualidade percebida e à satisfação, enquanto as emoções negativas pareceram desfavorecê-las, prejudicando o comprometimento dos entrevistados para com o serviço.

Isso porque, em geral, serviços de qualidade para os clientes envolvem uma atmosfera de emoções positivas, tais como alegria, esperança, prazer, amizade. Por outro lado, nos serviços avaliados como de baixa qualidade, percebe-se a predominância de emoções negativas, tais como raiva, tristeza, desprazer, angústia e ansiedade.

Muitos entrevistados mencionaram terem tido uma surpresa positiva com o atendimento do hospital, o que levou à qualidade percebida e à satisfação com o atendimento. Tal fato tornou-se relevante não somente pela frequência em que ocorreu, como também pelo fato de ter-se relacionado a uma forte propaganda boca a boca desfavorável em relação à imagem do hospital, superada durante a experiência de consumo do serviço. Não foi raro haver relatos de pacientes referindo que o hospital “não era nada daquilo que falavam”, apontando para uma impressão positiva, divergente da expectativa inicial do atendimento.

Em relação à qualidade percebida, foi interessante ressaltar que duas dimensões distintas foram tomadas em consideração: a dimensão técnica e a interpessoal (DONABEDIAN, 1980). Como critério para avaliar a dimensão técnica, os entrevistados

utilizaram a “melhora” dos pacientes, diante do tratamento estabelecido. Como critério para avaliar a qualidade interpessoal, os entrevistados pontuaram itens relacionados nessa pesquisa como fatores de comunicação interpessoal: educação, atenção, simpatia, entre outros.

Sabe-se que a qualidade percebida influencia positivamente na confiança e na satisfação do cliente em relação ao prestador (PRADO, 2006). Assim, em um contexto de entrega de serviços, em que o risco percebido é alto, e, conseqüentemente, a carga emocional envolvida é alta, como no setor saúde, nota-se que a qualidade percebida pelo cliente em relação ao prestador é fundamental para o estabelecimento da relação de confiança e satisfação entre eles.

Um ponto que mereceu destaque foi o fato de muitos entrevistados terem associado a qualidade do atendimento a um atributo essencialmente médico. Isso pôde ser notado quando se questionou sobre a qualidade do atendimento, e a maioria dos entrevistados referiu-se à qualidade da assistência médica. Por outro lado, poucos entrevistados relacionaram a qualidade do serviço ao atendimento prestado por outras equipes, ainda que já houvesse a elas atribuído predicativos tais como “carinhosas” e “atenciosas”. Assim, a qualidade percebida do atendimento refletiu-se, basicamente, na avaliação da qualidade do atendimento médico.

O referencial teórico utilizado permitiu afirmar que a confiança é mediadora da satisfação e do comprometimento do cliente com os serviços de saúde, respectivamente. Uma vez que a qualidade dos serviços de saúde é dificilmente avaliada pelo cliente, a confiança no prestador ganha relevância para a satisfação e para o comprometimento com esse serviço. Dessa forma, diferentemente do que ocorre em trocas transacionais, a confiança passa a ser antecedente da satisfação e do comprometimento dos clientes (GARBARINO; JOHNSON, 1999), e não conseqüente. Isso porque confiar no prestador é vital para obter a certeza de que o serviço prestado (tecnicamente difícil de ser avaliado) foi o melhor possível, valendo o custo da manutenção do relacionamento, condições essas indispensáveis para que haja satisfação e comprometimento com o serviço.

Percebe-se, pois, que, no contexto de serviços de saúde, os aspectos latentes que envolvem a prestação, como a carga emocional elevada e alto risco percebido, são decisivos para fazerem da confiança o fator crucial para a manutenção do relacionamento entre prestador e cliente .

Posto que o relacionamento duradouro entre a empresa e o cliente requer a presença da confiança (BERRY; PARASURAMAN, 1991) e entendendo que esse relacionamento duradouro só existe na presença da satisfação e do comprometimento com o



serviço, tem-se que confiança é um construto mediador desses últimos. Tomando ainda como referência as observações de Morgan e Hunt (1994) de que o sucesso dos relacionamentos está diretamente ligado à confiança, tem-se, novamente, que a confiança é mediadora da satisfação e do comprometimento.

Os achados da pesquisa corroboraram essas proposições. De modo semelhante ao que ocorreu com a qualidade, a confiança percebida pelos entrevistados no serviço foi reflexo da confiança dos entrevistados na equipe médica. Significa dizer que a maioria dos entrevistados demonstrou confiança no serviço porque sentiu confiança no médico. Logo, o atendimento médico impactou diretamente na satisfação e, conseqüentemente, no comprometimento. As respostas dos entrevistados deixam clara essa relação quando eles afirmam que retornariam ao serviço porque foram “bem atendidos” ou porque “confiam no médico”.

Embora Oliver (1999) aponte que a satisfação não garante que o consumidor será leal à empresa ou à marca, ele expõe que a satisfação é um passo necessário para a formação da lealdade. Convém ressaltar que, nesse estudo, tomando por referência os achados de Vieira e Slongo (2008b), considera-se que comprometimento e lealdade são construtos convergentes. Logo, a satisfação é um construto que influenciou diretamente no comprometimento.

Ainda em relação ao comprometimento, outro fator mostrou-se crucial: a infraestrutura. Novamente, a infraestrutura deficitária, mencionada pelos entrevistados, foi a responsável pela intenção de não retornar de alguns entrevistados. Isso porque esses entrevistados demonstraram-se inseguros em relação à qualidade do atendimento prestado, em função da deficiência de infraestrutura adequada para a assistência.

Finalmente, os resultados da pesquisa demonstraram que os construtos risco percebido, comunicação, emoções, qualidade percebida, confiança, satisfação e comprometimento se relacionam, no contexto dos serviços de saúde. Possivelmente essa forte inter-relação entre os construtos se deva ao fato de se tratar de um serviço altamente complexo e com diversas particularidades.

O contexto da prestação de serviços de saúde, conforme já discutido, envolve uma atmosfera tensa, com alta carga emocional, associada a um alto risco percebido, em que avaliações cognitivas passariam a ser secundárias diante de respostas emocionais, sejam elas positivas ou negativas, que trazem uma resposta muito mais imediata, de manutenção ou afastamento do relacionamento.

Em um contexto de prestação de serviço em que o contato entre profissionais de saúde e pacientes/família é íntimo e prolongado, a carga emocional e o risco percebido são

altos, a comunicação e a confiança tornam-se fatores decisivos para a satisfação e o comprometimento com os serviços de saúde.

Em outras palavras, o alto risco percebido na prestação de serviços de saúde exige que a comunicação entre profissionais e pacientes/familiares e a confiança entre as partes sejam suficientes para causar emoções positivas, que conduzam à satisfação e ao comprometimento com esse serviço.

Todavia, nota-se que os profissionais de saúde, de um modo geral, não estão preparados para essa tarefa, pois são formados para desenvolverem habilidades essencialmente técnicas.

Se fosse observada a evolução dos serviços de saúde ao longo do tempo, poder-se-ia notar que, junto com a profissionalização da gestão, com o aperfeiçoamento dos profissionais para prestação do serviço e com o conseqüente aumento da autonomia do paciente como “cliente”, presenciou-se a comercialização do cuidado e o enfraquecimento da relação de confiança mútua entre médicos e pacientes.

Nos dias atuais, em que os atendimentos têm resultado, cada vez mais, em processos éticos, civis e criminais contra profissionais e instituições de saúde, percebe-se um movimento lento e progressivo que retoma o atendimento um a um, em que o “cliente” retorna à condição de “paciente”, para ser tratado com a deferência e a individualidade que a prestação do serviço requer.

Nesse movimento, a comunicação e a confiança passam a se tornar os pilares de sustentação para impressões positivas que possibilitem relações duradouras e deem sustentabilidade à prestação dos serviços de saúde.

Esse movimento deve ser inserido na agenda de todos os profissionais de saúde, dos gestores da área e também dos pesquisadores de marketing. Com o presente trabalho, espera-se ter contribuído nesse sentido.

Este estudo teve como limitações o curto tempo para a coleta de dados e, portanto, a impossibilidade de aprofundar os questionamentos para entender como a relação entre os construtos se estabelece. Nesse sentido, uma pesquisa quantitativa seria útil para avaliar o peso dessas relações e para definir os construtos mais relevantes ou impactantes para a satisfação e o comprometimento com os serviços de saúde.

Espera-se que os resultados desta pesquisa também possam suscitar *insights* para pesquisas futuras na área de saúde, que tratem da satisfação e do comprometimento, bem como dos seus determinantes, sob a ótica dos pacientes.

## REFERÊNCIAS

ABREU, F. A.; TEIXEIRA, D. J. Resposta emocional do paciente ao ambiente de espera em um hospital na cidade de Belo Horizonte. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 31., 2007, Rio de Janeiro. **Anais eletrônicos 2007...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2007.

ADAMS, Patch. **Patch Adams: o amor é contagioso.** Rio de Janeiro: Sextante, 1999.

ALMEIDA, A. R. D.; MAZZON, J. A.; BOTELHO, D. Esperança: o estado-da-arte e a construção de um modelo teórico no campo do comportamento do consumidor. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 31., 2007, Rio de Janeiro. **Anais eletrônicos 2007...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2007.

AMERICAN MARKETING ASSOCIATION, 2004. Disponível em:  
<[http://www.marketingpower.com/\\_layouts/Dictionary.aspx?dLetter=M](http://www.marketingpower.com/_layouts/Dictionary.aspx?dLetter=M)> Acesso em: 23 maio 2011.

ANDERSON, E. W. Customer satisfaction and word-of-mouth. **NQRC (National Quality Research Center)**, The University of Michigan, [Ann Arbor], v.23, July, 1998.

ANDERSON, E. W.; FORNELL, C. A customer satisfaction research prospectus. In: RUST, R. T.; OLIVER, R. L. (Eds.). **Service quality: new directions in theory and practice.** Thousand Oaks: Sage Publications, 1994. p.241-268.

ANDERSON, E. W.; FORNELL, C.; LEHMANN, D. R. Customer satisfaction, market share and profitability: findings from Sweden. **Journal of Marketing**, [S.l], v.58, n.3, p.53-66, 1994.

ANDERSON, E. W.; FORNELL, C.; LEHMANN, D. R. **Perceived quality, customer satisfaction, market share and profitability.** The University of Michigan: National Quality Research Center, 1992.

ANDERSON, J. C.; NARUS, J. A. A model of distributor firm and manufacturer firm working partnerships. **Journal of Marketing**, [S.l], v.54, p.42-58, Jan. 1990.

ANDERSON, E.; WEITZ, B. The use of pledges to build and sustain commitment in distribution channels. **Journal of Marketing**, [S.l], v.23, p.18-34, Feb. 1992.

ARRUDA, M. C. C.; ARRUDA, M. L. Satisfação do cliente das companhias aéreas brasileiras. **RAE**, São Paulo, v.38, n.3, p.25-33, jul./set.1998.

BABIN, B. J.; ATTAWAY, J. S. Atmospheric affect as a tool for creating value and gaining share of customer. **Journal of Business Research**, [S.l.], v.49, p.91-99, 2000.

BABIN, B. J.; DARDEN, W. R.; BABIN, L. A. Negative emotions in marketing research: affect or artifact? **Journal of Business Research**, [S.l.], v.42, p.271-285, 1998.

BAKER, J.; LEVY, M.; GREWAL, D. An experimental approach to making retail store environment decisions. **Journal of Retailing**, [S.l.], v.68, n.4, p.445-460, 1992.

BAKER, T. L.; SIMPSON, P. M.; SIGUAW, J. A. The impact of suppliers' perceptions of reseller market orientation on key relationship constructs. **Journal of the Academy of Marketing Science**, [S.l.], v.27, n.1, p.50-57, 1999.

BALAKRISHNAN, R. N. Patient, client or customer? **The Medical Journal of Australia**, Sydney, v.169, n.593, 1998. Disponível em:  
< <https://www.mja.com.au/public/issues/xmas98/nair/nair.html> >. Acesso em: 23 maio 2011.

BARBER, B. **The logic and limits of trust**. New Brunswick-NJ: Rutgers University Press, 1983.

BARBOSA, M. L. A. *et. al.* Vai uma ostra aí?: percepção de risco no consumo de alimentos de praia. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 32., 2008, Rio de Janeiro. **Anais eletrônicos 2008...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2008.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARGER, P. B.; GRANDEY, A. A. Service with a smile and encounter satisfaction: emotional contagion and appraisal mechanisms. **Academy of Management Journal**, [S.l.], v.49, n.6, p.1.229-1.238, 2006.

BAUER, R. A. Consumer behavior as risk taking. In: HANCOCK, R. S. (Ed.). **Dynamic marketing for a changing world**. Proceedings of the 43rd Conference of the American Marketing Association. Chicago: A.M.A., 1960. p.389-398.

BERRY, L.; PARASURAMAN, A. **Marketing services**. New York: The Free Press, 1991.

BERRY, L. L.; PARASURAMAN, A. **Serviços de marketing: competindo através da qualidade**. São Paulo: Maltese-Norma, 1992.

BETTMAN, James R. Perceived risk and its components: a model and empirical test. **Journal of Marketing Research**, [S.l.], v.10, p.184-190, may 1973.

BIGNE, Enrique; BLESA, Andreu. Market orientation, trust and satisfaction in dyadic relationships: a manufacturer-retailer analysis. **International Journal of Retail and Distribution Management**, [S.l.], v.31, n.11, p.574-590, 2003.

BITNER, M. J. Building service relationships: it's all about promises. **Journal of the Academy of Marketing Science**, [S.l.], v.23, n.4, p.246-253, Fall 1995.

BITNER, Mary Jo. Servicescapes: the impact of physical surroundings on customer and employees. **Journal of Marketing**, [S.l.], v.56, n.2, p.57-71, apr. 1992.

BITNER, M. J. Evaluating service encounters: the effects of physical surroundings and employee responses. **Journal of Marketing**, [S.l.], v.54, n.2, p.69-83, Apr. 1990.

BITNER, M. J.; BOOMS, B. H.; TETREAULT, M. The service encounter: diagnosing favorable and unfavorable incidents. **Journal of Marketing**, [S.l.], v.54, p.71-84, jan. 1990.

BOULDING, W. *et al.* A dynamic process model of service quality: from expectations to behavioral intentions. **Journal of Marketing Research**, [S.l.], v.30, n.1, p.7-27, 1993.

BRASIL. Lei n. 10741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 3 out. 2003.

BRENER, Jaime. **O conhecimento e uso de instrumentos de marketing por médicos da cidade de Londrina-PR**. 2003. 161 f. Dissertação (Mestrado em Administração da Universidade de Londrina) – Universidade de Londrina, Londrina, 2003.

BROWN, T. J. *et al.* The customer orientation of service workers: personality trait effects on self and supervisor performance ratings. **Journal of Marketing Research**, [S.l.], v.39, n.1, p.110-119, 2002.

BURGOON, J. K. Relational message interpretations of touch, conversational distance and posture. **Journal of Nonverbal Behavior**, [S.l.], v.15, p.233-259, 1991.

CARDOZO, R. N. An experimental study of customer effort, expectation and satisfaction. **Journal of Marketing Research**, [S.l.], v.2, p.244-249, 1965.

CASTALDO, S. Trust variety: conceptual nature, dimensions and typologies. In: IMP CONFERENCE, 2003. Lugano, 2003.

CARÂP, Leonardo Justin. Marketing estratégico em Saúde. In: BARBOSA, Pedro Ribeiro (Org.). **Curso de especialização e autogestão em saúde**. Rio de Janeiro, 2001. v.2. Disponível em: <<http://www.uff.br/insau/gerir/MKT.doc>>. Acesso em: 6 jan. 2010.

CHOONG, P. Relationship marketing of health care plans: retaining corporate customers in a competitive environment. **Health Mark Quality**, [S.l.], v.17, n.4, p.37-50, 2000.

CHURCHILL, G. A. **Marketing research: methodological foundations**. Orlando: Dryden Press, 1999.

CLAYCOMB, C.; MARTIN, C. L. Building customer relationships: an inventory of service providers' objectives and practices. **Marketing Intelligence & Planning**, [S.l.], v.19, n.6-7, p.385-399, 2001.

COMUNICAÇÃO. In: SACCONI, L. A. **Minidicionário Sacconi da Língua Portuguesa**. 11.ed. São Paulo: Nova Geração, 2009. p.311.

CORRÊA, S. C. H.; PEREIRA, G. B.; ALMEIDA, V. M. C. Comportamentos e emoções durante falhas e recuperações de serviços: um estudo com clientes de bancos e operadoras de telefonia. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 31., 2007, Rio de Janeiro. **Anais eletrônicos 2007...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2007.

CROSBY, L. A.; EVANS, K. R.; COWLES, D. Relationship quality in services selling: an interpersonal influence perspective. **Journal of Marketing**, [S.l.], v.54, n.3, p.68, Jul. 1990.

CUMMINGS, L. L.; BROMILEY, P. Organizational responses to crisis: the centrality of trust. In: KRAMER, M.; TYLER, T. R. (Eds.) **Trust in organizations: frontiers of theory and research**. Thousand Oaks – California: Sage Publications, 1996. p.302-330.

CUNNINGHAM, S. M. **The major dimensions of perceived risk**. Boston: Harvard University Press, 1967.

DAY, G. S. Managing market relationships. **Journal of the Academy of Marketing Science**, [S.l.], v.28, n.1, p.24-30, Wint. 2000.

DAY, G. S. **The market driven organization: understanding, attracting, and keeping valuable customers.** New York: The Free Press, 1999.

DESHPANDÉ, R.; FARLEY, J. U.; WEBSTER JR., F. E. Corporate culture, customer orientation and innovativeness. **Journal of Marketing**, [S.l.], v.57, n.1, p.23-37, jan. 1993.

DIAS, Maria Antonia de Andrade. Marketing e hospitalidade no hospital. **Revista Tratados de Enfermagem**, São Paulo, UNIBAN, n.2, p.53-61, jul. 2005.

DONABEDIAN, A. **Explorations in quality assessment and monitoring.** The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.

DONABEDIAN, A. **Explorations in quality assessment and monitoring.** The methods and findings of quality assessment and monitoring: an illustrated analysis. Ann Arbor: Health Administration Press, 1985.

DONOVAN, R. J.; ROSSITER, J. R. Store atmosphere: an environmental psychology approach. **Journal of Retailing**, [S.l.], v.58, n.1, p.34-57, Sp. 1982.

DOWLING, G. R.; STAELIN, R. A model of perceived risk and intended risk-handling activity. **Journal of Consumer Research**, [S.l.], v.21, p.119-134, June, 1994.

DWYER, R.; SCHURR, P.; OH, S. Developing buyer-seller relationships and networks. **Journal of Marketing**, [S.l.], v.29, n.1, p.11-27, 1987.

DURÃO, A. F.; MENDONÇA, J. R. C.; BARBOSA, M. L. A. Encontros de serviços de hospitalidade: o gerenciamento de impressões de funcionários de linha de frente e a satisfação do hóspede em foco. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 30., 2006, Salvador. **Anais eletrônicos 2006...** Salvador: ANPAD, 2006.

EBERLE, L.; MILAN, G. S.; LAZZARI, F. Identificação das dimensões da qualidade em serviços: um estudo aplicado em uma instituição de ensino superior. **RAE eletrônica**, São Paulo, v.9, n.2, Art. 7, jul/dez. 2010.

EIZIRIK, M. F. Por que fazer pesquisa qualitativa? **Revista Brasileira de Psicoterapia**, Porto Alegre, v.5, n.1, p.19-32, jan/abr, 2003.

ENGEL, J. F.; BLACKWELL, R. D.; MINIARD, P. W. **Comportamento do consumidor**. Rio de Janeiro: LTC, 2000.

FARIAS, S. A.; SANTOS, R. C. Modelagem de equações estruturais e satisfação do consumidor: uma investigação teórica e prática. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v.4, n.3, p.107-132, set/dez. 2000.

FERNANDES, D. V. D. H.; SANTOS, C. P. Múltiplas respostas no comportamento de insatisfação: a reclamação substitui ou complementa a comunicação boca-a-boca negativa? In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 30., 2006, Salvador. **Anais eletrônicos 2006...** Salvador: ANPAD, 2006.

FISK, R. P.; GROVE, S. J. Applications of impression management and the drama metaphor in marketing: an introduction. **European Journal of Marketing**, [S.l.], v.30, n.9, p. 6-12, 1996.

FONSECA, M. J.; TREZ, G.; ESPARTEL, L. B. O impacto das falhas e recuperação dos serviços na satisfação, lealdade e confiança. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 29., 2005, Florianópolis. **Anais eletrônicos 2005...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2005.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.1, p.17-27, jan. 2008.

FORD, R. C.; FOTTLER, M. D. Creating customer-focused health care organizations. **Health Care Management Review**, Gaithersburg, v.25, n.4, p.18-33, Fall 2000.

FORNELL, C. Productivity, quality and customer satisfaction as strategic success indicators at firm and national level. **Advances in Strategic Management**, [S.l.], v.11, p.217-229, 1995.

FORNELL, C. *et al.* The American Customer Satisfaction Index: nature, purpose and findings. **Journal of Marketing**, [S.l.], v.60, n.4, p.7-12, out. 1996.

FREDERICO, E.; ROBIC, A. R. Determinantes da continuidade do relacionamento entre varejistas de moda e seus fornecedores: uma comparação entre a utilização de modelos estruturais e análise multivariada convencional. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 29., 2005, Florianópolis. **Anais eletrônicos 2005...** Florianópolis: ANPAD, 2005.



FREITAS, A. A. F.; MAZZA, A. C. A.; MOTA, M. O. Provedores de serviços e consumidores: a lealdade na perspectiva da teoria do afeto. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 31., 2007, Rio de Janeiro. **Anais eletrônicos 2007...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2007. p.

GARBARINO, E.; JOHNSON, M. S. The different roles of satisfaction, trust and commitment in customer relationships. **Journal of Marketing**, [S.l.], v.63, n.2, p.70-87, Ap. 1999.

GARDNER, W. L.; MARTINKO, M. J. Impression management in organization. **Journal of Management**, [S.l.], v.14, p.311-338, 1988.

GARVIN, D. A. Afterword: reflections on the future. In: BERWICK, D. M.; GODFREY, A. B.; ROESSNER, J. **Curing health care — new strategies for quality improvement: a report on the National Demonstration Project on Quality Improvement in Health Care**. San Francisco: Jossey-Bass, 1990. p.159-165.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas; 2002.

GOFF, B. G. *et al.* The influence of salesperson selling behaviors on customer satisfaction with products. **Journal of Retailing**, [S.l.], v.73, n.2, p.171-183, 1997.

GONÇALVES, C. A. ; MEIRELLES, A. M. . **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2004. v. 1. 199 p.

GORDON, I. **Marketing de relacionamento: estratégias, técnicas e tecnologias para conquistar clientes e mantê-los para sempre**. São Paulo: Futura, 1998.

GREENEICH, D. The link between new and return business and quality of care: patient satisfaction. **Advances in Nursing Science**, [S.l.], v.16, n.1, p.62-72, 1993.

GRÖNROOS, Christian. A service quality model and its marketing implications. **European Journal of Marketing**, [S.l.], v.18, n.4, p.36-44, 1984.

HENNING-THURAU, T. *et al.* Are all smiles created equal? How emotional contagion and emotional labor affect service relationships. **Journal of Marketing**, [S.l.], v.70, p.58-73, July 2006.

HENNIG-THURAU, T.; LANGER, M. F.; HANSEN, U. Modeling and managing student loyalty: an approach based on the concept of relationship quality. **Journal of Service Research**, [S.l.], v.3, n.4, p.331-344, 2001.

HERNANDEZ, J. M. C. **Elaboração de um modelo de compra na internet: o papel da confiança do consumidor no varejista eletrônico em diferentes situações de risco percebido**. 2003. 186f. Tese (Doutorado em Administração) – Fundação Getúlio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo, 2003.

HERNANDEZ, J. M. C.; SANTOS, C. S. Proposta para um modelo de mensuração de confiança entre canais de marketing. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 31., 2007, Rio de Janeiro. **Anais eletrônicos 2007...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2007.

JOHNSON, M. D.; FORNELL, C. A framework for comparing customer satisfaction across individuals and product categories. **Journal of Economic Psychology**, [S.l.], v.12, n.2, p.267-86, 1991.

JOHNSON, D.; GRAYSON, K. Cognitive and affective trust in service relationships. **Journal of Business Research**, [S.l.], v.58, n.4, p.500-507, 2005.

JOHNSON, D. S., GRAYSON, K. Sources and dimensions of trust in service relationships. In: IACOBUCCI, D.; SWARTZ, T. (Eds.) **Handbook of Services Marketing and Management**. Thousand Oaks-CA: Sage, 2000. p.357-370.

KOTLER, P.; KELLER, K. L. **Administração de marketing**. Tradução de Mônica Rosenberg, Cláudia Freire e Brasil Ramos Fernandes. 12. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2006.

KOTLER, P.; SHALOWITZ, J.; STEVENS, R. J. **Marketing estratégico para a área de saúde: a construção de um sistema de saúde voltado para o cliente**. Tradução de Sônia Augusto. Porto Alegre: Bookman, 2010.

KOVACS, M. H.; FARIAS, S. A.; ESPÍRITO SANTO, T. M. V. Separando o joio do trigo... Os riscos inerentes e manipulados do e-commerce. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 31., 2007, Rio de Janeiro. **Anais eletrônicos 2007...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2007.

LARSEN, K. M.; SMITH, C. K. Assessment of nonverbal communication in the patient-physician interview. **Journal of Family Practice**, [S.l.], v.12, p.481-488, 1981.

LAWLER, E. J. An affect theory of social exchange. **American Journal of Sociology**, [S.l], v.107, n.2, p.321-352, 2001.

LEWIS, J. D.; WEIGERT, A.J. Social atomism, holism and trust. **The Sociological Quarterly**, [S.l], n. 26, p. 455-471 1985.

LOBATO, Alessandra. **A avaliação da aplicabilidade da escala Consumption Emotions Set para a mensuração das emoções em experiências de consumo na cidade de Porto Alegre**. 2002. 173f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul -UFRGS, Porto Alegre, 2002.

LOCKE, Karen. A funny thing happened! The management of consumer emotions in service encounters. **Organization Science**, Hanover, v.7, n.1, p.40-59, jan.1996.

LOURES, Carlos A. da Silva. **Um estudo sobre o uso da Evidência Física para gerar percepção de qualidade em serviços: casos de hospitais brasileiros**. 2003. 219 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

LOVELOCK, C. H. Classifying services to gain strategic marketing insights. **Journal of Marketing**, Birmingham, v.47, p.9-20, Summer, 1983.

LOVELOCK, C.; WRIGHT, L. **Serviços: marketing e gestão**. São Paulo: Saraiva, 2002.

LYTLE, R. S.; MOKWA, M. P. Evaluating health care quality: the moderating role of outcomes. **Journal of Health Care Marketing**, Boone, v.12, n.1, p.4-14, mar. 1992.

MAGALHÃES, M. R. A. *et al.* Marketing de relacionamento de serviços médicos privados. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 33., 2009, São Paulo. **Anais eletrônicos 2009...** São Paulo: ANPAD, 2009.

MALINOWSKI, Bronislaw. **Argonauts of the western Pacific: an account of native enterprise and adventure in the archipelagoes of Melanesian**. Illinois: Waveland Press, 1922.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. Tradução de Laura Bocco. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MATOS, C. A.; HENRIQUE, J. L. Balanço do conhecimento em marketing: uma meta-análise dos resultados empíricos dos antecedentes e conseqüentes da satisfação e lealdade. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 30., 2006, Salvador. **Anais eletrônicos 2006...** Salvador: ANPAD, 2006.

MAZZA, A. C. A.; FREITAS, A. A. F. As relações interpessoais em encontros de serviço: uma abordagem à luz da teoria das trocas sociais. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 31., 2007, Rio de Janeiro. **Anais eletrônicos 2007...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2007.

FREITAS, A. A. F; MAZZA, A.C.A; MOTA, M.O. Provedores de serviços e consumidores: a lealdade na perspectiva da teoria do afeto. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 31., 2007, Rio de Janeiro. **Anais eletrônicos 2007...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2007.

MCALLISTER, D. J. Affect and cognition-based trust as foundations for interpersonal cooperation in organizations. **The Academy of Management Journal**, [S.l.], v.38, n.1, p.24-59, feb. 1995.

MCKNIGHT, H.; KACMAR, C.; CHOUDHURY, V. Developing and validating trust measures for e-commerce: an integrative typology. **Information Systems Research**, [S.l.], v.13, n.3, p.334-59, 2002.

MEHRABIAN, A.; WILLIAMS, M. Nonverbal concomitants of perceived and intended persuasiveness. **Journal of Personality and Social Psychology**, Washington, v.13, n.1, p.37-58, 1969.

MILAN, G. S.; TREZ, G. Pesquisa de satisfação: um modelo para planos de saúde. **RAE eletrônica**, São Paulo, v.4, n.2, Art. 17, jul/dez. 2005.

MORAES, R. Uma tempestade de luz: a compreensão possibilitada pela análise textual discursiva. **Ciência & Educação**, Bauru, v.9, n.2, p.191-211, 2003.

MORGAN, R. M.; HUNT, S. D. The commitment-trust theory of relationship marketing. **Journal of Marketing**, [S.l.], v.58, p.20-38, July 1994.

MOORMAN, C.; ZALTMAN, G.; DESHPANDE, R. Relationships between providers and users of market research: the dynamics of trust within and between organizations. **Journal of Marketing Research**, [S.l.], v.29, p.314-328, 1992.

MOURA, Gisela Maria Schebella Souto de. Enfermagem e marketing. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.24, n.2, p.147-160, ago. 2003.

NWANKWO, Sonny. Developing a customer orientation. **Journal of Consumer Marketing**, [S.l.], v.12, n.5, p. 5-15, 1995.

OLIVER, R. L.A. **Satisfaction: a behavioral perspective on the consumer**. 2.ed. New York: Irwin/McGraw-Hill, 2009.

OLIVER, R. L. A. A conceptual model of service quality and service satisfaction: compatible goals, different concepts. **Advances in Services Marketing and Management**, [S.l.], v.2, p.65-85, 1993a.

OLIVER, R. L.A. Cognitive, affective and attribute bases of the satisfaction response. **Journal of Consumer Research**, [S.l.], v.20, n.3, p. 418-430, 1993b.

OLIVER, R. L. A. Whence consumer loyalty? **Journal of Marketing**, [S.l.], v.63, Special Issue, p.33-44, 1999.

OLIVER, R. L. A. A customer satisfaction with service. In: IACOBUCCI, D.; SWARTZ, T. A. (Eds.) **Handbook of Services Marketing and Management**. Thousand Oaks: Sage Publications, 2000. p.247-254.

PALMER, M. T.; SIMMONS, K. B. Communicating intentions through nonverbal behaviors. **Human Communication Research**, [S.l.], v.22, p.128-160, sep. 1995.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. **Journal of Marketing**, [S.l.], v.49, n.4, p.41, sep. 1985.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. Servqual: a multipleitem scale for measuring consumer perception. **Journal of Retailing**, [S.l.], v.64, n.1, p.12, Spring 1988.

PARKINSON, B. **Ideas and realities of emotion**. London: Routledge, 1995.

PAUL, T. Relationship marketing for health care providers. **Journal of Health Care Marketing**, [S.l.], v.8, n.3, p.20-25, 1998.

PERIN, M. G.; SAMPAIO, C. H.; FROEMMING, L. M. S.; LUCE, F. B. Pesquisa survey em artigos de marketing nos ENANPADs da década de 90. **Revista Interdisciplinar de Marketing (RIMAR)**, [S.l.], v.1, n.1, p.44-59, jan/abr. 2002.

PORTER, M.; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde**: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman, 2007.

PRADO, P. H. M. Programas de fidelidade, satisfação, qualidade no relacionamento e lealdade entre clientes e supermercados. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 30., 2006, Salvador. **Anais eletrônicos 2006...** Salvador: ANPAD, 2006.

PRADO, P. H. M.; SANTOS, R. C. Comprometimento e lealdade: dois conceitos ou duas dimensões de um único conceito? In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 27., 2003, Atibaia. **Anais eletrônicos 2003...** Atibaia: ANPAD, 2003.

PRICE, L.; ARNOULD, E. Commercial friendships: service provider-client relationships in context. **Journal of Marketing**, [S.l.], v.63, p.38-56, Oct. 1999.

PRICE, L. L.; ARNOULD, E. J.; DEIBLER, S. L. Consumer's emotional responses to service encounters: the influence of service provider. **International Journal of Service Industry**, [S.l.], v.6, n.3, p.34-63, 1995.

PRICE, L. L.; ARNOUL, E.; TIERNEY, P. Atingindo extremos: gerenciando encontros de serviços e avaliando o desempenho do prestador. In: BATESON, J. E. G.; HOFMAN, K. D. **Marketing de serviços**. Porto Alegre: Bookman, 2001. p. 273-290.

PRITCHARD, M.; HAVITZ, M.; HOWARD, D. Analyzing the commitment-loyalty link in service context. **Journal of the Academy of Marketing Science**, [S.l.], v.27, p.333-348, 1999.

REICHHELD, F. F. **A estratégia da lealdade**. Rio de Janeiro: Campus, 1996.

REICHHELD, F. F. Loyalty-based management. **Harvard Business Review**, [Cambridge], v.71, n.2, p.64-73, mar./ap., 1993.

REYNIERSE, J. H.; HARKER, J. B. Employee and customer preceptions of service in banks: teller and customer service representative ratings. **Human Resource Planning**, [S.l.], v.15, n.4, p.31-46, 1992.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

RICHINS, M. L. Measuring emotions in the consumption experience. **Journal of Consumer Research**, [S.l.], v.24, p.127-146, sep. 1997.

RODRIGUES, A. C. M. Uma escala de mensuração da zona de tolerância de consumidores de serviços. **Revista de Administração Contemporânea**, UFPR, Curitiba, v.5, n.2, p.113-134, maio/ago. 2001.

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

ROSS, Ivan. Perceived risk and consumer behavior: a critical review. **Advances in Consumer Research**, [S.l.], v.2, p.1-20, 1975.

ROSSI, C. A. V. *et al.* Solução clássica para um problema contemporâneo: a relevância da satisfação de clientes para segmentar mercados na telefonia brasileira pós-privatizações. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 28., 2004, Curitiba. **Anais eletrônicos 2004...** Curitiba: ANPAD, 2004.

ROSSI, C. A. V.; SLONGO, L. A. Pesquisa de satisfação de clientes: o estado da arte e proposição de um método brasileiro. **Revista de Administração Contemporânea**, Curitiba, v.2, n.1, p.101-125, 1998.

ROTTER, J. B. A new scale for the measurement of interpersonal trust. **Journal of Personality**, [S.l.], v.35, p.651-665, 1967.

ROUSSEAU, F. *et al.* Not so different after all: a cross-discipline view of trust. **The Academy of Management Review**, [S.l.], v.23, p.393-404, 1998.

RUYTER, K.; WETZELS, M.; BIRGELEN, M. V. How do customers react to critical service encounters?: a cross-sectional perspective. **Total Quality Management**, [S.l.], v.10, n.8, p.1.131-1.145, 1999.

SACCONI, L.A. **Minidicionário Sacconi da língua portuguesa**. 11 ed. São Paulo: Nova Geração, 2009.

SANTOS, C. P.; FERNANDES, D. V. H. A recuperação de serviços como ferramenta de relacionamento e seu impacto na confiança e lealdade dos clientes. **RAE**, São Paulo, v.48, n.1, p.10-24, jan/mar. 2008.

SANTOS, C. P.; ROSSI, C. A. V. Os antecedentes da confiança do consumidor em episódios envolvendo reclamações sobre os serviços. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 26., 2002, Salvador. **Anais eletrônicos 2002...** Salvador: ANPAD, 2002.

SASSER JR., W. E.; JONES, T. O. Why satisfied customers defect. **Harvard Business Review**, [Cambridge], v.12, n.6, p.88-89, 1995.

SHEPPARD, B. H.; SHERMAN, D. M. The grammars of trust: a model and general implications. **Academy of Management Review**, [S.l.], v.23, n.3, p.422-437, 1998.

SCHIFFMAN, L. G.; KANUK, L. L. **Comportamento do consumidor**. Tradução de Vicente Abrósio. 6.ed. Rio de Janeiro: LTC, 1997.

SCHLENKER, B. R. **Impression management: the self-concept, social identity and interpersonal relations**. Monterey: Brooks/Cole Publishing, 1980.

SHENOLIKAR, R. A.; BALKRISHNAN, R.; HALL, M. A. How patient-physician encounters in critical medical situations affect trust: results of a national survey. **BMC Health Services Research**, [Washington] v.4, n.24, sep. 2004. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/4/24>>. Acesso em: 6 set. 2010.

SIEHL, C.; BOWEN, D. E.; PEARSON, C. M. Service encounters as rite of integration: an information processing model. **Organization Science**, [S.l.], v.3, p.537-555, nov. 1992.

SILVA, S. H. **Controle da qualidade assistencial de enfermagem: implementação de um modelo**. 1994. 192f. Tese (Doutorado em Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1994.

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



SIRDESHMUKH, D.; SINGH, S.; SABOL, B. Consumer trust, value and loyalty in relational exchanges. **Journal of Marketing**, [S.l.], v.66, n.1, p.15-38, 2002.

SITKIN, S. B.; PABLO, A. L. Reconceptualizing the determinants of risk behavior. **Academy of Management Review**, [S.l.], v.17, n.1, p.9-38, 1992.

SOLOMON, M. R. *et al.* A role theory perspective of dyadic interactions: the service encounter. **Journal of Marketing**, [S.l.], v.49, n.1, p.99-111, Wint. 1985.

SOLOMON, M. R. **O comportamento do consumidor**. São Paulo: Bookman, 2002.

SUNDARAM, D. S.; WEBSTER, C. The role of nonverbal communication in service encounters. **Journal of Services Marketing**, [S.l.], v.14, n.5, p.378-391, 2000.

TAHKA, V. **O relacionamento médico-paciente**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.

TEDESCHI, J.; MELBURG, U. Impression management and influence in the organization. In: BACHARACH, S.; LAWLER, E. J. (Eds.). **Research in the sociology of organization**. Greenwich: JAI Press, 1984. v.3, p.31-38.

TERRES, M. S.; SANTOS, C. P. S.; GONÇALVES, M. A. Exame da confiança interpessoal baseada no afeto. In: ENCONTRO DE MARKETING DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 4., 2010, Florianópolis. **Anais eletrônicos 2010...** Florianópolis: ANPAD, 2010.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TUMBAT, G. Customer emotion management and symmetrical emotional exchange in (extended) service encounters. **Advances in Consumer Research**, Duluth, v.35, p.516-521, 2008.

UGALDE, M. M. **O papel das emoções no processo decisório de compra de imóveis por consumidores da terceira idade**. 2006. 169f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia, PUCRS, Rio Grande do Sul, 2006.

VAVRA, T. G.; PRUDEN, D. R. Using aftermarketing to maintain a customer base. **Discount Merchandiser**, [S.l.], v.35, n.5, p.86-88, 1995.

VERGARA, S. C. Análise de conteúdo. In: VERGARA, S. C. **Métodos de pesquisa em administração**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2010. p.7-17.

VIEIRA, V. A. Mensuração da qualidade de serviço no varejo eletrônico e seu impacto sobre as intenções comportamentais. **RAE**, São Paulo, v.50, n.2, p.199-214, abr./jun. 2010.

VIEIRA, V. A.; BAPTISTA, P. P. Uma proposta de um instrumento para mensurar comprometimento no varejo eletrônico. In: DE ANGELO, C. F.; SILVEIRA, J. A. G.(Orgs.). **Varejo competitivo**. 12.ed. São Paulo: Saint Paul, 2007. v.12, p.58-83.

VIEIRA, V. A.; SLONGO, L. A. Um modelo dos antecedentes da lealdade no varejo eletrônico. **RAC**, Curitiba, Ed. Especial, p.65-87, 2008a.

VIEIRA, V. A.; SLONGO, L. A. Comprometimento e lealdade: dois conceitos ou duas dimensões de um único conceito? Uma resposta a Prado e Santos (2003). **RAC**, Curitiba, v.12, n.4, p.995-1018, out./dez, 2008b.

WAGNER, H. C. *et al.* Relationship marketing in health care. **Journal of Health Care Marketing**. [S.l.], v.14, n.4, p.42-47, 1994.

ZEITHAML, V. A Consumer perceptions of price, quality and value: a means-end model and synthesis of evidence. **Journal of Marketing**, [S.l.], v.52, n.3, p.2-23, jul. 1988.

ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L.; PARASURAMAN, A. Communication and control processes in the delivery of service quality. **Journal of Marketing**, [S.l.], v.52, n.2, p.35-48, 1988.

ZEITHAML, V. A.; BERRY, L.; PARASURAMAN, A. The behavioral consequences of service quality. **Journal of Marketing**, [S.l.], v.60, n.2, p.31-46, abr. 1996.

ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L.; PARASURAMAN, A. The nature and determinants of customer expectations of service. **Journal of the Academy of Marketing Science**, [S.l.], v.21, n.1, p.1-12, wint. 1993.

ZEITHAML, V. A.; BITNER, M. J. **Marketing de serviços: a empresa com foco no cliente**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

	<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>
---	---

Eu, Bárbara da Silva Mourthé Matoso, responsável pela pesquisa **“Atributos determinantes da satisfação e do comprometimento com os serviços de saúde: um estudo qualitativo”**, estou fazendo um convite para você participar como voluntário.

Esta pesquisa pretende identificar os fatores determinantes da satisfação e do comprometimento dos clientes com os serviços de saúde. Acredito que ela seja importante porque possibilitará às empresas de saúde conhecer estratégias para estabelecer vínculos mais fortes e relações mais duradouras com os seus clientes.

Sua participação será voluntária e consistirá em participar da entrevista, que será gravada, conforme a sua permissão. É possível que, durante sua participação, você se sinta desconfortável em relação à sua privacidade e ao anonimato das informações concedidas. Para tanto, é importante esclarecer que você tem garantido o direito de não aceitar participar ou de retirar sua permissão, a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação. Convém ressaltar, também, que as informações serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Durante todo o período da pesquisa, você tem o direito de tirar dúvidas ou pedir esclarecimentos, bastando entrar em contato comigo ou com o Conselho de Ética em Pesquisa da FUMEC, conforme contatos que se seguem.

Se você entendeu claramente as informações acima, concorda com os termos, acredita ter sido suficientemente informado sobre o projeto e, além disso, aceita participar de livre e espontânea vontade da presente pesquisa, preencha e assine o campo abaixo onde consta “voluntário” e coloque a data de hoje.

Belo Horizonte, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2011.

Nome do voluntário: \_\_\_\_\_

Assinatura do voluntário: \_\_\_\_\_

Nome da testemunha: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha: \_\_\_\_\_

Pesquisadora responsável: Bárbara da Silva Mourthé Matoso

R. Boa Ventura, n.50, B. Universitário, Belo Horizonte - MG, CEP: 31.270/020. Telefone:  
(31) 3497-4306; (31) 9116-5545

E-mail: [barbara.matoso@terra.com.br](mailto:barbara.matoso@terra.com.br) ou [barbara.matoso@unifenas.br](mailto:barbara.matoso@unifenas.br)

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FUMEC

Av. Afonso Pena, n.3880, 4º A, B. Cruzeiro, Belo Horizonte - MG

Telefone: (31) 3269-5263

E-mail: [cep@fumec.br](mailto:cep@fumec.br)

**APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PACIENTES**

Prezado (a),

O presente questionário tem por objetivo obter dados para uma pesquisa de mestrado sobre satisfação e comprometimento com os serviços de saúde. Sua opinião é de extrema relevância para o trabalho! Vale ressaltar que será mantido o anonimato e o sigilo das informações, sendo as mesmas utilizadas estritamente para fins acadêmicos. Por sua colaboração, antecipo meu agradecimento!

Há quanto tempo você está internado neste hospital? \_\_\_\_\_

**QUESTIONÁRIO**

1 – Você acredita que o atendimento neste hospital envolve algum risco ou lhe pode acarretar algum prejuízo? Explique. (Ex: perda de dinheiro ou de tempo, dano físico ou morte).

2 - Como você percebe o ambiente e as pessoas deste hospital, ou seja, como você descreveria o hospital e seus profissionais? (Ex: limpo, organizado, bonito, confortável, bem equipado, relaxante/estressante, educados, atenciosos, simpáticos, com boa aparência, seguros).

3 - Como você tem-se sentido em relação ao atendimento oferecido pelo hospital, ou seja, qual(ais) o(s) sentimento(s) que o atendimento no hospital tem(êm)-lhe proporcionado? (Ex: encantamento, entusiasmo, tranquilidade, surpresa, preocupação, depressão, constrangimento).

4 - O atendimento neste hospital corresponde às suas expectativas?

Sim? Por quê?

Não? Por quê?

5 - Você confia neste hospital e nos seus profissionais? Explique.

6 - De um modo geral, você está satisfeito com o atendimento deste hospital?

Sim? Por quê?

Não? Por quê?

7 - Caso você precise procurar, novamente, um hospital, você considerará retornar a este serviço?

Sim? Por quê?

Não? Por quê?

#### INFORMAÇÕES GERAIS

Nome: \_\_\_\_\_

Idade:

( ) 18 a 30 anos

( ) 31 a 59 anos

( ) 60 anos ou mais

Sexo: ( ) M ( ) F

Internação anterior: ( ) Sim ( ) Não

Tratamento atual: ( ) Cirúrgico ( ) Clínico ( ) Outro: \_\_\_\_\_

Escolaridade:

( ) Nenhuma

( ) Ensino Fundamental Incompleto

( ) Ensino Fundamental Completo

( ) Ensino Médio Incompleto

( ) Ensino Médio Completo

( ) Ensino Superior Incompleto

Ensino Superior Completo

Pós-graduação

Renda familiar:

Menos de 1 salário mínimo

Entre 1 e 5 salários mínimos

Acima de 5 e abaixo de 10 salários mínimos

Acima de 10 salários mínimos

## APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA ACOMPANHANTES

 UNIVERSIDADE <b>FUMEC/FACE</b>	<b>PESQUISA DE OPINIÃO</b>
---	----------------------------

Prezado (a),

O presente questionário tem por objetivo obter dados para uma pesquisa de mestrado sobre satisfação e comprometimento com os serviços de saúde. Sua opinião é de extrema relevância para o trabalho! Vale ressaltar que será mantido o anonimato e o sigilo das informações, sendo as mesmas utilizadas estritamente para fins acadêmicos. Por sua colaboração, antecipo meu agradecimento!

Há quanto tempo seu familiar está internado neste hospital? \_\_\_\_\_

### QUESTIONÁRIO

1 – Você acredita que o atendimento neste hospital envolve algum risco para seu familiar ou lhe pode acarretar algum prejuízo? Explique. (Ex: perda de dinheiro ou de tempo, dano físico ou morte).

2 - Como você percebe o ambiente e as pessoas deste hospital, ou seja, como você descreveria o hospital e seus profissionais? (Ex: limpo, organizado, bonito, confortável, bem equipado, relaxante/estressante, educados, atenciosos, simpáticos, com boa aparência, seguros).

3 - Como você tem-se sentido em relação ao atendimento oferecido ao seu familiar neste hospital, ou seja, qual(ais) o(s) sentimento(s) que o atendimento no hospital tem(êm)-lhe proporcionado? (Ex: encantamento, entusiasmo, tranquilidade, surpresa, preocupação, depressão, constrangimento).

4 - O atendimento oferecido ao seu familiar neste hospital corresponde às suas expectativas?  
Sim? Por quê?



Não? Por quê?

5 - Você confia neste hospital e nos seus profissionais? Explique.

6 - De um modo geral, você está satisfeito com o atendimento deste hospital?

Sim? Por quê?

Não? Por quê?

7 - Caso você ou algum familiar precise procurar, novamente, um hospital, você considerará retornar a este serviço?

Sim? Por quê?

Não? Por quê?

## INFORMAÇÕES GERAIS

Nome: \_\_\_\_\_

Idade:

18 a 30 anos

31 a 60 anos

Mais de 60 anos

Sexo:  M  F

Internação anterior:  Sim  Não

Tratamento atual:  Cirúrgico  Clínico  Outro: \_\_\_\_\_

Escolaridade:

Nenhuma

Ensino Fundamental Incompleto

Ensino Fundamental Completo

Ensino Médio Incompleto

- Ensino Médio Completo
- Ensino Superior Incompleto
- Ensino Superior Completo
- Pós-graduação

Renda familiar:

- Menos de 1 salário mínimo
- Entre 1 e 5 salários mínimos
- Acima de 5 e abaixo de 10 salários mínimos
- Acima de 10 salários mínimos

**APÊNDICE D - APRECIÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA PELO CEP FUMEC**



OF. Reitoria/N.º 303/2011

Belo Horizonte, 31 de maio de 2011.



REF.: APRECIÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA PELO CEP/  
PROTOCOLO CEP Nº 15 VERSÃO Nº 2011

"Atributos Determinantes Da Satisfação E Do Comprometimento Com Os  
Serviços De Saúde: Estudo Em Hospitais Da Grande Belo Horizonte"

José Marcos Carvalho de Mesquita - Doutor

Prezado pesquisador,

Comunico-lhe que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade FUMEC, em reunião no dia 27/05/2011, avaliou o seu projeto de pesquisa identificado acima, e o considerou **APROVADO** em decisão plenária, conforme parecer do relator:

**PARECER CONSUBSTANCIADO**

<b>I. IDENTIFICAÇÃO</b>
<b>Título do projeto:</b> Atributos determinantes da satisfação e do comprometimento com os serviços de saúde: estudos em hospitais da Grande Belo Horizonte
<b>Protocolo CEP-FUMEC número:</b> 15/2011
<b>Data da apresentação ao CEP-FUMEC:</b> 20 de maio de 2011
<b>Pesquisador(es) responsável(is):</b> Prof. José Marcos Carvalho de Mesquita
<b>Instituição onde se realizará a pesquisa:</b> Universidade FUMEC – Faculdade de Ciências Empresariais
<b>II. OBJETIVOS</b>
Identificar os atributos da satisfação e do comprometimento dos clientes com os serviços de saúde, testando as 10 (dez) hipóteses de pesquisa apresentadas no item 1 do projeto, a fim de que as empresas de saúde desenvolvam vínculos mais fortes e relações mais duradouras com os seus clientes.
<b>III. RESUMO DO PROJETO:</b>
O projeto propõe-se a investigar o que, de fato, influi para a satisfação do cliente com os serviços de saúde, de modo a possibilitar o incremento de estratégias de relacionamentos com os clientes, garantindo a competitividade das organizações de saúde e possibilitando o cumprimento de sua missão, que é primar pela saúde e bem-estar do ser humano. Para tanto, a pesquisa abrangerá, por um lado, os estudos sobre marketing de serviços e marketing de relacionamento, e, por outro, a definição de construtos relacionados à prestação de serviços de saúde, valendo-se do modelo teórico proposto: risco percebido; comunicação; emoção; qualidade percebida; confiança; satisfação e comprometimento.
<b>IV. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO:</b>
A pesquisa em análise visa participantes específicos, quais sejam, pacientes dos



hospitais selecionados. Na impossibilidade de entrevistar o paciente, será considerada a possibilidade de entrevistar seu acompanhante. Embora a pesquisa envolva pacientes internados ou em tratamento, por se tratar de pesquisa de opinião, somente os pacientes maiores de 18 anos, que se encontrarem em perfeitas condições psíquicas poderão participar da pesquisa.

#### V. RISCOS E BENEFÍCIOS

Trata-se de pesquisa de opinião dos clientes de serviços de saúde. Relativamente às entrevistas pode-se concluir que a sua execução não acarreta qualquer risco à saúde e à integridade física de seus participantes. Há, contudo, que se preservar a privacidade dos sujeitos participantes da pesquisa, evitando, assim, perseguições e qualquer tipo de constrangimento em razão de suas opiniões ou experiências relatadas na pesquisa, nos termos exigidos pelo IV.1, g, da Resolução CNS nº. 196/96. Além disso, deve-se garantir-lhes a liberdade de se recusarem a participar ou retirarem o seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, caso a considerem muito invasiva, conforme prevê o item IV.1 da Res. CNS nº. 196/96. Em se considerando que os dados colhidos durante a pesquisa serão tratados de forma estatística, sem a identificação de nenhum dos sujeitos pesquisados, pode-se concluir pela mitigação satisfatória dos riscos envolvidos.

#### VI. RETORNO DE BENEFÍCIOS PARA O SUJEITO E/OU PARA A COMUNIDADE

Através da estruturação das informações colhidas e das conclusões deste estudo, poder-se-á contribuir para a melhoria dos serviços de saúde, uma vez que irá permitir às organizações de saúde estabelecer vínculos mais fortes e relações mais duradouras com os seus clientes.

#### VII. PARECER (Ver "Categorias" do Regulamento)

No caso em análise, tratando-se de pesquisa de opinião, abalizada em entrevistas, apenas o estudo da Resolução do CNS de nº. 196/96 é pertinente, uma vez que este tipo de estudo não acarreta qualquer risco à saúde e à integridade física de seus participantes.

Com efeito, é na REs. CNS nº. 196/96 que se encontra prevista a necessidade do Consentimento Livre e Esclarecido dado pelos sujeitos da pesquisa.

Como se sabe, o Consentimento Livre e Esclarecido é a prova de que os sujeitos de determinada pesquisa optaram por dela participar com absoluta ciência dos propósitos do experimento, bem como de seus eventuais riscos.

É, pois, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que os sujeitos da pesquisa têm acesso às informações sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios perseguidos e de seus potenciais riscos.

Dispõe, ainda, a Resolução CNS nº. 196/96 que o sigilo das informações colhidas ao longo da pesquisa deve ser garantido, sob pena de violação da privacidade dos sujeitos participantes da pesquisa, o que não se permite de forma alguma.

Pois bem. Ciente destas exigências, o pesquisador desta instituição elaborou o "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido" aplicável à sua pesquisa com a seguinte afirmação:

*"As informações serão confidenciais, e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação."*

Vê-se, ainda, que no corpo do próprio TCLE formulado pelo pesquisador responsável encontra-se prevista a possibilidade de o participante da pesquisa retirar o seu



consentimento a qualquer momento sem nenhum tipo de prejuízo ou retaliação. Do exposto, constata-se que o protocolo de pesquisa, ora em análise, cumpre todas as exigências constantes na Resolução CNS/MS nº. 196/96. Conclui-se, portanto, pela sua aprovação.

Informamos que é obrigatória, e de responsabilidade dos pesquisadores, a entrega de relatórios parciais, com periodicidade anual, com descrição do processo de condução e de um resumo e relatório final, após o término da pesquisa.


Salientamos ainda a obrigatoriedade de notificação **IMEDIATA** ao CEP, independentemente dos relatórios parciais, nos seguintes casos:

- Emendas ao protocolo da pesquisa (exceto quando relacionadas somente aos aspectos logísticos ou administrativos do estudo).
- Emendas relativas ao material e forma de recrutamento
- Modificação quanto às informações para os potenciais participantes ou ao TCLE.
- Aparecimento de efeitos adversos inesperados relacionados à pesquisa.
- Decisões significativas tomadas por outros comitês de ética.

Essas informações poderão ser encaminhadas à secretaria do CEP-FUMEC de forma impressa ou por mensagem eletrônica para endereço: [cep@fumec.br](mailto:cep@fumec.br)

Ressaltamos que os trabalhos do CEP são decididos através de discussões e debates em plenário, com *quorum* mínimo necessário para deliberações, sendo o Coordenador responsável apenas pela assinatura em nome do Comitê de Ética em Pesquisa.

Atenciosamente,

  
Prof. Eduardo Carlos Tavares  
Coordenador do CEP-FUMEC

**APÊNDICE E – AUTORIZAÇÃO PARA PESQUISA DE CAMPO NO HOSPITAL DE  
SÃO JOÃO DE DEUS**

**Ao Hospital de São João de Deus  
A/C Sr. Antônio Maurílio Bocão**

Santa Luzia, 4 de Julho de 2011

**SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO**

Prezado Prior,

Solicito autorização para iniciar pesquisa de campo na instituição, que será realizada por mim, nos meses de Julho, Agosto e Setembro de 2011, de segundas à sextas-feiras, no período de 8:00 às 17:00 h.

Desde já agradeço,


Bárbara da Silva Mourthé Matoso  
Mestranda em Administração  
FACE/FUMEC

**Parecer da Instituição:**

Favorável ( ) Desfavorável

Data: \_\_\_/07/2011

Assinatura/carimbo do responsável:

  
04/07/11