

JULIANA KUCHT CAMPOS

**TIPOS DE FALHAS, PRÁTICAS DE RECUPERAÇÃO E O IMPACTO NA
FIDELIZAÇÃO DE CLIENTES DE SERVIÇOS HOSPITALARES**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração, Instituto COPPEAD de Administração, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientador: Prof. Kleber Fossati Figueiredo
Doutor em Administração de Empresas – IESE; Universidade de Navarra, 1987.

**RIO DE JANEIRO
2008**

JULIANA KUCHT CAMPOS

TIPOS DE FALHAS, PRÁTICAS DE RECUPERAÇÃO E O IMPACTO NA FIDELIZAÇÃO DE CLIENTES DE SERVIÇOS HOSPITALARES

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração, Instituto COPPEAD de Administração, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Administração.

Aprovada por:

Prof. Kleber Fossati Figueiredo
COPPEAD / UFRJ – Presidente da Banca

Profa. Cláudia Affonso Silva Araujo
COPPEAD / UFRJ

Profa. Teresa Cristina Janes Carneiro
COPPEAD / UFRJ
CCJE / UFES

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço ao Prof. Kleber Figueiredo que confiou no meu potencial desde a entrevista de seleção para o mestrado e aos colaboradores do COPPEAD que sempre se mostraram solícitos e dispostos a ajudar os alunos no que fosse preciso.

Agradeço aos meus amigos capixabas, em especial: Lipe, Ana, Elaine, Lud, Moni, Rita, Lena, Joubert, que mesmo de longe não me deixaram “morrer na praia” (ainda mais nas do Rio) e me deram todo o apoio para terminar esta dissertação.

Agradeço aos meus amigos cariocas, paulistas e brasilienses: Guth, Cubinha, Luiz, Tati, Cátia, Leila, Toko, Casal, Lu... que, nos momentos de desespero e saudade de casa, foram meus companheiros de mangue e me incentivaram a me dedicar aos estudos.

Agradeço ao meu pai, avó, irmão e tio, que me deram todo o apoio emocional que precisei durante essa fase da minha vida. Em especial à minha mãe, por ser um exemplo profissional e pessoal para mim e à minha avó, Terezinha Campos, pelo dom de lecionar.

Todos vocês, cada um com suas particularidades e papéis na minha vida, foram essenciais para que eu conseguisse dar esse passo tão importante na minha vida. Neste trabalho vou tentar mostrar-lhes o resultado de toda a força e a capacidade que tenho e que vocês me ajudaram a potencializar.

RESUMO

CAMPOS, Juliana Kucht. **Tipos de falhas, práticas de recuperação e o impacto na fidelização de clientes de serviços hospitalares.** Orientador: Kleber Fossati Figueiredo. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas)- Instituto COPPEAD de Administração, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

O presente estudo tem como principal motivação compreender como os clientes de serviços de saúde, especificamente de hospitais, percebem a ocorrência de falhas e práticas de recuperação de serviços. Para atingir este objetivo, primeiramente, buscou-se propor um modelo de classificação de falhas a partir de uma ampla revisão de literatura e de pesquisas específicas do setor de saúde e por meio de estudos de setores mais consolidados, tais como o de varejo de bens. O modelo proposto é composto por 15 categorias de falhas, classificadas entre as de processo ou as de estrutura e entre os domínios técnico, interpessoal ou de comodidade / conforto. Em seguida, utilizando a Técnica do Incidente Crítico, foram realizadas 334 entrevistas pessoais com usuários de serviços de saúde – pacientes, acompanhantes ou familiares de pacientes, que se encontravam em dois hospitais particulares em Vitória, capital do Espírito Santo. O objetivo das entrevistas foi quantificar a ocorrência e medir o impacto de cada tipo de falha na fidelização dos clientes. Durante essa etapa, foram identificadas, na percepção dos entrevistados, 589 falhas de serviços, todas classificadas de acordo com o modelo proposto anteriormente. Em se tratando de práticas de recuperação de serviços, em apenas 2% dos relatos tais esforços foram satisfatórios na percepção dos clientes. Embora apenas 2% dos clientes declararam que as práticas de recuperação foram satisfatórias, 62% confirmaram recomendar os serviços do hospital onde a falha ocorrera, em sua maioria por motivos técnicos. Os resultados do estudo confirmam a particular fidelidade dos clientes de serviços de saúde, assim como a falta de preparo das organizações na implementação de ações de melhoria de qualidade dos serviços, do ponto de vista dos clientes.

ABSTRACT

CAMPOS, Juliana Kucht. **Types of failures, recovery practices and the impact on hospital clients loyalty**. Orientador: Kleber Fossati Figueiredo. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas)- Instituto COPPEAD de Administração, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

The main purpose of the present study is to understand how health care service clients, especially hospital clients, react to failures and recovery practices. To achieve this objective, first of all, the researcher proposes a model of types of failures, developed from an extensive literature review, research in the health care industry and studies in more solid industries, such as retail. The proposed model is composed of 15 categories of failures, classified between process and structure and between technical, interpersonal and amenities domain. Then, using the Critical Incident Technique, 334 personal interviews were made with health care users – patients, families and companions in two private hospitals in Vitória, the capital of Espírito Santo, Brazil. The purpose of these interviews was to quantify the occurrences and measure the impact of each type of failure on client loyalty. During this part of the research, 589 service failures all classified according to the proposed model and seen from the interviewees point of view, were identified. Although, only 2% of the clients were satisfied with the hospital recovery practices, 62% confirmed that they would recommend the services of the hospital where the failure occurred, mainly for technical reasons. The results of this study confirm the unique nature of the health care industry in the question of loyalty, as well as the inability of these organizations to implement actions of quality improvement which are perceived by their clients.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 2.1 Fidelização de clientes após prática de recuperação	34
FIGURA 2.2 Sistema de Saúde	35
FIGURA 2.3 Reclamações por categoria - Powers e Bendall-Lyon (2000)	49
FIGURA 2.4 Índice de satisfação ACSI Hospitais	52
FIGURA 2.5 Evolução do índice de satisfação por setor	53
FIGURA 2.6 Relação satisfação-lealdade por setor	54
FIGURA 3.1 Modelo utilizado no estudo	71
FIGURA 3.2 Motivo de ter ido ao hospital	77
FIGURA 4.1 Percentual de fidelização por tipo de falha	107
FIGURA 4.2 Recomendação x Tipo de Atendimento	108

LISTA DE TABELAS

TABELA 2.1 Classificação de incidentes críticos Bitner, Booms e Tetreault (1990)	20
TABELA 2.2 Tipos de falhas de Kelley, Hoffman e Davis (1993)	22
TABELA 2.3 Indicadores identificados por Nelson e Niederberger (1990)	47
TABELA 2.4 Atributos considerados por Camilleri e Callaghan (1980)	48
TABELA 2.5 Atributos considerados por Powers e Bendall-Lyon (2000)	48
TABELA 2.6 Atributos considerados por Donabedian (1980)	58
TABELA 2.7 Domínios considerados por Donabedian (1980)	59
TABELA 2.8 Matriz de Stiles e Mick (1994)	60
TABELA 2.9 Domínio técnico x estrutura	61
TABELA 2.10 Domínio interpessoal x estrutura	62
TABELA 2.11 Domínio comodidade / conforto x estrutura	62
TABELA 2.12 Domínio técnico x processo	64
TABELA 2.13 Domínio interpessoal x processo	65
TABELA 2.14 Domínio comodidade / conforto x processo	67
TABELA 2.15 Modelo proposto de classificação de falhas em serviços hospitalares	68
TABELA 3.1 Características da amostra – idade	76
TABELA 4.1 Resultados da pesquisa	81

LISTA DE SIGLAS

ACSI	American Customer Satisfaction Index
HEPE	Entidade Publica Empresarial – Lisboa, Portugal
HNPSP	Health, Nutrition, and Population Sector Programme
INTO	Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia
JCAHO	Joint Commission for Accreditation on Healthcare Organizations
PGQT	Programa de Gestão pela Qualidade Total
TARP	Technical Assistance Research Programs Institute
TIC	Técnica do Incidente Crítico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 O ASSUNTO E SUA IMPORTÂNCIA	11
1.2 OBJETIVOS DO ESTUDO	14
1.3 DELIMITAÇÃO	14
1.4 ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO	15
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 FALHAS EM SERVIÇOS	18
2.2 A FIDELIZAÇÃO DE CLIENTES DE SERVIÇOS	24
2.3 PRÁTICAS DE RECUPERAÇÃO DE SERVIÇOS	27
2.4 QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE	34
2.5 FALHAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE	39
2.6 PRÁTICAS DE RECUPERAÇÃO DE SERVICOS HOSPITALARES	56
2.7 CONSTRUÇÃO DO MODELO DE CLASSIFICAÇÃO DE FALHAS EM SERVIÇOS HOSPITALARES	58
2.7.1 Modelo Conceitual de Donabedian (1980)	58
2.7.2 Matriz de Stiles e Mick (1994)	59
2.7.3 Estrutura do Modelo	60
3 METODOLOGIA DE PESQUISA	69
3.1 MÉTODO DE PESQUISA	69
3.2. TÉCNICA DO INCIDENTE CRÍTICO	70
3.3 PERGUNTAS DA PESQUISA	71
3.4 COLETA DAS INFORMAÇÕES	72
3.4.1 Instrumentos de Coleta das Informações	72
3.4.2 Dificuldades Encontradas para a Realização da Pesquisa	73
3.4.3 Características da Amostra Coletada	74
3.5 ANÁLISE E TRATAMENTO DAS INFORMAÇÕES	77
3.6 LIMITAÇÕES DA METODOLOGIA DE PESQUISA	78
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	80
4.1 CLASSIFICAÇÃO E ANÁLISE DAS FALHAS DE ACORDO COM O MODELO PROPOSTO	80
4.1.1 Domínio Técnico X Estrutura: Equipamentos Indisponíveis	82
4.1.2 Domínio Técnico X Estrutura: Falta de Pessoal	83
4.1.3 Domínio Técnico X Estrutura: Falta de Medicamentos e Materiais Complementares ao Serviço Principal	84
4.1.4 Domínio Interpessoal X Estrutura: Falta de Pessoal	85
4.1.5 Domínio da Comodidade / Conforto X Estrutura: Inexistência ou Falhas nos Serviços Complementares	86
4.1.6 Domínio da Comodidade / Conforto X Estrutura: Falhas na Limpeza	87
4.1.7 Domínio da Comodidade / Conforto X Estrutura: Falhas de Arquitetura e <i>Design</i>	88
4.1.8 Domínio da Comodidade / Conforto X Estrutura: Falhas na Aparência dos Colaboradores	90
4.1.9 Domínio da Comodidade / Conforto X Estrutura: Falhas na Alimentação Oferecida	90

4.1.10 Domínio Técnico X Processo: Erros Técnicos dos Profissionais	91
4.1.11 Domínio Técnico X Processo: Falhas dos Profissionais de Suporte	95
4.1.12 Domínio Interpessoal X Processo: Falhas de Comunicação / Informação	95
4.1.13 Domínio Interpessoal X Processo: Falhas no Comportamento dos Colaboradores	98
4.1.14 Domínio da Comodidade / Conforto X Processo: Falhas no Fluxo de Pacientes	101
4.1.15 Domínio da Comodidade / Conforto X Processo: Ocorrência de Situações Constrangedoras, Falta de Privacidade	105
4.2 IMPACTO DE CADA TIPO DE FALHA NA FIDELIZAÇÃO DOS CLIENTES	106
4.3 PRÁTICAS DE RECUPERAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES	109
4.4 IMPACTO DAS PRÁTICAS DE RECUPERAÇÃO DE SERVIÇOS NA FIDELIZAÇÃO DOS CLIENTES	112
5 CONCLUSÕES.....	115
6 SUGESTÃO PARA ESTUDOS FUTUROS	119
REFERENCIAS.....	120
ANEXO	133

1 - INTRODUÇÃO

1.1 O ASSUNTO E SUA IMPORTÂNCIA

Esta dissertação busca abordar primeiramente o tema Falhas em serviços de saúde. Segundo Heskett, Sasser e Hart (1990) “Falhas ocorrem; há como reduzir a frequência com que ocorrem, mas ocorrerão”. A importância em se controlar e minimizar a oferta de serviços com falhas é clara quando se analisa o aumento de competitividade no mercado, assim como a exigência de um nível de qualidade cada vez maior por parte dos clientes. Em se tratando de serviços de saúde, esta importância torna-se ainda mais evidente por lidar-se com as vidas dos clientes. Enquanto em um restaurante, por exemplo, a falta de atenção de um colaborador pode ocasionar o cálculo errado da conta, a insatisfação do cliente, uma reclamação e, até mesmo, o não-retorno do mesmo ao estabelecimento; quando se fala em serviços de saúde, esta mesma falha pode levar um cliente ao óbito.

Nos últimos anos, o tema “Qualidade em Saúde”, que engloba os aspectos relacionados à qualidade e a não-qualidade na prestação de serviços de saúde, tem sido bastante debatido na mídia, em seminários, em filmes e livros. Alguns fatores favoreceram este movimento e foram destacados por Porter e Teisberg (2007), em seu livro “Repensando a Saúde”. Segundo os autores, a estrutura atual do sistema de saúde atua de forma a gerar a chamada “competição de soma zero” cujos resultados são a falta de geração de valor aos clientes, a corrosão da qualidade, a disseminação da ineficiência, a capacidade excessiva e a elevação dos custos administrativos (PORTER e TEISBERG, 2007).

No Brasil, eventos e reportagens comprovam que a situação não é diferente. No início do mês de maio de 2008, a manchete da capa de um jornal de circulação no Espírito Santo dizia: “Paciente fica cega de um olho e Justiça condena o médico” (NUNES e PROSCHOLDT, 2008).

No segundo semestre de 2007, o evento “Repensando a Saúde”, patrocinado pela AMIL Brasil, contou com a presença de renomados profissionais atuantes na gestão da saúde de organizações brasileiras, além de Michael Porter. Neste evento, e em seu livro, Porter destaca para a mudança na visão dos prestadores de serviço – dando mais atenção aos clientes, focando na melhora de sua saúde e no valor a eles proporcionado.

Neste contexto de aumento de competitividade, um conceito que anteriormente era muito pouco debatido passou a ser explorado: a fidelização de clientes de serviços hospitalares. Diferentemente de um cliente de hotel, que vai buscar neste local lazer, diversão, relaxamento e prazer, os clientes de hospitais gostariam de não precisar deste serviço. Com isso, por muito tempo, acreditou-se que a fidelização de clientes de serviços de saúde não existia. Em 1995, Jones e Sasser publicaram um artigo representando através de um gráfico o comportamento de clientes de diversos setores, inclusive os de hospitais. Esta foi uma das poucas iniciativas em que se pode identificar que os clientes de serviços hospitalares possuíam um comportamento de fidelização com as organizações de saúde. A partir deste cenário, esta dissertação busca pesquisar este conceito particular de fidelização em serviços de saúde e medir o impacto de cada tipo de falha – agrupados com base em um modelo proposto, na fidelização dos clientes.

Um dos objetivos de tal agrupamento e análise é permitir que gestores de organizações de saúde possam planejar e executar de maneira mais eficaz as práticas de recuperação do serviço prestado. Esta é uma das mais eficazes formas de se minimizar as insatisfações e, conseqüentemente, de aumentar a fidelização dos clientes (BECKER, 2000). A função principal destas práticas são reverter o estado de insatisfação dos clientes após ocorrência de alguma falha no serviço, ou seja, corrigir o erro e fazer com que o cliente fique, no mínimo, satisfeito com o serviço prestado. As práticas de recuperação de serviços são o terceiro tema abordado nesta dissertação assim como a maneira pela qual os clientes de hospitais estão percebendo tais iniciativas.

Com base em um conjunto de autores que tem pesquisado o tema das falhas em serviços de saúde, propõem-se um modelo conceitual de classificação de falhas em serviços hospitalares, que sirva de base para a categorização das falhas identificadas na pesquisa. Esta organização permite uma análise mais aprofundada sobre as características de cada falha assim como o planejamento das melhores maneiras de preveni-las e mitigá-las. De maneira complementar, essa classificação facilita na estruturação das práticas de recuperação de serviços mais adequadas a cada uma das situações além de permitir uma análise mais aprofundada sobre os impactos de cada tipo de falha na fidelização dos clientes.

1.2 OBJETIVOS DO ESTUDO

Este estudo tem como objetivo geral compreender como os clientes de organizações de saúde, especificamente de hospitais da capital do Espírito Santo, percebem a ocorrência de falhas e de práticas de recuperação dos serviços.

Como objetivos específicos, o estudo pretende:

- Identificar os principais tipos de falhas em serviços hospitalares por meio de um modelo de classificação específico para o setor de saúde;
- Entender como cada tipo de falha influencia na fidelização dos clientes;
- Identificar as práticas de recuperação de serviços utilizadas pelos hospitais;
- Entender como as práticas de recuperação de serviços influenciam na fidelização dos clientes.

1.3 DELIMITAÇÃO

A definição de serviços de saúde inclui a participação de diversos atores, tais como planos de saúde, fabricantes de medicamentos e equipamentos, hospitais, clínicas, consultórios, laboratórios, dentre outros. O presente estudo, entretanto, limita-se a estudar os serviços de saúde prestados apenas pelos hospitais, especificamente aqueles localizados no Espírito Santo.

Uma vez que o principal intuito do presente trabalho é de entender a percepção dos clientes sobre falhas e práticas de recuperação, é importante destacar que as fontes

das informações levantadas durante a pesquisa foram exclusivamente provindas de pacientes, familiares e acompanhantes. Em momento algum, procurou-se questionar os comentários realizados por estes entrevistados.

1.4 ORGANIZAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo foi organizado em cinco capítulos distribuídos conforme descrito a seguir. No primeiro capítulo, buscou-se contextualizar os principais assuntos do estudo: Falhas em Serviços de Saúde, Fidelização de clientes de saúde e Práticas de Recuperação de Serviços, destacando para o fato de que são temas atuais, debatidos internacionalmente em eventos, filmes de cinema, livros, revistas e jornais. Em seguida, são apresentados os objetivos do estudo e as limitações do presente trabalho.

O segundo capítulo apresenta a revisão de literatura sobre o tema, cuja finalidade é de buscar conceitos e estudos realizados por pesquisadores de todo o mundo para se fundamentar a análise e a discussão dos resultados da pesquisa. Nesse capítulo é também apresentada uma proposta de modelo conceitual, com base referencial, a fim de que em um próximo momento, ela seja utilizada na classificação das falhas em serviços hospitalares.

No terceiro capítulo são descritas a metodologia utilizada para a realização da pesquisa, as dificuldades encontradas durante a coleta das informações, a sistemática utilizada para a análise das mesmas e, por fim, as limitações da metodologia escolhida.

A apresentação e a discussão das informações encontradas na pesquisa se encontram no quarto capítulo, em que se buscou analisar cada tipo de falha à luz do modelo conceitual proposto, bem como de realizar as devidas observações acerca dos resultados dessa pesquisa.

Por fim, no capítulo cinco, surgem as conclusões do trabalho e algumas considerações relevantes a fim de serem registradas, tais como as sugestões de pesquisas futuras.

2 - REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo introduz os conceitos relacionados às falhas e práticas de recuperação de serviços, tendo como foco o setor de saúde. Sua primeira parte é dedicada à compreensão do tema – problemas nos serviços e suas implicações na satisfação e, principalmente, na fidelização dos clientes. Também nela são apresentados modelos de classificação de falhas em setores onde têm sido realizados estudos como, por exemplo, o varejo de bens.

Em seguida, num segundo momento do capítulo, são apresentados conceitos relativos às práticas de recuperação de serviços e à importância de sua aplicação, assim como a maneira como os clientes percebem os esforços da organização em “prestar um serviço de qualidade na segunda vez”.

A terceira parte apresenta o assunto “Qualidade em Serviços de Saúde” por meio da consideração das particularidades desses serviços em analogia aos demais serviços.

Na quarta seção, são apresentados estudos sobre falhas específicas em serviços de saúde, modelos conceituais construídos com base nas características deste setor, assim como os principais atributos observados por seus clientes.

Busca-se na quinta parte dispor das práticas de recuperação de serviços identificadas em estudos preliminares, específicas na área de saúde, tal como o seu impacto na fidelização dos clientes.

Ao fim, é proposto um modelo de classificação de falhas em saúde, levando em consideração modelos já consolidados em outros setores e estudos específicos sobre serviços hospitalares.

2.1 FALHAS EM SERVIÇOS

Segundo Howard e Sheth (1967):

A satisfação (...) se refere ao grau de congruência entre as conseqüências reais da compra e do consumo de uma marca e aquilo que era esperado pelo comprador no momento da compra. Se o resultado real for julgado pelo comprador como pelo menos igual ao esperado, o comprador ficará satisfeito. Se por outro lado, o resultado real for julgado como inferior ao esperado, o comprador se sentirá insatisfeito e sua atitude será menos favorável.

Na mente dos consumidores, a qualidade de um serviço é medida como a diferença entre o serviço percebido e o esperado (GRÖNROOS, 1984; BERRY e PARASURAMAN, 1995): enquanto a percepção do serviço é a opinião individual formada sobre uma determinada experiência (TEAS, 1993), a expectativa é formada em um momento anterior ao início da prestação do serviço, podendo ser influenciada por uma série de fatores tais como experiências pessoais anteriores e comunicação “boca-a-boca” com outras pessoas (GILBERT, CHURCHILL e SURPRENANT, 1982).

Na busca por oferecer um serviço, que seja percebido pelos clientes como de qualidade, a organização e seus colaboradores muitas vezes não obtêm sucesso. Este é o momento em que os clientes percebem as chamadas “falhas de serviço”, ou seja, os eventos que geram encontros de serviços insatisfatórios no seu ponto de vista (BITNER, BOOMS e TETREAUULT, 1990). Em se tratando da produção de

serviços e não de produtos, o hiato entre o que os clientes esperam e o que lhes é oferecido pode ocorrer com maior frequência. Isso se deve às próprias características do serviço (BERRY e PARASURAMAN, 1995).

Diferentemente de um produto, os serviços, por exemplo, são intangíveis, ou melhor, a sua avaliação não é concreta e absoluta. O alcance das expectativas dos consumidores se torna mais difícil (BEBKO, 2001), pois depende da forma como cada indivíduo-cliente recebe e percebe o serviço oferecido pela organização. O mesmo também acontece com a percepção das falhas (FORD, BACH e FOTTLER, 1997).

A participação dos clientes no processo de “confeção” dos serviços é outra de suas características particulares. Ela influencia positiva ou negativamente no resultado final (ZEITHAML, PARASURAMAN e BERRY, 1990), na avaliação não só do resultado do serviço como em toda a forma como ele é prestado (GRÖNROOS, 1984) e, conseqüentemente, numa maior percepção a possíveis falhas.

A fim de se gerenciar melhor a qualidade do serviço prestado aos clientes, alguns estudiosos propõem a classificação das falhas em grupos ou categorias. Esse modo de organização torna possível ao gestor uma análise mais aprofundada acerca das características de cada agrupamento de falhas, assim como o planejamento de estratégias de prevenção e mitigação dos incidentes negativos de uma forma mais focada e eficaz (POWERS E BENDALL-LYON, 2002).

O modelo proposto por Bitner, Booms e Tetreault (1990) por meio do qual analisaram a satisfação do consumidor em três setores de serviço (restaurantes, hotéis e companhias aéreas) buscou descobrir quais eram os comportamentos e as

atitudes dos empregados que causavam satisfação e insatisfação nos consumidores. Para isso, procurou-se obter relatos diretamente dos clientes sobre situações vivenciadas ou presenciadas (incidentes críticos) em que a ação da pessoa contribuía positiva ou negativamente para o desempenho de uma função, papel ou atividade que se estava investigando (FLANAGAN, 1973).

Após a análise das informações, foi proposto um esquema de classificação em 12 distintas categorias que por sua vez pertencem a três grandes grupos (Tabela 2.1).

TABELA 2.1 Classificação de incidentes críticos Bitner, Booms e Tetreault (1990)

Resposta dos empregados quando há alguma falha na entrega do serviço (Grupo 1)

	Categoria	Exemplos
Grupo 1A:	Resposta a serviços não disponíveis	Nenhum assento junto à janela disponível na aeronave.
Grupo 1B:	Resposta a um serviço excessivamente lento	Situações nas quais os serviços são percebidos como inapropriadamente lentos.
Grupo 1C:	Resposta a outras falhas no serviço principal	Quarto de hotel não apropriadamente limpo; comida do restaurante servida fria.

Resposta dos empregados a necessidades específicas dos consumidores (Grupo 2)

Grupo 2A:	Resposta a necessidades "especiais"	Envolve consumidores que apresentam dificuldades médicas, psicológicas e sociais.
Grupo 2B:	Resposta às preferências do consumidor	Envolvem incidentes em situações nas quais são feitos pedidos "especiais" do ponto de vista do consumidor e incidentes nos quais o consumidor requer um nível de customização.
Grupo 2C:	Resposta aos erros do próprio consumidor	Perda de <i>ticket</i> , perda de voo por atraso, pedido de refeição incorreto etc.
Grupo 2D:	Resposta a situações onde há a presença de outros clientes perturbadores	Envolve situações onde o comportamento de outros clientes pode causar desconforto ou ameaça (intoxicação, grosseria, desvio social).

Comportamentos não solicitados e inesperados dos empregados (Grupo 3)		
Grupo 3A:	Atenção despendida ao consumidor	Envolve incidentes em que o nível de atenção despendida ao consumidor foi percebido como muito favorável ou muito desfavorável.
Grupo 3B:	Comportamento do empregado é realmente fora do padrão	Incidentes nos quais o empregado realiza uma ação sem maior importância que, para o consumidor, pode ser vista como satisfatória ou insatisfatória.
Grupo 3C:	Comportamento do empregado no contexto de normas culturais	Incidentes em que o comportamento do empregado é associado a regras culturais (honestidade, politicamente correto, discriminação etc.).
Comportamentos não solicitados e inesperados dos empregados (Grupo 3) (cont.)		
Grupo 3D:	Avaliação “gestáltica”	Situações nas quais o consumidor não consegue atribuir uma única causa para sua satisfação / insatisfação. Casos em que o consumidor descreve o incidente da seguinte forma: “tudo foi extraordinariamente bom” ou “tudo foi um perfeito pesadelo”.
Grupo 3E:	Resposta exemplar em situações adversas	Incluem incidentes em que o consumidor fica impressionado com a forma como os empregados reagem em situações claramente adversas ou estressantes.

Fonte: BITNER, M.J. BOOMS, B.H e TETREAUULT, M.S. The service encounter: diagnosing favorable and unfavorable incidents. Journal of Marketing. V. 54, pp 71-84, Jan 1990.

Outro modelo muito referenciado na literatura é o de Kelley, Hoffman e Davis (1993). Os autores utilizaram os mesmos grupos definidos por Bitner, Booms e Tetreault (1990) para classificarem as falhas no setor de varejo de bens em 15 categorias (Tabela 2.2).

TABELA 2.2 Tipos de Falhas de Kelley, Hoffman e Davis (1993)

Modelo de Kelley, Hoffman e Davis (1993)	
Grupo 1 – Resposta de empregados quando há alguma falha na entrega do serviço:	Categoria 1 – Falhas na política da empresa
	Categoria 2 – Serviços lentos / indisponíveis
	Categoria 3 – Erros no sistema de precificação
	Categoria 4 – Erros na embalagem
	Categoria 5 – Falta de produto
	Categoria 6 – Produtos com defeito
	Categoria 7 – Problemas na reserva de mercadoria
	Categoria 8 – Erros durante os reparos efetuados
	Categoria 9 – Má informação
Grupo 2 – Resposta dos empregados a necessidades específicas e pedidos dos consumidores:	Categoria 10 – Pedidos / Requisições
	Categoria 11 – Erros dos clientes
Grupo 3 – Comportamentos não solicitados e inesperados dos empregados:	Categoria 12 – Cobrança indevida
	Categoria 13 – Acusação de roubo
	Categoria 14 – Situações constrangedoras
	Categoria 15 – Falha de atenção

Fonte: KELLEY, S.W., HOFFMAN, K.D., DAVIS, M.A. A typology of retail failures and recoveries. **Journal of Retailing**. Vol. 69, pp.429-453, Winter, 1993.

Dentre os tipos de falhas mais estudados e presentes nos dois modelos apresentados anteriormente, destacam-se as falhas no *servicescape*, a lentidão na prestação do serviço e aquelas relacionadas ao comportamento dos colaboradores.

As falhas no *servicescape* são aquelas ocorridas no ambiente em que os serviços são entregues, onde empresa e cliente interagem. Hoffman, Kelley e Chung (2003) identificaram que problemas dessa categoria equivalem a 9% do total em sua pesquisa realizada com clientes de restaurantes e hotéis americanos.

Como forma de se entender melhor as características nesta categoria, os autores sugeriram uma subdivisão em três tipos: mecânicas – relacionadas a equipamentos usados na prestação do serviço principal da empresa; de limpeza – relacionada às condições de higiene do ambiente e de arquitetura e design – que envolvem aspectos como vista desagradável do local, quartos perto de elevadores, falta de segurança etc.

Outro tipo de falha bastante discutida por diversos autores (CORRÊA, PEREIRA e ALMEIDA, 2006; FIGUEIREDO, ARKADER e OZÓRIO, 2002) relaciona-se ao tempo de atendimento. Segundo pesquisas realizadas no varejo por estes autores, cerca de 18% das falhas são causadas por lentidão na prestação dos serviços. Uma proposta de lei, dos vereadores do Rio de Janeiro, Átila Nunes Neto (DEM) e Márcio Pacheco (PSC), prevê multa de até R\$1.000,00 ou a suspensão do alvará em caso de atrasos de mais de 20 minutos em serviços prestados por clínicas médicas, consultórios dentários e outros estabelecimentos que atendem com horário marcado.

Segundo os presidentes dos sindicatos dos hospitais e dos médicos, Sr. Josier Marques Vilar e Sr. Jorge Darze, respectivamente, a competência do médico não pode ser julgada pelo tempo de espera para o paciente ser atendido, uma vez que o ser humano não é uma máquina para se regular o tempo ideal de cada atendimento (MAGALHÃES, 2007). Fottler e Ford (2002) têm uma visão neutra a respeito do assunto e comentam que a espera em si é considerada algo inevitável, uma vez que nenhuma organização sabe ao certo a demanda exata de clientes para um momento futuro.

No entanto há algumas maneiras de se prever o fluxo de atendimentos de forma a redimensionar a estrutura ou, até mesmo, de se trabalhar no intuito de minimizar a percepção do tempo de espera.

O terceiro tipo de falha destacado na literatura está relacionado ao comportamento e às atitudes dos colaboradores percebidas pelos clientes, que, além de serem aquelas consideradas mais freqüentes do ponto de vista dos clientes, são a principal causa de deserções de clientes – responsável por 23% dos casos de consumidores

que mudaram de fornecedores (LOVELOCK e WRIGHT, 2002). De acordo com uma pesquisa recente no setor de varejo de bens americano (KRELL, 2007), 50% dos respondentes decidiram não visitar determinada loja nos últimos 12 meses, porque souberam da experiência negativa de outra pessoa com algum colaborador daquela loja.

No decorrer dos anos, entretanto, as empresas perceberam que alta interatividade entre colaborador e cliente, principal gerador de reclamações, poderia não só ser usado para minimizar falhas como também contribuir para uma diferenciação no mercado em que atuam.

No intuito de se diferenciar e adquirir vantagens competitivas perante a concorrência, muitas empresas têm aproveitado do estudo das falhas e do gerenciamento de reclamações para aumentar não só a satisfação dos clientes como também a fidelização dos mesmos. Segundo Mattila (2004) a ocorrência de falhas é o principal fator que influencia na qualidade do relacionamento entre cliente e empresa, e conseqüentemente na fidelização deste cliente.

2.2 A FIDELIZAÇÃO DE CLIENTES DE SERVIÇOS

Por muito tempo as estratégias das empresas consistiam em consolidar suas posições diante dos concorrentes ou crescer sua participação no mercado. A idéia era que bastava conseguir níveis altos de satisfação para garantir que os clientes continuassem a dar preferências a seus produtos e serviços ao longo do tempo. Entretanto, à medida que este paradigma era quebrado com pesquisas indicando que de 60% a 80% dos consumidores que mudavam de fornecedores

consideravam-se plenamente ou muito satisfeitos, o conceito de fidelidade tornava-se mais relevante.

No atual ambiente de negócios, marcado pela intensa competitividade, ficou claro de que a satisfação dos clientes não tem sido suficiente para dar sustentabilidade à empresa: o objetivo estratégico prioritário deve ser a fidelização dos clientes (OLIVER, 1997). Vavra e Pruden (1995) destacam que manter clientes fiéis é a chave para o sucesso no mercado do novo milênio e o componente mais importante para a consolidação da participação de mercado da empresa.

A fidelização tem sido definida como a atitude positiva do consumidor com relação à marca/empresa, com comprometimento com ela e pretensões de continuar comprando-a no futuro (MOWEN E MINOR, 2003). Segundo Evans e Laskin (1994), o cliente fiel é aquele que: faz repetidas compras, faz compras cruzadas de linhas de produtos, faz divulgação boca-a-boca a outros clientes em potencial e é imune a ataque de outros concorrentes. Heskett et al. (1994) considera fiel aquele cliente que recomenda o serviço de uma determinada empresa. Esse é o conceito utilizado em vários estudos (BOSHOFF, 2005; ZEITHAML et al., 1996; SIROHI et al., 1998; EAST et al., 2000) e na presente pesquisa. Os motivos que levam diversas empresas a focarem na melhoria do relacionamento com seus clientes e conseqüentemente no aumento dos índices de fidelização e na redução dos índices de deserção de seus clientes devem-se essencialmente às vantagens em se manterem clientes fiéis.

Reichheld e Sasser (1990) sugeriram que clientes satisfeitos e fiéis geram ganhos crescentes uma vez que seguem adquirindo produtos e serviços ao longo do tempo. Além de consumirem sempre, eles divulgam sua satisfação recomendando uma boa empresa. Segundo os estudiosos, este comprometimento se reflete nos lucros

econômicos da empresa, uma vez que assegura um fluxo monetário futuro. Clientes fiéis, portanto, podem ajudar à empresa a assegurar receitas ao longo do tempo, a diminuir a elasticidade de preços e até minimizar a probabilidade de haver troca de fornecedor caso haja uma queda no nível da qualidade (ANDERSON e FORNELL, 1999). Isso acontece uma vez que esses clientes parecem ser menos sensíveis às falhas e mais propensos a aceitarem os esforços de recuperação do serviço (PETTY e KROSNICK, 1995; PRILUCK, 2003).

De acordo com o pensamento de que a busca da satisfação do cliente é o caminho para a conquista de sua fidelidade, Jones e Sasser (1995) foram além ao destacarem o quão cara pode ser a perda de um cliente. O entendimento dos efeitos econômicos da deserção de clientes mostra que as melhorias nos serviços não devem ser apenas vistas como custos, mas investimentos que geram mais lucro do que a margem gerada por uma transação isolada (REICHHELD e SASSER Jr., 1990; REICHHELD, 1996; REICHHELD, MARKEY Jr. e HOPTON, 2000). Dependendo do setor em que atuam, as empresas podem aumentar seus lucros anuais de 25% a 85% com a redução de apenas 5% na perda anual de clientes (REICHHELD e SASSER Jr., 1990).

Uma explicação para isso está no aprendizado proporcionado pelos clientes, que podem ensinar à empresa mais e mais sobre suas preferências e necessidades, gerando-lhe vantagem competitiva, uma vez que estando envolvidos em um relacionamento de aprendizado com a empresa já obtêm exatamente o que querem, entendem que gastariam muito tempo e energia ensinando a um concorrente o que sua empresa atual já sabe (PINE II, PEPPERS e ROGERS, 1995). O custo da mudança de fornecedor aumenta à medida que o vínculo com a empresa atual se

torna maior. Conseqüentemente, os esforços que a empresa precisa fazer para lucrar com este cliente são muito menores quando comparados com clientes novos (REICHHELD e SASSER, 1990; BAIN & COMPANY, 1999).

Os custos de captação de novos clientes chegam a ser de três a cinco vezes mais do que o gasto para manter os atuais, já que os últimos são mais receptivos aos esforços de *marketing*, fazem menos perguntas, estão mais familiarizados com os procedimentos e funcionários da empresa e estão dispostos a pagar mais e ainda estão menos sensíveis a preços e falhas (HOFFMAN, KELLEY e CHUNG, 2003).

Mattila (2004) destaca ainda que a reação dos clientes a cada tipo de falha é diferente e impacta de maneira diversa na intenção de retorno à empresa. Estudos sobre os tipos de falhas no *servicescape* identificaram que, em caso de falhas relacionadas à limpeza do ambiente, a fidelização é de apenas 55,7%; um valor bem abaixo daqueles encontrados em falhas na arquitetura e *design* do ambiente (80%) ou em falhas mecânicas (64,6%). Nesse caso, a reação mais intensificada por parte dos clientes a falhas na limpeza pode ser explicada por se tratar de uma falha facilmente evitável quando comparada a falhas de arquitetura ou mecânicas (HOFFMAN, KELLEY e CHUNG, 2003).

2.3 PRÁTICAS DE RECUPERAÇÃO DE SERVIÇOS

A entrega de serviços de qualidade, sem falhas, tem sido um objetivo de muitas organizações de sucesso. Porém, até mesmo nos *benchmarks* de mercado é possível encontrar casos de falhas no ciclo de atendimento, devido à própria

natureza do serviço, à impossibilidade de se controlar fatores externos e ao aspecto interpessoal deles.

Ao mesmo tempo em que as empresas precisam buscar a implementação de melhorias contínuas, seja por meio de monitoramento e análise dos incidentes críticos (ARCHER e WESOLOWSKY, 1996), seja do gerenciamento contínuo de deserções (REICHHELD e SASSER, 1990); elas também precisam desenvolver estratégias eficazes de recuperação. Uma vez que, até mesmo para os clientes, a ocorrência de certas falhas é inevitável (SAREL e MARMORSTEIN, 1999), espera-se que a empresa tenha mecanismos de correção do problema e de reparação dos danos causados aos clientes na entrega do serviço (JOHNSTON e HEWA, 1997).

Segundo Zemke e Bell (1990), a recuperação de serviços é um processo planejado para conseguir retomar o estado de satisfação de clientes, cujo serviço ou produto falhou em atender as suas expectativas. São por meio de práticas de recuperação que as empresas buscam “prestar um serviço de qualidade pela segunda vez”, ou seja, corrigir as falhas, mostrar aos clientes que o que aconteceu não faz parte do padrão da empresa e reconquistar a satisfação do cliente (PORCARO, 2003).

Andreassen (2001) destaca, entretanto, o fato de que apenas recuperar o serviço não necessariamente é capaz de retomar o comportamento e intenções dos clientes no momento anterior à falha. Zeithaml e Bitner (2003) comentam que a aplicação de práticas de recuperação de serviços envolve uma série de outros passos: assegurar-se de que não haja falhas, acolher e estimular reclamações, agir rapidamente, tratar os clientes de forma justa, aprender com as experiências de recuperação e aprender com os clientes perdidos.

Mattila (2004) destaca a importância de os funcionários, em contato direto com o público, serem treinados a assumir os problemas dos clientes como se fossem seus e se envolverem no processo de recuperação. De acordo com uma pesquisa em hospitais nos Estados Unidos (WEINER, 2006), outros fatores também são necessários para o sucesso dessas ações: liderança sustentável, apoio freqüente, medições e sistema de informações, incentivos, práticas de recursos humanos e receptividade cultural para mudanças. Em outras palavras, a empresa precisa estar realmente com o foco na qualidade, com a cultura de serviços disseminada entre todos aqueles que direta ou indiretamente influenciam na qualidade percebida pelo cliente.

Entre as práticas de recuperação que impactam diretamente na percepção de qualidade dos serviços e da satisfação dos clientes, Boshoff (1999) destaca o setor bancário que tenta minimizar o tempo desperdiçado; recompensar pela falha no serviço; oferecer recompensa justa; pedir desculpas e oferecer informações ao cliente sobre o ocorrido (KARATEPE e EKIZ, 2004); ter empatia; manter funcionários com autonomia para resolver o problema; oferecer aos clientes livre acesso para fazerem reclamações e ter uma liderança forte (ANDREASSEN, 2001; ZEITHAML e BITNER, 2003; MATTILA, 2004); assumir o erro; manter o que prometeu e oferecer qualidade nos tangíveis (aparência de empregados, equipamentos utilizados e o ambiente em que acontece o serviço). Complementam esta pesquisa mais duas práticas que foram identificadas: o comprometimento com a qualidade do serviço e com a satisfação do cliente (ZEITHMAN, PARASURAMAN e BERRY, 1990) e o fato de haver uma comunicação adequada (SPARKS e CALLAN'S, 1995). Karatepe e Ekiz (2004) salientam ainda a importância de o colaborador ou a organização em se esforçarem para resolver os problemas.

Com opções de escolha cada vez mais acessíveis, tornando a troca da marca ou de fornecedor mais fácil (MCKENNA, 1992), algumas empresas estão investindo na diferenciação e na recuperação dos serviços por meio do atendimento de seus colaboradores (MATTILA, 2004). Estudos têm confirmado que as atitudes desses profissionais, que buscam oferecer um serviço de qualidade e atuam pró-ativamente recuperando o que fora executado de maneira insatisfatória, influenciam positivamente nas percepções de qualidade dos clientes (SCHNEIDER e BOWEN, 1995). E em caso de falhas, eles têm recebido bem os esforços dos colaboradores como atitudes rápidas e com autonomia para pedir desculpas pelos seus erros (BOSHOF e LEONG, 1998). Ajudar os funcionários de linha de frente a focarem nos benefícios das reclamações e a encorajar uma cultura de não culpar os outros por falhas são fatores críticos para o gerenciamento eficaz de reclamações (JOHNSTON e MEHRA, 2002).

A fim de se entender melhor o comportamento dos consumidores perante as tentativas de recuperação do serviço, Kelley, Hoffman e Davis (1993) sugeriram a classificação das práticas de recuperação de serviços no varejo em doze categorias, sendo que duas delas merecem destaque pelo alto impacto no grau de fidelização dos clientes de varejo de bens nos Estados Unidos e no Brasil (KELLEY, HOFFMAN e DAVIS 1993; FIGUEIREDO, ARKADER e OZÓRIO 2002):

- Correção da falha – esta estratégia se caracteriza pela simples correção do erro cometido.

- Correção *plus* – esta estratégia inclui situações nas quais os varejistas foram além da correção simples, oferecendo algum tipo de compensação adicional ao cliente.

O próprio conceito de “correção *plus*” evidencia o fato de que os clientes, além de esperarem pela solução de seus problemas através da correção da falha, também esperam uma recompensa pelo tempo e energia gastos durante a produção do serviço, seja através do não pagamento pelo serviço ou do recebimento de recompensas monetárias (BEBKO, 2000).

Na percepção dos clientes, a interação social funciona como uma troca recíproca em que os indivíduos envolvidos comparam a razão de seus *inputs* e dos resultados obtidos na transação com a razão obtida pelos outros de forma a determinar o grau no qual a transação é justa (SANTOS, 2001).

Além da justiça do processo, os clientes observam e julgam também a justiça de informações durante a tentativa de recuperação dos serviços, ou melhor, a veracidade e a adequação das informações e explicações sobre as causas da falha.

Outro aspecto bastante observado reside no tratamento interpessoal (COLQUITT, 2001) em que é observada a forma como os funcionários da empresa se comportaram nesse processo (LEVESQUE e MCDOUGAL, 2000). Segundo Mattila e Cranage (2005), o tratamento interpessoal é muito importante no momento de recuperação do serviço. Uma compensação tangível sem um tratamento inter-relacional justo pode ser percebida como “vazia”, insuficiente. Daí a importância do pedido de desculpas, mesmo quando o cliente já foi compensado e participou da co-produção do serviço.

De acordo com Kelley, Hoffman e Davis (1993), mesmo que o cliente não tenha recebido compensações tangíveis, o simples pedido de desculpas pode influenciar na sua fidelização que presenciou alguns tipos de falhas. Os autores identificaram

que mais de 77% dos clientes que reclamaram tinham intenções de retorno à empresa após um pedido de desculpas. No Brasil, este índice chegou a 60% (FIGUEIREDO, ARKADER e OZÓRIO, 2002).

Entre as diversas vantagens de se recuperar os serviços estão o aumento da fidelização dos clientes, a restauração da satisfação (SMITH e BOLTON, 1998; SAMPSON, 1999; SANTOS, 2001; ANDREASSEN, 2001), clientes mais passíveis a recompra e a fazerem propaganda boca-a-boca positiva da empresa (BLODGETT e ANDERSON, 2000; MAXHAM e NETEMEYER, 2002; SANTOS, 2001).

Estudos mostram, ainda, que há casos de clientes que, após receberem uma recuperação justa, mostraram-se mais satisfeitos do que no momento anterior e esta (DUBE e MAUTE, 1998; HART, HESKET e SASSER, 1990; KOTLER, 1996). É o chamado paradoxo da recuperação do serviço (MCCOLLOUGH, BERRY e YADAV, 2000; ANDREASSEN, 2001) em que a “satisfação secundária” que surge de um processo de reclamação não somente previne a perda de negócios, mas pode ser maior que a satisfação inicial com o serviço (ETZEL e SILVERMAN, 1981).

Segundo pesquisas (TARP, 1986), de 69% a 80% dos clientes satisfeitos com as práticas de recuperação das falhas tinham intenções de recompra. Esses valores caem para 17% a 32% quando os clientes julgavam que a reclamação não fora resolvida em seu favor.

Apesar de todas essas vantagens e de os clientes estarem dispostos a receber esforços de recuperação do serviço (BROWN, COWLES e TUTEN, 1996), são poucas as empresas que buscam proporcionar um “serviço de qualidade pela segunda vez”. Machado (2004) estima que cerca de 62% dos clientes não recebem

nenhuma resposta sobre sua reclamação. Além disso, uma pesquisa do TARP – Technical Assistance Research Program (1986), realizada nos Estados Unidos, identificou que, entre as pessoas que reclamaram, 40% a 60% relatou insatisfação com as medidas tomadas pelas empresas. Uma pesquisa sobre comportamento do consumidor na Austrália encontrou um número ainda maior (66%). E destes clientes, 89% declarou não ter a intenção de voltar a negociar com a empresa (SOCAP, 1995).

Conclui-se, portanto, que as poucas empresas que fazem uso de práticas de recuperação do serviço não as têm utilizado da maneira apropriada, conforme as expectativas dos clientes. E o impacto desse despreparo é certo na satisfação, confiança e comprometimento dos clientes, assim como no estímulo de propaganda boca-a-boca negativa (MATTILA, 2004). Levesque e McDougal (2000) afirmam que a prestação de serviços com falhas, sem a tentativa de uma recuperação eficaz, pode chegar a destruir a fidelidade construída em um longo tempo. Isso acontece uma vez que os clientes fiéis são aqueles que, além de terem uma atitude positiva com relação à empresa e pretenderem comprá-la no futuro, estão comprometidos com ela (MOWEN e MINOR, 2003).

Apesar de estes clientes serem menos sensíveis a falhas e mais propensos a aceitarem os esforços de recuperação do serviço (PETTY e KROSNICK, 1995; PRILUCK, 2003), o fato de eles estarem envolvidos e comprometidos com o sucesso do serviço faz com que a sua não-recuperação seja percebida como uma espécie de “traição” (BITNER, BOOMS e TETREAULT, 1990).

Em se tratando de clientes com alto comprometimento com a organização, o mais importante é que seja percebido um esforço por parte dela e de seus colaboradores

em recuperar o serviço. Percebe-se na figura 2.1 abaixo que a fidelização dos clientes de alto comprometimento com a organização varia pouco quando analisados os casos de uma recuperação satisfatória ou insatisfatória. Ou melhor, o cliente fiel valoriza o fato de a empresa se preocupar em “prestar um serviço de qualidade pela segunda vez”.

Por outro lado, clientes pouco comprometidos com a organização tendem a ser mais exigentes no julgamento das práticas de recuperação aplicadas, refletindo grandes diferenças na fidelização em casos de práticas satisfatórias e insatisfatórias.

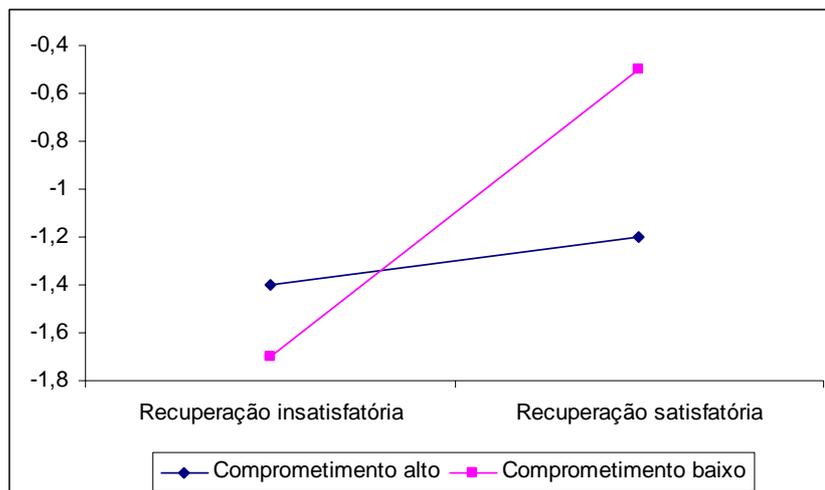


FIGURA 2.1 Fidelização de clientes após prática de recuperação

Fonte: MATTILA, A.S. The impact of service failures on customer loyalty. *International Journal of Service Industry Management*. V.15, N.2, pp. 134-149, 2004.

2.4 QUALIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Ao se estudar os serviços de saúde, é necessário identificar as particularidades do setor quando comparado aos demais. Primeiramente, trata-se de um setor composto por diversos grupos com interesses, necessidades e opiniões próprias sobre a melhoria de qualidade dos serviços (CAMILLERI e CALLAGHAN, 1998). São

usuários que demandam as assistências de saúde das mais variadas formas; acionistas que, em se tratando de hospital privado, objetivam o lucro; há uma rede de fabricantes, empresas de seguros e planos de saúde, que estabelecem uma relação comercial com os hospitais; e funcionários que prestam os serviços de saúde, além dos interesses da própria gerência hospitalar e do governo que têm foco nos objetivos técnicos e no alcance de metas programáticas da política de saúde (NOGUEIRA, 1999). Fitzsimmons e Fitzsimmons (2000) acrescentam ainda a influência da família e da comunidade nesse complexo sistema de serviços.

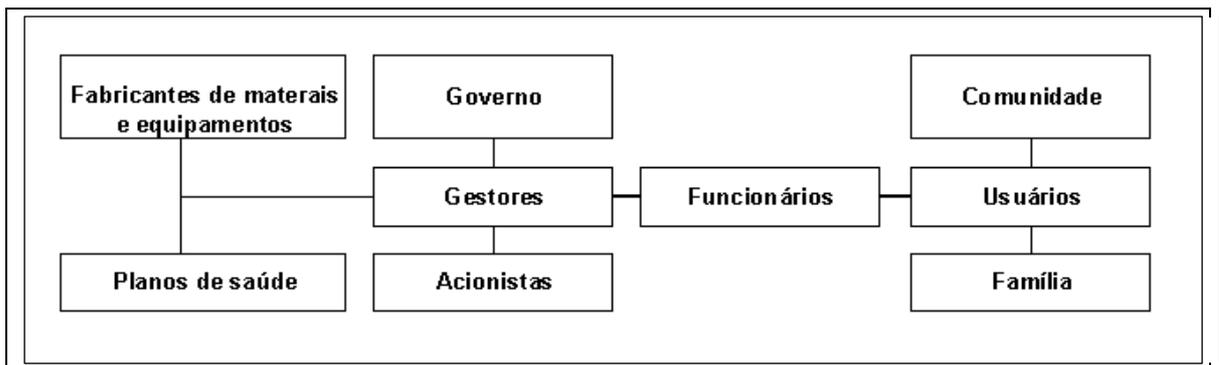


FIGURA 2.2 Sistema de Saúde

Fonte: Adaptado de Nogueira (1999)

Além das particularidades do próprio setor de saúde, é possível enumerar também algumas diferenças no que se refere ao gerenciamento da qualidade dos serviços prestados. Enquanto no setor industrial, por exemplo, as falhas são altamente previsíveis e a medição da qualidade é realizada sobre parâmetros claros e objetivos, em um hospital, por exemplo, muitas falhas são imprevisíveis, já que são inúmeras as variáveis envolvidas em um processo na área de saúde (NAVEH e STERN, 2005).

A alta variabilidade demandada e o fato de os pacientes se comportarem subjetivamente de maneiras diferentes dificultam a padronização dos processos e a

racionalização da oferta de serviços de saúde (GURGEL Jr. e VIEIRA, 2002). A chamada “qualidade de conformidade”, ou seja, aquela relacionada ao cumprimento de normas e especificações prévias (MEIROVICH, BRENDER-ILAN e MEIROVICH, 2007), é difícil de ser aplicada no setor de saúde, uma vez que o ambiente é dinâmico e imprevisível, sendo comum a adaptação de processos para o sucesso do serviço (MATHEWS e THOMAS, 2007).

O mesmo autor destaca para o fato de no setor de saúde haver uma dependência dos pacientes para com os prestadores de serviço. Isso se deve ao fato de o conhecimento da área de saúde ser de certa forma indisponível para o cliente, fazendo-o se sentir incapaz de avaliar a qualidade técnica do serviço prestado e de interferir nesse processo.

De acordo com Lima-Gonçalves (2002), é muito claro o distanciamento entre esses dois elos da cadeia. De um lado, encontra-se o prestador do serviço de saúde, detentor do conhecimento essencial para o sucesso do tratamento, e, do outro, o paciente, dependente e confiante das habilidades do primeiro.

Um reflexo do desalinhamento entre esses dois elos da cadeia de serviço de saúde é claro quando é percebida a relutância por parte dos pacientes em descrever uma experiência ou um incidente negativo enquanto estão sob dependência do prestador do serviço (NELSON e NIEDERBERGER, 1990). Isso acontece principalmente pelo medo de serem mal atendidos quando precisarem de cuidados novamente (TAX e BROWN, 1998).

Outra característica marcante deste setor é o distanciamento entre o prestador do serviço de saúde e os seus clientes. Por um lado, percebe-se ainda a cultura de que,

pelos profissionais de saúde, principalmente os médicos, o fato de terem o conhecimento técnico que pode salvar vidas, eles devem ser “endeusados” por alguns pacientes. Por outro, são claros o papel e a posição de superioridade desempenhados pelos prestadores de serviços de saúde no ambiente profissional.

Aqueles que valorizam demasiadamente a independência e a autonomia procuram um distanciamento emocional dos pacientes (GODFREY e SILVEIRA, 1997) e, apesar de considerarem o erro algo inaceitável, têm muita dificuldade em assumirem a responsabilidade por suas falhas (MATHEWS e THOMAS, 2007).

Comportamentos de independência munidos de mecanismos de proteção desenvolvidos principalmente por esta classe de profissionais de saúde faz com que as atividades de gerenciamento da qualidade sofram forte resistência e fiquem fadadas ao fracasso (GURGEL Jr. e VIEIRA, 2002). Segundo pesquisas realizadas com médicos da Austrália, Canadá, Estados Unidos, Grã-Bretanha e Nova Zelândia (BLENDON e BENSON, 2001), somente de 33% a 40% deles acreditavam que avaliações do paciente poderiam servir para aprimorar a qualidade.

Nesse setor, também há particularidades no que se refere à avaliação da qualidade, uma vez que o cuidado recebido pelo paciente é produto de um grande número de cuidados parciais, que vão se complementando a partir da interação entre os vários prestadores de serviço, e faz com que seja necessária uma maior comunicação entre as equipes (MATHEWS e THOMAS, 2007). Sem contar que o ciclo de atendimento é composto por diversos tipos de especialistas, o que também dificulta o processo de integração do serviço (CECÍLIO e MERHY, 2003).

As organizações de saúde permanecem organizadas nas linhas de especialidades acadêmicas tradicionais ao invés de construírem unidades práticas que integrem o ciclo de atendimento e ofereçam valor aos pacientes. Agindo como unidades isoladas, com equipes que nunca se encontram e com informações sem compartilhamento, é difícil oferecer um serviço de qualidade, na percepção dos clientes (PORTER e TEISBERG, 2007). Enquanto, por um lado, os pacientes têm direito à privacidade; por outro, o sistema de saúde necessita de informações confiáveis para oferecer um tratamento melhor.

Um dos principais desafios da gestão de saúde atual está em conseguir coordenar adequadamente esse conjunto diversificado, especializado, fragmentado de atos individuais, de modo que eles resultem em um cuidado coordenado, eficaz e de qualidade (MERHY e CECILIO, 2003). Somente desta maneira será possível a oferta de um serviço com maior valor aos pacientes (PORTER e TEISBERG, 2007).

Administrar o alto grau de interação e envolvimento emocional entre clientes e prestador de serviço, de forma a minimizar as falhas existentes e oferecer um serviço de qualidade na percepção dos clientes, tem sido outro desafio presente na gestão da qualidade de organizações de saúde. Para tal não basta reunir o melhor corpo clínico (NOGUEIRA, 1999); há uma série de outros fatores essenciais para o sucesso desta operação, como, por exemplo, o treinamento em atendimento aos clientes, uma prática ainda incomum no setor (BATALDEN e SPLAINE, 2002), atitudes positivas de empregados, disponibilidade de especialistas, conhecimento e competência dos médicos, oferta de serviços variados com modernas tecnologias, administração competente e, ainda, um eficiente sistema de custos e de pagamento (HAYS, 1987).

2.5 FALHAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

De acordo com José Agenor Silveira (GODFREY e SILVEIRA, 1997), “a parte mais difícil na implementação de um programa de qualidade, em qualquer instituição de saúde, é definir o que é qualidade na área de saúde”. Donabedian (1980) conceitua qualidade de serviços de saúde como sendo tudo aquilo que possa aumentar uma medida abrangente de bem-estar ao paciente, após considerar-se o balanço de ganhos e perdas esperados, intervenientes em todas as etapas do processo.

Segundo o autor, tal qualidade compreende dois domínios: o técnico e o interpessoal. O primeiro abrange a aplicação da ciência e da tecnologia da medicina na administração de um problema pessoal de saúde. Neste domínio se encontram as falhas por erro médico, como a oitava causa de morte nos Estados Unidos (HERZLINGER, 2006) – de 44.000 a 98.000 todo ano (INSTITUTE OF MEDICINE, 2000). Segundo o Manual de Orientação Ética Disciplinar do Conselho Federal de Medicina (JORGE, 2008), a falha do médico no exercício da profissão, ou erro médico, é definida como:

É o mau resultado ou resultado adverso decorrente da ação ou da omissão do médico, por inobservância de conduta técnica, estando o profissional no pleno exercício de suas faculdades mentais. Excluem-se as limitações impostas pela própria natureza da doença, bem como as lesões produzidas deliberadamente pelo médico para tratar um mal maior (JORGE, 2008).

Segundo pesquisas (DUBOIS e BROOK, 1988; BROOK et al. 1990; LEAPE, 1994; INSTITUTE OF MEDICINE, 2000), mais de um terço dos procedimentos hospitalares expõe os pacientes a riscos sem trazer melhorias à sua saúde; um terço dos medicamentos prescritos pelos médicos não são indicados e um terço dos testes de laboratórios que apresentam resultados anormais não são analisados pelos médicos.

Ainda neste contexto registram-se as falhas por infecções hospitalares. Em um artigo de 1993, Gonzáles (1993) apresenta números que assustam: 300 mil pessoas sofrem infecções hospitalares e 41 mil morrem (6,5%). Esta constatação, segundo o autor, é apenas uma pequena parte do problema. Em 1980, o Colégio Brasileiro de Cirurgiões identificou que apenas 2,66% dos hospitais brasileiros pesquisados registravam dados e controlavam suas infecções hospitalares. O mesmo autor considera tais ocorrências como defeitos da qualidade do atendimento prestado, ou seja, falhas no serviço. Para classificá-las, portanto, dentre aquelas apresentadas no modelo proposto, buscou-se seu conceito:

Infecção hospitalar é toda e qualquer infecção que tenha relação com o período de internação ou com os procedimentos hospitalares recebidos pelo paciente, e que se apresente durante o período de internação ou mesmo após alta. As causas da Infecção Hospitalar são: esterilização e desinfecção inadequada dos artigos e equipamentos, quebra nas rotinas de limpeza do hospital, quebra dos procedimentos de rotina da enfermagem e falta de compromisso de todos os profissionais (HOSPITAL MEMORIAL, 2008).

Entende-se que, apesar de existirem alguns casos de transmissão de infecções entre pacientes (infecção cruzada) (VEIGA e PADOVEZE, 2003), as infecções hospitalares são, em sua grande maioria, conseqüências de falhas causadas basicamente pela execução incorreta de procedimentos hospitalares por parte dos profissionais de saúde.

Nos Estados Unidos, um milhão de pacientes são vítimas de erro médico por ano. Em unidades de terapia intensiva neonatal e pediátrica naquele país a ocorrência de erro é preocupante: estima-se que 15% das internações sejam acompanhadas de erro médico (INTERNEWS, 2008).

No Brasil, têm sido cada vez mais freqüentes os recursos aos Códigos Civil e do Consumidor em ações de danos materiais e imateriais advindos do erro médico

(JORGE, 2008). Estatísticas mostram que as ações relativas a danos morais e a direitos do consumidor subiram 7 vezes em 5 anos. De 2003 para 2004, o aumento foi de quase 80%. O Colégio Brasileiro de Cirurgiões revela que 14% dos médicos brasileiros já foram processados em decorrência da alegação de erro médico (INTERNEWS, 2008).

É importante destacar, entretanto, que 75% a 80% dos processos por erro médico abertos no Brasil são considerados improcedentes. Isso acontece predominantemente pela propaganda mal dimensionada sobre os resultados positivos dos procedimentos realizados (INTERNEWS, 2008).

Promete-se demais sem levar em conta que a medicina não é uma ciência exata e que nem sempre o organismo do paciente e sua disciplina no pós-operatório são satisfatórios (DURAN, 2008). Entretanto, apesar do erro médico ser, por diversas vezes, decorrente de um problema sistêmico: infra-estrutura deteriorada, jornadas excessivas de trabalho, falta de medicamentos e despreparo da mão-de-obra de suporte e na percepção dos clientes, ele está relacionado à falta de competência técnica do médico que prestou o serviço (INTERNEWS, 2008).

A melhoria de aspectos técnicos do serviço traz ganhos no que se refere a custos, na gestão do conhecimento de saúde e na disseminação de melhores práticas entre os profissionais envolvidos na prestação do atendimento (PORTER E TEISBERG, 2007). Porém, para os clientes, incapazes de julgar a qualidade técnica, essas melhorias são mais perceptíveis quando implementadas com outro foco, como, por exemplo, na otimização dos processos de atendimento (DONABEDIAN, 1985; NELSON e NIEDERBERGER, 1990, GURGEL JR. e VIEIRA, 2002).

Donabedian (1980) apresenta outro domínio que concentra o maior número de reclamações de clientes, relacionado à administração da interação social e psicológica entre o cliente e os profissionais, além das propriedades do ambiente em que o cuidado é proporcionado. Neste domínio estão referenciadas a maior parte das reclamações, uma vez que os clientes se sentem mais seguros em avaliá-lo (GURGEL JR. e VIEIRA, 2002). Por este motivo, também, ele é o responsável pelo aumento significativo da satisfação (KORSCH, GOZZI e FRANCIS, 1968), apesar de não conseguir mascarar os casos de competências técnicas ineficientes (WILLSON e MCNAMARA, 1982).

Diversos são os estudos que buscaram identificar os motivos que levam os clientes de hospitais à insatisfação. E os resultados mostram uma grande variedade: a utilização de estudantes de medicina como profissionais de saúde (muitas vezes sem a supervisão adequada), a prescrição de medicamentos caros (FRANCO e CAMPOS, 1998), a indisponibilidade de vacinas e medicamentos, além de fatores inter-relacionais (SANTOS, 1995).

Os clientes que procuram o serviço de saúde buscam uma aproximação maior com o prestador do serviço, um contato mais humano, uma comunicação mais fácil (NAHAR, 2002), serem ouvidos e poderem conversar sobre o que sentem (BARON-EPEL, DUSHENAT e FRIEDMAN, 2001). De acordo com Larson et al. (1996), a qualidade de um serviço está relacionada diretamente à capacidade de os profissionais de saúde se comunicar com o cliente e oferecerem informações-chave para a solução de seu problema.

Segundo Wennberg (2005), pacientes mal informados acabam por pressionar os médicos a tomarem alguma atitude tal como prescrever antibióticos e realizar

exames desnecessariamente. O motivo que leva esses profissionais a se sentirem obrigados a prestar a “medicina defensiva” se deve essencialmente às ameaças dos pacientes em processá-los por imperícia médica. Dessa maneira, diagnósticos em excesso e tratamentos redundantes são formas encontradas pelos profissionais de saúde de convencer os pacientes e familiares de que foi feito o possível para a recuperação da saúde do cliente.

Os ganhos com o fornecimento de informações aos pacientes também impactam no nível de sua ansiedade. Dentre os padrões adotados pela *Joint Commission International*, um deles se chama “educação” dos doentes. Segundo relatos da coordenadora de acreditação do INTO – Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia, Isabela Simões, o paciente recebe todas as explicações sobre o tratamento, assim como qual a cirurgia mais indicada, os perigos inerentes e como será a recuperação. Isso fez com que diminuíssem os casos de hipertensão nas internações (ENGELBRECHT, 2007).

Leckie, Bull e Vrij (2006) também identificaram que entre os aspectos mais importantes para a avaliação da qualidade dos serviços de saúde, sob a ótica do cliente, estão variáveis de comunicação: obtenção de explicação sobre o tratamento, um contato amigável, receber informações sem ter que perguntar, médico manter um contato visual ao conversar, médico incentivar o paciente a fazer perguntas, que ele ouça o ponto de vista do paciente sobre a doença / tratamento, que ele pergunte sobre suas emoções e sentimentos referentes à doença / tratamento etc.

Souza (1997) aponta também outros critérios derivados da opinião de usuários: ser tratado com cortesia pela equipe e ser reconhecido por ela e haver enfermeiros disponíveis na unidade. A falta de pessoal foi uma falha freqüentemente citada por

pacientes em uma pesquisa em três hospitais do Rio de Janeiro (ALVES, 2006). Segundo esta pesquisa, algumas características dos serviços de saúde, tais como a alta especialização dos funcionários e a imprevisibilidade da demanda, dificultam a presciência da quantidade ideal de pessoal a ser alocada para a prestação dos serviços. Com isso, torna-se comum a utilização de estagiários para o cumprimento de parte dos serviços, assim como o uso de horas extras e duplas jornadas por parte dos profissionais de saúde.

Nesse ambiente, marcado pela vulnerabilidade e pela incapacidade de interferência ou julgamento técnico sobre o serviço de saúde recebido, é natural que os clientes busquem estabelecer uma relação de confiança com os prestadores do serviço.

Segundo Jabnoun e Chaker (2003), a confiança é a dimensão mais importante na avaliação do serviço de saúde, embora por parte dos profissionais, principalmente os médicos e os enfermeiros, esta relação de confiança se limita a aspectos técnicos e não inclui o envolvimento afetivo-emocional esperado pelos pacientes (EISENBERG, 1997).

Uma pesquisa realizada em 120 hospitais nos Estados Unidos constatou que mais de 25% dos pacientes tinham recebido um tratamento frio e impessoal (LAGNADO, 1997). Outra pesquisa realizada com pacientes em Bangladesh identificou que muitas pessoas deixaram de procurar serviços de saúde após se depararem com comportamentos insensíveis por parte dos profissionais (COCKROFT, 1999).

Como forma de tentar minimizar os efeitos das falhas relacionadas ao aspecto interpessoal do serviço, algumas universidades de medicina nos Estados Unidos têm modificado seus currículos para realçar as qualidades humanísticas inerentes

ao trabalho médico. É sugerido que os estudantes aprendam, por exemplo, habilidades de comunicação.

Os clientes, pelas particularidades envolvidas nos serviços de saúde, principalmente a condição emocional dos pacientes, familiares e acompanhantes, esperam um relacionamento mais próximo dos prestadores de serviços, cortesia, empatia dos funcionários (ANGELOPOULOU, KANGIS e BARIS, 1998), comunicação e reconhecimento dos pacientes mais freqüentes (BOWERS, SWAN e KOEHLER, 1994).

Segundo Nelson e Niederberger (1990), a avaliação das dimensões do serviço pode variar de acordo com o momento em que o cliente se encontra na experimentação do serviço. Estes autores comentam que enquanto os clientes estão recebendo o serviço, predominam as dimensões de sensibilidade, tais como o sentimento e as emoções; e a satisfação neste momento está diretamente ligada ao relacionamento interpessoal com os prestadores de serviço.

Já em um momento posterior ao recebimento, os clientes passam a valorizar mais os aspectos técnicos, as melhorias clínicas e a possibilidade de continuarem o tratamento. Resultados que evidenciam esta conclusão foram obtidos na pesquisa da HNPSP – *Health, Nutrition, and Population Sector Programme*, em hospitais de Bangladesh, que observou que, quando abordados durante o recebimento dos serviços, os clientes relataram problemas com o comportamento dos prestadores: ausência de profissionais (ocupados com assuntos particulares, algumas vezes), duração curta da consulta (de 2 a 3 minutos), inexistência de privacidade durante o contato com os médicos e a falta de pontualidade para abertura dos hospitais.

No entanto, em um segundo momento, ao avaliarem o serviço como um todo, a principal fonte de insatisfação estava relacionada à falta de medicamentos nos hospitais (HNPS, 2006), ou seja, aspectos mais técnicos e administrativos.

Diversos outros autores pesquisaram os fatores que influenciam na satisfação de clientes dos serviços de saúde. Corey e Posevac (1982), por exemplo, encontraram: suporte e cortesia, competência técnica percebida, resposta imediata às chamadas ao “botão de emergência” e o fornecimento de respostas claras a dúvidas dos pacientes (WOOLEY et al., 1978).

A comunicação juntamente com o excesso de ruído na enfermaria e o longo tempo de espera para ser atendido foram as falhas mais citadas na pesquisa de Torres (2003) em três hospitais do Rio de Janeiro.

Brown e Swartz (1989) destacam oito aspectos: interações de auxiliares, comunicação com auxiliares, competência profissional, precisão do diagnóstico, responsabilidade profissional, profissionalismo, comodidade de horários e comodidade de localização.

Nelson e Niederberger (1990), ao realizarem uma pesquisa com dez hospitais nos Estados Unidos, no intuito de identificarem o hiato existente entre os indicadores sugeridos pelos teóricos (DONABEDIAN, 1980; JCAHO, 1990) e os utilizados na prática, estruturaram os 25 indicadores encontrados em 6 grupos, conforme Tabela 2.3:

TABELA 2.3 Indicadores identificados por Nelson e Niederberger (1990)

Acesso	Localização Horário de atendimento Serviços externos ao hospital Facilidade para marcação de consultas Tempo para conseguir marcar uma consulta Tempo de espera no hospital
Setor administrativo	Ambiente Alimentação Serviços complementares Pagamento Monitoramento da qualidade
Setor clínico	Qualificações do hospital Qualidade técnica prestada Resultado final do processo
Relacionamento interpessoal	Possibilidade dos clientes participarem com sugestões ou reclamações Comportamento das equipes Tempo de duração da consulta Respeito/ Privacidade Esclarecimento de dúvidas sobre o serviço
Continuidade do tratamento	Intenção de retornar/ continuar o tratamento Paciente consegue identificar seus prestadores de serviço Médico responsável tem conhecimento sobre histórico de pacientes Frequência de troca de prestadores de serviço Recomendação a outros
Satisfação geral	Satisfação geral sobre o serviço

Camilleri e Callaghan (1998) obtiveram na literatura e em entrevistas com gestores de instituições de saúde uma série de atributos na avaliação da qualidade dos serviços hospitalares (Tabela 2.4). Estes autores identificaram que no setor privado os principais aspectos considerados na escolha de um hospital foram um ambiente agradável (25%), um serviço personalizado (21%) e um serviço técnico e profissional de qualidade (17%). No que se refere às falhas, 29% das reclamações estavam relacionadas à comodidade do paciente (grupo 4) e 29% relacionado ao ambiente hospitalar (grupo 2).

TABELA 2.4 Atributos considerados por Camilleri e Callaghan (1980)

Grupo 1- Fornecimento de comidas:	Menu Qualidade da comida
Grupo 2- Ambiente hospitalar:	Móveis Limpeza Apresentação geral do ambiente
Grupo 3- Qualidade técnica e profissional:	Enfermeiros Médicos Instrumentos utilizados
Grupo 4- Comodidade do paciente:	Conforto Privacidade Horários de visitação
Grupo 5- Personalização do serviço:	Confidencialidade Informações oferecidas Atenção pessoal
Grupo 6- Acessibilidade:	Lista de espera Tempo de espera

Powers e Bendall-Lyon (2000), usando como referência o modelo de Donabedian (1980) que classifica as atividades de saúde como sendo de caráter estrutural ou processual, pesquisaram o impacto de programas de gestão de reclamações na quantidade de reclamações registradas (estruturais ou processuais). Para isso, consideraram os seguintes atributos (Tabela 2.5):

TABELA 2.5 Atributos considerados por Powers e Bendall-Lyon (2000)

Estrutural	Comida, ambiente, equipamentos, pagamento, achados e perdidos.
Processual	Médicos, <i>staff</i> , comunicação, tempo de atendimento e cuidado continuado.

Os pesquisadores encontraram que 80% das falhas eram processuais, sendo elas relacionadas ao *staff* (29%), aos médicos (16%), ao tempo de atendimento (16%), à comunicação (16%) e à continuidade no tratamento (3%). Por sua vez, as 20% das

falhas estruturais estavam relacionadas a equipamentos (7%), ambiente (6%), comida (4%), pagamento (2%) e achados e perdidos (1%).

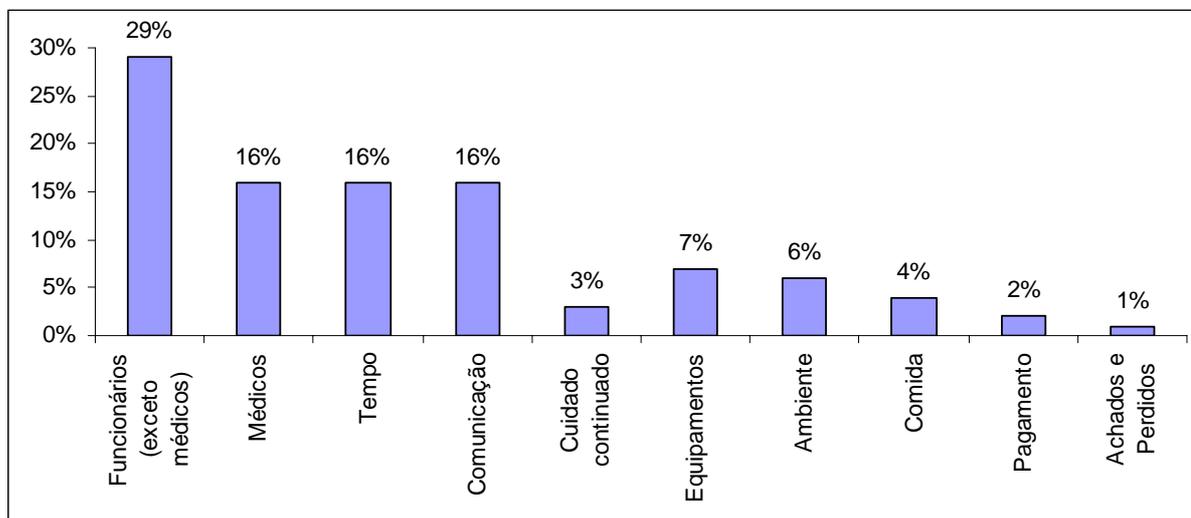


FIGURA 2.3 Reclamações por categoria - Powers e Bendall-Lyon (2000)

Os autores identificaram, durante a realização da pesquisa, um aumento de 125% nas reclamações após a implantação de um programa de gestão de reclamações no hospital, sendo que as relativas à estrutura cresceram 325% e 96,5%, as relacionadas a processos.

Em um estudo realizado com os hospitais do grupo EPE – Entidade Pública Empresarial em Lisboa, durante o ano de 2005 (HOSPITAIS EPE, 2008), identificaram-se algumas variáveis importantes na avaliação dos clientes. Duas delas mostraram impactar de maneira mais intensa na sua satisfação: a imagem e as instalações. A primeira está relacionada ao hospital ser de confiança, ser experiente, preocupar-se com seus pacientes e ser inovador e tecnologicamente avançado. A segunda variável se refere à limpeza e à higiene das instalações, ao conforto e à comodidade das enfermarias e à segurança e privacidade.

Uma terceira variável percebida, cujo impacto na satisfação se mostrou ser menor do que nas apresentadas acima, mas importante de ser destacada, se refere aos médicos: atenção e disponibilidade demonstrada pelo médico, competência e profissionalismo, a forma como os eles explicam a condição de saúde do paciente e compartilham com ele as decisões sobre o tratamento e cuidados a serem seguidos e as explicações dadas sobre medicamentos e exames.

Outras falhas que ainda merecem destaque são o longo tempo de espera para o atendimento, atrasos e filas grandes, problemas com equipamentos e instrumentos de trabalho, perda de documentos e papéis e materiais de trabalho fora do lugar (NELSON, BATALDEN e RYER, 1998). Franco e Campos (1998), pesquisando um hospital público universitário em São Paulo, identificaram 19% de falhas relacionadas à demora no atendimento, sendo a média de espera de 3 horas e 36 minutos e a ocorrência de 13 casos de 7 horas de espera para serem atendidos.

Outros estudos sobre o assunto (HILL, WINFREY e RUDOLPH, 1997; KANE, 1997; MOORE, 1998; NAVEH e STERN, 2005) mostram que além da melhoria do quadro clínico do paciente, o tempo de espera para atendimento tem um forte impacto no aumento da satisfação dos clientes de hospitais e que este é o principal motivo pelos quais as organizações são abandonadas (SHERMAN, 1999).

O chamado “julgamento de custo de oportunidade”, feito pelos clientes enquanto aguardam para serem atendidos, considera que quando os benefícios esperados são superiores aos custos de espera pelo serviço, o paciente tende a aguardar o atendimento. Caso contrário, o paciente pode se deslocar a outro prestador de serviço ou decidir por receber tal serviço de ninguém.

Por se tratar do setor de saúde, um serviço na maioria das vezes necessário à sobrevivência humana, o tempo de espera já está inserido na expectativa dos clientes, chamados de “pacientes”. Uma vez que isso se torna uma regra, e não a exceção, as equipes de atendimento passam a enxergar longas esperas com normalidade e como obrigação dos pacientes a sua tolerância (FOTTLER e FORD, 2002).

Entre as alternativas existentes para a solução deste problema, Alves (2006) identificou que alguns hospitais no Rio de Janeiro têm realizado o pré-processamento dos métodos a fim de tornar o atendimento mais rápido no momento em que o paciente chega ao hospital. Isso é feito no dia anterior à internação, quando os dados dos pacientes são previamente enviados ao hospital.

Apesar das inúmeras particularidades, as organizações de saúde perceberam, no decorrer dos anos, a necessidade de terem foco na qualidade, na satisfação de seus clientes-pacientes, na redução de custos (BERWICK, 1996; COSTA, 1996; GODFREY e SILVEIRA, 1997) e na melhoria de processos (HERZLINGER, 2006).

De acordo com Decker e Strader (1998), nos Estados Unidos, cerca de um sexto do PIB é gasto com assistência médica, além de ser um dos setores de serviços que mais recebe críticas, ficando atrás apenas de restaurantes, oficinas de automóveis e bancos (TAX e BROWN, 1998).

Nesse contexto de competição de soma zero, custos altíssimos, ineficiência operacional e sem ofertar valor aos pacientes (PORTER e TEISBERG, 2007), o setor de saúde vem tentando se movimentar em prol do aprimoramento da qualidade e do aumento na satisfação e na fidelização de seus clientes, minimizando

erros e recuperando os serviços prestados fora do padrão de normalidade. Este movimento pode ser verificado analisando o ACSI – *American Customer Satisfaction Index* (THE ACSI, 2008), um indicador nacional de satisfação dos clientes (Figura 2.4). O setor de hospitais que em 1997 estava apenas com 67% de seus clientes satisfeitos, no ano de 2007 atingiu o maior indicador dos últimos 10 anos, 77% de satisfação. Percebe-se na figura 2.5 que, apesar de não ter sido contínua, a satisfação dos clientes de hospitais tem sido crescente desde 1997.

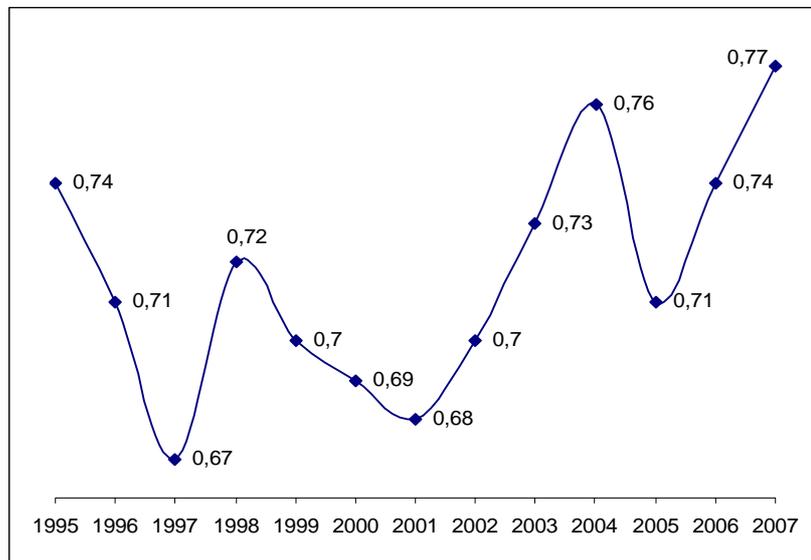


FIGURA 2.4 Índice de satisfação ACSI Hospitais

Apesar de ser um movimento crescente, quando comparado a outros setores, percebe-se que o índice de satisfação dos clientes de hospitais ainda tem muito que melhorar (Figura 2.5).

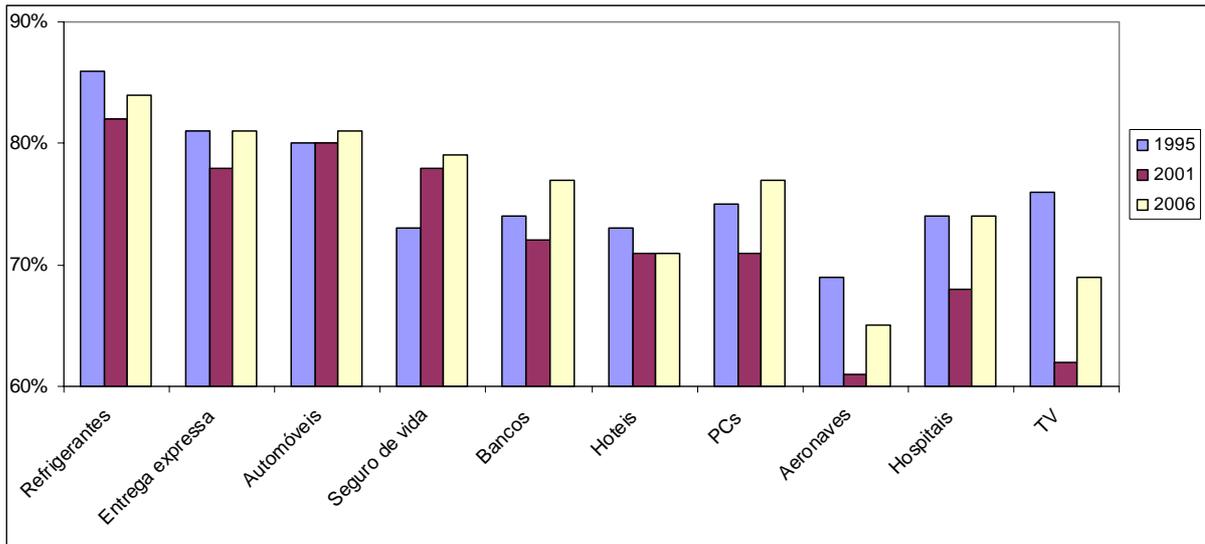


FIGURA 2.5 Evolução do índice de satisfação por setor

Nos estudos referentes à relação entre a satisfação e a fidelização de clientes de hospitais, Jones e Sasser (1995) conseguiram projetar uma curva (Figura 2.6) representando esta relação, de onde se podem tirar algumas conclusões. Segundo os autores, em situações em que os clientes dispõem de uma variedade de alternativas, custos relativamente baixos para mudança de produto ou serviço, pouca regulamentação governamental limitando a concorrência e poucos programas de promoção da fidelização e a curva satisfação-fidelização se assemelham ao do setor automobilístico. À medida que a concorrência / as alternativas de produtos ou serviços são reduzidas, ou os “custos de reposição” são altos, a curva toma o aspecto da de serviços telefônicos locais.

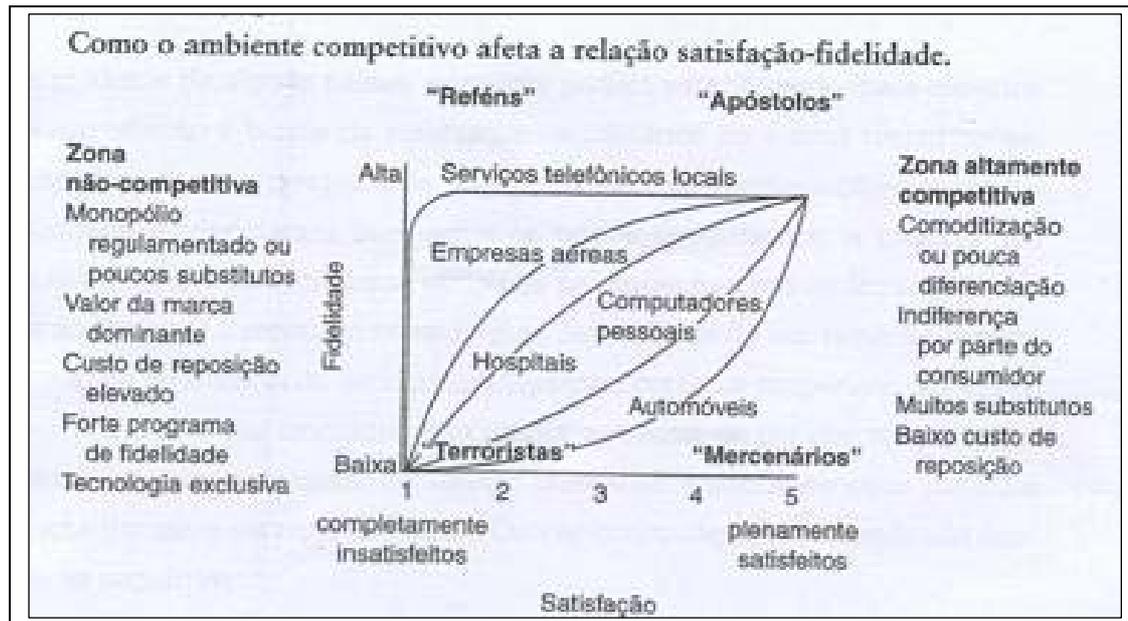


FIGURA 2.6 Relação satisfação-lealdade por setor

Fonte: JONES, T.O. AND SASSER, W.E. Jr. Why satisfied customers defect. **Harvard Business Review**, Vol. 73, N. 6, pp 88-99, November- December, 1995.

No caso dos hospitais, vê-se que uma variação na satisfação provoca pouca reação na fidelidade do cliente (quando comparada ao setor de automóveis e computadores pessoais), ou seja, os clientes são "naturalmente" mais fiéis. Nesse estudo, os clientes de hospitais são considerados "menos fiéis" apenas dos clientes de empresas aéreas e de serviços telefônicos locais, onde há poucos incentivos para a mudança de fornecedor. A classificação dos clientes segundo Jones e Sasser (1995) se assemelha à classificação de "unhappy but static" de Gemme (1997). Este autor classifica os consumidores em quatro categorias:

- *Safe*: satisfeitos e com pouca tendência a mudarem de fornecedores.
- *High Risk*: insatisfeitos e com alta tendência a mudarem de fornecedores.
- *Unhappy but static*: insatisfeitos, mas fiéis. São os alvos das empresas concorrentes.

- *Happy but mobile*: satisfeitos e com alta tendência a mudarem de fornecedores. São os principais alvos dos programas de fidelização.

Esses consumidores, portanto, são em grande parte aqueles que mesmo insatisfeitos com os serviços recebidos, permanecem fiéis à organização. Entre os motivos para tal comportamento estão: a falta de escolha (MITTAL e LASSAR, 1998; ZEITHAML e BITNER, 2003), a restrição de escolha imposta pelo plano de saúde (PORTER e TEISBERG, 2007), o alto custo de mudança, a pequena diferença do serviço prestado pelos concorrentes e os aspectos como hábito a freqüentar tal organização (BITNER, 1990; ENNEW e BINKS, 1996).

Colgate e Norris (2001) destacam também que os consumidores podem permanecer fiéis às organizações por terem uma opinião consolidada sobre o prestador do serviço e acreditarem que a falha foi atípica.

No presente estudo considerou-se como fiel aquele cliente que recomenda o serviço de uma determinada empresa (HESKET ET AL., 1994). O motivo de ter utilizado tal conceito deve-se primeiramente às particularidades do serviço de saúde, em que a freqüência de um cliente a um hospital não significa fidelização e sim, mesmo sem a sua vontade, a necessidade de se obter um serviço de saúde.

Em se tratando de saúde, muitas vezes o cliente não pode nem escolher o local onde deseja obter o serviço, e acaba por ser atendido em um mais próximo geograficamente de onde ele encontra-se. Estes são alguns dos empecilhos encontrados quando se estuda a fidelização de serviços de saúde.

2.6 PRÁTICAS DE RECUPERAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES

Uma das maneiras para se minimizar os efeitos de falhas de saúde na percepção da qualidade por parte dos clientes é por meio do uso de práticas de recuperação de serviços, em estágio preliminar neste setor (BECKER, 2000). Nesses serviços em que há um alto grau de interação entre os elos da cadeia de serviço, em cujo estado emocional dos clientes e familiares pode agravar ainda mais as falhas (MATTILA, 2003), a recuperação tem sido muito bem recebida e considerada como um dos direcionadores mais importantes para a satisfação (SAREL E MARMORSTEIN, 1999).

Torres (2003) identificou em três hospitais no Rio de Janeiro a utilização de algumas práticas de recuperação tangíveis e intangíveis. As tangíveis vão desde o fornecimento de alimentação e dinheiro para o transporte nos casos de agendamentos errados até o ressarcimento financeiro de um relógio *Rolex* de R\$ 1.700,00, perdido dentro do hospital. A recuperação intangível, mais freqüentemente adotada pelos hospitais, consta do fornecimento de respostas, desculpas e explicações sobre o erro.

Segundo Corey e Posevac (1982), um comportamento simples, como o fornecimento sincero de informações sobre o ocorrido, em alguns casos, é capaz de minimizar e até superar os efeitos negativos das falhas entre aqueles clientes com alto comprometimento com a organização. Isso se dá uma vez que os pacientes estão envolvidos emocionalmente com os prestadores do serviço e, portanto, mais propensos a aceitarem tais práticas. Shemwell, Cronin e Bullard (1994) pesquisaram três categorias de serviços e identificaram que quanto maior o envolvimento

emocional entre as partes, maior é a probabilidade de o cliente “perdoar” o prestador do serviço em caso de falhas.

As vantagens de se usar as práticas de recuperação de serviços vão desde o aumento na fidelização dos clientes (HESKETT, SASSER e HART, 1990; STRASSER e DAVIS, 1991; SHAW, 1992) à redução do tempo de hospitalização do paciente (LOCKMAN, 1983). Schweikhart, Strasser e Kennedy (1993) apontam para os benefícios financeiros, maior integração estrutural e comportamental da organização, melhoria de desempenho dos funcionários e, finalmente, a construção de relacionamento de longo prazo com os pacientes. Entre os aspectos que impactam nos benefícios financeiros, destacam-se os lucros estimados com os atuais clientes, a redução da comunicação boca-a-boca negativa, além de redução de ações legais contra a organização.

Na saúde, a comunicação boca-a-boca merece uma atenção ainda maior do que nos outros setores, uma vez que os consumidores deste tipo de serviço são muito influenciados pela experiência relatada por outros pacientes (GEMME, 1997), justamente na busca pela confiança com os prestadores do serviço (JABNOUN e CHAKER, 2003). Dessa forma, torna-se muito importante que o foco de práticas de recuperação de serviços não se fixe apenas nos pacientes, mas também naqueles que estão mais próximos dele, como a família e os amigos. Segundo Gemme (1997), estas são práticas mais difíceis de satisfazer.

Outro benefício das práticas de recuperação e conseqüente aumento na fidelização dos clientes é a redução no nível de ansiedade daqueles que buscam um serviço de saúde, algo muito importante em se tratando de trabalhos tão complexos como os de saúde (NELSON-WERNICK et al., 1981).

2.7 CONSTRUÇÃO DO MODELO DE CLASSIFICAÇÃO DE FALHAS EM SERVIÇOS HOSPITALARES

Para compreender melhor os diversos tipos de falhas existentes na prestação dos serviços de saúde e permitir uma análise mais detalhada acerca de cada uma dessas categorias, buscou-se propor um modelo de classificação de falhas específicas para este setor.

Para tanto, primeiramente estudaram-se alguns modelos pré-existentes de classificação de falhas em outros setores, tais como varejo e hotelaria. Em um segundo momento, buscou-se identificar dimensões e atributos valorizados e observados pelos clientes de serviços de saúde, assim como estudos sobre as falhas nesse tipo de serviço. Durante esta etapa, foram identificados dois estudos que auxiliaram bastante na construção do modelo proposto no presente trabalho: Donabedian (1980) e Stiles e Mick (1994).

2.7.1 Modelo Conceitual de Donabedian (1980)

Donabedian classifica as atividades de saúde a partir de três aspectos que se relacionam: estrutura, processo e resultado.

TABELA 2.6 Atributos considerados por Donabedian (1980)

Estrutura	Número de médicos e outros profissionais, ao <i>status</i> de acreditação e às características das instalações, como <i>layout</i> , <i>design</i> , segurança etc.
Processo	Conjunto de atividades e interações que ocorrem entre os profissionais de saúde e os pacientes; alguns indicadores de processo são: competência no diagnóstico e na prescrição do tratamento, comunicação interpessoal e eficiência na entrega do serviço.
Resultado	Serviço final entregue ao paciente.

O autor destaca ainda a existência de dois domínios na avaliação de um serviço de saúde que podem aumentar o bem-estar do paciente: o domínio técnico e o interpessoal.

TABELA 2.7 Domínios considerados por Donabedian (1980)

Técnico	Aplicação da ciência e da tecnologia da medicina à administração de um problema de saúde.
Interpessoal	Administração da interação social e psicológica entre o cliente e os profissionais, além do ambiente físico onde o serviço é prestado.

2.7.2 Matriz de Stiles e Mick (1994)

Stiles e Mick, usando como base o modelo de Donabedian (1980), desenvolveram uma matriz 3x3 (Tabela 2.9) em que são alocadas as dimensões estrutura, processo e resultado no eixo horizontal, enquanto no eixo vertical são apresentados os domínios técnico, interpessoal e conforto.

Embora Donabedian não separe conforto da dimensão interpessoal, Stiles e Mick optaram por fazer essa distinção. A interação entre linhas e colunas engloba as diversas definições de qualidade em serviços de saúde apresentadas até este momento, representando, portanto, uma forma de esquematizar os diversos entendimentos dos autores (ARAÚJO, 2005). Para Stiles e Mick (1994), cada célula representa um conjunto de definições genéricas de qualidade que são abrangentes em escopo, intuitivamente claras e facilmente aplicáveis, constituindo-se em uma útil ferramenta para aqueles que buscam a melhoria da qualidade na prestação de serviços de saúde.

TABELA 2.8 Matriz de Stiles e Mick (1994)

Domínio	Estrutura	Processo	Resultado
Domínio técnico	Disponibilidade de equipamentos, <i>staff</i> (número e qualificação), programas de treinamento.	Precisão dos diagnósticos e dos tratamentos, prescrição e planejamento adequados dos tratamentos.	Taxas de mortalidade, frequência e distribuição de incidentes, contribuições.
Domínio interpessoal	Impacto de novas tecnologias nas relações, presença de comitê de ética, ouvidoria, assistentes sociais e tradutores.	Natureza das comunicações, relacionamento honesto e franco com pacientes e familiares, sensibilidade.	Satisfação do paciente, paz emocional e espiritual, satisfação dos familiares, fidelização do cliente, indicações, contribuições.
Domínio da comodidade / conforto	Limpeza, presença de conveniências, facilidade de acesso, estacionamento, aparência do <i>staff</i> .	Eficiência no fluxo de pacientes, períodos de espera curtos.	Satisfação do paciente, satisfação dos familiares, indicações, contribuições.

Fonte: ARAUJO, C. A. **Fatores a serem gerenciados para o alcance da qualidade para os clientes internos:** um estudo em um conjunto de hospitais brasileiros. (tese de doutorado) – Instituto Coppead de Administração, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

2.7.3 Estrutura do Modelo

Usando uma estrutura semelhante ao modelo proposto por Stiles e Mick (1994), a pesquisadora buscou na literatura insumos que auxiliassem no processo de categorização de cada uma das células do modelo proposto em grupos de falhas em serviços hospitalares.

Observa-se a seguir a desconsideração do terceiro caráter dos serviços de saúde – os resultados, apresentados nos estudos de Donabedian (1980) e Stiles e Mick

(1994). No presente trabalho, este caráter não foi utilizado, pois não faz parte do escopo do mesmo.

Nas tabelas seguintes são apresentados os conceitos e estudos utilizados na etapa de conceituação e delimitação de cada célula do modelo, assim como seus devidos autores.

TABELA 2.9 Domínio Técnico x Estrutura

Subgrupos do modelo	Citação	Autores
Equipamentos indisponíveis	Disponibilidade de equipamentos	Stiles e Mick (1994) Nelson, Batalden e Ryer (1998) Powers e Bendall-Lyon (2000) Hoffman, Kelley e Chung (2003) Alves (2006)
Falta de pessoal	Número de médicos	Donabedian (1980)
	Disponibilidade de <i>staff</i> (número e qualificação)	Stiles e Mick (1994) HNPSP (2006)
	Faltam especialistas	Hays (1987)
	Uso de estudantes e estagiários	Franco e Campos (1998) Alves (2006)
	Profissionais fazendo uso de horas extras e dupla jornada	Alves (2006)
Falta de medicamentos e materiais complementares ao serviço principal	Instrumentos utilizados	Camilleri e Callaghan (1998)
	Indisponibilidade de vacinas e medicamentos	Santos (1995) HNPSP (2006)

TABELA 2.10 Domínio interpessoal x Estrutura

Subgrupos do modelo	Citação	Autores
Falta de pessoal para ajudar na comunicação entre cliente e hospital (comitês de ética, ouvidores, assistentes sociais, tradutores)	Presença de comitês de ética, ouvidores, assistentes sociais, tradutores.	Stiles e Mick (1994)
	Monitoramento da qualidade Possibilidade de os clientes participarem com sugestões e reclamações	Nelson e Niederberger (1990)

TABELA 2.11 Domínio Comodidade / Conforto x Estrutura

Subgrupos do modelo	Citação	Autores
Inexistência ou falhas nos serviços complementares	Comodidade de horários	Brown e Swartz (1989)
	Comodidade de localização	Nelson e Niederberger (1990)
	Serviços complementares Facilidade/ tempo para conseguir marcar consultas	Nelson e Niederberger (1990)
	Presença de conveniências Facilidade de acesso Estacionamento	Stiles e Mick (1994)
	Horários de visitação	Camilleri e Callaghan (1998)
	Segurança	Donabedian (1980) Hoffman, Kelley e Chung (2003) Hospitais EPE (2008)
	Falhas na política da empresa	Kelley, Hoffman e Davis (1993)

Falhas na limpeza	Limpeza	Stiles e Mick (1994) Camilleri e Callaghan (1998) Hoffman, Kelley e Chung (2003) Hospitais EPE (2008)
Falhas de arquitetura e <i>design</i>	<i>Layout e design</i>	Donabedian (1980) Nelson e Niederberger (1990) Camilleri e Callaghan (1998) Powers e Bendall-Lyon (2000) Hoffman, Kelley e Chung (2003) Hospitais EPE (2008)
	Conforto e comodidade das enfermarias e do quarto	Angelopoulou, Kangis e Babis (1998) Hospitais EPE (2008)
Falhas na aparência dos colaboradores	Aparência do <i>staff</i>	Stiles e Mick (1994)
Falhas na alimentação oferecida	Alimentação	Nelson e Niederberger (1990) Camilleri e Callaghan (1998) Powers e Bendall-Lyon (2000)

TABELA 2.12 Domínio técnico x Processo

Subgrupos do modelo	Citação	Autores
Erros técnicos dos profissionais	Qualidade técnica prestada	Donabedian (1980) Corey e Posevac (1982) Brown e Swartz (1989) Nelson e Niederberger (1990) Camilleri e Callaghan (1998) Powers e Bendall-Lyon (2000) Hospitais EPE (2008)
	Competência no diagnóstico e na prescrição do tratamento	Brown e Swartz (1989) Donabedian (1980) Stiles e Mick (1994)
	Responsabilidade profissional	Brown e Swartz (1989)
Falhas dos profissionais de suporte	Sistema de Pagamento	Nelson e Niederberger (1990)
	<i>Staff</i>	Powers e Bendall-Lyon (2000)
	Problemas na reserva	Kelley, Hoffman e Davis (1993)
	Perda de documentos Materiais fora do lugar	Nelson, Batalden e Ryer (1998)
	Marcação	Campos (2005)

TABELA 2.13 Domínio Interpessoal x Processo

Subgrupos do modelo	Citação	Autores
Falhas de comunicação / informação	Comunicação interpessoal	Donabedian (1980) Brown e Swartz (1989) Bowers, Swan e Koehler (1994) Stiles e Mick (1994) Powers e Bendall-Lyon (2000) Baron-Epel, Dushenat e Friedman (2001) Torres (2003) Leckie, Bull e Vrij (2006) Hospitais EPE (2008)
	Esclarecimento de dúvidas sobre o serviço	Wooley et al (1978) Corey e Posevac (1982) Nelson e Niederberger (1990)
	Informações oferecidas	Kelley, Hoffman e Davis (1993) Larson et al. (1996) Camilleri e Callaghan (1998) Leckie, Bull e Vrij (2006)
	Comunicação com auxiliares	Brown e Swartz (1989)
Falhas no comportamento dos colaboradores	Comportamento das equipes	Nelson e Niederberger (1990)
	Relacionamento honesto e franco com pacientes e familiares Sensibilidade	Stiles e Mick (1994)
	Comportamento do empregado é realmente fora do padrão / no contexto de normas culturais	Bitner, Booms e Tetreault (1990)

Falhas no comportamento dos colaboradores (cont.)	Atenção pessoal Empatia	Corey e Posevac (1982) Bitner, Booms e Tetreault (1990) Kelley, Hoffman e Davis (1993) Souza (1997) Angelopoulou, Kangis e Babis (1998) Camilleri e Callaghan (1998) Leckie, Bull e Vrij (2006)
	Manter contato visual com paciente	Leckie, Bull e Vrij (2006)
	Reconhecer pacientes freqüentes	Bowers, Swan e Koehler (1994) Souza (1997)
	Excesso de ruído na enfermaria	Torres (2003)

TABELA 2.14 Domínio Comodidade / Conforto x Processo

Subgrupos do modelo	Citação	Autores
Falhas no fluxo de pacientes	Eficiência na entrega do serviço	Donabedian (1980)
	Eficiência no fluxo de pacientes	Stiles e Mick (1994)
	Tempo de espera	Bitner, Booms e Tetreault (1990) Nelson e Niederberger (1990) Kelley, Hoffman e Davis (1993) Stiles e Mick (1994) Camilleri e Callaghan (1998) Nelson, Batalden e Ryer (1998) Powers e Bendall-Lyon (2000) Torres (2003)
	Tempo de duração da consulta	Nelson e Niederberger (1990) HNPSP (2006)
	Lista de espera	Camilleri e Callaghan (1998)
	Resposta ao botão de emergência	Corey e Posevac (1982)
	Ocorrência de situações constrangedoras, falta de privacidade	Respeito e privacidade
Situações constrangedoras		Kelley, Hoffman e Davis (1993)
Confidencialidade		Camilleri e Callaghan (1998)

TABELA 2.15 Modelo proposto de classificação de falhas em serviços hospitalares

Domínio	Estrutura	Processo
Domínio técnico	Equipamentos indisponíveis	Erros técnicos dos profissionais
	Falta de pessoal	Falhas dos profissionais de suporte
	Falta de medicamentos e materiais complementares ao serviço principal	
Domínio interpessoal	Falta de pessoal para ajudar na comunicação (comitês de ética, ouvidores, assistentes sociais, tradutores)	Falhas de comunicação / informação
		Falhas no comportamento dos colaboradores
Domínio da comodidade / conforto	Inexistência ou falhas nos serviços complementares	Falhas no fluxo de pacientes
	Falhas na limpeza	
	Falhas de arquitetura e <i>design</i>	Ocorrência de situações constrangedoras, falta de privacidade
	Falhas na aparência dos colaboradores	
	Falhas na alimentação oferecida	

3 - METODOLOGIA DE PESQUISA

Este capítulo tem por finalidade apresentar os diversos aspectos relativos ao procedimento de pesquisa utilizada no estudo. Inicialmente, será apresentado o método de pesquisa, a metodologia selecionada – Técnica do Incidente Crítico (TIC) e as perguntas que a pesquisa busca responder. Em seguida, são apresentadas a descrição do processo de coleta, a análise e o tratamento das informações e, por fim, as limitações da técnica utilizada.

3.1 MÉTODO DE PESQUISA

Dado o pouco conhecimento acumulado e sistematizado sobre gestão de serviços de saúde no Brasil, esta pesquisa reveste-se de caráter exploratório. Considerando sua natureza, objetivos e limitações, optou-se por uma metodologia qualitativa para seu desenvolvimento: a Técnica do Incidente Crítico (TIC).

Durante a apresentação e a análise dos dados, serão apresentadas várias tabulações cruzadas. Embora não exista o objetivo de testar hipóteses, procurou-se verificar se em tais tabulações há existência ou não de associações entre as variáveis ali representadas. Para tanto, utilizou-se o Teste Qui Quadrado, que é realizado calculando-se as frequências que seriam esperadas se não houvesse associação entre as variáveis, e comparando-as com as efetivamente observadas (MALHORTA, 2006). Para a realização deste teste usou-se o *software Sphinx Survey* (V5).

3.2 TÉCNICA DO INCIDENTE CRÍTICO (TIC)

Para se realizar um levantamento de falhas e práticas de recuperação de serviços, assim como a análise dos impactos na fidelização dos clientes, é necessário utilizar uma técnica exploratória que descreva os aspectos da prestação do serviço, os momentos nos quais as falhas ocorrem e que forneça informações detalhadas sobre a percepção dos clientes sobre as mesmas. Estudos desta natureza têm utilizado amplamente como metodologia de pesquisa a técnica do incidente crítico (BITNER BOOMS e TETREAULT, 1990; KELLEY, HOFFMAN, DAVIS, 1993; HOFFMAN, KELLEY, CHUNG, 2003; FORBES, KELLEY, HOFFMAN, 2005) difundida por FLANAGAN (1954).

No ponto de vista do pesquisador, um incidente refere-se a qualquer atividade humana observável, que seja suficientemente completa em si mesma para permitir inferências e previsões [...] e, para ser “crítico”, o incidente deve ocorrer em uma situação onde o objetivo ou intenção do ato seja claro para o observador, e onde as suas conseqüências sejam suficientemente definidas de maneira a deixar pouca dúvida no que se refere a seus efeitos (FLANAGAN, 1954, p.327).

De acordo com essa metodologia, as informações são levantadas através do contato direto com uma das partes envolvidas, neste caso os clientes de hospitais, através de entrevistas pessoais. Uma vez coletadas, as informações são cuidadosamente analisadas com o objetivo de identificar categorias que resumam e descrevam os incidentes críticos. No caso específico do presente estudo, haja vista que um de seus objetivos é identificar os principais tipos de falhas em serviços de saúde, buscou-se incentivar os entrevistados a relatar apenas os incidentes críticos negativos percebidos.

3.3 PERGUNTAS DA PESQUISA

Os objetivos deste estudo foram apresentados anteriormente. Para atingi-los, esta pesquisa busca responder às seguintes perguntas:

- Quais são as principais falhas apontadas pelos usuários de serviços de saúde prestados pelos hospitais?
- Qual o impacto de cada tipo de falha na fidelização dos clientes?
- Que práticas de recuperação de serviços estão sendo percebidas pelos clientes?
- Qual o impacto das práticas de recuperação de serviços na fidelização dos clientes?

O esquema de como foi estruturada a pesquisa é apresentado a seguir na Figura 3.1:

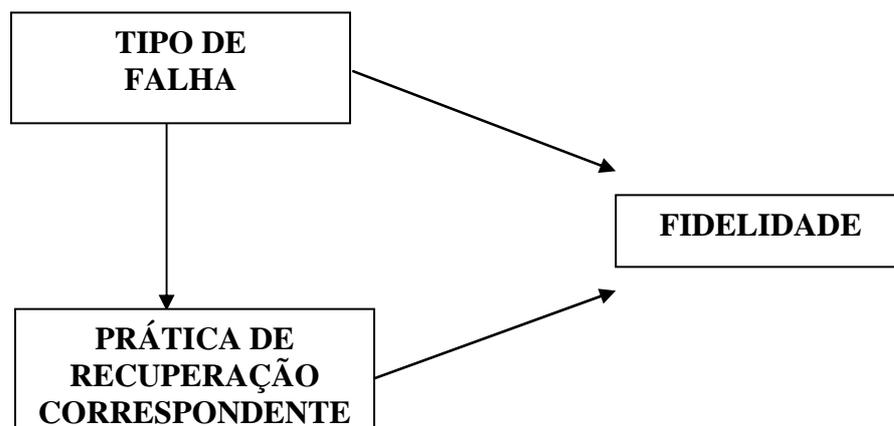


FIGURA 3.1 Modelo utilizado no estudo

3.4 COLETA DAS INFORMAÇÕES

3.4.1 Instrumento de Coleta das Informações

Para o levantamento das falhas e práticas de recuperação foi desenvolvido um instrumento de coleta de informações (Anexo 1), utilizado como roteiro pelo entrevistador, em que foram registrados os comentários feitos pelos usuários de serviços de saúde sobre as situações desagradáveis vividas em um ambiente hospitalar, as práticas de recuperação e a satisfação dos clientes com relação às práticas.

Para medição do impacto de cada tipo de falha ou prática de recuperação na fidelização dos clientes, utilizou-se do conceito plenamente difundido de que fidelização significa “recomendar os serviços” (BOSHOFF, 2005; ZEITHAML et al., 1996; SIROHI et al., 1998; EAST et al., 2000).

Durante uma semana do mês de outubro de 2007 foram entrevistadas 10 pessoas, dentre elas, pacientes, acompanhantes e familiares de pacientes, em um hospital do Rio de Janeiro, no intuito de testar a estratégia de abordagem aos entrevistados e o roteiro de pesquisa. Após os testes, percebeu-se que mesmo depois da ocorrência de falhas nos serviços e do uso de práticas insatisfatórias de recuperação dos problemas identificados, os entrevistados recomendavam os hospitais onde os contratemplos aconteceram.

No roteiro final utilizado para a realização da pesquisa percebeu-se a necessidade e a curiosidade de se incluir uma última pergunta, cujo objetivo foi de identificar o motivo pelo qual os entrevistados recomendavam os hospitais mesmo após a ocorrência das falhas descritas.

3.4.2 Dificuldades encontradas para a realização da pesquisa

A principal dificuldade encontrada para a realização da pesquisa se deveu à preferência por se abordar usuários de serviços de saúde no ambiente hospitalar. Esta preferência deu-se por dois motivos. Primeiramente, houve a intenção de se aproveitar que os entrevistados, que estariam revivendo as emoções e as angústias de uma experiência com esses serviços, para que relembassem com mais facilidade de experiências negativas do passado. Mattila (2003) comenta que o estado emocional pode agravar as falhas.

O outro motivo foi pela intenção de se identificar o grau de resistência de pacientes, familiares e acompanhantes a comentarem sobre falhas em serviços, enquanto recebem cuidados de saúde (NELSON e NIEDERBERGER, 1990). Para minimizar tal resistência, os entrevistados eram incentivados a comentar sobre alguma experiência negativa que já havia sido finalizada.

Durante o período de 29 de agosto a 14 de dezembro, a pesquisadora entrou em contato com diretores, gerentes de qualidade, gerentes de atendimento, ouvidorias e alguns profissionais de dez hospitais do Rio de Janeiro, apresentando formalmente a proposta da pesquisa. Três hospitais negaram a realização do trabalho por receio de vazamento de informações e um permitiu a realização das dez pesquisas para teste do modelo.

Do restante dos hospitais, três deles, que se comprometeram a analisar a proposta e encaminhá-la ao seu conselho, não deram respostas até o momento. E o restante, após cerca de quatro meses de negociação, se propôs a “conversar” melhor a respeito do trabalho. Os pacientes de tais hospitais, entretanto, infelizmente não

compuseram a amostra pesquisada, uma vez que o prazo de realização das entrevistas já havia se expirado.

Após perceber a dificuldade que seria a obtenção de autorização para pesquisar os pacientes de instituições de saúde, a pesquisadora abordou os hospitais do Espírito Santo com uma estratégia diferente. Por meio de um profissional da área de saúde, conceituado no estado, que enviou um *e-mail* pessoal de recomendação aos diretores de cinco hospitais, foi possível contatar quatro destes responsáveis por algumas instituições no Espírito Santo. Três deles solicitaram que a pesquisadora entrasse com um processo administrativo interno no setor de ensino e pesquisa do hospital para que o mesmo fosse aprovado pelo seu Comitê de Ética. Um dos hospitais autorizou a realização. O quarto, após realização de uma entrevista formal com a pesquisadora, solicitou um documento formal do Instituto Coppead em que o mesmo se comprometeria com a qualidade e a confidencialidade do trabalho, e autorizou a realização da pesquisa.

Durante as negociações junto aos hospitais para a aprovação da proposta, além do documento formal citado acima, a pesquisadora se comprometeu a oferecer um relatório completo da dissertação e a apresentação dos resultados da pesquisa aos gestores e interessados de cada um dos hospitais participantes.

3.4.3 Características da Amostra Coletada

Os entrevistados nessa pesquisa foram os usuários do serviço de saúde em hospitais do Espírito Santo. É importante destacar que apesar de a pesquisa ter sido realizada em dois hospitais capixabas, os casos descritos não obrigatoriamente se

referem a serviços prestados por eles. Ou melhor, os pacientes desses hospitais poderiam contar incidentes negativos ocorridos em outras instituições em até um ano atrás.

Durante o período de 17 de dezembro de 2007 a 01 de fevereiro de 2008 foram abordadas 594 pessoas em dois hospitais do Espírito Santo. Do total, 311 pessoas concordaram em ser entrevistadas e declararam ter um incidente crítico negativo para relatar, sendo 100 (32,1%) no Hospital 1 e 211 (67,9%) no Hospital 2.

O índice de sucesso da pesquisa, portanto, foi de cerca de 52%. Segundo Castle et al. (2005), em entrevistas pessoais com pacientes, a média de sucesso gira em torno de 75%. Entretanto, não há conhecimento dos tipos de pesquisas e abordagens da amostra que originou este valor. As possíveis justificativas para o índice de sucesso de a presente pesquisa ter sido inferior a este valor foram citadas por Steiber e Krowinski (1990):

- As entrevistas foram realizadas com pacientes e acompanhantes / familiares de pacientes, presentes nos hospitais. Várias dessas pessoas não se encontravam em situações apropriadas emocionalmente para responderem às pesquisas. As suas atenções, no momento da abordagem, estariam centradas na melhoria do estado clínico dos pacientes;
- Por se realizar a pesquisa em um momento em que o paciente ainda está sob dependência dos cuidados de profissionais daquele hospital onde ela foi realizada, é possível que as pessoas não se sentissem à vontade de fazer críticas ao serviço que estão recebendo.

Tais aspectos foram observados também por Vuori (1987) e utilizados como os motivos pelos quais os indicadores de satisfação dos clientes não são considerados indicadores de qualidade. O autor também considerou o fato de os pacientes não se sentirem capacitados para avaliarem a qualidade dos serviços prestados pelo hospital. Grönroos (2003) levanta essa questão quando comenta que vários clientes – principalmente os de serviços muito especializados e técnicos, consideram a qualidade como sendo puramente a qualidade técnica. Este ponto pode ter sido o outro motivo pelos quais algumas pessoas se negaram a participar da pesquisa.

A amostra definitiva para a pesquisa, como citado, consta de 311 entrevistados, sendo 72,6% do sexo feminino e 27,3% do sexo masculino. O perfil de maioria de mulheres respondentes a esta pesquisa, cujo assunto é falhas, está de acordo com as conclusões de pesquisas que dizem que as mulheres estão mais aptas a criticar serviços, constituindo-se em boas informantes para as pesquisas (COYLE, 1999).

Todos os entrevistados declararam ter plano de saúde. No que se refere à idade (Tabela 3.1), identificou-se que mais de 52% tinham entre 30 e 49 anos.

TABELA 3.1 Características da amostra - Idade

Idade	Percentual
Menos de 20	1,9%
20-29	16,7%
30-39	30,9%
40-49	21,5%
50-59	18,7%
60-69	6,4%
70-79	2,6%
80-89	1,3%

Quando questionados sobre o motivo que os levou ao hospital onde ocorreu a falha descrita na entrevista, 55,6% disseram que buscava um atendimento de

emergência, enquanto 27,3% estavam no hospital por causa de uma cirurgia, 9,65% visitavam algum paciente e 2,89% para consulta médica.

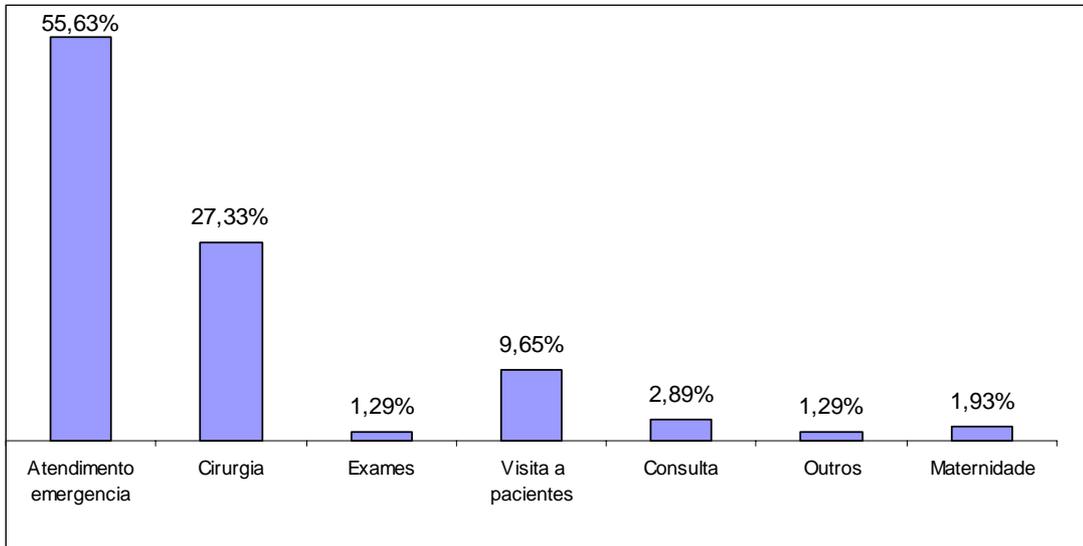


FIGURA 3.2 Motivo de ter ido ao hospital

3.5 ANÁLISE E TRATAMENTO DAS INFORMAÇÕES

O processo de análise, interpretação e classificação dos incidentes críticos relatados nas entrevistas consistiu de quatro etapas:

Etapa 1: Identificação e classificação das falhas. Foram analisadas as respostas de cada um dos entrevistados de modo a identificar a(s) falha(s) ocorrida(s) durante a prestação do serviço. Uma vez identificada(s), elas eram classificada(s) tomando como base o modelo proposto pela pesquisadora. Esta etapa foi realizada duas vezes como forma de minimizar os erros de classificações.

Etapa 2: Análise do impacto de cada tipo de falha na fidelização dos clientes. Cada entrevistado, após relatar o incidente crítico presenciado, foi incentivado a responder

se recomendaria ou não o hospital onde o problema ocorreu. Desta maneira foi possível entender como cada tipo de falha do modelo proposto impacta na fidelização dos clientes.

Etapa 3: Identificação das práticas de recuperação de serviços. A partir da interpretação dos relatos dos incidentes críticos, buscou-se identificar as práticas de recuperação utilizadas pelos hospitais após a evidência das falhas.

Etapa 4: Análise da satisfação dos clientes com as práticas de recuperação de serviços utilizadas pelos hospitais. Após relatarem os esforços realizados pelos hospitais no intuito de recuperarem o serviço, os entrevistados foram questionados sobre sua satisfação com tais esforços.

Etapa 5: Identificação dos motivos de os clientes se manterem fiéis mesmo após a ocorrência de falhas. Os entrevistados que, após relatarem suas experiências negativas com serviços de saúde, declararam recomendar a organização onde a falha ocorrera, eram questionados a comentar o porquê desta recomendação. Desta maneira foi possível confirmar não só o impacto das práticas de recuperação na fidelização dos clientes, como também a presença de outros fatores influenciando tal comportamento.

3.6 LIMITAÇÕES DA METODOLOGIA DE PESQUISA

Considerando o quadro metodológico, faz-se necessário identificar suas limitações. Primeiramente, dadas as características da amostragem, os resultados da pesquisa não estão sujeitos a generalizações para outros contextos. Apesar de a abordagem

ter sido no intuito de o entrevistado relatar um caso de incidente crítico negativo ocorrido em qualquer hospital, público ou privado, o fato de ela ter sido realizada em duas instituições de saúde privadas no Espírito Santo, com 100% dos entrevistados clientes de planos de saúde, faz com que haja uma grande probabilidade de os entrevistados terem relatado incidentes críticos ocorridos em instituições privadas.

A subjetividade no processo classificatório também é uma limitação, tendo ficado ao critério da pesquisadora a classificação dos incidentes críticos nas diferentes categorias de falhas.

É importante também destacar para a limitação do próprio conceito adotado de “fidelização” que desconsidera as demais maneiras de se identificar comportamentos fiéis por parte do cliente, tornando o estudo mais restrito ao conceito utilizado. E por se tratar das atitudes de recomendação por parte dos clientes, não se pode garantir que tais comportamentos se concretizariam, uma vez que há diferenças entre o que os entrevistados dizem e suas efetivas atitudes.

E, por fim, há uma limitação relacionada ao tempo de ocorrência dos relatos. Mesmo que a entrevistadora tenha solicitado que seja contado um caso recente – até um ano de ocorrido, não é possível afirmar que as informações coletadas são correntes.

4 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, serão apresentadas, inicialmente, as falhas de acordo com o modelo proposto para que, em seguida, cada categoria seja analisada em maiores detalhes, levando em consideração a literatura apresentada anteriormente.

4.1 CLASSIFICAÇÃO E ANÁLISE DE FALHAS DE ACORDO COM O MODELO PROPOSTO

Nesta etapa, cada entrevista foi analisada e nela identificados os tipos de falhas presentes nos relatos dos clientes. Ao final, das 311 entrevistas realizadas foi possível perceber a ocorrência de 555 tipos de falhas, classificados de acordo com o modelo proposto. A frequência de cada tipo se encontra representada na Tabela 4.1.

TABELA 4.1 Resultados da Pesquisa

Domínio	Estrutura	Processo
Domínio técnico	Equipamentos indisponíveis 7 - 1,3%	Erros técnicos dos profissionais 69 - 12,4%
	Falta de pessoal 26 - 4,7%	Falhas dos profissionais de suporte 11 - 2,0%
	Falta de medicamentos e materiais complementares ao serviço principal 8 - 1,4%	
Domínio interpessoal	Falta de pessoal para ajudar na comunicação (comitês de ética, ouvidores, assistentes sociais, tradutores) 0%	Falhas ou falta de comunicação / informação 50 - 9,0%
		Falhas no comportamento dos colaboradores 123 - 22,2%
Domínio da comodidade / conforto	Inexistência ou falhas nos serviços complementares 36 - 6,5%	Falhas no fluxo de pacientes 117 - 21,1%
	Falhas na limpeza 34 - 6,1%	
	Falhas de arquitetura e <i>design</i> 35 - 6,3%	Ocorrência de situações constrangedoras, falta de privacidade 25 - 4,5%
	Falhas na aparência dos colaboradores 3 - 0,5%	
	Falhas na alimentação oferecida 11 - 2,0%	

Analisando os resultados, verifica-se que do total de 555 falhas identificadas, 395 (71,2%) estão relacionadas ao processo da prestação do serviço, enquanto 160 (28,8%) relacionadas à estrutura. Esse valor se assemelha aos 80% de falhas processuais encontrados por Powers e Bendall-Lyon (2002) em uma pesquisa em hospitais.

No que se refere aos domínios citados por Donabedian (1980) e Stiles e Mick (1994), identificou-se que 121 (21,8%) eram falhas de domínio técnico, 173 (31,2%) de domínio interpessoal e 261 (47,0%) de domínio da comodidade / conforto.

Abaixo seguem alguns exemplos de falhas descritas pelos pacientes durante as entrevistas, classificadas por tipo de falha, segundo o modelo proposto.

4.1.1 Domínio Técnico X Estrutura: Equipamentos Indisponíveis

“Falta de equipamentos: um respirador. Paciente foi transferido da UTI para o quarto e o aparelho deu defeito, sem contar que o aparelho era alugado. O mesmo teve que voltar para UTI, pois o quarto não tinha, não só esses como também o aparelho de sucção que estavam quebrados.”

“Paciente com cálculo renal chegou ao pronto-socorro com dor, (...), não havia aparelhos de ultra-som no local.”

“Paciente em hemodiálise há sete meses notou falta de equipamentos como cadeira de hemodiálise.”

“... Falta de aparelho de ressonância, encontrava-se quebrado...”

“Sua mãe sofreu choque anafilático. Não havia nenhum aparelho para ressuscitá-la, o médico acabou fazendo muita força para reanimá-la, e ela veio a falecer.”

“Paciente, ao se hospedar em um leito, notou a falta de um aparelho para tratamento de câncer (bombas de Neon).”

“Paciente tomava uma medicação numa bombinha que sempre estava com defeito. Alegaram que a empresa era terceirizada.”

Analisando os comentários dos pacientes sobre as falhas referentes a equipamentos indisponíveis, verifica-se que, apesar de não ser freqüente – 7 citações (1,3%), sua ocorrência pode ocasionar a morte do paciente. Godfrey e Silveira (1997) comentaram sobre isso em uma Conferência no Rio de Janeiro: em se tratando de serviços de saúde, pequenas falhas podem tornar-se grandes e, muitas vezes, problemas irremediáveis. Powers e Bendall-Lyon (2002) notaram um total de 7% de falhas relacionadas à falta de equipamentos, valor bem mais alto do que o encontrado na presente pesquisa.

Outra observação conveniente sobre a falta de equipamentos foi a transferência da responsabilidade pela falha para a empresa terceirizada – aparentemente

responsável pela manutenção do aparelho. Este comportamento evidencia o que Porter e Teisberg (2007) comentam sobre a falta de alinhamento entre os atores que participam da prestação do serviço de saúde: eles agem de maneira independente, competindo entre si, em uma competição de soma zero, tornando mais difícil ainda a oferta de valor aos pacientes.

4.1.2 Domínio Técnico X Estrutura: Falta de Pessoa

“Paciente deu entrada no hospital precisando de um neurologista, mas o especialista só prestou atendimento no dia seguinte.”

“Só foi atendido 3 horas depois, pois só havia um Cirurgião em plantão que atendia em duas áreas (urgência e emergência).”

“Sua irmã ia ganhar neném no hospital, não tinha um especialista de plantão no local para atender a paciente que era de parto normal. Teve que se deslocar quase 80 km para fazer o parto em outro hospital.”

“Como não tinha especialista, aplicou xilocaína na criança e pediu que procurasse outro hospital.”

“Falta de profissionais com formação acadêmica de forma generalizada (principalmente no interior), estagiários prestam serviço sem acompanhamento de um acadêmico.”

“Sua mãe também foi ao pronto socorro, mas não havia maqueiros.”

“Atendentes pediram que aguardassem, pois precisavam acalmar o Pronto Socorro, onde havia duas pessoas atendendo.”

Do total de falhas identificadas, 26 (4,7%) estavam relacionadas à falta de pessoal, sendo que boa parte se referiam à falta de especialistas. Porter e Teisberg (2007) comentaram que o avanço da tecnologia, a competição cada vez mais acirrada e pela pressão dos planos de saúde, os hospitais passaram a ampliar seu portfólio de especialidades médicas e de serviços complementares, tais como exames e procedimentos que antes eram encaminhados a empresas especializadas. Entretanto, apesar de o hospital oferecer esses serviços, normalmente eles são

realizados em horários / dias pré-definidos, oferecendo pouco valor aos pacientes e comumente findando por prestar um trabalho no qual eles são competentes, porém não excelentes.

Apesar de a presença de especialistas gerar pouco valor aos pacientes, Hays (1987) e HNPSP (2006) destacam para o impacto que a sua falta (quando se conta com eles) influencia na satisfação dos clientes de hospitais. O uso de estagiários e estudantes de saúde (FRANCO e CAMPOS, 1998; ALVES, 2006), profissionais trabalhando em jornadas duplas e fazendo horas extras (ALVES, 2006) também foram citados nas entrevistas como forma de minimizar os efeitos da falta de pessoal.

A fim de investigar se há alguma associação entre esta categoria de falhas e o tipo de atendimento no qual o paciente se dispôs, aplicou-se o teste Qui Quadrado. Os resultados (Qui²: 153,22. Graus de liberdade: 131. Probabilidade: 0,01%) mostraram que a freqüência da falta de pessoal na realização de exames é significativamente maior do que para os demais tipos de atendimento. Ou seja, o paciente percebe a necessidade de mais profissionais durante a realização de exames.

4.1.3 Domínio Técnico X Estrutura: Falta de Medicamentos e Materiais Complementares ao Serviço Principal

“... Falta de medicamentos e curativos.”

“Também a falta de reposição sistemática de medicamentos básicos.”

“Acha que precisam de novas macas, as cadeiras de rodas estão precárias.”

“Não havia material esterilizado.”

“Neste hospital há falta de lençol, toalha e o serviço é demorado.”

Assim como Santos (1995), Camilleri e Callaghan (1998) em uma pesquisa realizada em Bangladesh (HNPSP, 2006), identificaram que a falta de medicamentos e materiais complementares é um dos fatores geradores de insatisfação dos clientes de hospitais públicos, o presente trabalho também verificou a mesma situação em hospitais particulares – com oito citações (1,4%). O que quer dizer que, independente do motivo da ocorrência da falha e do tipo de hospital em que o paciente se encontra, a falta de medicamentos e materiais é percebida como um aspecto negativo pelos clientes.

4.1.4 Domínio Interpessoal X Estrutura: Falta de Pessoal

Para contribuir nesta categoria, não houve relatos de falhas. Isso não significa que as falhas não ocorram nos hospitais brasileiros. Entretanto, o resultado pode ser reflexo de alguns movimentos recentes do setor de saúde, que exigem dessas instituições serviços que viabilizem uma melhor comunicação com seus clientes.

A busca pela acreditação e o aumento de processos judiciais decorrentes de falhas no serviço de saúde, principalmente por erro médico (JORGE, 2008), fazem com que os hospitais busquem, por meio da ouvidoria e de canais de relacionamento com os clientes, solucionar internamente os problemas e as insatisfações dos clientes, de forma a minimizar os casos levados à justiça.

4.1.5 Domínio da Comodidade / Conforto X Estrutura: Inexistência ou Falhas nos Serviços Complementares

“O hospital não disponibiliza TV para o paciente, tem que pagar a parte.”

“Outra situação é sobre sinalização dos quartos. Houve demora para minha esposa chegar até o quarto, pois ficou perdida.”

“... Entraram no quarto e roubaram sua carteira com cartões e dinheiro”.

“Reclama da transição de pessoas no hospital sem autorização, pois a mesma vem entrando no hospital sem que haja um questionamento.”

“... O paciente chegou ao hospital de ambulância, ao dar entrada, ficou retido na porta, pois deveria ter feito reserva antes de chegar... Houve uma burocracia tremenda para atendê-lo, mesmo estando com muita dor.”

“Paciente prestes a fazer uma cirurgia fica tensa, sem ter a presença de sua acompanhante para dar maior amparo emocional. Esta teve que ficar na recepção resolvendo problemas burocráticos.”

“... Notou a falta de respeito com outros pacientes, a funcionária ter lhe dado prioridade, pois tinha um plano de saúde que era mais proveitoso para o hospital.”

Foram identificadas 36 falhas (6,5%) relativas a serviços complementares indisponíveis ou a insatisfações com os mesmos. Nesta categoria se destacam a falta de segurança (DONABEDIAN, 1980), inclusive, com casos de furtos ocorridos dentro dos hospitais, relatados pelos pacientes; falta de sinalização nos ambientes hospitalares; problemas com o estacionamento (STILES E MICK, 1994) e a discordância com alguma política da empresa.

É importante lembrar que a pesquisa foi realizada com base nas percepções dos clientes sobre os serviços, ou seja, não se buscou julgar os comentários sobre as políticas da empresa ou procurar saber se elas são reais. O que se procurou foi apenas classificá-los com base naquilo que o paciente descreveu.

Há relevância em destacar o caso de uma paciente que julgou injusto e incorreto o fato de ela ter tido prioridade no serviço por ter um plano de saúde X. A mesma

entendeu que a atitude de dar preferência a um determinado paciente por ele ter um plano de saúde X é uma política da empresa e isto conta como um aspecto negativo para a qualidade do serviço. Percebe-se que, mesmo quando o próprio paciente é beneficiário, ele se sente mal e acha injusta a preferência.

Da mesma forma, foram considerados os comentários sobre dificuldades administrativas impostas pelos hospitais para a realização do atendimento, percebidas pelos clientes, que vão ao encontro dos estudos de Reichheld (1996) e Campos (2005). Estes autores comentaram que a burocracia em excesso existente nas organizações faz com que os erros sejam ocultados ao máximo, tornando mais difícil para clientes e gestores da qualidade a melhoria dos serviços. Outras conseqüências que podem ser destacadas são o atendimento mais lento e o agravamento do estado emocional (ansiedade, estresse) daqueles que aguardam atendimento.

4.1.6 Domínio da Comodidade / Conforto X Estrutura: Falhas na Limpeza

“A acompanhante do paciente notou que o banheiro do hospital na qual se encontrara estavam sujos e lixeiras cheias. Roupas de camas sujas jogados desde dia anterior nos cantos...”

“Notou que sua cama estava suja de sangue.”

“Higienização precária. No quarto que se encontrava ainda tinha restos de detrito do dia anterior, lixeiras cheias, banheiros sujos. E ainda havia um forte cheiro de tinta no corredor...”

“Seu neto está na UTI. Vários enfermeiros entram na sala sem lavar as mãos, sem jaleco e luvas...”

“O paciente chegou ao hospital com corte na testa, a médica deu ‘pontos sujos’... Ao tirar a atadura, detectaram um alto grau de infecção no ferimento.”

“Largam medicamento, como pomada, na pia do quarto sem dar maior explicação, restos de medicamento em um plástico.”

“O paciente foi transportado do quarto para o centro cirúrgico dentro do elevador no qual acabara de sair um contêiner de lixo, alegaram que o elevador de serviço estava quebrado.”

“... Encontrara na cama de sua mãe uma injeção e algodão sujo.”

No ambiente hospitalar, o controle da qualidade da limpeza é algo de muita atenção, pois uma falha pode comprometer todo um ciclo de atendimento (PORTER E TEISBERG, 2007). Segundo HNPSP (2006), a limpeza é um dos fatores que mais impactam na satisfação de clientes de hospitais.

Na pesquisa, uma quantidade de 34 falhas (6,1%) relacionadas à limpeza foi revelada. Nesta categoria também se incluem comentários sobre moscas, formigas e mosquitos encontrados no quarto dos pacientes.

4.1.7 Domínio da Comodidade / Conforto X Estrutura: Falhas de Arquitetura e Design

“... Acha que a maternidade não deveria ocupar a mesma área que as outras, ficam muito expostos a enfermidades”

“O fato de os quarto não terem grades é uma preocupação, pois seu filho ao ser internado se sentiu tonto na janela. Podia ter caído.”

“Suporte fixado na parede em posição baixa, já bateu três vezes a cabeça.”

“Paciente se sentiu incomodada em sua cama, cuja largura e comprimento são estreitos. Não é proporcional ao seu corpo. A acompanhante não dormiu à noite com medo de a paciente, recém operada, cair da cama.”

“O quarto do paciente é mal localizado e por ser no 1º andar é muito barulhento. Fica próximo ao pronto-socorro do hospital, onde transitam muitos carros e pessoas que falam alto.”

“O hospital possui camas estreitas, pequenas e sem grades nos pés. Diz que já ficou em quartos com camas muito altas, que tinham até escadinha para subir.”

“O posto de enfermagem é muito distante dos quartos.”

“Filho do paciente de 102 anos que sofreu um AVC, reclama do péssimo estado da cama que estaria sem a proteção do ferro na lateral. Podia ter cortado a perna do paciente.”

Das falhas relacionadas à arquitetura e o *design* do ambiente de saúde, foram encontradas 35 (6,3%), semelhantemente ao encontrado por Powers e Bendall-Lyon (2002) – 6%.

Alguns aspectos destacados por Hoffman, Kelley e Chung (2003) surgiram na pesquisa, tais como: barulhos de obras, da lavanderia e do próprio pronto-socorro que era próximo ao quarto. Um cliente, inclusive, comentou que não gostaria de ser internado no Hospital X, pois o ambiente é muito barulhento; causava-lhe incômodo.

Entretanto, a maioria das falhas ocorreu por desorganização, falta de manutenção da estrutura do hospital: mofo, fiação à vista, paredes descascando. Ou, ainda, por outros motivos mais pessoais: camas pequenas, falta de grades e barras de ferro na cama de forma a evitarem acidentes com os pacientes.

No intuito de investigar se há alguma relação entre a categoria de falhas e o tipo de atendimento no qual o paciente se dispôs, aplicou-se o teste Qui Quadrado e identificou-se que a frequência deste tipo de falha em atendimentos de cirurgia e visita a pacientes é significativamente maior do que para os demais tipos de atendimento (Qui²: 153,22. Graus de liberdade: 131. Probabilidade: 0,01%). Em outras palavras, nestes tipos de atendimento (cirurgia e visita a pacientes), talvez por permanecerem durante mais tempo no ambiente hospitalar, é que se observam com mais atenção os aspectos relacionados à arquitetura e o *design*.

4.1.8 Domínio da Comodidade / Conforto X Estrutura: Falhas na Aparência dos Colaboradores

“Enfermeiras do hospital utilizam calçados de salto alto à noite, causando barulho.”

“Ao procurar um atendimento hospitalar, reparou que a enfermeiras daquele local trajavam decotes, usavam sutiãs pretos ao invés de brancos, roupas sujas, estavam com péssima aparência.”

A aparência dos colaboradores, comentada por Boshoff (1999) em seu estudo no setor bancário, foi identificada como uma falha percebida pelos clientes de hospitais.

Em contrapartida, aparecem em um percentual bem pequeno três ocorrências (0,5%). Isso mostra que há um cuidado por parte das organizações em manterem os profissionais uniformizados de maneira apropriada ao ambiente de saúde, assim como pelo fato das outras falhas serem avaliadas pelos clientes como mais “graves”.

4.1.9 Domínio da Comodidade / Conforto X Estrutura: Falhas na Alimentação Oferecida

“Comida ruim, de péssima aparência, arroz velho com queimado, chuchu mal cozido.”

“Paciente há quase três meses no hospital, diabético e cardiopático, se alimenta do mesmo cardápio desde que entrou...”

“... Alimentação ruim, teve que comer peixe com espinhas, além do café da manhã que veio iogurte para a paciente que tinha gastrite.”

“Má qualidade dos alimentos”

“Aparência da comida ruim.”

“Com relação à comida, sem gosto, ‘horrrível’.”

“Comida ruim, parece ‘jogada’ de qualquer jeito, salada ralada há tempo, murcha, couve flor passado, carnes duras.”

“Gosto de comida ruim...”

Notaram-se 11 falhas (2,0%) relacionadas à alimentação oferecida pelos hospitais. Esta categoria também foi encontrada na literatura (Powers e Bendall-Lyon, 2002; Nelson e Niederberger, 1990; Camilleri e Callaghan, 1998) e se percebe que basicamente ela está relacionada à falta de cuidado na prestação do serviço – tanto no aspecto visual como no de paladar.

Talvez, pelos clientes estarem fragilizados no momento da interação com o serviço, haja necessidade de um cuidado maior, principalmente na apresentação dos alimentos. Identificou-se também uma oportunidade de customização desse serviço na medida do possível.

4.1.10 Domínio Técnico X Processo: Erros Técnicos dos Profissionais

“Seu filho estava com a perna inchada e a médica do hospital disse que era uma infecção urinária. Como o problema persistiu, foram a outro hospital e descobriram que o caso era grave e quase amputaram sua perna.”

“Saiu de seu serviço com a pressão muito baixa e se dirigiu ao hospital de Aracruz, ficou quase o dia todo, foi medicado e liberado à tarde, disseram que está bom igual ‘coco’. Ao retornar para casa em Vitória, teve que mudar o trajeto e foi direto para o hospital onde foi medicado. Conclusão: quatro pontes de safena.”

“A criança, ao tomar um tombo de bicicleta, foi levado para o hospital com fortes dores na perna e na barriga. O médico, sem examinar ou tocar o paciente, disse que a situação era grave, havia quebrado o fêmur em dois lugares e rompido o abdômen. Pediu que procurasse rapidamente o hospital de Colatina. Ao chegar ao hospital, o médico, depois de fazer exames de RX, disse não ser nada que o médico anterior diagnosticara. Causou aos pais da criança despesas e constrangimento.”

“... A paciente estava com infecção na boca causada por estresse (afta), foi medicado um remédio o qual a mesma sabia que era para bochecho, a enfermeira ao trazer o remédio pediu que a paciente tomasse o remédio. Sorte que a paciente estava atenta que o remédio não era para ser ingerido.”

“Trocaram os medicamento do paciente internado. Por ter mesmo nome que outro paciente tomou remédio trocado...”

“Paciente alérgico a certos medicamentos, quase veio a óbito ao tomar uma injeção. Ficou inchado e tenso, teve que tomar outro medicamento contra a reação alérgica. Já havia avisado aos enfermeiros sobre sua alergia. O hospital parece ‘SUS’, ouviu relatos que muitos saem direto para o cemitério.”

“... A paciente chegou ao hospital para fazer uma cirurgia no intestino reto considerada de alto risco devido a um tumor. Aplicaram morfina, que é muito forte para idoso. Foi transferida para CTI após a cirurgia, e, quando voltou ao quarto, teve parada respiratória e entrou em coma.”

“Paciente idoso chegou ao hospital com infecção urinária e foi medicada com remédio para pulmão.”

“Enfermeira prescreveu o remédio errado na veia, não leu prescrição do médico e ainda tratou mal a paciente.”

“O paciente hipertenso e em estado crônico, chegava a seu quarto uma enfermeira que iria aplicar insulina em sua veia, quando o acompanhante atento perguntou o que era e informou que a mesma não era diabética.”

“Há quatro anos, sua mãe foi internada com fortes dores. Ia fazer uma endoscopia e o enfermeiro, para aliviar a dor, aplicou injeção de um medicamento. Sua mãe sofreu choque anafilático e o médico acabou fazendo muita força para reanimá-la, e ela veio a falecer.”

“Atendimento médico corrido, sem diagnóstico. Não tem interesse em diagnosticar a causa, examinam pacientes sentados.”

“O médico ao atender, medicou sem nem medir a pressão do paciente, mostrou má vontade.”

“A médica de um hospital, disse à mãe do bebê de cinco meses, com 39 graus de febre, para que a mesma só voltasse ao hospital se a criança estivesse dando convulsão, 39 graus de febre não era nada de anormal. Fez pouco caso da situação.”

“Avaliação errada no 1º dia de tratamento, não fizeram exames adequados para detectar o problema. Passaram diagnósticos incompletos e medicação errada prescritas por técnicos de enfermagem inexperientes.”

“Atendimento médico ruim, ficou internada há uma semana e só fizeram exames laboratoriais, nenhum mais preciso. Paciente idosa sentia fortes dores nos quadris e só depois de 10 dias que pediram ultra-som.”

“Além dos médicos serem ruins, principalmente a pediatria, não fazem exames precisos.”

“... Os médicos atendem na correria, prescrevem remédio de qualquer jeito (sem se aprofundar).”

“O enfermeiro tentou por três vezes achar a veia da mesma para aplicar um medicamento e não acertou.”

“Paciente de 85 anos deu entrada no hospital apenas com uma herpes, lá adquiriu outras doenças, como pneumonia, diabetes entre outras doenças em um mês de internação, pois saíste antes do prazo, havia recebido alta e acabou vindo a óbito.”

“A paciente irmã do declarante, portadora do câncer em alto estágio chegou ao hospital agonizando de dor, e, ao ser atendida pelo médico, o mesmo receitou diclofenaco. O irmão da paciente, inconformado, teve que dirigir-se ao médico e insistir para que fosse dado um remédio mais preciso. Só assim que conseguiu.”

“O paciente reclama que as enfermeiras não o trocam; fica mais de 12 horas com a mesma fralda, causando-lhe incômodos.”

“Os médicos do hospital julgam os sintomas serem psicológicos, fazem pouco caso do paciente.”

Encontrou-se um considerável número de falhas relativas a erros técnicos dos profissionais – 69 (12,4%). Entre elas, encontraram-se erros no diagnóstico e em laudos (BROWN e SWARTZ, 1989), na prescrição e aplicação dos medicamentos, na não realização dos devidos exames, na desatenção por parte dos profissionais de saúde (o que causou retrabalho para os pacientes) e nas reações alérgicas e seqüelas.

Tais percepções por parte dos clientes evidenciam a necessidade de uma gestão mais eficaz sobre as atividades exercidas pelos profissionais: capacitação, orientação e controle quanto à forma como o serviço é prestado.

Percebeu-se também que os clientes, diferentemente do que é apresentado na literatura, estão avaliando a qualidade técnica dos profissionais (COREY E POSEVAC, 1982). Alguns pacientes comentaram que os médicos passaram remédios muito fortes ou muito fracos; que prescrevem medicamentos sem necessidade, medicamentos caros (FRANCO E CAMPOS, 1998); que os médicos não deveriam ter dado alta ao paciente, e sim tê-lo internado no hospital, solicitado um determinado exame ou que, ainda, fez pouco caso por considerar as causas das dores às questões psicológicas.

O julgamento dos pacientes acerca de um assunto sobre o qual eles não são especialistas não era visto como algo comum nas organizações de saúde (MATHEWS E THOMAS, 2007). Entretanto, pode-se perceber nos resultados que os pacientes estão se envolvendo nas questões técnicas do serviço de saúde (PORTER e TEISBERG, 2007).

Vale ressaltar que, no que se refere a esta categoria de falhas, apesar de os usuários terem comentado que houve erro técnico do profissional, pode ser que haja casos em que essa opinião não seja verídica.

Entretanto, como a metodologia utiliza como base a percepção dos clientes a respeito do serviço, nota-se que, mesmo que não tenha ocorrido erro médico, o paciente entendeu como se o erro tivesse acontecido. Essa é uma oportunidade para os hospitais e os profissionais envolvidos reverem como podem minimizar a percepção equivocada dos pacientes sobre o serviço, como eles podem recuperar o serviço percebido como falho. Dessa maneira, esclarece-se o ocorrido e se evita que o paciente julgue como ineficientes e inadequados os serviços do hospital.

Um número considerável de usuários de saúde (15) comentou também sobre infecções hospitalares, representando 18,3% das falhas desta categoria. No intuito de investigar se há alguma relação entre a categoria de falhas de erros técnicos e o tipo de atendimento no qual o paciente se dispôs, aplicou-se o teste Qui Quadrado e identificou-se que a frequência deste tipo de falha em atendimentos de emergência é significativamente maior do que para os demais tipos de atendimento (Qui²: 153,22. Graus de liberdade: 131. Probabilidade: 0,01%). Acredita-se que isso se deve tanto à gravidade da saúde do paciente e, portanto, de maior atenção a aspectos técnicos, como também pelo curto tempo de atendimento que os profissionais de saúde se dedicam na prestação dos serviços, aumentando a possibilidade de ocorrência de erros técnicos.

4.1.11 Domínio Técnico X Processo: Falhas dos Profissionais de Suporte

“... Além disso, sua filha foi quem levou o prontuário para o setor e não o funcionário do hospital.”

“A Manoela, quando chegou ao hospital, entregou o laudo sobre os remédios que podia tomar ao médico. No dia da avaliação médica, outro médico pediu novamente este laudo, mas o mesmo encontrava-se com o primeiro médico. Resultado: O médico perdeu o laudo e não pediu outro.”

“Paciente idoso e transplantado, chegou ao pronto-socorro do hospital com pneumonia, por volta das 9 horas da manhã e seu quarto só foi liberado às 23 horas. Os funcionários haviam perdido o documento de internação duas vezes. A filha da declarante que trabalha com planos de saúde disse que o hospital no qual se encontrava era desorganizado mesmo.”

“... Sem contar que por uns instantes, alguns documentos do paciente ficaram perdidos nas mãos dos funcionários.”

“Paciente havia feito reserva por telefone, mas quando chegou foi barrado para entrar”

Foram verificadas 11 (2,0%) ocorrências de falhas de profissionais de suporte, principalmente, na recepção. Os problemas foram basicamente por conta de desorganização: falhas na reserva de vagas para internação (realizadas por telefone), perda de documentos e exames (NELSON, BATALDEN e RYER, 1998).

4.1.12 Domínio Interpessoal X Processo: Falhas de Comunicação / Informação

“Paciente foi operado com estômago cheio e quase veio a óbito por esta negligência.”

“Por não gostar de urinar em bico de pato [objeto utilizado por acamados], não foi liberado pela enfermeira para se dirigir ao banheiro. Porém, os médicos haviam dado essa liberação. Acabou tendo infecção urinária, pois passou a não beber água para não ter vontade de urinar.”

“A mãe da amiga da pesquisada, internada com câncer do intestino, com dieta "0", aguardava cicatrização da cirurgia e as funcionárias do hospital mesmo assim traziam comida para ela.”

“Paciente estava com muita dor. Duas enfermeiras tentaram aplicar o remédio, mas não encontraram a veia da paciente. Saíram do quarto e nem pediram que outro enfermeiro viesse atendê-la.”

“Pela falha na comunicação, há demora para os profissionais chegarem ao quartos quando o paciente aperta o interruptor.”

“Devido à falta de comunicação entre os profissionais um paciente de mais de 90 anos teve que aguardar das 17:30 às 22:00 para ser atendido. Já estava com a autorização em mãos, mas as recepcionistas não haviam informado aos maqueiros ainda.”

“A paciente idosa internada há 10 dias no hospital, pela 2ª vez evacuava sangue e os enfermeiros não levavam esta informação ao conhecimento do médico. O filho da paciente, então, procurou o médico e este se espantou com a informação.”

“Falta de comunicação entre a equipe médica, péssimo atendimento no geral.”

“... Em seu quarto toda hora vinha um funcionário do hospital perguntar o que havia acontecido, o que havia sido feito com ela (exames), o que ela tinha...”

“Era o 3º dia de internação e nenhum médico havia passado em seu quarto para medicá-la. A paciente tomava o mesmo remédio que havia sido receitado há tempos. Como não sabia se era para trocá-lo, se automedicava dentro do hospital.”

“... Os pais querendo tirar dúvidas sobre a dieta da criança, não conseguiram a atenção dos médicos.”

“... Atendimento na recepção desorganizado, sem informação sobre o horário da cirurgia, como deveria proceder no centro cirúrgico.”

“O marido da declarante fez cirurgia de redução de estômago e veio a ter problema respiratório por volta das 18:30. Às 22:00, sua esposa, tensa, ainda não tinha informações sobre a cirurgia.”

“... Os enfermeiros só entram no quarto quando tem que medicar, não para conversar, tirar dúvidas dos pacientes.”

“Paciente internado há 18 dias... recebeu visita do cirurgião apenas três vezes. Estava com dúvidas que só o mesmo poderia esclarecer. Enfermeiras passavam informação que já podiam fazer enxerto na perna do paciente, mas o cirurgião não se posicionava. O tempo passava e os custos só aumentavam.”

“O paciente tinha uma cirurgia marcada para as 7 horas e ligou de casa para o hospital e perguntou se precisava passar alguma informação para agilizar sua internação. A atendente disse que não e que, assim que chegasse, iria direto para o centro cirúrgico. Não foi o que ocorreu. Ficou mais de 2 horas aguardando para ir para o centro cirúrgico.”

“Falta de informação do médico ao receitar medicamento. O paciente ao se dirigir a uma farmácia para comprar o remédio de tarja preta, obteve a informação do farmacêutico que havia três tipos de remédios diferentes com esse mesmo nome e que o médico não havia especificado qual tipo era para o paciente comprar. O paciente teve que retornar ao hospital e tirar a dúvida com o médico”

“Deve haver mais acompanhamento do médico com pacientes do pós-cirúrgico. O médico foi embora sem tirar todas as dúvidas, sobre alimentação, medicação.”

“Há falta de acompanhamento dos médicos. A paciente internada de 73 anos, esposa do declarante, ficou ansiosa e tensa à espera de um médico em seu quarto.”

“Atenção maior dos médicos especialistas e de internação. Era o 2º dia no hospital e ainda não havia aparecido em seu quarto.”

Uma quantidade significativa de 50 (9,0%) falhas na comunicação e em informações foi encontrada na pesquisa, mas um valor menor do que os 16% encontrados por Powers e Bendall-Lyon (2002). Em análise pormenorizada, foi identificado que havia carência de informações por parte de médicos, enfermeiros e recepcionistas, tanto pelos pacientes como pelos acompanhantes.

Corey e Posevac (1982) e Wooley et al. (1978) destacaram que a comunicação entre a equipe técnica e os pacientes, o fornecimento de respostas claras a dúvidas são fatores que influenciam muito na satisfação de clientes de hospitais. Casos de pacientes mal informados que pressionam os médicos a tomarem alguma atitude, tal como prescrever certo medicamento ou realizar exames, também foram encontrados na pesquisa (WENNBERG, 2005).

Não se sabe ao certo, nem é objetivo do estudo, saber se tais procedimentos deveriam ou não ter sido realizados. O fornecimento de informações erradas, causando inconvenientes aos pacientes, também foi citado pelos entrevistados. Vários pacientes reclamaram do baixo número de vezes em que foram visitados pelos médicos e do quanto às visitas foram superficiais. Os clientes que procuram o serviço valorizam a obtenção de explicação sobre o tratamento como descrito em LECKIE, BULL e VRIJ (2006).

A importância da comunicação para o estabelecimento da relação de confiança que os pacientes buscam com os prestadores de serviço (JABNOUN e CHAKER, 2003) é clara, assim como a sua reação nos casos de não estabelecimento dessa relação: eles procuram obter o acompanhamento de profissionais de fora da estrutura do hospital que não têm acesso às informações relativas ao pacientes ou, ainda, em alguns casos, decidem agir por conta própria, automedicando-se.

Outro tipo de falha relatado durante a pesquisa está relacionado à falta de comunicação entre as equipes de profissionais. Houve comentários de pacientes que quase faleceram, tiveram quadros alérgicos e infecção urinária, em decorrência desse tipo de falha. Na realidade, não se pode verificar com tanta clareza se as causas dessas conseqüências foram a não disponibilidade de informações ou a desatenção dos profissionais ao desconsiderarem tais informações durante a prestação do serviço. Contudo, é clara a importância da comunicação eficaz entre os profissionais, uma vez que o serviço é produto de um grande número de cuidados parciais, a partir da interação entre os vários prestadores de serviço (MATHEWS e THOMAS, 2007). Agindo como unidades isoladas, com equipes que nunca se encontram e com informações sem compartilhamento é difícil oferecer um serviço de qualidade, na percepção dos clientes (PORTER e TEISBERG, 2007).

4.1.13 Domínio Interpessoal X Processo: Falhas no Comportamento dos Colaboradores

“... Por trabalharem em outros hospitais, às vezes só vão bater ponto. Atendem por atender, agem como se fôssemos cobaias nas mãos de estagiários”

“No hospital, tem uma médica que pega mais de seis plantões seguidos, atende com mau humor, dá sempre o mesmo diagnóstico para paciente.”

“O paciente de 94 anos sempre que ia ao hospital, o enfermeiro o atendia com tons agressivos de ironia dizendo ‘o povo que gosta de um pronto socorro’ causando constrangimento. São totalmente frios.”

“Durante os tratamentos, o médico agiu com ignorância, alegando a dor ser psicológica, e agrediu também a tia ao afirmar que ela seria a culpada pela situação.”

“A paciente chegou ao hospital e, ao ser atendida pelo médico, o mesmo disse que (por ser obesa) ela devia ter comido demais, por isso estava passando mal naquele momento. A paciente continuou se sentindo mal por alguns dias e não procurou o médico com medo de passar pelo mesmo constrangimento.”

“Eram pessoas inadequadas, pois parecia que estavam de mal com a vida, faltava simpatia, além de comentar assuntos particulares de terceiros na frente do paciente.

Alguns médicos não sabiam nem o nome dos pacientes, e não se esforçavam em saber.”

“Os médicos do hospital são ignorantes, grossos. A paciente com caroço de um cisto que acabara de estourar e de tanto passar a mão infeccionou e sentindo dor, ao ser atendida pelo médico, o mesmo a tratou mal, em alto tom de voz e disse que a mesma teria que tirar esse cisto ‘na marra’ com dor ou sem dor.”

“Tratamento médico, recepção e enfermagem ruim, tratam como ‘robôs’, prescrevem receitas sem olhar para o paciente. Todos agem da mesma maneira.”

“Atendimento do pronto-socorro e da médica ruim. O modo que a doutora presta assistência à paciente que retornava ao hospital. ‘De novo a senhora?’, usava esse argumento com senhoras idosas, faz pouco caso.”

“Enfermeiro entrou para trocar o soro e medicar na veia. Seu celular tocou e ele atendeu enquanto realizava o procedimento. Poderia ter errado.”

“O paciente (idoso) internado, pai da Ana, fazia uma endoscopia às 9 horas da manhã, sendo que já estava sem comer desde as 23 horas dia anterior. O exame foi adiado para as 15:00 e depois transferido para o dia seguinte. Já eram 16:00 quando liberaram o paciente para almoçar.”

“Ela sentiu fortes dores e procurou os serviços de ortopedia, perdeu o dia todo de trabalho, pois ninguém resolvia seu problema. Quando solicitou um atestado ao médico, o mesmo falou que não daria e que o problema era dela.”

“... O médico se dirigiu a ele com ignorância e disse que ninguém entraria no ambulatório sem ele chamar, poderia estar morrendo na sala de espera.”

“Não encaram o doente como ser humano.”

“O Paciente com mais de 70 anos chegou ao hospital vomitando e evacuando, não prestaram nenhuma ajuda para dar banho no paciente. A esposa estava junto e se prontificou a fazer tudo sozinha. Não deram nenhuma toalha para enxugá-lo e a esposa teve que usar papel-toalha. Isso tudo para ser atendido pelo médico que disse que só iria atendê-lo depois que ele tomasse banho.”

“Avó da criança, que acabara de nascer, reclama que em quartos de enfermarias (dois leitos) quase teve que dividi-lo com paciente que acabara de fazer cirurgia e ainda trazia um forte cheiro de produtos cirúrgicos.”

“... Quando o acompanhante ia chamar alguém para recolher essas roupas era destratado.”

“Médico errou ao diagnosticar laudo do paciente e no modo como deu a notícia. Falou que o paciente estava com o rim direito podre, na presença do seu esposo, e saiu do quarto sem falar mais nada.”

“A paciente de 60 anos foi anestesiada e, para confirmar, a enfermeira deu duas tapas no seu rosto e disse em alto tom de voz ‘podem meter a faca que a mesma está morta’. A paciente, consciente, se desesperou.”

“Filha de duas pacientes internados acima de 75 anos, ficou chateada com o modo de tratamento dos seguranças, falta de humanidade. A sua mãe estava febril, precisando de um cobertor e pediu a um dos seguranças que estava no momento. Ele se negou.”

“O médico que o atendeu não assinou e nem carimbou a receita.”

“A acompanhante do paciente se dirigiu à enfermaria e disse que o paciente estava evacuando e que tinham que trocá-lo. As enfermeiras que estavam deixando o plantão, com piadas irônicas, ficaram jogando uma para a outra em alto tom de voz quem iria trocar o paciente, sem a menor discricção.”

“... Médicos viram as costas e vão embora.”

“Quando o paciente fica muito tempo no hospital, os enfermeiros relaxam no atendimento, há demora e falta de atenção. O paciente não pode se locomover e fica acamado o dia inteiro, quando chama o enfermeiro para ajudar na troca de posição, ele não vem na hora, dá impressão de estar incomodando.”

Foram percebidas 123 falhas (22,2%) relacionadas a comportamentos inadequados dos colaboradores. Lagnado (1997) encontrou um valor próximo (25%). Esse alto percentual comprova que existe um hiato grande entre o que os clientes esperam do comportamento dos colaboradores e o que eles estão recebendo nas organizações de saúde.

Casos como de frieza, indiferença, agressividade, brutalidade e insensibilidade perante os dramas dos pacientes, além de atitudes desumanas, são comentados vastamente na literatura. O comportamento de superioridade apresentado pelos profissionais de saúde no “cuidado ao paciente” torna ainda difícil essa relação.

Alguns relatos de pacientes, sendo destratados por profissionais de saúde, explica a abordagem de Nelson e Niederberger (1990) que diz que eles evitam dizer qualquer coisa negativa enquanto estão sob dependência do prestador do serviço, principalmente, por acharem que podem ser mal atendidos quando precisarem de cuidados novamente (TAX e BROWN, 1998).

Verifica-se, entretanto, que os pacientes, dependentes dos serviços dos profissionais dos hospitais, quando expressam suas necessidades e cobram pelo serviço com qualidade, são reprimidos e destratados com mau humor, brincadeiras de mau gosto, atitudes preconceituosas e nada profissionais.

É possível também notar o alto grau de informalidade na prestação dos serviços de saúde: profissionais fazendo “brincadeiras” desagradáveis com os pacientes, o tratamento de assuntos particulares durante o atendimento e “jogando” o paciente de um lado para o outro são exemplos de como os clientes percebem a qualidade do serviço hospitalar.

Outros exemplos de falhas ou aspectos que transmitiram uma imagem negativa do serviço foram identificados na pesquisa, como o fato de os profissionais de saúde não reconhecerem os pacientes mais freqüentes (BOWERS, SWAN e KOEHLER, 1994), a falta de contato visual com o paciente (LECKIE, BULL e VRIJ, 2006) e, ainda, o excesso de barulho na enfermaria (TORRES, 2003).

4.1.14 Domínio da Comodidade / Conforto X Processo: Falhas no Fluxo de Pacientes

“Pai da declarante foi atropelado... ficou à espera de um leito das 12:30 às 18:00. Esta demora no atendimento ocasionou seqüelas.”

“Paciente estava com cirurgia marcada para as 7:20 da manhã. Eram 15:00 e a cirurgia ainda não tinha sido feita.”

“Demora do atendimento desde o pronto-socorro ao quarto. Alegam não ter quartos desocupados. O atendimento mais rápido foi num período de 4 horas. Normalmente demora 8 horas.”

“Demora na cirurgia, marcada para as 7:00. Atenderam às 13:30, sendo que a paciente estava sem comer.”

“Atendimento da limpeza demorado. Demora em trazer toalhas ao quarto, roupas de camas limpas.”

“Ele sofreu um AVC e no pronto socorro esperou de 19:00 as 22:00 para ser internado.”

“Ela está internada e há demora em dar sua medicação de até 4 horas. Esperou 2 horas na UTI para que o quarto fosse liberado.”

“Ela disse que a paciente esperou 12 horas na recepção do pronto socorro para ser internada.”

“O pronto socorro é muito demorado. O paciente esperou 24h para ser levado para o quarto.”

“O atendimento do hospital é ‘parecido com SUS’. Demora mais de 2 horas para ser atendido pelo médico, enquanto isso tem que aguardar por meio de senha para fazer ficha. Depois do atendimento médico mais demoras, 40 minutos para a medicação. Há muitas pessoas no local aguardando. Faz pouco caso do paciente com dor.”

“O atendimento da enfermagem ficou a desejar. Uma paciente idosa chegou ao hospital às 9:00, numa cadeira de roda e em jejum. Foi posta numa maca enquanto aguardava a internação, que veio ocorrer às 17:00. Fez pouco caso da paciente.”

“Há demora de mais de 12 horas para ter acesso a um quarto do hospital...”

“Paciente idoso e transplantado chegou ao pronto-socorro do hospital com pneumonia por volta das 9 horas da manhã e só deu entrada em seu quarto às 23 horas. Ficou longo tempo na sala de espera sentado.”

“Precisou de um serviço especializado na clínica, marcado para 14:40. Eram 15:40 e o médico ainda não havia chegado. E ainda havia vários pacientes na frente que iam se consultar com mesmo médico.”

“O paciente, esposo da declarante, não quis ser internado no hospital devido ao atendimento ser insatisfatório, lento...”

“Médicos demoram a passar nos quartos. Eram mais de 14 horas e o médico ainda não tinha ido ao quarto.”

“Demora no atendimento de serviço de quarto. Esperam cerca de 50 minutos depois de apertar interruptor instalado nos quartos para chamar um enfermeiro. Os mesmos ficam preocupados se for caso grave, pessoas necessitando de uma ajuda, sozinhas dentro do leito, pela demora podem até vir a óbito.”

“Demora das enfermeiras chegarem ao quarto. Chegamos até mesmo a desistir.”

Com um total de 117 (21,1%) falhas identificadas, a categoria de falhas no fluxo de pacientes, ou seja, no período de espera longo foi a segunda com a maior quantidade de questionamentos. Valor semelhante foi encontrado por Powers e Bendall-Lyon (2002) (de 16%) e por Franco e Campos (1998) (de 19%), perfazendo uma média de espera de 3 horas e 36 minutos e a ocorrência de 13 casos de 7 horas para obter atendimento.

Foram percebidos também casos de espera de 12 horas para internação, demora para se iniciar uma cirurgia marcada previamente, demora para o médico visitar o paciente e demora da equipe de enfermagem.

Inicialmente, imaginou-se que o alto percentual de falhas nesta categoria poderia estar relacionado ao fato de nos hospitais a maioria dos atendimentos serem de emergência (55,6%). E, uma vez que alguns autores comentam que em casos de alto estresse (como no caso de atendimentos de emergência), a percepção de tempo de duração do serviço ou de espera é mais longa do que em um atendimento marcado (FOTTLER e FORD, 2002), buscou-se testar se há diferença significativa no que se refere a esta categoria de falha e os diversos tipos de atendimento. Após aplicar o Teste Qui Quadrado, não foi possível constatar tal suposição (Qui2: 153,22. Graus de liberdade: 131. Probabilidade: 0,01%).

Alguns pacientes e acompanhantes relataram que a demora para o atendimento deixaram-nos mais nervosos, tensos e ansiosos (SAREL e MARMORSTEIN, 1999; MATTILA, 2003). Dependendo do tipo de paciente (idoso ou criança), a percepção de tempo pareceu variar.

Em um caso de uma criança de 17 dias, o tempo de 30 minutos foi motivo de insatisfação. Provavelmente, se esse fosse o tempo de espera de um adulto, teria sido despercebido. Em nenhum dos casos de falhas nesta categoria (com exceção deste acima de uma criança) o tempo de espera para ser identificado como falha foi inferior à uma hora.

Alguns relatos destacaram as possíveis causas para a demora no atendimento: leitos indisponíveis, o atendimento preferencial a clientes particulares ou a alguns planos de saúde, falta de informação por parte das atendentes etc. No que se refere ao impacto do tempo de espera na melhora clínica do paciente (HILL, WINFREY e RUDOLPH, 1997; KANE, 1997; MOORE, 1998; NAVEH e STERN, 2005), os entrevistados relataram casos de seqüelas em pacientes que precisavam de

atendimento imediato e de uma paciente que teve AVC e que aguardou atendimento por 3 horas. Sabe-se que quanto antes o paciente de AVC for atendido, maior a probabilidade de ele se recuperar (HOSPITAL MIRIAM, 2005).

Em casos específicos de falhas por parte das equipes de enfermagem e hotelaria, os entrevistados comentaram sobre a demora para dar medicamentos, trazer roupas de cama e a limpeza do quarto. Casos como a demora para troca de roupa do paciente também foram relatados, inclusive, com comentários do quanto tal lentidão ocasionou situações constrangedoras ao paciente. Foram encontrados também comentários sobre a demora para atendimento após o acionamento do botão de emergência, considerado por Corey e Posevac (1982) como um aspecto importante na avaliação da satisfação dos clientes de hospitais.

Um paciente relata que desistiu de chamar a enfermeira por conta de tanta demora. Outros tipos de falhas encontradas foram a demora do médico em visitar os pacientes para fornecer o diagnóstico, além de atraso de mais de 4 horas no atraso da cirurgia por retardamento do médico, que não havia chegado ainda ao hospital.

Um achado pertinente foi a necessidade de as atendentes da recepção em “acalmar o pronto socorro”, ou melhor, fazer com que os clientes se acalmem por meio do fornecimento de informações sobre os atrasos e demais questionamentos. Esta expressão está voltada à prática de recuperação “acalmar o cliente”, encontrada por Corrêa, Pereira e Almeida (2006) em uma pesquisa no varejo no interior de Minas Gerais.

4.1.15 Domínio da Comodidade / Conforto X Processo: Ocorrência de Situações Constrangedoras, Falta de Privacidade

“A mesma acha constrangedor nos quartos cuja internação é dupla, haver pacientes de sexos opostos.”

“A acompanhante dirigiu-se à sala das enfermeiras. Elas estavam em troca de plantão. A senhora disse que o paciente estava evacuando e que tinham que trocá-lo. As enfermeiras que estavam deixando o plantão, com piadas irônicas, ficaram brincando, em alto tom de voz, sobre quem iria trocar o paciente.”

“... O modo que a doutora presta assistência à paciente que retornava ao hospital. ‘De novo a senhora!’, usava esse argumento com senhoras idosas, faz pouco caso.”

“A paciente chegou ao hospital e, ao ser atendida pelo médico, o mesmo disse que (por ser obesa) a mesma devia ter comido demais, por isso estava passando mal naquele momento. A paciente continuou se sentindo mal por alguns dias e não procurara outro médico com medo de outro constrangimento.”

“O paciente de 94 anos sempre que ia ao hospital era tratado com tom agressivo e de ironia pelo enfermeiro que dizia ‘o povo que gosta de um pronto socorro’. Sentia o constrangimento dos pacientes que se encontravam debilitados e de quem a acompanhara.”

“Ficou constrangido e exausto por ter que ficar tanto tempo tramitando de maca pelo hospital.”

“Houve um constrangimento e humilhação no quarto de enfermaria, onde uma criança com estomatite se encontrava internada há mais de quatro dias. Deram entrada a outra criança no mesmo quarto. A médica ao chegar ao quarto disse a todos que o paciente com estomatite não poderia ficar com outra no mesmo quarto, pois a doença era infecciosa. Imediatamente a mãe da outra criança o pegou em seu braços e saiu às pressas, agindo como se o outro paciente fosse um leproso. A mãe que se encontrava há mais tempo neste quarto ficou muito triste com a situação de discriminação que acabou de acontecer com seu filho.”

Foram identificadas 25 (4,5%) falhas relacionadas a esta categoria. O alto percentual se deve à própria característica do serviço de saúde, em que o paciente se encontra sob dependência dos prestadores do serviço que o desrespeitam, agem com brincadeiras de mau gosto e com preconceito, ou em situações em que há demora no atendimento (troca de fraldas, por exemplo) ou o trânsito com a maca pelo hospital por um longo período fazem com que os pacientes se sintam constrangidos. A falta de privacidade é percebida pelos pacientes ao terem que

dividir o quarto com pacientes de sexo oposto ou com pacientes cujas limitações da doença de certa forma limitam seu conforto e privacidade.

4.2 IMPACTO DE CADA TIPO DE FALHA NA FIDELIZAÇÃO DOS CLIENTES

Em análise geral, das 311 entrevistas, 10 pessoas preferiram não se posicionar sobre sua recomendação dos serviços do hospital onde aconteceu a falha relatada. Do restante, 193 (64,1%) declararam recomendar o hospital mesmo após a ocorrência, enquanto 108 (35,9%) não recomendam.

Tratando de cada problema em particular, identificou-se que há diferenças explícitas entre os percentuais de clientes que recomendam os hospitais após ocorrência de cada tipo de falha do modelo proposto (Figura 4.1). Este resultado foi obtido por meio do teste Qui Quadrado (Qui²: 36,26. Graus de liberdade: 131. Probabilidade: 0,05%). Principalmente no que se trata de falhas técnicas dos profissionais: encontrou-se o valor de 37,3%, muito abaixo dos demais, demonstrando a forte reação dos clientes perante este tipo de falha. Por tratar-se de contratemplos em que o risco de vida do paciente está em mais evidência, a ocorrência de equívocos no tratamento do problema de saúde é tratada com alto grau de gravidade e, portanto, com baixo percentual de fidelização.

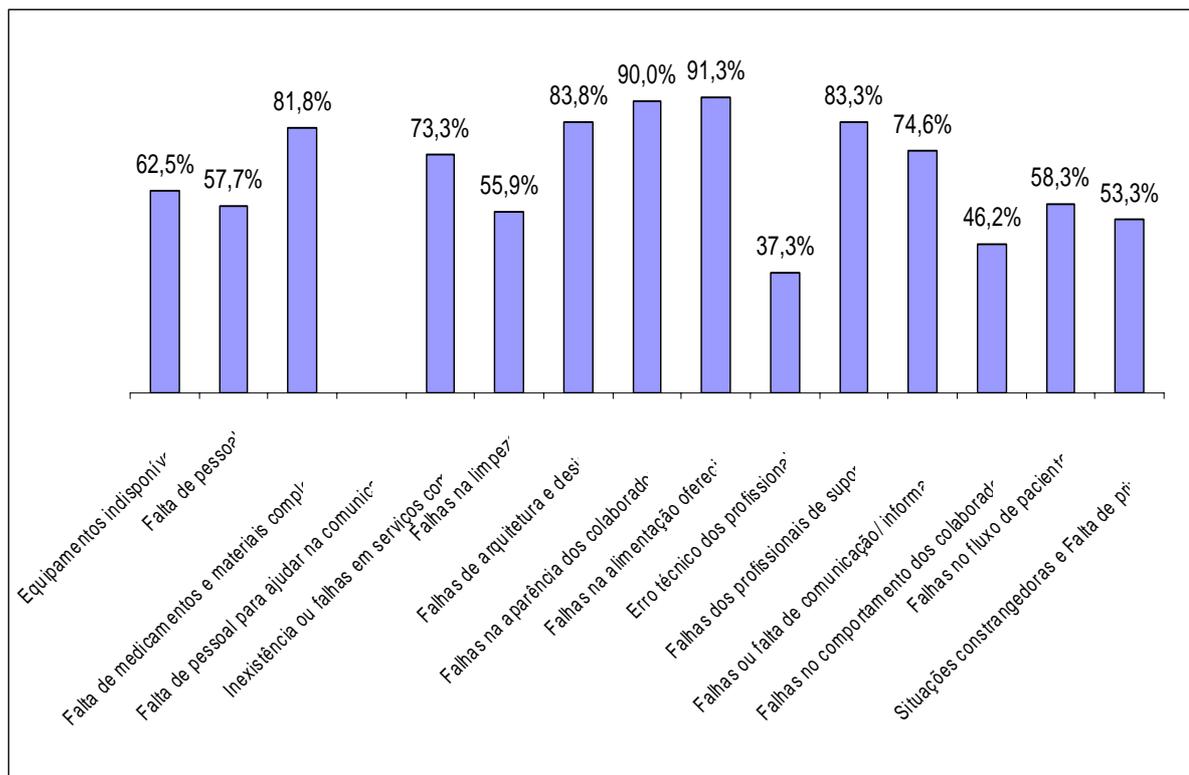


FIGURA 4.1 Percentual de fidelização por tipo de falha

Outros tipos de falhas com baixos percentuais de fidelização estão relacionados ao comportamento dos funcionários (46,2%), à ocorrência de situações constrangedoras e falta de privacidade (53,3%) e à limpeza (55,9%). Entre as categorias com alto percentual de fidelização, destacam-se aquelas relacionadas à alimentação oferecida pelo hospital (91,3%) e à aparência dos colaboradores (90,0%).

Percebe-se que há semelhanças se esses percentuais forem comparados aos valores encontrados por Hoffman, Kelley e Chung (2003) no varejo. Estes autores encontraram 55,7% de falhas na limpeza, 80,0% de arquitetura e *design* e 64,6% de equipamentos. A presente pesquisa se deparou com 55,9%, 83,8% e 62,5%, respectivamente.

Outra análise pertinente, representada na Figura 4.2, mostra que em todos os tipos de atendimento há um percentual maior de clientes que recomendam versus os que não recomendam os serviços do hospital onde a falha aconteceu. Destaca-se, entretanto, para os clientes de cirurgia e maternidade cuja diferença é maior. Acredita-se que tal resultado se deve ao fato de que nesses atendimentos os clientes normalmente têm um atendimento mais longo, com internações de alguns dias, e passam a se familiarizar com os procedimentos do ambiente de serviços – o chamado aprendizado do cliente (PINE II, PEPPERS e ROGERS, 1995).

Por outro lado, observando as falhas durante o atendimento de emergência, na Figura 4.2, percebe-se que as diferenças entre esses dois comportamentos é pequena. Isso mostra que quando o paciente se encontra em um estado emocional mais crítico, ele se torna mais sensível a interpretar ou perceber falhas no serviço recebido (MATTILA, 2003; SAREL e MARMORSTEIN, 1999) e resistente a recomendar os serviços.

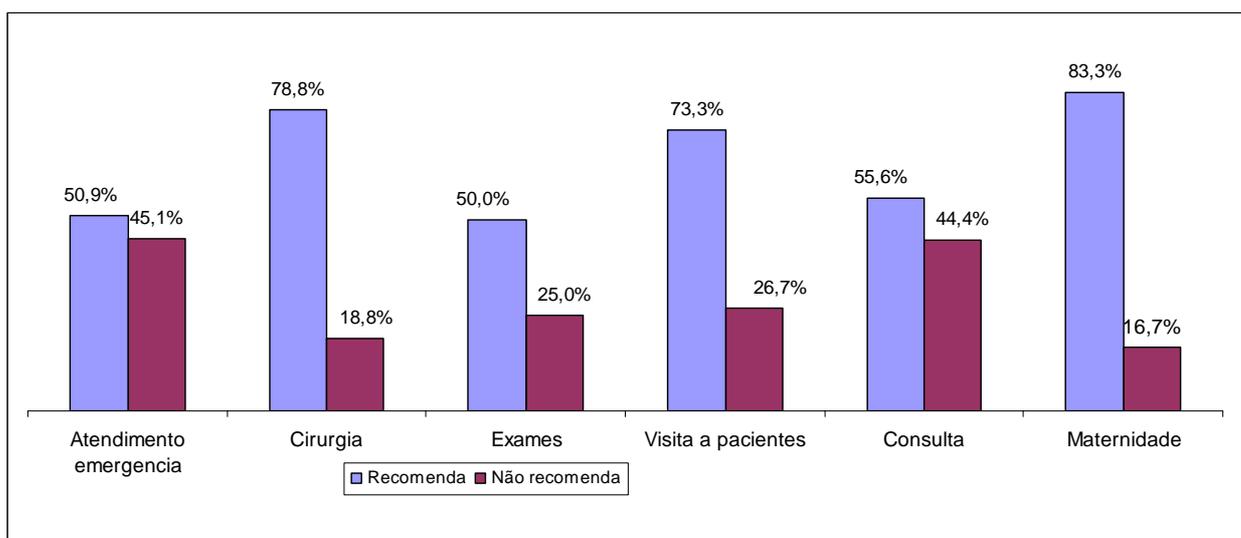


FIGURA 4.2 Recomendação x Tipo de Atendimento

4.3 PRÁTICAS DE RECUPERAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES

Durante a análise dos resultados da pesquisa, identificou-se que em 85,3% dos relatos não houve qualquer iniciativa por parte do hospital em amenizar a falha e recuperar o serviço prestado. Nos demais casos, as práticas para a recuperação não foram satisfatórias para 75,0% dos clientes. Os resultados da pesquisa comprovam que além de os clientes não perceberem os esforços por parte dos hospitais, algumas atitudes não se mostraram aceitáveis ou suficientes para reverterem o quadro de insatisfação com os serviços recebidos.

Entre as práticas citadas pelos entrevistados, algumas merecem destaque por terem sido mencionadas também na literatura. Segundo diversos autores (ANDREASSEN, 2001; ZEITHAML e BITNER, 2003; MATTILA, 2003), o sucesso das práticas de recuperação dos serviços depende da presença de uma liderança forte e de funcionários com autonomia para resolver os problemas. Pelos comentários descritos a seguir, entretanto, percebe-se que tais requisitos ainda estão deficientes nas organizações de saúde:

“Ela foi atrás do chefe do setor para resolver a situação, mas não conseguiu.”

“Enviou uma pessoa para averiguar, mas sem solução.”

“Foi passado para a enfermeira, que não pôde fazer nada.”

“Houve reclamação, mas não adiantou.”

“Não se responsabilizavam por nada perdido no hospital.”

“Não fizeram nada e, quando acontece algo fora do padrão, é difícil de corrigir.”

Outra prática sugerida na literatura (MATTILA, 2003), a de admitir os problemas dos clientes como se fossem seus e se envolver no processo de recuperação, não foi identificada nas entrevistas. Em contrapartida, percebeu-se a transferência de responsabilidade pela falha para outro profissional ou área do hospital. Um dos motivos para esse comportamento se deve à dificuldade que os profissionais de

saúde têm de assumir a responsabilidade por suas falhas (MATHEWS E THOMAS, 2007).

“Alegou que a letra do médico estava ilegível” [caso de erros técnicos dos profissionais]
“Justificam que não sabiam, que haviam pedido pra trazer...” [caso de atendimento lento]

Também foram constatados casos de encaminhamento do paciente a outra instituição de saúde como forma de amenizar a falta de profissionais (TORRES, 2003):

“Depois da reclamação veio um médico não especialista que não solucionou o caso e pediu que procurassem outro hospital.”
“... Falta de aparelho de ressonância. Encontrava-se quebrado. Após dois dias de espera, foi transferido para um hospital que tinha o aparelho.”

Analisando detalhadamente os casos em que os clientes declararam estar satisfeitos com as ações de recuperação do serviço (3,7% do total de relatos coletados), verifica-se que as práticas que proporcionaram maior satisfação nos clientes foram basicamente “pedido de desculpas por parte do profissional” e a “correção imediata da falha”.

“Ligaram para o celular do obstetra.”
“Outro médico resolveu a situação, ainda que não atendido pelo plano.”
“Percebeu o erro e vai buscar melhorar.”
“O coordenador do hospital veio conversar conosco para amenizar.”
“O médico que é amigo da família, resolveu a situação com o hospital.”

Algumas práticas encontradas por Torres (2003) em hospitais do Rio de Janeiro, tais como o ressarcimento financeiro por objeto perdido ou roubado no ambiente de saúde não foi identificado na presente pesquisa. Entretanto, estratégias de recuperação intangível como pedir desculpas, fornecer informações sobre o ocorrido e corrigir a falha de imediato foram aquelas que, quando utilizadas, proporcionaram uma maior satisfação nos clientes de serviços hospitalares.

A partir do momento que a ocorrência de algumas falhas é inevitável, as práticas de recuperação, quando aplicadas de maneira rápida e justa, tornam-se muito importantes para a percepção da qualidade dos serviços. Os consumidores normalmente compreendem que contratempos podem acontecer, devido ao aspecto interpessoal do serviço e a fatores externos. Porém, eles esperam que a organização “faça direito” na segunda tentativa (SAREL e MARMORSTEIN, 1999), corrigindo imediatamente a falha e se desculpando pelo ocorrido desagradável e inconveniente para o cliente. Esta atitude prova-se capaz de minimizar e até superar os efeitos negativos (COREY e POSEVAC 1982, SAREL e MARMORSTEIN 1999).

Outras iniciativas de fácil aplicação, tais como oferecer aos clientes livre acesso para fazer reclamações e oferecer informações sobre o ocorrido (BOSHOFF, 1999), podem não só amenizar a percepção negativa dos clientes como também suprir os hospitais de informações sobre a qualidade dos serviços prestados por seus colaboradores de forma a ser evitada a ocorrência de falhas.

Embora essas ações sejam amplamente conhecidas e de fácil aplicação na gestão da qualidade dos serviços de saúde, e dos clientes estarem receptivos a recebê-las, na prática, por meio dos resultados obtidos nesta pesquisa, percebe-se que são poucas as situações de falhas (3,7%), em que ele percebe uma iniciativa de recuperação por parte do hospital.

A falta de atitude nesse sentido pode destruir uma lealdade construída ao longo do tempo (LEVESQUE e MCDUGAL, 2000), uma vez que são encaradas pelos clientes como uma espécie de “traição” à sua constância e comprometimento com a organização (BITNER, BOOMS e TETREULT, 1990).

4.4 IMPACTO DAS PRÁTICAS DE RECUPERAÇÃO DE SERVIÇOS NA FIDELIZAÇÃO DOS CLIENTES

De acordo com pesquisas em outros setores, de 68% a 89% dos clientes insatisfeitos com a recuperação do serviço (SOCAP, 1995; TARP, 1986) declararam não ter intenções de recompra. Na saúde, Sarel e Marmorstein (1999) encontraram o valor de 65% e no presente trabalho foi encontrado o valor de 26,7%. Isso quer dizer que mais de 73% dos clientes que declararam não ter ficado satisfeitos com as práticas de recuperação de serviço recomendam mesmo assim os serviços dos hospitais.

O alto percentual de clientes que não perceberam esforços de recuperação de serviço satisfatórios (96,3%) quando analisados juntamente com a baixa taxa de deserção evidenciam que os clientes de hospitais são “naturalmente mais fiéis” pelas particularidades do setor (JONES E SASSER, 1995) e que são “*unhappy but static*” (GEMME, 1997), ou seja, estão insatisfeitos com os serviços da empresa, mas continuam demonstrando-lhe comportamentos de fidelidade.

Com base nos resultados da pesquisa, percebe-se que o percentual de fidelização daqueles que notaram práticas, mesmo que insatisfatórias, de recuperação de serviços (73,3%) são maiores do que daqueles que não perceberam tais práticas (61,7%). Tal resultado pode ser explicado utilizando-se o conceito de “traição” (BITNER, BOOMS e TETREAULT, 1990) em que a não recuperação é percebida de maneira negativa e impacta diretamente na fidelização dos clientes, por conta de eles esperarem que o serviço seja prestado com qualidade, mesmo que “da segunda vez”. Já entre aqueles que perceberam práticas de recuperação e a avaliaram como satisfatoriamente, encontrou-se 100% de fidelização.

É importante destacar que o fato de na presente pesquisa a taxa de deserção ser mais baixa do que a encontrada por Sarel e Marmorstein (1999) pode ser justificado pelo aspecto de que a região geográfica onde a pesquisa foi realizada há relativamente poucos hospitais de grande porte e a predominância de um plano de saúde apenas, o que pode restringir ainda mais a oferta de serviços e aumentar o custo de mudança de fornecedor (BITNER, 1990; ENNEW e BINKS, 1996; MITTAL e LASSAR, 1998; ZEITHAML e BITNER, 2003).

Observando os motivos que levam os clientes a se manterem fiéis aos hospitais em que houve falhas, destaca-se o fato de a instituição contar com profissionais qualificados e competentes, capazes de prestar um atendimento de qualidade, responsável por 50% das justificativas. Confirma-se, portanto, que os aspectos técnicos têm um peso grande não só na percepção de falhas nos serviços (12,4% do total de falhas relatadas) e na deserção dos clientes (fidelização de apenas 37,3%), mas também influencia de forma positiva na sua satisfação (HOSPITAIS EPE, 2008) e na decisão de se manterem fiéis. Alguns comentários que evidenciam isto:

“Melhores médicos se concentram lá”
“Qualidade médica.”
“Porque clinicamente os médicos são bons.”
“Pois o setor de oncologia é muito bom.”
“Pelo corpo médico.”

O atendimento (24,5%) e a estrutura física e de equipamentos do hospital (17,5%) também foram citados como fatores de fidelização dos clientes. Um achado curioso foi o de que 8% dos clientes, que relataram falhas e disseram ter ficado insatisfeitos com a posição do hospital perante elas, continuaram a recomendar a instituição pela imagem que ela tem na sociedade (“a melhor”). Alguns comentários foram:

“De repente só foi um ocorrido, pois é um bom hospital.”

“É a minha 2ª casa!”

“Hospital é referência!”

“Hospital muito importante!”

“Pela estrutura e por ser o melhor do estado.”

Conclui-se que a confiança que os clientes têm nos hospitais ou na imagem que eles representam se mantém positiva para cerca de 64%, mesmo após a ocorrência de falhas e da não-recuperação dos serviços. Segundo Colgate e Norris (2001), os consumidores podem permanecer fiéis às organizações por terem uma opinião consolidada sobre o prestador do serviço e acreditarem que a falha foi algo atípico. E com o aumento do vínculo afetivo com a empresa, o custo da mudança aumenta, tornando difícil a troca de fornecedor.

Em se tratando de serviços de saúde, confirma-se que os clientes se comportam como naturalmente fiéis aos hospitais (JONES E SASSER, 1995) e que eles não esperam apenas a recuperação do serviço, mas perceberem que a empresa está usando de mecanismos gerenciais para monitorar a qualidade do serviço e evitar a ocorrência das falhas (ANDREASSEN, 2001).

5 - CONCLUSÕES

O primeiro objetivo específico do trabalho consistia em identificar os principais tipos de falhas em serviços hospitalares por meio de um modelo de classificação de falhas específico para o setor de saúde. Usando como base os 15 subgrupos do modelo apresentado ao final do capítulo dedicado à Revisão de Literatura, as falhas foram alocadas levando em consideração suas características. O resultado encontrado de 71,2% estarem relacionadas ao processo da prestação do serviço se assemelha aos achados de Powers e Bendall-Lyon (2002) em uma pesquisa em hospitais. Dentre estas, destacam-se as falhas decorrentes do comportamento dos colaboradores, tais como insensibilidade e frieza, com 22,2% do total de falhas. Conclui-se, portanto, que em se tratando de serviços de saúde, a atenção dedicada dos colaboradores a seus pacientes/ clientes, deve ser ainda maior, por tratar-se de um serviço onde o grau de sensibilidade e envolvimento emocional dos pacientes é bem maior quando comparados aos outros serviços. Para isso, os gestores de hospitais devem estar constantemente realizando treinamentos para seus colaboradores, principalmente para mostrar que as necessidades de seus clientes possuem este aspecto particular e que deve ser levado em consideração na prestação do serviço. Uma categoria de falhas que também merece atenção é aquela relacionada ao fluxo dos pacientes, ou seja, demora para atendimento, correspondente a 21,1% do total de falhas descritas pelos clientes. Pelas características do próprio serviço de saúde, conclui-se que há uma necessidade ainda maior de se implantar mecanismos de gerenciamento de filas, otimizarem o processo de atendimento, além de se buscar facilitar a comunicação entre os setores e o intercambio de informações.

O segundo objetivo específico do trabalho era entender como cada tipo de falha influenciava na fidelização dos clientes. Verificou-se que uma falha técnica, tal como erro de diagnóstico ou de prescrição de medicamento, é aquela que mais impacta negativamente na fidelização dos clientes. Isso evidencia o fato de que, quando o risco de vida do paciente está mais evidente, a ocorrência de equívocos no tratamento do problema de saúde é tratada com alto grau de gravidade e, portanto, com baixo percentual de fidelização.

É importante destacar que no decorrer das entrevistas, percebeu-se que as interpretações de falhas pelos clientes, muitas das vezes, deve-se às falhas de comunicação ou falta de informação por parte do prestador do serviço. Isso quer dizer que a deficiência de informações faz com que os pacientes fiquem receosos quanto à capacidade técnica do profissional. Esta conclusão condiz com a informação de que cerca de 80% dos processos por erro médico são declarados como improcedentes (INTERNEWS, 2008). Haja vista esta conclusão recomenda-se que os gestores de hospitais busquem identificar oportunidades de se melhorar a comunicação entre os prestadores de serviço e seus pacientes. Dessa forma, minimizam-se não só as insatisfações, como também ficam reduzidas as chances de deterioração da imagem da competência técnica do hospital.

De maneira semelhante, percebe-se que, do ponto de vista dos clientes, o comportamento dos prestadores de serviço, seja agindo de maneira fria, insensível, preconceituosa, proporcionando situações constrangedoras ou de falta de privacidade, proporcionam impactos negativos fortes sobre a fidelização dos clientes. Tais ações, por outro lado, são ações que exigem um trabalho intenso e continuado, de mudança de cultura organizacional e comportamento humano.

Dentre as categorias de falhas com alto percentual de fidelização, ou seja, pouco impacto negativo sobre os clientes destacam-se as falhas relacionadas à alimentação oferecida pelo hospital e à aparência dos colaboradores. Isso quer dizer que no momento que os clientes estão emocionalmente abalados, dependentes dos colaboradores, e cujo serviço envolve seu bem-estar, aspectos mais tangíveis possuem uma importância bem inferior e são até mesmo pouco observados.

O terceiro objetivo específico era identificar as práticas de recuperação de serviços utilizadas pelos hospitais. Notou-se que em 85% dos casos não houve qualquer iniciativa por parte do hospital em restabelecer a satisfação dos clientes. Isso evidencia para a existência de um hiato entre o que os hospitais têm realizado (ou dizem realizar) e o que os clientes percebem como iniciativas nesse sentido. Além disso, cabe destacar o fato de que ainda existe a idéia de que os hospitais, prestando um serviço com falhas ou não, terão sempre filas de pacientes à espera de atendimento.

Pelo resultado do último objetivo da pesquisa, percebe-se que o percentual de fidelização encontrado (64,1%) foi superior quando comparado a pesquisas internacionais. Isso comprova que os clientes de serviços de saúde ainda agem de maneira a “se sentirem reféns” das organizações de saúde e de seus prestadores. O sucesso de práticas de recuperação de serviços - 100% dos clientes satisfeitos com estas ações disseram recomendar o hospital onde a falha aconteceu, evidencia mais uma vez que os pacientes não estão acostumados a serem tratados como efetivos clientes.

A partir destes resultados, é possível concluir que a gestão da qualidade dos serviços prestados por hospitais é um tema que exige ainda muitos estudos,

pesquisas e principalmente ações de melhoria, principalmente de forma a mudar a mentalidade dos prestadores do serviço, começando pela alta diretoria, da importância de seus clientes para o sucesso da organização.

Em uma fase de mudanças no ambiente competitivo do sistema de saúde, as organizações que primeiramente e de maneira dinâmica conseguirem internalizar estes conceitos, se estruturando de maneira sustentável no atendimento às reais necessidades de seus clientes, terão mais chances de obterem sucesso em um futuro próximo.

6 - SUGESTÃO PARA ESTUDOS FUTUROS

É interessante lembrar a limitada amplitude desta pesquisa e, assim sendo, o fato de que alguns estudos podem ser conduzidos com o objetivo de se aprofundar essa compreensão sobre as falhas, a fidelização de clientes e as práticas de recuperação direcionadas ao setor de saúde no Brasil.

Primeiramente, seria interessante a validação do modelo conceitual apresentado no presente trabalho através das devidas análises estatísticas. Com isso, o modelo poderia ser formalizado ou adaptado para que possa ser implementado como um modelo-padrão em organizações de saúde.

Seria interessante também aplicar a pesquisa, porém, diferenciando se o relato aconteceu em um hospital público ou privado. Os resultados destes dois grupos poderão ser comparados, a fim de se entender se há diferenças significativas entre a frequência de falha percebida pelos pacientes.

Outro aspecto que poderia ser explorado em estudos futuros é identificar as características e comportamentos destes clientes – usuários de serviços de saúde, de maneira a se entender melhor a “particular fidelização” destes clientes e sua tendência no decorrer dos anos.

REFERÊNCIAS

- ALVES, E.S. **Um estudo sobre gestão de capacidade em três hospitais brasileiros.** (Dissertação de mestrado)- Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.
- ANDERSON, E.W.; FORNELL, C. The customer satisfaction index as a leading indicator. In: IACOBUCCI, D.; SWARTZ, T. (eds.). **Handbook of services marketing and management.** New York: Sage Publications, 1999.
- ANDREASSEN, T. From disgust to delight: do customers hold a grudge?. **Journal of Service Research.** V. 4, N. 1, p. 1-44, 2001.
- ANGELOPOULOU, P.; KANGIS, P.; BABIS, G. Private and public medicine: a comparison of quality perceptions. **International Journal of Health Care Quality Assurance.** V. 11, N.1, p. 14-40, 1998.
- ARAUJO, C. A. **Fatores a serem gerenciados para o alcance da qualidade para os clientes internos: um estudo em um conjunto de hospitais brasileiros.** (tese de doutorado)- Instituto Coppead de Administração, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.
- ARCHER, N.P.; WESOLOWSKY, G.O. Consumer response to service and product quality: a study of motor vehicle owners. **Journal of Operations Management.** V. 14, N. 2, p. 103-118, June 1996.
- BAIN & COMPANY. **Retailing Survey.** Bain & Company, Boston, MA, December, 1999.
- BARON-EPEL, O.; DUSHENAT, M.; FRIEDMAN, N. Evaluation of the consumer model: relationship between patient's expectation, perception and satisfaction with care. **International Journal of Quality in Health Care.** V. 13, N. 4, p. 317-323, 2001.
- BATALDEN, P.; SLAINE, M. **What will it take to lead the continual improvement and innovation of health care in the twenty-first century?** Quality Management in Health Care. V.11, N.1, p. 45-54, 2002.
- BEBKO, C.P. Service intangibility and its impact on consumer expectations of service quality. **Journal of Services Marketing.** V. 14, N. 1, p. 9-26, 2000.
- BEBKO, C.P. Service encounter problems: which service providers are more likely to be blamed?. **Journal of Services Marketing.** V. 15, N. 6, p. 480-495, 2001.
- BECKER, C. Service recovery strategies: the impact of cultural differences. **Journal of Hospitality & Tourism research.** V. 24, N. 4, p. 526-538, 2000.
- BERRY, L.; PARASURAMAN, A. **Serviços de Marketing: competindo através da qualidade.** SO: Maltese-Norma, 1995.

BERWICK, D.M. We can cut costs and improve care at the same time. **Medical Economics**. V. 73, N. 15, p. 180-182, 1996.

BITNER, M.J. Evaluating service encounters: the effect of physical surroundings and employee responses. **Journal of Marketing**. V. 52, N. 2, p. 69-82, 1990.

BITNER, M.J.; BOOMS, B.H.; TETREAUULT, M.S. The service encounter: diagnosing favorable and unfavorable incidents. **Journal of Marketing**. V. 54, N. 1, p. 71-84, January 1990.

BLENDON R.J.; BENSON, J.M. Americans' Views on Health Policy: A Fifty-Year Historical. Perspective. **Health Affairs**. V. 20, N. 2, p. 33-46, March/April 2001.

BLODGETT, J.G.; ANDERSON, R.D. A Bayesian network model of the consumer complaint process. **Journal of Service Research**. V. 2, N.4, p. 321-338, 2000.

BOSHOFF, C. Recovsat: An Instrument to Measure Satisfaction With Transaction-Specific Service Recovery. **Journal of Service Research**. V. 1, N. 3, p. 236-249, February, 1999.

BOSHOFF, C.; LEONG, J. Empowerment, attribution and apologising as Dimensions of Service Recovery: an experimental study. **International Journal of Service Industry Management**. V. 9, N. 1, p. 24-47, 1998.

BOWERS, M.R.; SWAN, J.E.; KOEHLER, W.F. What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery?. **Health Care Management Review**. V. 19, N. 4, p. 49-55, 1994.

BROOK, R.H.; KAMBERG, C.J; MAYER-OAKES, A.; BEERS, M.H.; RAUBE, K.; STEINER, A. Appropriateness of acute medical care for the elderly: an analysis of the literature. **Health Policy**. V. 14, N. 3, 1990.

BROWN, S.W; COWLES, D.L; TUTEN, T.L. Service Recovery: its value and limitations as a retail strategy. **International Journal of Service Industry Management**. V. 7, N. 5, p. 32-46, 1996.

BROWN, S. W.; SWARTZ, T. Gap analysis of professional service quality. **Journal of Marketing**. V. 53, N. 2, p. 92-98, April 1989.

CAMILLERI, D.; CALLAGHAN, M. Comparing public and private hospital care service quality. **International Journal of Health Care Quality Assurance**. V. 11, N. 4, p. 127, 1998.

CAMPOS, J.K. **A eficácia da avaliação contínua da qualidade e suas implicações na gestão do atendimento de uma clínica radiológica.** (Monografia de graduação)- Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas, Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo, 2005.

CAREY, R.; POSAVAC, E. Using Patient information to identify areas for service improvement. **Health Care Management Review**. V. 7, N. 2, p. 43-48, Spring, 1982.

CASTLE, N; BROWN, J; HEPNER, K.; HAYS, R. Review of the Literature on survey instruments used to collect data on hospital patients' perceptions of care. **Health Research and Educational Trust**. V. 40, N. 6, Part II, p. 1996-2017, December 2005.

CECILIO, L. C.; MERHY, E.E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. *In*: Pinheiro, R.; Mattos, R. **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2003, 15 p.

COCKROFT, A.; MONASTA, L.; ONISHI, J.; KARIM, E. Baseline service delivery survey: health and population sector programme 1998-2003. **Bangladesh, final report to ministry of health and family planning**. Government of Bangladesh, Dhaka, June 1999.

COLGATE, M.; NORRIS, M. Developing a comprehensive picture of service failure. **International Journal of Service Industry Management**. V. 12, N. 3, p. 215-233, 2001.

COLQUITT, J. On the dimensionality of organizacional justice: a construct validation of a measure. **Journal of Applied Psychology**. V. 86, N. 3, p. 386-400, 2001.

CORREA, S.; PEREIRA, G.; ALMEIDA, V. Clientes Problemáticos: falhas e recuperações de serviços sob a perspectiva do funcionário de empresas varejistas. **Revista de Práticas Administrativas**. Maringá, V. 3, N. 2, p. 85-100, set/out 2006.

COSTA, N.R. O banco mundial e a política social nos anos 90 – a agenda para reforma do setor de saúde no Brasil. In N.S. Costa, J.M. Ribeiro (orgs). **Política de saúde e inovação**. Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1996, p 13-29.

COYLE, J. Exploring the meaning of "dissatisfaction" with health care: the importance of "personal identity threat". **Sociology of Health & Illness**. V. 21, N. 1, p. 95-123, 1999.

DECKER, P.J.; STRADER, M.K. The joint commission has provided a tool to change your work force: are you paying attention?. **Health Care Supervisor**. V. 16, N.3, p. 54-62, March 1998.

DONABEDIAN, A. **Explorations in Quality Assessment and Monitoring**. Vol. I: *The definition of quality and approaches to its assessment*. Health Administration Press. Ann Arbor, MI, 1980.

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

DUBE, L.; MAUTE, M.F. Defensive strategies for managing satisfaction and loyalty in service industry. **Psychology & Marketing**. V. 15, N. 8, p. 775-791, 1998.

DUBOIS, R.W.; BROOK, R.H. Preventable deaths: who, how often, and why?. **Annals of Internal Medicine**, 1988, p. 109-117.

DURAN, Sabrina. **Medicina de risco**. Disponível em: http://www.universovisual.com.br/publisher/preview.php?edicao=0506&id_mat=1094. Acesso em 04 Mar. 2008

EAST, R., HAMMOND, K., HARRIS, P., LOMAX, W. First-store loyalty and retention. **Journal of Marketing Management**, V. 16, p. 307-325, 2000.

ENGELBRECHT, D. Duas estrelas na apagada lista da saúde pública. **Jornal O Globo**, p. 17, 22 de abril de 2007.

ENNEW, C.T.; BINKS, M.R. The impact of service quality and service characteristics on customer retention: small business and Banks in the UK. **British Journal of Management**. V. 7, p. 219-30, 1996.

EISENBERG, B. Customer service in healthcare: a new era. **Hospital & Health Services Administration**. V. 42, N. 1, p. 17-31, Spring, 1997.

ESPERIDIAO, M.; TRAD, L. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, V. 22, N. 6, p. 1267-1276, junho 2006.

ETZEL, M.J.; SILVERMAN, B.I. A managerial perspective on directions for retail customer dissatisfaction research. **Journal of Retailing**. V. 57, p. 124-136, Fall, 1981.

FIGUEIREDO, K.; ARKADER, R.; OZORIO, G. Estratégias de recuperação de serviço no varejo e seu impacto na fidelização dos clientes. **Revista de Administração Contemporânea**. V. 6, N. 3, p. 55-73, set/dez 2002.

FITZSIMMONS, J.A.; FITZSIMMONS, M.J. A Qualidade em serviços. In: **Administração de serviços: gerenciamento das operações de serviços**. Porto Alegre: Bookman, Cap. 10, p. 248-288, 2000.

FLANAGAN, J.C. The critical incident technique. **Psychological Bulletin**. V. 51, p. 327-357, July, 1954.

FORBES, L.; KELLEY, S.; HOFFMAN, K. E-Loyalty and Satisfaction: A Typology of E-Commerce Retail Failures and Recovery Strategies. **Journal of Services Marketing**. V. 19, N. 5, p. 280-292, 2005.

FORD, R.; BACH, S.; FOTTLER, M. D. Methods of measuring patient satisfaction in health care organizations. **Health Care Management Review**. V. 22, N. 2, p.74-89, 1997.

FOTTLER, M.D.; FORD, R.C. Managing patient waits in hospital emergency departments. **The Health Care Manager**. V. 21, N. 1, p. 46-61, September 2002.

FRANCO, S.C.; CAMPOS, G.W.S. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, p. 61-70, jan/mar 1998.

GEMME, E. Retaining customers in a managed care market. Hospitals must understand the connection between patient satisfaction, loyalty, retention and revenue. **Marketing Health Services**. V. 17, N. 3, p. 19-21, 1997.

GILBERT, A.; CHURCHILL, J.R.; SURPRENANT, C. Expectations and norms in models of customer satisfaction. **Journal of Marketing Research**. V. 19, p 491-504, November 1982.

GODFREY, B.; SILVEIRA, J. A. 4º Painel: Qualidade na Saúde. **Conferência Internacional de Qualidade**. Rio de Janeiro, p. 105-131, 1997.

GONZALES, C. Gerenciamento de qualidade nos serviços médico-hospitalares. In: **Gerenciamento da Qualidade - Prêmio Jovem Cientista**. Ed. Fundação Roberto Marinho/Gerdau, CNPQ, RJCNPQ, Rio de Janeiro, p. 93-107, 1993.

GRONROOS, C. A. Service Quality Model and its Marketing Implications. **European Journal of Marketing**. V. 18, N. 4, p. 36-44, 1984.

GRONROOS, C.A. **Marketing - gerenciamento e serviços**. Rio de Janeiro: Ed. Elsevier, 2003.

GURGEL Jr., G..D.; VIEIRA, M..M.F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 7, N. 2, p. 325-334, 2002.

HART, C.W.L.; HESKETT, J.L. e SASSER, W.E., Jr. The profitable art of service recovery. **Harvard Business Review**. V. 68, p.148-56, july-august, 1990.

HAYS, M. Customers base quality perceptions on patient relations, staff qualifications. **Modern Health Care**. V. 17, p. 33, 1987.

HERZLINGER, R.E. Por que inovar na saúde é tão difícil?. **Harvard Business Review**. Maio 2006.

HESKETT, J.L.; SASSER, W.E. Jr.; HART, C.W.L. **Service Breakthroughs: changing the rules of the game**. New York: Free Press, 1990.

HILL, C.A.; WINFREY, K.L.; RUDOLPH, B.A. Best hospitals: a description of the methodology for the index of hospital quality. **Inquiry- Blue Cross and Blue Shield Association**. V. 34, N. 1, p 80-90, 1997.

HNPSP - Health, Nutrition, and Population Sector Programme, July 2003-June 2006. **Planning Wing, Ministry of Health and Family Welfare**. Government of Bangladesh, Dhaka, 2006.

HOFFMAN, K.D, KELLEY, S.W. CHUNG, B.C. A CIT investigation of servicescape failures and associated recovery strategies. **Journal of Service Mktg.** V. 17, N. 4, p. 322-340, 2003.

HOSPITAIS EPE. **Satisfação do Utente nos HEPE em 2005.** Disponível em: http://www.hospitaisepe.min-saude.pt/Comunicacao_Actualidade/Biblioteca_Online/com_servico_utente/Satisf_Utente_Hepe_2005.htm. Acesso em 12 Jan. 2008.

HOSPITAL MEMORIAL. **Infra-estrutura - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar** Disponível em http://www.hospitalmemorial.com.br/memorial/infra-estrutura_ccih.shtml. Acesso em 04 Mar. 2008.

HOSPITAL MIRIAM. **Centro de AVC do Hospital Miriam.** Elaborado em Jan. 2005. Disponível em http://www.lifespan.org/tmh/services/cardiac/stroke/stroke_brochure_port.pdf. Acesso em 07 Mai. 2008

HOWARD, J.A.; SHETH, J.N. A theory of buyer behavior, in Changing marketing systems: consumer, corporate and government interfaces. **Proceedings of the winter conference of the american marketing association**, AMA, 1967.

INSTITUTE OF MEDICINE. **To err is human.** Washington, DC: National Academy press, 2000.

INTERNEWS. **1o Forum Internews sobre Erro médico.** Disponível em: <http://www.internews.jor.br/Eventos/06/management/03EM/programa.asp>. Acesso em 04 Mar. 2008.

JABNOUN, N.; CHAKER, M. Comparing the quality of private and public hospitals. **Managing Service Quality.** V. 13, N. 4, p. 290-299, 2003.

JOHNSTON, T.C.; HEWA, M.A. Fixing service failures. **Industrial Marketing Management.** V. 26, p. 467-73, 1997.

JOHNSTON, R.; MEHRA, S. Best-practice complaint management. **Academy of Management Executive.** V. 16, N. 4, p. 145-54, 2002.

JCAHO - JOINT COMMISSION FOR ACCREDITATION ON HEALTHCARE ORGANIZATIONS. **The joint commission for accreditation on healthcare organizations manual for hospitals.** Chicago: The commission, 1990.

JONES, T.O.; SASSER Jr., W.E. Why satisfied customers defect. **Harvard Business Review.** V. 73, N. 6, p 88-99, November/december, 1995.

JORGE, M.G. **Breve Apreciação Sobre Erro Médico.** Disponível em http://www.cccastelo.com.br/erro_medico.htm. Acesso em 15 Abr. 2008.

KANE, R.L. **Understanding Health Care Outcomes Research.** Aspen Publications, Gaithersburg, MD. 1997.

KARATEPE, O..M.; EKIZ, E.H. The effects of organizational responses to complaints on satisfaction and loyalty: a study of hotel guests in Hothern Cyprus. **Marketing Service Quality**. V. 14, N. 6, p. 476-486, 2004.

KELLEY, S.W.; HOFFMAN, K.D.; DAVIS, M.A. A typology of retail failures and recoveries. **Journal of Retailing**. V. 69, p.429-453, Winter 1993.

KORSCH, B; GOZZI, E.; FRANCIS, V. Gaps in doctor-patient communication – I. Doctor-Patient interaction and patient satisfaction. **Pediatrics**. V. 42, N. 9, p. 855-871, November 1968.

KOTLER, P. **Administração de marketing**: análise, planejamento, implementação e controle. 4ª ed, São Paulo, Atlas, 1996.

KRELL, Eric. **Como Espantar os Clientes no Varejo**. Newsletter de 18 de julho de 2007. Disponível em: <http://www.1to1.com.br/newsletter/newsletter.php3?data=2007-07-18>. Acesso em 19 Jul. 2007.

LAGNADO, L. Patients give hospitals poor scorecards. **Wall Street Journal**. January 28, p. B1, 1997.

LARSON, C.; NELSON, E.; GUSTAFSON, D.; BATALDEN, P. The relationship between meeting patients' information needs and their satisfaction with hospital care and general health status outcomes. **International Journal for Quality in Helath Care**. V. 18, N. 5, p. 447-456, 1996.

LEAPE, LL. Error in medicine. **Journal of the American Medical Association**. V. 272, N. 23, p.1851-7, 1994.

LECKIE, J.; BULL, R.; VRIJ, A. **Patient education and counseling**. V. 64, p. 69-77, 2006.

LEVESQUE, T.; MCDOUGALL, G. Service problems and recovery strategies: an experiment. **Canadian Journal of Administrative Sciences**. V. 17. N. 1, p 20-37, 2000.

LIEBER, R. B.; GRANT, L. Now are you satisfied?. **Revista Fortune**. 16 de fevereiro 1998.

LIMA-GONÇALVES, E. Condicionantes internos e externos da atividade do hospital-empresa. **Era Eletrônica**. V. 1, N. 2, jul/dez 2002.

LOCKMAN, J.E. **Factors related to patients' satisfaction with their medical care**. **Journal of Community Health**. V. 9, N. 2, p. 91-108, Winter 1983

LOVELOCK, C.; WRIGHT, L. **Serviços: Marketing e Gestão**. São Paulo, Saraiva, 2002.

MACHADO, L. O que acontece uma vez que o consumidor reclama?. **Jornal A Gazeta**, Espírito Santo, 26 de Abril de 2004. Caderno Gestão Empresarial–satisfação do cliente, p. 11.

MAGALHAES, L.E. Lei estabelece multa para atraso no atendimento. **Jornal O Globo**, Rio de Janeiro, 6 de dezembro de 2007, p.23.

MALHORTA, N.K. **Pesquisa de Marketing** – uma orientação aplicada. 4ª ed – Porto Alegre: Bookman, 2006.

MATTHEWS, J.; THOMAS, P. Managing clinical failure: a complex adaptative system perspective. **International Journal of Health Care Quality Assurance**. V. 20, N. 3, p. 184-194, 2007.

MATTILA, A.S. The impact of service failures on customer loyalty. **International Journal of Service Industry Management**. V. 15, N. 2, p. 134-149, 2004.

MATTILA, A. S.; CRANAGE, D. The impact of choice on fairness in the context of service recovery. **Journal of Services Marketing**. V. 19, N. 5, p 271-279, 2005.

MAXHAM, J.G.; NETEMEYER, R.G. A Longitudinal Study of Customer Evaluations of Multiple Service Failures and Recoveries. **Journal of Marketing**. V. 66, p 57-71, October 2002.

MEIROVICH, G; BRENDER-ILAN, Y.; MEIROVICH, A. Quality of hospital service: the impact of formalization and decentralization. **International Journal of Health Care Quality Assurance**. V. 20, N. 3, p. 240-252, 2007.

McCOLLOUGH, M; BERRY, L.; YADAV, M. An empirical investigation of customer satisfaction after service failure and recovery. **Journal of Service Research**. V. 3, N. 2, p. 121-137, 2000.

McKENNA, R. **Marketing de relacionamento: estratégias bem sucedidas para a era do cliente**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

MERHY.E.E.; CECILIO, L.C. O singular processo de coordenação dos hospitais. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, V. 22, N. 64, p. 110-122, 2003.

MITTAL, B.; LASSAR, W.M. Why do customers switch? The dynamics of satisfaction versus loyalty. **The Journal of Services Marketing**. V. 12, N. 3, p. 177-94, 1998.

MOORE, J.D. Team approach. **Modern Heathcare**. V. 28, N. 11, p.84-85, 1998.

MOWEN, J.C.; MINOR, M. **Comportamento do Consumidor**. São Paulo: Prentice-Hall, 2003.

MSD-BRASIL. **Dor abdominal Recorrente**. Disponível em: http://www.msd-brazil.com/msdbrazil/patients/manual_Merck/mm_sec23_265.html. Acesso em 06 Mar. 2008.

NAHAR, L. Improving the health services. **The Daily Star**, May 16 2002

NAVEH, E.; STERN, Z. How Quality improvement programs can affect general hospital performance. **International Journal of Health Care**. V. 18, N. 4, p. 249-270, 2005.

NELSON, E, BATALDEN, P e RYER, J. **Clinical improvement action guide**. Joint Commission Oakbrook Terrace. Illinois, 1998.

NELSON, C.W.; NIEDERBERGER, J. Patient Satisfaction surveys: an opportunity for Total Quality Improvement. **Hospital & Health Services Administration**. V. 35, N. 3, p. 409-427, Fall 1990.

NELSON-WERNICK, E.; CURREY, H.S.; TAYLOR, P.W.; WOODBURY, M.; CANTOR, A. Patient Perception of Medical Care. **Health Care Management Review**. V. 6, N. 1, p. 65–72, Winter 1981.

NOGUEIRA, L.C.L. **Gerenciando pela qualidade total na saúde**. Belo Horizonte: EDG, 1999.

NUNES, A; PROSCHOLDT, E. Paciente fica cega de um olho e justiça condena o médico. **Jornal A Tribuna**, 02 de maio de 2008, p.01.

OLIVER, R. **Satisfaction: a behavioral perspective on the consumer**. Boston: Irwin McGraw-Hill, 1997.

PETTY, R.; KROSNICK, J. **Attitude strength: antecedents and consequences**. Lawrence Erlbaum, Mahwah, NJ, 1995.

PINE, B. J; PEPPERS, D.; ROGERS, M. Do you want to keep your customers forever?. **Harvard Business Review**. V. 73, N. 2, p. 103-108, mar/abr 1995.

PORCARO, J. **Marketing interno em empresas de serviços :um estudo de caso na Viação Águia Branca**. (dissertação de mestrado)- Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2003

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

POWERS, T.; BENDALL-LYON, D. Using complaint behavior to improve quality through the structure and process of service delivery. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaint Behavior*. V. 15, p. 13-21, 2002.

PRILUCK, R. Relationship marketing can mitigate product and service failures. **Journal of Service Marketing**. V. 17, N. 1, p. 37-52, 2003.

REICHHELD, F. **A estratégia da lealdade: a força invisível que sustenta crescimento, lucro e valor**. 2. ed. Campus: Rio de Janeiro, 1996.

REICHHELD, F.; SASSER Jr, W. Zero Defections: quality comes to services. **Harvard Business Review**. Boston, V. 68, N. 5, p.105-111, sept/oct 1990.

REICHHELD, F. F.; MARKEY Jr., R. G.; HOPTON, C. The loyalty effect: the relationship between loyalty and profits. **European Business Journal**. V. 12, N. 3, p. 134-139, 2000.

SAMPSON, S.E. **Understanding service business**. Brigham Young University, Working Paper, 1999.

SANTOS, C. P. **Impacto do Gerenciamento de Reclamações na Confiança e Lealdade do Consumidor, no Contexto de Trocas Relacionais de Serviços: construção e teste de um modelo teórico**. (Tese de doutorado)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2001.

SANTOS, MP. **Avaliação da qualidade dos serviços públicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário**. (Dissertação de Mestrado)- Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 1995.

SAREL, D.; MARMORSTEIN, H. The role of service recovery in HMO Satisfaction. **Marketing Health Services**. V. 19, N. 1, p. 6-12, Spring 1999.

SCHNEIDER, B.; BOWEN, D. E. Winning the service game. **Harvard Business School Press, Human Resource Management**. V. 34, N. 3 , p. 463 – 465, 1995.

SCHWEIKHART, SB.; STRASSER,S.; KENNEDY, M.R. Service recovery in Health Services Organizations. **Hospital of Health Services Administration**. V. 38, N. 1, p. 3-21, Spring 1993.

SHAW, J.G. Making quality improvement work. **Group Practice Journal**. V. 41, N. 1, p.6-23, 1992.

SHEMWEEL, D.; CRONIN, J.; BULLARD, W. Relational exchanges in services: an empirical investigation of ongoing customer service-provider relationships. **International Journal of Service Industry Management**. V. 5, N. 3, p. 57-68, 1994.

SHERMAN, S. **Total customer satisfaction: a comprehensive approach for health care providers**. San Francisco: Jossey-Bass, p. 26-27, 1999.

SILVA, M.A. **Breves comentários sobre a acreditação dos prestadores de serviços de hemoterapia**. Elaborado em Abr. 2004. Disponível em: <http://jus2.uol.com.br/doutrina/texto.asp?id=6250>. Acesso em 07 Mai 2008

SIROHI, N., McAUGHLIN, E.W., WITTINK, D.R. A model of consumer perceptions and store loyalty intentions for a supermarket retailer. **Journal of Retailing**. V. 74, N. 2, p. 223-249, 1998.

SMITH, A.K.; BOLTON, R.N. An Experimental Investigation of Customer Reactions to Service Failure and Recovery Encounters. **Journal of Service Research**. V. 1, N. 1, p. 65-81, 1998.

SOCAP – Society of Consumer Affairs Professionals. **Study of Consumer Complaint Behaviour in Australia**. Sydney: SOCAP, 1995.

SOUZA, E.M. **A satisfação dos idosos com os serviços de saúde**: um estudo de prevalência e de fatores associados em Taguatinga, DF. (Dissertação de Mestrado)- Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 1997.

SPARKS, B.A.; CALLAN, V.J. Dealing with Service Breakdowns: The Influence of Explanations, Offers & Communication Style on Consumer Complaint Behaviour. **Proceedings of the World Congress – 7th Bi-Annual Marketing Science Conference**, 1995.

STEIBER, S.R.; KROWINSKI, W.J. **Measuring and managing patients satisfaction**. Chicago: American Hospital Publishing, 1990.

STERN, Z.; NAVEH, E. A model of quality management in general hospital. **Clinical Performance and Quality Health Care**. V. 5, N. 3, p. 129-132, 1997.

STILES, R.; MICK, S. Classifying quality initiatives: a conceptual paradigm for literature review and policy analysis. **Hospital & Health Services Administration**. V. 39, N. 3, Fall 1994.

STRASSER, S.; DAVIS R.M. **Measuring patient satisfaction for improved patient services**. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1991

TAYLOR, S.A. Distinguishing service quality from patient satisfaction in developing healthcare marketing strategies. **Hospital an Health Services Administration**. V. 39, N. 3, p. 221-236, Summer 1994.

TARP - Technical Assistance Research Program. **Consumer Complaint Handling in America – an update study**. Part 2. TARP e US Office of Consumer Affairs. Washington, DC. April 1986.

TAX, S.; BROWN, S.; CHANDRASHEKARAN, M. Customer evaluations of service complaint experiences: implications for relationship marketing. **Journal of Marketing**. V. 62, p. 60-76, April 1998.

TEAS, R.K. Expectations, performance evaluation and customers' perceptions of quality. **Journal of Marketing**. V. 57, p. 18-34, October 1993.

THE ACSI – AMERICAN CUSTOMER SATISFACTION INDEX. **Scores by Industry - Hospitals**. Disponível em: http://www.theacsi.org/index.php?option=com_content&task=view&id=147&Itemid=155&i=Hospitals. Acesso em 15 Abr. 2008.

TORRES, R.C. **Recuperação de falhas de serviço em hospitais do Rio de Janeiro: um estudo de casos**. (Dissertação de Mestrado)- Instituto Coppead de Administração, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

URDAN, A. T. A Qualidade de Serviços Médicos na Perspectiva do Cliente. **Revista de Administração de Empresas (FGV)**, São Paulo, V. 41, N. 4, p. 44-55, 2001.

VAVRA, T. G.; PRUDEN, D. R. Using aftermarketing to maintain a customer base. **Discount Merchandiser**. V. 35, N. 5, May 1995.

VEIGA, J.; PADOVEZE, M.C. **Infecção hospitalar - informações para o público em geral**. Outubro, 2003. Disponível em http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/ih/if_publico.htm. Acesso em 04 Mar 2008.

VUORI, H. Patient satisfaction – na attribute or indicator of the quality of care?. **Quality Review Bulletin**. V. 13, p. 106-108, March 1987.

WEINER et al. Quality Improvement implementation and hospital performance on quality indicators. **Health Services Research**. V. 41, N. 2, p. 307-334, April 2006.

WEISS, L.G. Patient satisfaction with primary medical care: evaluation of sociodemographic and predispositional factors. **Med. Care**. V. 26, p. 383-92, 1988.

WENBERG, D.E.; WENBERG, J.E. **Addressing variations: Is there hope for the future?** Health Affairs Web exclusive (December 10, 2003). Disponível em: <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/full/hlthaff.w3.614v1/DC1?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&author1=wennberg&andorexactfulltext=and&searchid=1&FIRSTINDEX=0&resourcetype=HWCIT>. Acesso em 07 Mai. 2008.

WEUN, S.; BEATTY, S.; JONES, M. The impact of service failures severity on service recovery evaluations and post-recovery relationship. **European Journal of Marketing**. V. 35, N. 1 e 2, p. 194-211, 2001.

WILLSON, P.; MCNAMARA, J.R. How perception of a simulated physician-patient interaction influences intended satisfaction and compliance. **Social Science and Medicine**. V. 16, N. 19, p. 1699–1704, 1982.

WOOLEY, F; KANE, R.; HUGHES, C.; WRIGHT, D. The effects of doctor-patient communication on satisfaction and outcome of care. **Social Science and Medicine**. V. 12, p. 123-28, March 1978.

ZEITHAML, V.A.; BERRY, L.L.; PARASURAMAN, A. The behavioral consequences of service quality. **Journal of Marketing**. V. 60, p. 31-46, 1996.

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

ZEITHAML, V. A.; PARASURAMAN, A.; BERRY, L. L. **Delivering Quality Service: Balancing customer perceptions and expectations**. New York: Collier Macmillan. 1990.

ZEMKE, R.; BELL, C. Service recovery: doing it right the second time. **Training**. V. 27 N. 6, p.42-48, 1990.

ANEXO

ROTEIRO DA ENTREVISTA

- Bom dia, Sr.(a)____, sou Juliana e estou realizando uma pesquisa de mestrado sobre serviços de saúde, o Sr.(a) se importa de responder algumas perguntas? Estas informações são confidenciais.

- Em alguma das vezes que o(a) Sr.(a) experimentou o serviço de um hospital (não necessariamente este), aconteceu alguma situação que tenha sido determinante para sua avaliação da qualidade do serviço prestado? Conte-me o que aconteceu

- Qual o motivo que o levou ao hospital?

() Atendimento de emergência () Cirurgia () Exames

() Visita a pacientes internados () Consulta médica () Outros: _____

- O que o hospital fez para amenizar/ recuperar o ocorrido?

- O(a) Sr.(a) ficou satisfeito(a) com a resposta do hospital? () Sim () Não

- O(a) Sr.(a) recomenda os serviços deste hospital onde este ocorrido aconteceu? () Sim () Não

Se SIM:

- Qual o motivo de o(a) Sr.(a) recomendar esse hospital mesmo após a ocorrência destas falhas?