

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO

CARLOS AUGUSTO DA SILVA LOURES

**UM ESTUDO SOBRE O USO DA EVIDÊNCIA FÍSICA
PARA GERAR PERCEPÇÕES DE QUALIDADE EM
SERVIÇOS:**

CASOS DE HOSPITAIS BRASILEIROS

Orientador: Prof. Dr. Marcos Cortez Campomar

São Paulo
2003

Reitor da Universidade de São Paulo

Prof. Dr. Adolpho José Melphi

Diretor da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade

Prof^a Dr^a Maria Tereza Leme Fleury

Chefe do Departamento de Administração

Prof. Dr. Eduardo Pinheiro Gondim de Vasconcellos

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE
DEPARTAMENTO DE ADMINISTRAÇÃO

CARLOS AUGUSTO DA SILVA LOURES

**UM ESTUDO SOBRE O USO DA EVIDÊNCIA FÍSICA
PARA GERAR PERCEPÇÕES DE QUALIDADE EM
SERVIÇOS:**

CASOS DE HOSPITAIS BRASILEIROS

Dissertação apresentada ao Departamento de Administração da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Cortez Campomar

São Paulo
2003

FICHA CATALOGRÁFICA

Loures, Carlos Augusto da Silva

Um estudo sobre o uso da evidência física para gerar percepções de qualidade em serviços : casos de hospitais brasileiros / Carlos Augusto da Silva Loures. -- São Paulo : FEA/ USP, 2003.

219 p.

Dissertação - Mestrado

Bibliografia

1. Marketing de serviços 2. Hospitais 3. Qualidade total - Administração I. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da USP.

CDD – 658.8

DEDICATÓRIA

À Sandra,

cujo amor e companheirismo jamais me faltaram nos últimos três anos. Ninguém mais do que ela soube compreender meu desejo de mudar.

AGRADECIMENTOS

Duro é o ofício de agradecer a tantas pessoas que colaboraram para o êxito deste trabalho: corre-se o risco de esquecer umas ou não agradecer suficientemente a outras. Mesmo assim, eis uma tentativa.

Primeiramente a Deus, que me deu força, coragem e inteligência para passar pelos obstáculos de uma vida relativamente modesta num bairro do subúrbio do Rio de Janeiro e chegar à condição de Bacharel e agora Mestre em Administração pela Universidade de São Paulo, a mais importante do Brasil.

Ao Dr. Fernando Boigues, da Casa de Saúde Nossa Senhora do Carmo e do Hospital Vital, por ter aberto o caminho para as entrevistas relatadas no trabalho e ter dado valiosas dicas iniciais a um “cristão-novo” nos assuntos da área de saúde.

Ao Dr. Sílvio Possa e ao Abdias, por também terem fornecido nomes de pessoas e informações importantes para o início do trabalho.

À direção do Hospital Moinhos de Vento, do Hospital Mãe de Deus e da Clínica São Vicente da Gávea por permitir o acesso às suas instalações e entrevistas ao mesmo tempo esclarecedoras e simpáticas com o Henrique, o Ralf e a Simone, profissionais de marketing dessas organizações.

Aos amigos de mestrado com quem troquei experiências nesses mais de dois anos. Especialmente o Sidney e a Tânia.

Aos amigos da Fecap, onde tive o prazer de iniciar minha carreira docente, que sempre apoiaram essa conquista: Prof. Manoel, Jaime, Taiguara, Edson, Marizilda e Delmo.

Àqueles que, mesmo de longe, sempre torceram por mim: Marcos e Miúcha; Dona Neusa, Seu Luís e Simone.

Aos meus pais, Silas e Albina: talvez eles tenham percebido há mais de trinta anos que a Era do Conhecimento estava por vir e fizeram todos os esforços para garantir que o acesso à educação me fosse assegurado da melhor forma possível.

Ao meu irmão, Carlos Alberto, que Deus colocou em minha vida para exercer um papel além daquele familiar e ser meu grande amigo.

À Prof^a Dr^a Íris Gardino, pela excelente revisão do texto da dissertação.

Ao Prof. Dr. André Lucirton Costa e à Prof^a Dr^a Irene Kazumi Miura, ambos da FEA Ribeirão Preto. Além da maneira calorosa como fui recebido nessa escola por ocasião do exame de qualificação, ambos deram valiosas contribuições para que o trabalho final fosse superior ao projeto de dissertação.

Um agradecimento especial ao Prof. Dr. Marcos Cortez Campomar. Nesses mais de dois anos, o Professor Campomar foi além de seu papel de orientador e tornou-se para mim uma referência na vida acadêmica e um padrão de clareza de pensamento. Nunca lhe disse pessoalmente, mas creio que havia duas intenções subjacentes às minhas dúvidas sobre o trabalho. Primeira, fazer o melhor possível. Segunda, não ter passado por sua vida apenas como mais um de seus orientandos, mas como alguém que fez um trabalho digno de ser referência para seus futuros orientandos.

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	viii
RESUMO	ix
ABSTRACT	x
CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO	1
1.1 APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA	2
1.2 PROBLEMA EM ESTUDO	5
1.3 OBJETIVO	5
1.4 JUSTIFICATIVAS DO ESTUDO	6
1.5 ORGANIZAÇÃO DO TEXTO	6
CAPÍTULO 2 - REVISÃO DA LITERATURA	7
2.1 A IMPORTÂNCIA DOS SERVIÇOS	8
2.2 DEFINIÇÕES DE SERVIÇOS	12
2.3 CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS	15
2.4 CLASSIFICAÇÕES DE SERVIÇOS	18
2.5 SERVIÇOS DE SAÚDE	28
2.5.1 Hospitais	32
2.6 ENCONTROS DE SERVIÇO	34
2.6.1 O Serviço como Sistema	36
2.7 QUALIDADE DE SERVIÇOS	38
2.7.1 O Significado da Qualidade	38
2.7.2 Qualidade de Serviços	41
2.7.3 Qualidade de Serviços de Saúde	44
2.7.4 Modelos de Qualidade de Serviços	48
2.7.4.1 Modelo de Grönroos	48
2.7.4.2 Modelo de Parasuraman, Zeithaml e Berry	54
2.8 EVIDÊNCIA FÍSICA	66
2.8.1 Instalações Físicas e Equipamentos	70
2.8.2 Recursos Humanos	75
2.8.3 Comunicação Não Pessoal	83

CAPÍTULO 3 - METODOLOGIA DA PESQUISA DE CAMPO	89
3.1 PROPOSIÇÃO DA PESQUISA DE CAMPO	90
3.2 ABORDAGEM METODOLÓGICA BÁSICA DA PESQUISA DE CAMPO	91
3.2.1 Natureza da Pesquisa	91
3.2.2 Método da Pesquisa	94
3.2.3 Limitações do Método Escolhido	97
3.3 PROJETO DE ESTUDO DE CASOS	98
3.4 COLETA DE DADOS	104
3.4.1 Protocolo para o Estudo de Caso	104
3.4.2 Coleta de Evidências	106
3.5 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS	109
3.6 RELATÓRIO DE PESQUISA	112
CAPÍTULO 4 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA DE CAMPO	115
4.1 FORMA DE APRESENTAÇÃO E ANÁLISE	116
4.2 HOSPITAL MOINHOS DE VENTO	116
4.2.1 Dados do Hospital	116
4.2.2 Dados do Entrevistado	117
4.2.3 Qualidade de Serviços	117
4.2.4 Instalações Físicas e Equipamentos	119
4.2.5 Recursos Humanos	124
4.2.6 Comunicação Não Pessoal	129
4.2.7 Importância da Área de Marketing e Orientação de Marketing da Organização	132
4.2.8 Perguntas Gerais	135
4.3 HOSPITAL MÃE DE DEUS	136
4.3.1 Dados do Hospital	136
4.3.2 Dados do Entrevistado	136
4.3.3 Qualidade de Serviços	137
4.3.4 Instalações Físicas e Equipamentos	137
4.3.5 Recursos Humanos	141
4.3.6 Comunicação Não Pessoal	146
4.3.7 Importância da Área de Marketing e Orientação de Marketing da Organização	147
4.3.8 Perguntas Gerais	150

4.4 CLÍNICA SÃO VICENTE DA GÁVEA	151
4.4.1 Dados do Hospital	151
4.4.2 Dados da Entrevistada	151
4.4.3 Qualidade de Serviços	152
4.4.4 Instalações Físicas e Equipamentos	152
4.4.5 Recursos Humanos	156
4.4.6 Comunicação Não Pessoal	160
4.4.7 Importância da Área de Marketing e Orientação de Marketing da Organização	162
4.4.8 Perguntas Gerais	165
4.5 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS	166
4.5.1 Organizações e Entrevistados	166
4.5.2 Qualidade de Serviços	167
4.5.3 Instalações Físicas e Equipamentos	168
4.5.4 Recursos Humanos	175
4.5.5 Comunicação Não Pessoal	183
4.5.6 Importância da Área de Marketing e Orientação de Marketing	186
4.5.7 Perguntas Gerais	189
CAPÍTULO 5 - CONCLUSÃO	191
5.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS	192
5.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE A REVISÃO E CONSOLIDAÇÃO DA LITERATURA	193
5.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE A PESQUISA DE CAMPO	195
5.4 RESTRIÇÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO	197
5.5 DESENVOLVIMENTOS FUTUROS	198
REFERÊNCIAS	200
APÊNDICES	210

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 – CLASSIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS SEGUNDO A NATUREZA DO ATO DE SERVIÇO	23
FIGURA 2 – CLASSIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS SEGUNDO O RELACIONAMENTO ORGANIZAÇÃO-CLIENTES	24
FIGURA 3 – CLASSIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS COM BASE NO GRAU DE CUSTOMIZAÇÃO E JULGAMENTO	25
FIGURA 4 – CLASSIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ACORDO COM A NATUREZA DA DEMANDA E DA OFERTA	26
FIGURA 5 – CLASSIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ACORDO COM O MÉTODO DE ENTREGA	27
FIGURA 6 – AGRUPAMENTO DE PRODUTOS E SERVIÇOS PARA UMA CLÍNICA DE INFERTILIDADE	31
FIGURA 7 – O SISTEMA DE SERVIÇO	37
FIGURA 8 – MODELO DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE DE SERVIÇOS HOSPITALARES	45
FIGURA 9 – MODELO DE QUALIDADE DE SERVIÇOS DE GRÖNROOS	52
FIGURA 10 – MODELO DE QUALIDADE DE SERVIÇOS DE PARASURAMAN, ZEITHAML E BERRY	55
FIGURA 11 – ELEMENTOS INTRACORPORATIVOS DO SERVIÇO	68
FIGURA 12 – ESQUEMA PARA COMPREENSÃO DAS RELAÇÕES AMBIENTE-USUÁRIO EM ORGANIZAÇÕES DE SERVIÇOS	72
FIGURA 13 – ESTRUTURAS ILUSTRATIVAS DE RELATÓRIOS DE ESTUDOS DE CASO	112
GRÁFICO 1 – ESTRUTURA PERCENTUAL DO PIB BRASILEIRO SEGUNDO AS CLASSES E RAMOS DE ATIVIDADE	11
QUADRO 1 – DEFINIÇÕES DE SERVIÇOS	13
QUADRO 2 – CLASSIFICAÇÃO DOS SISTEMAS DE SERVIÇO	21
QUADRO 3 – VELHOS VS NOVOS PARADIGMAS: BUSCA POR UMA MAIOR ORIENTAÇÃO PARA O CLIENTE	47
QUADRO 4 – DIFERENÇAS ENTRE PESQUISA EXPLORATÓRIA, DESCRITIVA E CAUSAL	93
QUADRO 5 – SITUAÇÕES RELEVANTES PARA DIFERENTES ESTRATÉGIAS DE PESQUISA	95
QUADRO 6 – TIPOS BÁSICOS DE PROJETOS PARA ESTUDOS DE CASO	102
QUADRO 7 – DADOS DAS ORGANIZAÇÕES PESQUISADAS	166
QUADRO 8 – DADOS DOS ENTREVISTADOS	167
TABELA 1 – EVOLUÇÃO DA ESTRUTURA ECONÔMICA DOS PAÍSES POR SETOR DE ATIVIDADE	8

RESUMO

O tema central desta dissertação é o uso da evidência física como forma de gerar percepções de qualidade de serviços por parte de clientes. A realização de um estudo exploratório justifica-se pela baixa produção acadêmica sobre o tema no Brasil. Na primeira parte da dissertação é feita revisão bibliográfica em que se abrange: importância dos serviços; definições de serviços; características de serviços; classificações de serviços; serviços de saúde; encontros de serviço; qualidade de serviços; e evidência física. Na segunda parte do trabalho, apresentam-se a metodologia e os resultados de uma pesquisa de campo, realizada para verificar como os conceitos estudados são praticados por três hospitais brasileiros. Na conclusão do trabalho são apresentadas as principais contribuições práticas e teóricas, um resumo das principais descobertas da pesquisa de campo, as restrições e limitações do trabalho e recomendações de pesquisas futuras para outros autores que tenham interesse pelo tema.

Palavras-chave: qualidade de serviços, evidência física e hospitais.

ABSTRACT

The aim of this dissertation is the use of physical evidence as a way to generate service quality perceptions from clients. The realization of an exploratory research is justified by the low academic production on the subject in Brazil. In the first part of the dissertation is presented a bibliographic review including: the importance of services; service definitions; service characteristics; service classification; health services; service encounters; service quality; and physical evidence. In the second part of this work are presented the methodology and the results of a field research in order to verify how the concepts reviewed are practiced by three Brazilian hospitals. At the conclusion are presented the main practical and theoretical contributions, a summary of the main findings of the field research, the restrictions and limitations of the study and recommendations for future researches to other authors who have interest on this subject.

Key words: service quality, physical evidence and hospitals.

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA

O marketing de serviços tornou-se um importante tema da literatura de marketing a partir da década de 1960. REGAN (1963) argumenta que os Estados Unidos de então estavam bem avançados numa “revolução” que poderia trazer a seus beneficiários padrões quantitativos e qualitativos inteiramente novos de consumo de serviços.

Desde aquela época o setor de serviços tem apresentado crescimento expressivo em diversas economias ao redor do mundo. Apenas para citar o caso brasileiro: dados do IBGE (2000) mostram que em 1999 cerca de 56% do nosso PIB era proveniente de atividades de serviços. Apesar disso, ainda são poucos os trabalhos acadêmicos brasileiros que abordam o tema, se comparados com os Estados Unidos ou os países nórdicos, dois grandes centros de disseminação do conhecimento em marketing de serviços.

Somente muitos anos depois do trabalho de REAGAN (1963) os serviços de saúde começaram a ser mais explorados pelos pesquisadores de marketing. Segundo BECKHAM (2001), foi no final da década de 1970 que o marketing de serviços começou a tratar mais seriamente os prestadores de serviços de saúde nos Estados Unidos, em função do aumento da competição entre hospitais. Àquela época o *Evanston Hospital*, de Chicago, foi o primeiro a organizar algumas funções de marketing, contando com a ajuda do professor Philip Kotler. THOMAS (1993) argumenta que na metade da década de 1980 o marketing tornou-se essencial para a sobrevivência de prestadores de serviços de saúde norte-americanos.

Nos Estados Unidos, além de temas específicos que dizem respeito ao cotidiano das organizações de saúde, as pesquisas de marketing avançaram em temas como importância do ambiente físico (HUTTON; RICHARDSON, 1995; MOLLOY,

2000), qualidade (LICATA; MOWEN; CHACRABORTY, 1995; BRYANT *et al.*, 1998), ética (DAVIDSON, 1996; GLASCOFF, 2001) e marca (BECKHAM, 1996, 2000).

No Brasil, o setor de saúde ainda tem recebido pouca atenção dos pesquisadores de marketing de serviços, embora empresas de medicina de grupo (AMIL, 2003; SUL AMÉRICA SAÚDE, 2003) diferenciem suas ofertas¹ por meio de redes de fornecedores de serviços de saúde. Chama a atenção também o fato de não haver no Brasil publicações que tratem do uso das técnicas de marketing na área de saúde².

Essa baixa produção acadêmica sobre marketing de serviços no setor de saúde brasileiro reflete-se nas raras dissertações e/ou teses encontradas sobre o tema: à época em que o projeto desta dissertação começou a ser estruturado foram encontrados apenas três trabalhos³ (SILVEIRA, 1993; CUNHA, 1994; IAZIGI, 1996).

¹ Em consulta aos sites das empresas Amil e Sul América Saúde, pode-se encontrar diferentes compostos de marketing: os preços variam de acordo com a rede credenciada (hospitais, laboratórios, médicos, entre outros) em que o cliente deseja ser tratado. Em 28 de março de 2003, um adulto de 30 a 39 anos de idade que entrasse nos *sites* dessas empresas encontraria opções de mensalidades variando de R\$ 1.426,70 a R\$ 167,52 (Amil) ou de R\$ 1.316,42 a R\$ 194,09 (Sul América Saúde).

² Nos Estados Unidos, há publicações cujo objetivo é o estudo do marketing em serviços de saúde, tais como *Journal of Health Care Marketing* (atual *Marketing Health Services*), *Health Marketing Quarterly*, *The Healthcare Forum Journal*, *Medical Marketing and Media* e *The Health Care Manager*.

³ O projeto desta dissertação começou a ser estruturado no primeiro semestre de 2002. As dissertações citadas são de ex-alunos da Fundação Getúlio Vargas de São Paulo. Essa escola tem-se destacado nos últimos anos com seus cursos e pesquisas na área de saúde por meio do PROAHSA (Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde).

É possível que essa baixa produção acadêmica sobre marketing de serviços no setor de saúde brasileiro seja reflexo daquilo que ROBBINS, KANE e SULLIVAN (1988) denominaram “infância” do marketing em hospitais. Os autores utilizaram essa expressão após uma pesquisa com administradores de marketing na qual a maioria não conseguiu elaborar uma definição precisa de marketing na área hospitalar, ficando os entrevistados restritos às suas próprias organizações.

Por mais paradoxal que pareça, a baixa produção acadêmica sobre marketing de serviços no setor de saúde brasileiro foi um dos motivos que levaram o autor desta dissertação a interessar-se pelo tema: vislumbrou a oportunidade de estudar um assunto ainda pouco conhecido e que pudesse gerar discussões futuras. O ponto de partida foram conversas informais com um médico e administrador hospitalar diretor de duas organizações, dois gestores de empresas de medicina de grupo e uma gerente de marca de um laboratório de análises clínicas. Nessas conversas, a qualidade de serviços apresentada por renomadas organizações de saúde (principalmente hospitais) em geral foi atribuída a “marcas fortes”, “imagem de excelência” ou “serviços de alta qualidade”. Ainda que não se duvidasse de que hospitais brasileiros pudessem reunir tais características, permanecia a dúvida sobre como essas organizações conseguiam transmitir a seus clientes idéias sobre a qualidade de seus serviços. Afinal, não parece razoável dizer que um cliente dispõe-se a pagar (ver nota de rodapé 1) parcelas mensais tão distintas a uma empresa de medicina de grupo para ser tratado em determinado hospital sem que este último lhe pareça realmente superior a seus concorrentes.

1.2 PROBLEMA EM ESTUDO

Para dirimir a dúvida levantada no último parágrafo da seção anterior, recorreu-se a um contato inicial com a literatura e definiu-se como problema em estudo da dissertação o seguinte: **determinar as ações realizadas para gerar percepções de qualidade de serviço por parte de clientes com base na evidência física.**

1.3 OBJETIVO

Uma vez definido o problema sobre o qual seria a matéria da dissertação, definiu-se também seu objetivo: estudar o uso da evidência física como forma de gerar percepções de qualidade de serviço por parte de clientes em prestadores de serviços hospitalares.

Devido à baixa produção acadêmica brasileira sobre marketing de serviços em organizações de saúde, optou-se pela realização de estudo exploratório que pudesse levar ao alcance do objetivo proposto. Esse estudo exploratório do qual resultou a dissertação foi desenvolvido em duas etapas. A primeira compreendeu a revisão da literatura pertinente ao problema, que vai desde a importância dos serviços, suas definições e características até o estudo da qualidade de serviços e das formas de evidência física existentes. A segunda etapa compreendeu a realização de pesquisa de campo com o uso do método de estudo de casos e comparação dos resultados obtidos com a revisão da literatura.

1.4 JUSTIFICATIVAS DO ESTUDO

Há duas justificativas principais para a realização deste trabalho:

1. contribuir para um aprofundamento, no âmbito acadêmico, da discussão do uso das técnicas de marketing de serviços na área hospitalar;
2. servir de fonte de consulta para administradores hospitalares que desejem conhecer o uso das técnicas de marketing de serviços nessas organizações, tanto por meio da revisão da literatura quanto das experiências práticas relatadas na pesquisa de campo.

1.5 ORGANIZAÇÃO DO TEXTO

O texto desta dissertação está organizado em cinco diferentes capítulos. Este capítulo é dedicado à apresentação do problema, do objetivo e das formas utilizadas para alcançá-lo. No capítulo 2 faz-se a revisão da literatura pertinente ao problema. No capítulo 3 apresenta-se uma proposição de pesquisa de campo, sua metodologia e a escolha do método. No capítulo 4, a apresentação e análise dos resultados da pesquisa de campo por meio da comparação entre as descobertas e a revisão da literatura. No capítulo 5, apresentam-se as conclusões do trabalho a partir do objetivo proposto, bem como suas limitações e propostas de novos trabalhos.

CAPÍTULO 2
REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A IMPORTÂNCIA DOS SERVIÇOS

Atualmente os serviços apresentam grande destaque na literatura de Administração, em geral, e na literatura de Marketing, em particular. Não foi sempre assim. URDAN (1993) afirma que, somente no século XX, consolidaram-se abordagens econômicas e sociais da maneira como se conhece hoje em dia, isto é, em que se consideram agricultura, indústria e serviços como setores importantes de atividade.

A relevância do tema tem sua razão. Assiste-se hoje em dia, principalmente nos países desenvolvidos, ao estabelecimento da chamada **economia de serviços ou sociedade de serviços** (GRÖNROOS, 1995; BATESON; HOFFMAN, 2001), assim denominada devido à presença dos serviços no dia-a-dia das pessoas e ao peso que passaram a ter em diversas economias ao redor do mundo, freqüentemente ultrapassando o setor de manufatura, principal responsável pela geração de riqueza até boa parte do século XX. Em algumas nações, mais de 70% de todo o PIB está no setor de serviços: Estados Unidos, Canadá e França são alguns exemplos. A tabela a seguir apresenta um panorama da importância dos serviços para alguns países europeus e americanos.

TABELA 1 – EVOLUÇÃO DA ESTRUTURA ECONÔMICA DOS PAÍSES POR SETOR DE ATIVIDADE

PAÍS	PIB Agricultura (%)			PIB Indústria (%)			PIB Serviços (%)		
	1981	1991	2000	1981	1991	2000	1981	1991	2000
Reino Unido	2,1	1,8	1,0	41,9	32,7	28,8	56,0	65,5	70,2
Espanha	8,5	6,5	3,6	35,3	33,5	30,5	56,2	60,0	65,9
França	4,6	3,4	2,9	35,2	29,5	26,1	60,2	67,1	71,0
Itália	5,8	3,7	2,9	39,0	32,9	29,5	55,2	63,4	67,6
Bélgica	2,9	2,4	1,5	34,8	30,8	27,0	62,3	66,8	71,5
Argentina	6,5	6,7	5,0	40,3	32,7	27,6	53,2	60,6	67,4
Paraguai	27,0	26,6	20,4	27,9	25,3	26,1	45,1	48,1	53,5
México	9,0	7,5	4,1	33,2	28,0	27,9	57,8	64,5	68,0
Uruguai	11,8	8,1	5,9	32,2	34,1	26,0	56,0	57,8	68,1
Chile	6,3	9,9	8,5	36,6	40,1	34,7	57,1	50,0	56,8

FONTE: WORLD BANK. **World Economic Statistics**. Disponível em:

<<http://www.worldbank.org/data/countrydata/countrydata.html>>. Acesso em: 12 nov. 2002.

Os cinco primeiros países da tabela 1 fazem parte dos chamados países desenvolvidos, ao passo que os outros cinco fazem parte dos chamados países subdesenvolvidos. Independentemente do grau de desenvolvimento desses países, a tendência apresentada por todos, nos últimos 20 anos, tem sido de diminuição da participação da agricultura e da indústria e aumento da participação dos serviços como proporção do PIB. Não significa dizer que a agricultura e a indústria desses países tenha encolhido, mas que os serviços vêm crescendo aceleradamente à medida que tais países se tornam ou pelo menos estão mais próximos de **economias de serviço**. Argentina e Uruguai - vizinhos do Brasil - já apresentam uma participação dos serviços no PIB próxima de 70%, similar àquela de países europeus.

REGAN (1963) comenta a hipótese Clark-Fisher, segundo a qual atividades de nível terciário enfatizam comércio, transportes, finanças, comunicações, construção civil e atividades profissionais, pessoais e governamentais. Uma vez que essas atividades se constituem preponderantemente de serviços, uma economia de nível terciário deveria experimentar uma parcela crescente de gastos no setor de serviços.

COWELL⁴, citado por GRÖNROOS (1995), apresenta três fortes razões pelas quais a economia de serviços está crescendo:

1. retardo no crescimento da produtividade da mão-de-obra em serviços: o volume necessário de mão-de-obra para produzir resultados decresceu mais rapidamente em outros setores que não o de serviços;
2. crescimento na demanda intermediária pelas empresas: serviços profissionais, como consultoria gerencial, serviços de engenharia, pesquisa de mercado etc. são muito mais solicitados do que no passado e esses serviços são, em grande parte, fornecidos por empresas especializadas estabelecidas para desenvolvê-los;

⁴ COWELL, D. W. **The marketing of services**. London: Heineman, 1984.

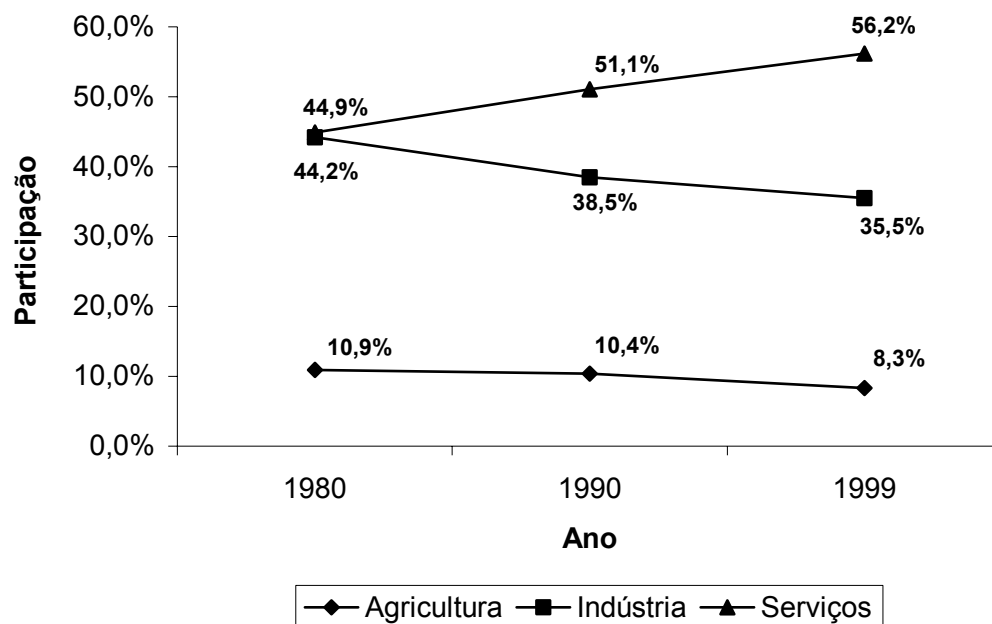
3. crescimento na demanda final pelos clientes: à medida que a sociedade se transforma, as pessoas se tornam mais ricas e uma atitude diferente com relação à vida se desenvolve (...) passam a gastar mais em serviços relacionados a lazer, esportes, viagem, entretenimento e saúde. Este último tipo de serviço, aliás, é foco da presente dissertação.

FITZSIMMONS e FITZSIMMONS (2000) afirmam que o desenvolvimento de uma sociedade se dá em três momentos distintos: sociedade pré-industrial, sociedade industrial e sociedade pós-industrial. A sociedade pós-industrial está mais preocupada com a qualidade de vida, medida por itens como saúde, educação ou lazer e, por conseguinte, é o tipo de sociedade em que os serviços tendem a desempenhar papel relevante.

ZEITHAML e BITNER (2000) argumentam que há um mercado em crescimento para serviços e uma preponderância crescente dos serviços nas economias ao redor do mundo. Uma consequência direta dessa afirmação é a de que o setor de serviços tem despertado interesse do mundo acadêmico e empresarial para suas questões e seus problemas.

No Brasil, assim como nos países indicados na tabela 1, o setor de serviços tem apresentado um crescimento expressivo em termos de participação percentual no PIB. O gráfico a seguir exhibe a evolução dessa participação nas últimas duas décadas.

GRÁFICO 1 – ESTRUTURA PERCENTUAL DO PIB BRASILEIRO A CUSTO DE FATORES SEGUNDO AS CLASSES E RAMOS DE ATIVIDADE



FONTE: IBGE. *Anuário Estatístico do Brasil*. Rio de Janeiro, v. 52, p. 1.029, 1992; _____. _____. Rio de Janeiro, v. 60, p. 789, 2000.

O gráfico 1 mostra que, no início da década de 1980, o Brasil já dispunha de um setor de serviços equiparável ao da indústria. Nos últimos 20 anos, em que pesem problemas econômicos e/ou políticos, o crescimento dos serviços tem sido notável.

2.2 DEFINIÇÕES DE SERVIÇOS

Na seção 2.1 destacou-se a importância dos serviços na economia mundial e brasileira. Resta definir serviços para que seja possível não só compreendê-los, mas também compreender a maneira pela qual são analisados pelos pesquisadores de marketing.

Uma definição bastante simples e compreensível de serviços é aquela dada por ZEITHAML e BITNER (2000, p. 2): “atos, processos e desempenhos”.

GRÖNROOS (1978) argumenta que há um problema na raiz dos conceitos de serviços e, por conseguinte, no que constitui o marketing de serviços: só se pode praticar marketing de serviços quando o serviço é o objeto do marketing, isto é, quando a organização vende o serviço como elemento central de sua oferta. Quando, entretanto, os serviços são tratados como um meio de competição, o elemento central da oferta é um bem físico, não um serviço e, portanto, deve-se aplicar ferramentas tradicionais do marketing de bens físicos.

O mesmo GRÖNROOS (1995) apresenta uma compilação de definições de serviços que vão desde a década de 1960 - quando o tema passou a ter destaque na literatura de marketing - até o final da década de 1980.

QUADRO 1 - DEFINIÇÕES DE SERVIÇOS

AUTOR E ANO DO TRABALHO	DEFINIÇÃO
AMERICAN MARKETING ASSOCIATION, 1960	“Serviço: atividades, benefícios ou satisfações que são colocados à venda ou proporcionados em conexão com a venda de bens.”
REGAN, 1963	“Serviços representam ou satisfações intangíveis apresentadas diretamente (transporte, acomodação) ou satisfações intangíveis apresentadas indiretamente quando da compra de mercadorias ou de outros serviços (crédito, entrega).”
JUDD, 1964	“Serviços colocados no mercado: uma transação no mercado, realizada por uma empresa ou por um empreendedor, onde o objeto da transação é outro que não a transferência de propriedade (ou título, se algum) de uma mercadoria tangível.”
BESSOM, 1973	“Para o consumidor, serviços são quaisquer atividades colocadas à venda que proporcionem benefícios e satisfações valiosas; atividades que o cliente não possa ou prefira não realizar por si próprio.”
BLOIS, 1974	“Um serviço é uma atividade colocada à venda que gera benefícios e satisfações, sem levar a uma mudança física na forma de um bem.”
STANTON, 1974	“Serviços (são) atividades separadamente identificáveis e intangíveis que provêm a satisfação de um desejo quando colocados no mercado a consumidores e/ou usuários industriais e que não estão necessariamente associados à venda de um produto ou de um outro serviço.”
LEHTINEN, 1983	“Um serviço é uma atividade ou uma série de atividades que tem lugar nas interações com uma pessoa de contato ou com uma máquina física e que provê satisfação ao consumidor.”
ANDRESEN et al., 1983	“Serviços são quaisquer benefícios intangíveis, que são pagos direta ou indiretamente e que freqüentemente incluem um componente físico ou técnico maior ou menor.”
KOTLER e BLOOM, 1984; KOTLER, 1988	“Um serviço é qualquer atividade ou benefício que uma parte possa oferecer à outra que seja essencialmente intangível e que não resulte em propriedade de coisa alguma. Sua produção pode ou não estar ligada a um produto físico.”
FREE, 1987	“O atendimento das expectativas do cliente durante uma venda e na atividade pós-venda, através da realização de uma série de funções que se equiparam ou que superam a concorrência, de forma a prover um lucro incremental para o fornecedor.”
GUMMESSON, 1987	“Serviço é algo que pode ser comprado e vendido, mas que você não consegue deixar cair sobre o seu pé.”

FONTE: GRÖNROOS, C. **Marketing – gerenciamento e serviços: a competição por serviços na hora da verdade**. Rio de Janeiro: Campus, 1995. p. 34-36.

O conjunto dessas definições mostra que os serviços evoluíram da condição de acessórios de um bem físico (AMERICAN MARKETING ASSOCIATION, 1960) para uma condição de independência (KOTLER, 1988). Essa evolução pode ser verificada na definição de serviços oferecida pelo próprio GRÖNROOS (1995, p. 36):

O serviço é uma atividade ou uma série de atividades de natureza mais ou menos intangível – que normalmente, mas não necessariamente, acontece durante as interações entre cliente e empregados de serviço e/ou recursos físicos ou bens e/ou sistemas do fornecedor de serviços – que é fornecida como solução ao(s) problema(s) do(s) cliente(s).

2.3 CARACTERÍSTICAS DOS SERVIÇOS

Segundo BERRY (1980), bens podem ser descritos como objetos ou dispositivos físicos, enquanto serviços são ações ou desempenhos. Essa definição e as demais apresentadas na seção 2.2 deixam claro que os serviços possuem características que os distinguem de bens físicos.

LEVITT (1981) afirma ser de pouca utilidade discutir se uma empresa fabrica produtos ou serviços. Em vez de produtos ou serviços, deveriam ser usadas as palavras tangíveis e intangíveis: empresas que vendem produtos tangíveis prometem mais do que o produto em si e tentam agregar elementos intangíveis à sua oferta; entretanto, empresas que vendem produtos intangíveis procuram adicionar elementos tangíveis à sua oferta. Montadoras de automóveis (tangíveis) vendem muito mais do que carros: elas vendem estilos de vida, *status* e conforto; prestadores de serviços de hotelaria (intangíveis) vendem muito mais que descanso: eles vendem quartos limpos, bem arrumados e decorados, uma garantia tangível da sua preocupação com o descanso dos hóspedes.

URDAN (1993) relata que a discussão sobre definições e características é motivo de controvérsias na literatura de marketing de serviços: há autores que consideram não ser necessário definir serviços ou pelo menos não ser necessário ter definições perfeitas. Nesse caso, conhecer as características comuns a serviços em geral é suficiente para entendê-los.

Para KOTLER (2000), quatro características fundamentais distinguem serviços de bens físicos: intangibilidade, inseparabilidade, variabilidade e perecibilidade.

Intangibilidade

Ao contrário de bens físicos, serviços não podem ser vistos, sentidos ou provados antes de serem adquiridos. Ainda que haja elementos tangíveis presentes durante a prestação de um serviço, a intangibilidade continua presente. Por exemplo, quando uma empresa de transporte aéreo leva um passageiro de São Paulo ao Rio de Janeiro, o serviço é intangível, embora haja vários elementos tangíveis envolvidos no processo, tais como a aeronave e os guichês de atendimento.

Inseparabilidade

Bens físicos podem ser produzidos, estocados, distribuídos e só então consumidos. Serviços, por sua vez, em geral são produzidos e consumidos simultaneamente, ou seja, não há separação entre produção e consumo.

Variabilidade

Bens físicos podem ser produzidos sob condições controladas (projetadas para otimizar tanto a produtividade quanto a qualidade) e depois confrontados com padrões de qualidade estabelecidos antes de chegarem aos clientes. Serviços, por serem desempenhos, estão sujeitos a variações: dependem de quem, quando e onde são fornecidos. Um mesmo serviço, projetado para funcionar de determinada maneira, pode apresentar variações de qualidade entre dias e horários diferentes ou entre funcionários diferentes. No que diz respeito a funcionários, aliás, pode-se dizer que a variabilidade é particularmente crítica em serviços intensivos de mão-de-obra.

Perecibilidade

Ao contrário de bens físicos, serviços não podem ser estocados. Uma organização que opera salas de cinema não pode guardar assentos vazios de uma sessão para a seguinte; médicos não podem estocar o horário de consulta não utilizado por um paciente.

Além dessas quatro características presentes na literatura de marketing de serviços, em geral, LOVELOCK e WRIGHT (2001) destacam outras duas, importantes para esta dissertação.

Envolvimento do cliente no processo de produção

É comum que o cliente tome parte na produção de um serviço, tal como na operação de uma máquina numa lavanderia ou quando sua presença e colaboração são requeridas durante a prestação de um serviço de saúde.

Maior dificuldade de avaliação por parte do cliente

Bens físicos tendem a possuir atributos de procura – características que um cliente pode determinar antes da compra, tais como cor, estilo e forma – elevados. Serviços, por sua vez, tendem a possuir atributos de experiência – características que um cliente só pode determinar após a compra, tais como gosto, facilidade de controle e tratamento pessoal – elevados.

2.4 CLASSIFICAÇÕES DE SERVIÇOS

Embora haja características comuns (ver 2.3) é incontestável que há diversidade, às vezes elevada, entre muitos serviços. Uma maneira eficaz de entender essa diversidade e, portanto, fazer distinção entre diferentes tipos de serviços, consiste em utilizar sistemas de classificação.

Segundo CHASE (1978), sistemas tradicionais de classificação, que levam em consideração apenas o setor de atividade das organizações, são de pouca utilidade para os administradores de marketing. Tais sistemas são eficazes para apresentar dados econômicos agregados com propósitos comparativos, mas não indicam com maior precisão a natureza das demandas de um dado sistema de serviço em termos de seus requisitos operacionais.

Em conformidade com o argumento de CHASE (1978), o IBGE (2002) divulga desde 1998 a PAS (Pesquisa Anual de Serviços). Em sua versão mais atual⁵, a pesquisa traz dados de organizações, classificadas nos seguintes segmentos da CNAE (Classificação Nacional das Atividades Econômicas):

- a. alojamento e alimentação;
- b. transporte terrestre;
- c. transporte aquaviário;
- d. transporte aéreo;
- e. atividades anexas e auxiliares do transporte e agências de viagem;
- f. correio e telecomunicações;
- g. atividades auxiliares das instituições financeiras;
- h. atividades imobiliárias;

⁵ Por atual entenda-se a época da pesquisa bibliográfica para elaboração desta seção: novembro de 2002.

- i. aluguel de veículos, máquinas e equipamentos, objetos pessoais e domésticos;
- j. atividades de informática e conexas;
- l. serviços prestados principalmente a empresas;
- m. limpeza urbana e esgoto;
- n. atividades recreativas, culturais e desportivas;
- o. serviços pessoais;
- p. serviços relacionados com a agricultura e a pecuária;
- q. manutenção e reparação de veículos;
- r. representantes comerciais e agentes do comércio;
- s. reparação de objetos pessoais e domésticos;
- t. serviços relacionados com a silvicultura e exploração florestal;
- u. manutenção e reparação de motocicletas.

Há observações técnicas que podem ser feitas sobre a pesquisa do IBGE, tais como excluir da atividade de transporte terrestre os bondes ou excluir das atividades recreativas e culturais as bibliotecas, os museus e as academias de ginástica. Entretanto, essas não são as críticas mais relevantes à PAS: urge dizer que tal classificação é muito pobre para gerar idéias úteis aos administradores de marketing. Por exemplo, um restaurante *fast food* e um restaurante italiano voltado a um público de alto poder aquisitivo fazem parte da mesma atividade – alimentação – porém tal constatação não ajuda os gerentes dos dois restaurantes a optar pelas melhores estratégias de marketing para seus negócios. Outro exemplo: o gerente de marketing de um hospital não teria razões para copiar experiências bem sucedidas de uma pousada, ainda que ambas as atividades apresentem um aspecto de conforto oferecido aos clientes que deva ser levado em consideração.

LOVELOCK (1983) argumenta que os diversos setores de atividade no setor de serviços permanecem dominados por uma orientação de operações que insiste em que cada setor é diferente. Esse pensamento é freqüentemente manifestado em atitudes gerenciais que sugerem, por exemplo, que o marketing de companhias aéreas não guarda qualquer semelhança com aquele de bancos, motéis, hotéis ou hospitais. A contribuição de um sistema de classificação deve ser mostrar que diferentes serviços compartilham certas características de marketing relevantes, oferecendo conceitos e estratégias úteis aos administradores de marketing.

Para GRÖNROOS (1995), esquemas de classificação ajudam na compreensão dos diversos tipos de serviços, demonstram sua diversidade e o quão importante é analisar cuidadosamente a natureza de cada negócio. Isso não significa que um serviço específico seja tão especial a ponto de princípios gerais e fundamentais não serem aplicáveis: as características gerais são quase sempre universalmente verdadeiras.

Não se pretende aqui esgotar os vários sistemas de classificação existentes, mas mostrar sobre quais bases tais sistemas são construídos e como podem ajudar no entendimento das características que distinguem os serviços uns dos outros, particularmente aqueles prestados por hospitais.

CHASE (1978) propõe um sistema de classificação de serviços baseado no grau de contato existente entre o consumidor e a organização durante a criação do serviço. O autor define contato como a presença física do consumidor requerida no sistema e criação do serviço como o processo de trabalho necessário para fornecê-lo. Quanto mais alto o grau de contato do consumidor com o prestador de serviço, mais próximo se está de um serviço puro, ao passo que, quanto mais baixo o grau de contato do consumidor com o prestador de serviço, mais próximo se está da indústria.

QUADRO 2 – CLASSIFICAÇÃO DOS SISTEMAS DE SERVIÇO

Alto contato	<p>Serviço puro Centros de saúde Hotéis Transporte público Restaurantes Escolas Serviços pessoais</p> <p>Serviços mistos Agências/escritórios de: Bancos Empresas de computadores Imobiliárias Correios</p> <p>Casas funerárias</p> <p>Quase manufatura Escritórios centrais de: Bancos Empresas de computadores Administração governamental Correios</p> <p>Manufatura Fábricas produtoras de bens duráveis Processadores de alimento Mineradoras</p>	Liberdade crescente para desenhar procedimentos produtivos eficientes
Baixo contato	Indústrias químicas	

FONTE: CHASE, R. B. Where does the customer fit in a service operation? **Harvard Business Review**, Boston, v. 56, n. 6, p. 138, Nov./Dec. 1978.

CHASE (1978) aponta quatro efeitos básicos sobre as operações de serviços a partir do sistema de classificação do quadro 1. Primeiro, sistemas de alto contato têm mais incerteza sobre suas operações do dia-a-dia porque o consumidor sempre pode causar uma ruptura no processo de produção, já que ele se envolve no processo. Segundo, a menos que o sistema opere com base em encontros previamente agendados, é somente por acaso que a capacidade de um sistema de alto contato pode igualar-se à demanda a qualquer hora. Terceiro, as habilidades requeridas dos recursos humanos em sistemas de alto contato são caracterizadas, por definição, por um componente de relações públicas significativo: qualquer interação com o consumidor torna o funcionário de contato parte do serviço e, portanto, suas atitudes podem afetar

a percepção do consumidor. Quarto, sistemas de alto contato estão à mercê do tempo muito mais do que sistemas de baixo contato: grupos de pedidos com propósitos de agendamento de produção eficiente raramente são possíveis em operações de alto contato porque poucos minutos de atraso podem produzir um efeito imediato sobre o consumidor.

LOVELOCK (1983), após breve resumo de vários sistemas de classificação surgidos desde a década de 1960, propõe cinco esquemas que procuram responder a cinco perguntas diferentes:

1. qual a natureza do ato de serviço?
2. que tipo de relacionamento a organização de serviço tem com seus clientes?
3. quanto espaço há para customização e julgamento por parte do fornecedor?
4. qual a natureza da demanda e da oferta para o serviço?
5. como o serviço é entregue?

O primeiro sistema de classificação relaciona a quem ou ao que o ato é dirigido e se o ato é tangível ou intangível em natureza.

FIGURA 1 - CLASSIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS SEGUNDO A NATUREZA DO ATO DE SERVIÇO

Qual é a natureza do ato de serviço?	Quem ou o que é o receptor direto do serviço?	
	Pessoas	Coisas
Ações tangíveis	Serviços dirigidos aos corpos das pessoas: serviços de saúde transporte de passageiros salões de beleza academias de ginástica restaurantes corte de cabelo	Serviços dirigidos a bens e outras posses físicas: transporte fretado manutenção e reparo de equipamentos industriais serviços de zeladoria lavanderia conservação de gramados serviços veterinários
Ações intangíveis	Serviços dirigidos às mentes das pessoas: educação transmissão de rádio e TV serviços de informação cinemas museus	Serviços dirigidos a ativos intangíveis: serviços bancários serviços jurídicos contabilidade corretagem de ações seguros

FONTE: LOVELOCK, C. H. Classifying services to gain strategic marketing insights. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 47, n. 3, p. 12, Summer 1983.

Se os clientes precisam estar fisicamente presentes durante a entrega do serviço, como no caso de um hospital, então eles terão de entrar na “fábrica de serviço” (CHASE; ERIKSON, 1988; CHASE; GARVIN, 1989) e lá permanecer até que esse serviço seja prestado. Conseqüentemente, sua satisfação será influenciada pela interação que eles terão com os funcionários, com as instalações físicas e com outros clientes que usam o mesmo serviço. Entretanto, se a presença física dos clientes não for imprescindível, então o resultado do serviço continua importante, mas o processo de entrega passa a despertar menor interesse porque não é necessário ir à “fábrica”.

O segundo sistema de classificação destaca o tipo de relacionamento existente entre o fornecedor e seus clientes com a natureza da entrega do serviço.

FIGURA 2 - CLASSIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS SEGUNDO O RELACIONAMENTO ORGANIZAÇÃO-CLIENTES

Tipo de relacionamento entre prestador de serviço e consumidores		
Natureza da prestação	Relacionamento de “associação”	Sem relacionamento formal
Prestação contínua de serviço	seguros assinatura de linha telefônica serviços bancários	emissora de rádio proteção policial casa de força (eletricidade) vias públicas
Transações discretas	chamadas telefônicas de longa distância assinatura de séries teatrais	aluguel de automóveis correio teatro transporte público restaurantes

FONTE: LOVELOCK, C. H. Classifying services to gain strategic marketing insights. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 47, n. 3, p. 13, Summer 1983.

A vantagem de um relacionamento próximo com os clientes para a organização está em que ela os conhece bem e sabe o uso que fazem de seus serviços. Além disso, esse tipo de relacionamento resulta em lealdade do consumidor com a organização. Quando não há relacionamento formal entre a organização e seus clientes, os administradores de marketing estão muito menos informados sobre eles. Esse é um grande desafio para hospitais, que em geral não desenvolvem um relacionamento formal com seus clientes.

O terceiro sistema de classificação relaciona o grau de customização do serviço com o grau de julgamento exercido pelo funcionário para atender necessidades individuais dos clientes.

FIGURA 3 - CLASSIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS COM BASE NO GRAU DE CUSTOMIZAÇÃO E JULGAMENTO

Grau de julgamento exercido pelo pessoal de contato para atender necessidades individuais dos clientes		Grau de customização das características do serviço	
		Alto	Baixo
Alto	serviços jurídicos serviços de saúde/cirurgias arquitetura corretagem de imóveis serviço de táxi encanador esteticista educação (tutoriais)	educação (turmas grandes) programas de saúde preventiva	
	Baixo	serviços de telefonia hotelaria varejo bancário (exceto grandes empréstimos) bons restaurantes	transporte público conserto rotineiro de eletrodomésticos restaurantes <i>fast food</i> cinema

FONTE: LOVELOCK, C. H. Classifying services to gain strategic marketing insights. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 47, n. 3, p. 15, Summer 1983.

A administração de serviços freqüentemente representa uma batalha constante entre os desejos dos administradores de marketing – que querem adicionar valor aos serviços – e os objetivos dos gerentes de operação – que estão sempre em busca de reduzir custos por meio da padronização. Hospitais têm grandes possibilidades para customização dos serviços principalmente do ponto de vista do atendimento pessoal e das instalações físicas.

O quarto sistema de classificação relaciona o grau de flutuação da demanda ao longo do tempo com o grau em que a demanda pode ser contida.

FIGURA 4 -CLASSIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ACORDO COM A NATUREZA DA DEMANDA E DA OFERTA

Grau de restrição da oferta	Grau de flutuação da demanda ao longo do tempo	
	Alto	Baixo
Pico de demanda normalmente pode ser atendido sem ocasionar atraso	1 – eletricidade gás natural telefonias maternidade hospitalar emergências – polícia e bombeiro	2 – seguros serviços jurídicos serviços bancários lavanderia
Pico de demanda normalmente excede a capacidade	4 – contabilidade e preparação de impostos transporte de passageiros hotéis e motéis restaurantes teatros	3 – serviços similares àqueles em 2 mas que têm capacidade insuficiente para seu volume básico de negócios

FONTE: LOVELOCK, C. H. Classifying services to gain strategic marketing insights. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 47, n. 3, p. 17, Summer 1983.

Uma característica dos serviços – a perecibilidade – torna o gerenciamento da demanda um problema do dia-a-dia para os administradores de marketing. As estratégias mais eficazes para atacá-lo devem ser desenvolvidas com a resposta a duas perguntas: a primeira diz respeito ao ciclo típico das flutuações de demanda e a segunda, às causas dessas flutuações. Hospitais normalmente mantêm instalações ociosas para atender picos de demanda em setores como pronto socorro, maternidade e unidade de terapia intensiva.

O quinto e último sistema de classificação proposto por LOVELOCK (1983) relaciona o método de entrega do serviço com a natureza da interação entre cliente e organização de serviço.

FIGURA 5 - CLASSIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ACORDO COM O MÉTODO DE ENTREGA

Natureza da interação entre cliente e organização de serviço	Disponibilidade de pontos de venda do serviço	
	Único local	Múltiplos locais
Cliente vai à organização de serviço	teatro barbeiro	serviço de ônibus cadeia de <i>fast food</i>
Organização de serviço vai ao cliente	conservação de gramados serviço de controle de pragas táxi	entrega de correspondência consertos de emergência de excelência
Cliente e organização de serviço efetuam transações à distância (correio ou comunicações eletrônicas)	administradora de cartões de crédito canal de TV local	rede de transmissão de rádio ou TV companhia telefônica

FONTE: LOVELOCK, C. H. Classifying services to gain strategic marketing insights. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 47, n. 3, p. 18, Summer 1983.

A conveniência de receber serviço é menor quando o cliente tem de ir à organização e fazer uso de um local específico. O oposto, oferecer serviços em vários locais, aumenta a conveniência de acesso, mas pode trazer à tona problemas de controle de qualidade. Hospitais normalmente oferecem seus serviços num único local, a menos que façam parte de uma rede: essa particularidade pode significar oportunidades para ações de controle de qualidade.

Em suma, os sistemas de classificação de serviços apresentados nesta seção mostram que uma compreensão das particularidades de diferentes categorias de serviços pode ajudar os administradores de marketing a identificar abordagens convenientes em diferentes situações. Mais ainda, pode ajudá-los na busca de ações voltadas a criar percepções de qualidade por parte dos clientes dadas as características do negócio que estão operando.

2.5 SERVIÇOS DE SAÚDE

Após descritas a importância, definições, características e classificações dos serviços, é possível ter-se noção de como os serviços de saúde se distinguem de outros tipos de serviço. Esta seção destina-se a discutir porque serviços de saúde, em geral, e serviços hospitalares, em particular, podem ser um objeto interessante para investigação científica.

Uma observação é necessária antes de prosseguir com esta seção em particular e com a revisão da literatura em geral: as palavras cliente(s) e paciente(s) são usadas nesta dissertação para designar indivíduos que recebem serviços de uma organização de saúde. O uso dessas duas palavras é feito sem distinção: o paciente, aquele que está submetido a cuidados de uma organização de saúde num dado período de tempo, é considerado o cliente do serviço prestado pela organização. Essa abordagem coincide com a linguagem recomendada por FORD e FOTTLER (2000), que enfatizam a necessidade de entender o paciente não apenas do ponto de vista médico, mas também como o cliente de uma organização hospitalar.

FRANCE e GROVER (1992) argumentam que o produto do serviço de saúde é mais complexo do que outros serviços ao consumidor, por cinco razões:

Serviços de saúde são provavelmente os mais intangíveis de todos os serviços

Além de não poder experimentar o serviço previamente à compra, o consumidor frequentemente não pode avaliá-lo, mesmo após o consumo. Alguns serviços médicos (como uma cirurgia cardíaca) podem representar uma experiência única ao longo da vida de um indivíduo, ao contrário de serviços como corte de cabelo ou lavagem de automóveis, aos quais se pode ter acesso várias vezes durante a vida.

Descasamento entre as expectativas do cliente e a entrega efetiva pode ser maior para os serviços de saúde

Os aspectos psicológicos únicos de um paciente determinam sua reação às drogas e outros tratamentos. Por exemplo, o resultado de uma cirurgia é influenciado pelas condições do paciente anteriormente à cirurgia. A prestação de um serviço de saúde demanda um julgamento crítico por parte do fornecedor e, invariavelmente, os cuidados são customizados para cada paciente em particular. Conseqüentemente, o serviço final depende do fornecedor e também do cliente em última instância.

A demanda por serviços de saúde é menos previsível

Quando a demanda de um determinado serviço é bastante previsível, a perecibilidade continua um problema, mas bastante controlável. Embora haja fatores sazonais (como maior número de doenças respiratórias no inverno, por exemplo) altamente previsíveis, a demanda por serviços de saúde pode ser afetada pelo surgimento repentino de um vírus, uma calamidade da natureza ou um acidente. Dada a natureza crítica dos serviços de saúde, torna-se necessário um excesso de capacidade instalada.

A distinção entre o tomador de decisão e o cliente é mais confusa nos serviços de saúde

Após a decisão inicial de procurar um fornecedor, tomada por um paciente ou sua família, a maioria das outras decisões específicas de compra de serviços de saúde é tomada (ou fortemente influenciada) por um fornecedor (médico ou hospital). Conseqüentemente, pode não ser fácil para um profissional de marketing decidir quando e a quem direcionar os esforços de marketing.

Com muita frequência o cliente não troca diretamente dinheiro por serviços de saúde

Na maioria dos casos, uma terceira parte (fonte pagadora) cobre os custos dos serviços de saúde. Portanto, os clientes tendem a não ter elasticidade a preço, ou seja, usar bem o dinheiro gasto com contas hospitalares não é uma preocupação na hora da compra.

LIBERMAN e ROTARIUS (2001) concordam com essa quinta razão. Segundo os autores, clientes ou pacientes são consumidores ou usuários finais do serviço de saúde: eles são os beneficiários do sistema, mas em geral não pagam diretamente pelo seu próprio tratamento.

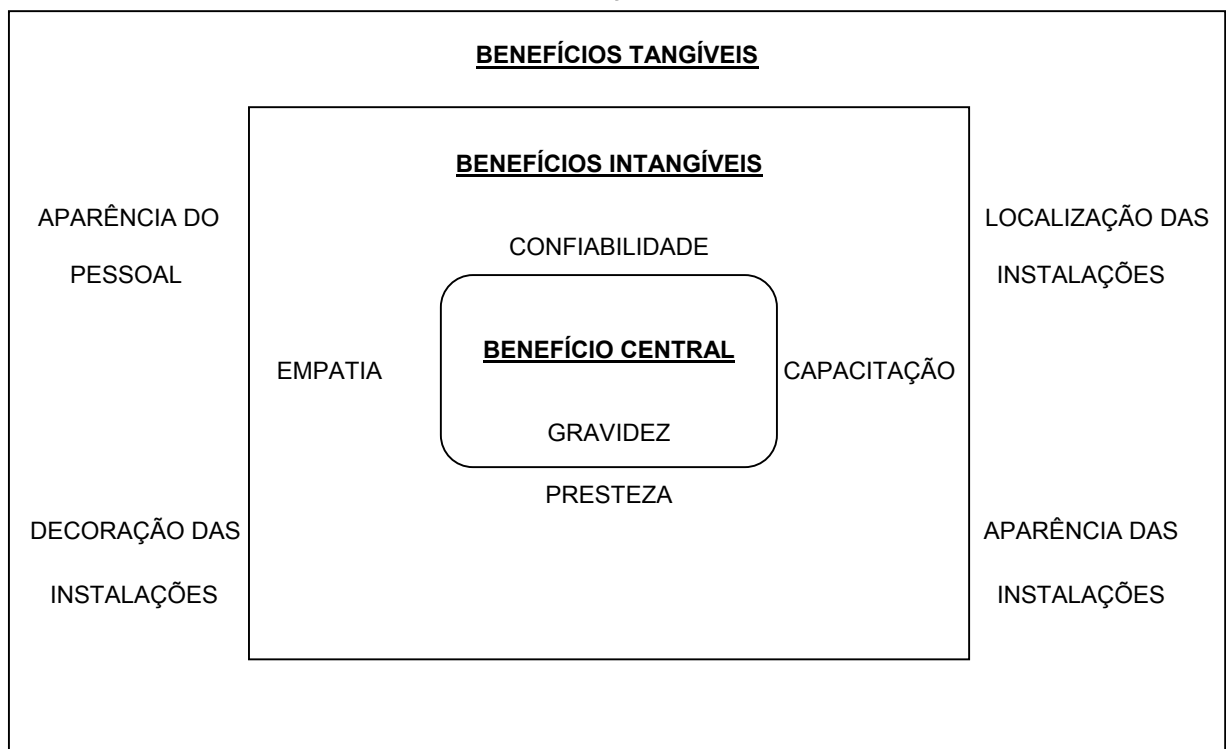
LYNCH e SCHULER (1990) destacam outra característica que torna os serviços de saúde bastante especiais em relação a outros e cujo conceito foi originalmente proposto por DARBY e KARNI (1973): o fato de serem ricos em atributos de confiança. Diferentemente dos atributos de procura – aqueles que o consumidor pode avaliar antes do consumo, tais como cor, cheiro, forma etc. (dos quais os bens físicos são ricos) – e dos atributos de experiência – aqueles que o consumidor pode avaliar somente durante o uso (caso da maioria dos serviços) – os serviços médicos são ricos em atributos de confiança – aqueles que o consumidor muitas vezes não pode avaliar mesmo após o consumo. Pode-se indagar, por exemplo, como um paciente submetido a uma cirurgia neurológica avaliará os resultados do serviço prestado se não possuir qualquer conhecimento de Medicina.

Para FORD e FOTLLER (2000), os serviços de saúde apresentam três características bastante particulares que muitas vezes levam os fornecedores a dar um nível de atenção a seus clientes menor do que aquele dado por outros tipos de fornecedores de serviços: pagamentos feitos por uma fonte pagadora, o poder de decisão dos médicos e a estrutura regulatória do setor.

Serviços de saúde são afetados por pelo menos uma das três fontes de poder do fornecedor, exploradas por BITRAN e HOECH (1990): uma vez autorizado o serviço pelo cliente, não há uma maneira fácil de abandonar o compromisso do serviço. É realmente difícil imaginar um cliente interromper uma consulta, um exame ou uma cirurgia durante a execução desses procedimentos médicos.

LYTLE e MOKWA (1992) definem o produto do serviço de saúde como um “pacote” de benefícios tangíveis e intangíveis que satisfaz as necessidades e desejos dos clientes. Essa definição pode ser mais bem compreendida pela figura a seguir, desenvolvida para um centro de estudos de infertilidade nos Estados Unidos.

FIGURA 6 - AGRUPAMENTO DE PRODUTOS E SERVIÇOS PARA UMA CLÍNICA DE INFERTILIDADE



FONTE: LYTLE, R. S.; MOKWA, M. P. Evaluating health care quality: the moderating role of outcomes. **Journal of Health Care Marketing**, Boone, v. 12, n. 1, p. 5, Mar. 1992.

A figura 6 mostra que serviços de saúde podem ser conceitualizados como se envolvessem três níveis de benefícios distintos, porém inter-relacionados: benefício central, benefícios intangíveis e benefícios tangíveis.

O benefício central corresponde àquele benefício fundamental que o consumidor busca e que o fornecedor procura ofertar. Ele está relacionado à pergunta: o que o paciente está realmente comprando e o que o fornecedor está realmente vendendo? A resposta pode ser algo como gravidez, cura de uma doença, bem-estar, entre outros.

Os benefícios intangíveis são produzidos e consumidos simultaneamente ao benefício central, como resultado de interações entre pacientes e fornecedores de serviços de saúde. Eles incluem confiabilidade, presteza, capacitação e empatia. Pode-se dizer que os pacientes compram a habilidade de o fornecedor ser consistente e confiável, de fornecer respostas rápidas às suas necessidades físicas, emocionais e mentais - e de prestar um serviço que transmita sentimentos de capacitação e empatia.

Os benefícios tangíveis ajudam os clientes a determinarem a competência do fornecedor de serviços de saúde. Esses benefícios são elementos do ambiente físico em que se dá o encontro de serviço tais como: decoração e/ou aparência das salas de espera e dos quartos, localização conveniente, aparência dos prestadores de serviço, entre outros.

2.5.1 Hospitais

Tendo em vista que não serão analisados, neste trabalho, todos os serviços de saúde existentes, optou-se aqui por dar maior profundidade aos hospitais.

Segundo ELIAS (2001) hospitais são estabelecimentos voltados precipuamente para a assistência médica em regime de internação, localizados geralmente em áreas urbanas, que funcionam dia e noite, apresentam graus variáveis de incorporação de tecnologia e dispõem de médico e pessoal de enfermagem em regime permanente de atendimento.

COLTRO (1998) assinala que, dentre as várias organizações cuja presença caracteriza a sociedade moderna, uma se destaca pela complexidade das tarefas que a comunidade lhe impôs: o hospital. Segundo o autor, uma análise superficial revela a execução simultânea e harmoniosa de um conjunto de atividades de diversas organizações autônomas: um hotel, uma lavanderia, um restaurante, uma farmácia e um setor de atendimento médico.

Mais uma característica pode ser adicionada àquelas destacadas por COLTRO (1998): hospitais são prestadores de serviços de saúde que reúnem num mesmo espaço físico uma gama de tarefas executadas separadamente por diversos fornecedores tais como: consultas médicas, exames laboratoriais, diagnósticos por imagem e cirurgias.

Segundo DEDECCA, PRONI e MORETTO (2001) no Brasil há cerca de 5,7 milhões de pessoas vinculadas diretamente ao setor saúde (hospitais, ambulatórios, clínicas e laboratórios) ou que nele têm uma fonte importante de demanda (serviços sociais, serviços assistenciais, ensino profissional e indústria farmacêutica). Se considerados apenas os hospitais a FBH⁶ (2003) dá conta de 1 milhão de empregos diretos, distribuídos numa rede formada por 4.561 hospitais privados e 2.334 hospitais públicos com capacidade instalada de 439 mil leitos.

⁶ FBH - Federação Brasileira de Hospitais: entidade associativa sem fins lucrativos que tem como finalidade principal a representação da rede hospitalar brasileira, defendendo seus interesses junto aos diversos compradores de serviços, entidades públicas das três esferas de governo e entidades privadas que tenham interesses na área da saúde (seguros e planos de saúde).

2.6 ENCONTROS DE SERVIÇO

A expressão **encontro de serviço** foi utilizada na seção 2.5 sem que lhe fosse dada muita atenção. Uma explicação desse conceito auxilia tanto a compreensão de um dos aspectos mais importantes da prestação de serviços quanto a introdução do conceito de evidência física.

Segundo SURPRENANT e SOLOMON (1987, p. 87), "encontro de serviço é a interação dual entre um consumidor e um fornecedor de serviço".

SHOSTACK⁷, citado por BITNER, BOOMS e TETREAULT (1990, p. 72), define encontro de serviço como "um período de tempo durante o qual um consumidor interage diretamente com um serviço". Essa segunda definição é mais ampla porque engloba elementos de uma organização de serviços com os quais o consumidor pode interagir, tais como recursos humanos e instalações físicas.

BITNER, BOOMS e MOHR (1994) afirmam que, do ponto de vista do cliente, a evidência mais imediata do serviço ocorre durante o encontro de serviço – ou "hora da verdade" – quando prestador de serviço e cliente interagem.

BITRAN e HOECH (1990), embora desenvolvam uma abordagem mais focada em serviços de alto contato, argumentam que para treinar pessoas para fornecer alta qualidade é necessário primeiro entender a interação prestador de serviço-consumidor, ou seja, entender o encontro de serviço.

⁷ SHOSTACK, G. L. Planning the service encounter. In: CZEPIEL, J. A.; SOLOMON, M. R.; SURPRENANT, C. F. (ed.). **The service encounter**. Lexington: Lexington Books, 1985. p. 243-54.

BITNER, BOOMS e TETREAULT (1990) afirmam que empresas de excelência sabem que gerenciar o encontro de serviço envolve mais do que treinar funcionários para dizer "bom dia" ou "atender o telefone até o terceiro toque". É preciso entender os comportamentos complexos dos funcionários que possam distinguir um encontro de serviço altamente satisfatório de um altamente insatisfatório e, a partir daí, treinar, motivar e recompensar os funcionários que mostram tais comportamentos.

BITNER (1990), ao propor um modelo de avaliação de encontros de serviço, defende a adição de três elementos ao composto de marketing tradicional: evidências tangíveis (decoração do ambiente físico, sinalização, entre outros), participantes (todos os atores do serviço, incluindo funcionários e outros clientes) e processo (procedimentos, mecanismos e fluxo de atividades ou, numa palavra, o **como** se dá a entrega do serviço). Não se objetiva, nesta dissertação, discutir se devem ser adicionados mais elementos ao composto de marketing tal como conhecido, já que a literatura está repleta de exemplos dessas tentativas, porém longe de algum consenso. Importante é frisar que as idéias da autora fazem sentido para o entendimento do encontro de serviço e de outros temas abordados nesta dissertação.

Encontros de serviço em saúde merecem tanto empenho dos administradores de marketing que MacSTRAVIC (1998) chama a atenção para o caráter efêmero do relacionamento entre pacientes e organizações de saúde: ser um consumidor de bens e serviços em geral é uma tarefa de tempo integral, ao passo que ser paciente de um hospital é um “incômodo” inesperado e temporário. Como consequência, esses encontros precisam ser satisfatórios para os clientes, de forma que eles se lembrem da organização quando precisarem de serviços de saúde.

A importância dos encontros em serviços de saúde pode ser resumida nas palavras de FORD e FOTTLER (2000, p. 21): “...lembre-se do paciente como um consumidor de uma experiência de saúde que é mais do que um bom resultado clínico.”

BROWN e SWARTZ (1989) realizaram um estudo sobre qualidade de serviços com clientes de médicos que atendem em consultórios particulares e concluíram que o encontro de serviço é avaliado pelos clientes em sua totalidade, e não somente na interação com o médico.

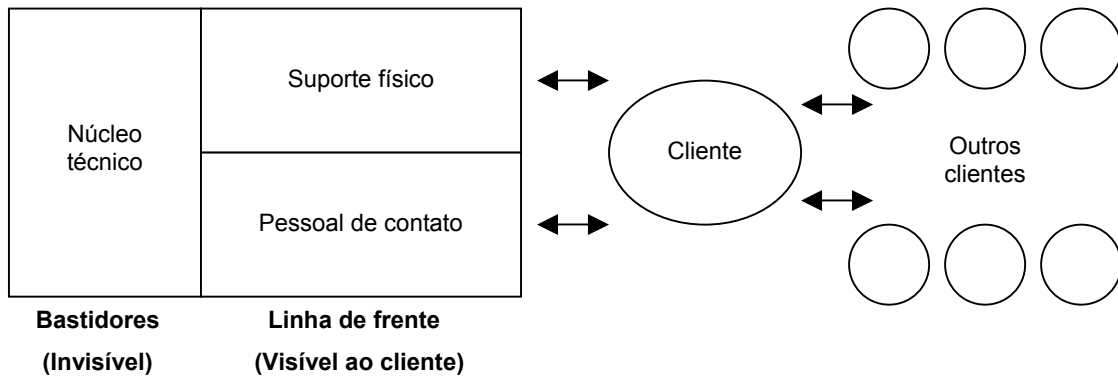
Para BITRAN e HOECH (1990), organizações prestadoras de serviços de alto contato, tais como hospitais, têm de satisfazer necessidades humanas de ordem mais alta do que serviços de baixo contato. Disso resultam duas preocupações: a comunicação fornecedor-cliente e o controle, principalmente em serviços que requerem cooperação do cliente, durante o encontro de serviço.

BITNER (1990) considera fundamental os administradores gerenciarem e controlarem cada encontro de serviço individual para incrementar percepções de qualidade do serviço. Essa é uma recomendação vital para organizações hospitalares, nas quais ocorrem vários encontros de serviço – tais como: estacionamento, recepção, enfermagem, exames e atendimento médico – que fazem parte de uma prestação global de serviços que será avaliada pelos clientes.

2.6.1 O Serviço como Sistema

O conceito de sistema de serviço é derivado do conceito de encontro de serviço e pode ser compreendido pela figura a seguir.

FIGURA 7 - O SISTEMA DE SERVIÇO



FONTE: LOVELOCK, C.; WRIGHT, L. **Principles of service marketing and management**. New Jersey: Prentice-Hall, 1999. p. 49.

Da figura 7 pode-se concluir que, durante o encontro de serviço, o consumidor entra em contato com o sistema de serviço da organização. Isso inclui os funcionários de contato (aqueles que interagem diretamente com o cliente), o suporte físico (instalações, equipamentos, entre outros) e outros clientes que se utilizam do serviço. Há ainda uma parte invisível para o consumidor e da qual também pode depender o sucesso da organização em satisfazer seus clientes (funcionários que prestam serviços aos funcionários de contato e infraestrutura física e de informações).

O grau de contato do consumidor com o sistema de serviço da organização depende sempre do tipo de serviço. Em operações de *home banking*, inexistente o contato do cliente com funcionários e outros clientes; o contato com suporte físico é representado apenas pelas informações na tela do computador; e há forte dependência dos elementos invisíveis para que o serviço seja prestado da melhor maneira possível. Num hospital o cliente estabelece um intenso contato com funcionários, com o suporte físico e com outros clientes.

2.7 QUALIDADE DE SERVIÇOS

2.7.1 O Significado da Qualidade

DEMING (1990), considerado o pai da qualidade, aborda esse tema com a seguinte pergunta inicial: **o que é qualidade?** Para o autor, a qualidade só pode ser definida por quem a avalia, ou seja, por quem é seu juiz: na opinião de um operário, qualidade consiste em produzir alguma coisa de que possa orgulhar-se, enquanto na opinião de um administrador de fábrica qualidade consiste em produzir a quantidade planejada e atender às especificações.

A dificuldade de se definir qualidade, afirma DEMING (1990), está na conversão das necessidades futuras do usuário em características mensuráveis, de forma que o produto possa ser projetado e modificado para dar satisfação por um preço que o usuário pague.

DALE e COOPER (1992) oferecem diferentes possibilidades para a definição da qualidade, tais como: uniformidade das características do produto ou entrega de um serviço em torno de um valor nominal ou alvo; conformidade com especificações acordadas; adequação ao propósito/uso; satisfazer as expectativas dos clientes e entender suas necessidades e desejos futuros, e nunca ter de “pedir desculpas” a um cliente.

ISHIKAWA (1985) considera que a qualidade pode ser interpretada de duas maneiras. A primeira – muito restrita – afirma que qualidade significa qualidade de produto. A segunda – mais abrangente – afirma que qualidade significa qualidade de trabalho, qualidade de serviço, qualidade de informação, qualidade de processo, qualidade das pessoas, qualidade de sistema, qualidade dos objetivos etc.

URDAN (1993) afirma que é difícil definir qualidade em poucas palavras, e ressalta que sua natureza complexa está refletida na ampla gama de definições existentes. Encontram-se desde enfoques de cunho humanista (preocupação com clientes, funcionários, cultura etc.) até perspectivas puramente técnicas (visão de operações).

A ISO⁸ (2002) define qualidade como "todas as características de um produto (ou serviço) que são requeridas pelo consumidor" e gerenciamento da qualidade como "aquilo que a organização faz para assegurar que seus produtos estão de acordo com os requisitos do consumidor".

GARVIN (1984) destaca a existência de um problema de excesso de cobertura no que diz respeito à qualidade: pesquisadores de quatro disciplinas – Filosofia, Economia, Marketing e Administração de Operações – estudam o assunto de pontos de vista próprios. O resultado é um conjunto de abordagens distintas para definir qualidade: transcendental, baseada no produto, baseada no usuário, baseada na produção e baseada no valor.

A coexistência das diferentes abordagens apontadas por GARVIN (1984) tem algumas implicações relevantes. Em primeiro lugar, ela ajuda a explicar visões concorrentes defendidas pelas áreas de marketing e produção. Os administradores de marketing normalmente apresentam uma abordagem baseada no usuário ou no produto: para eles qualidade mais alta significa melhor desempenho, adição de características e outras melhorias que elevam custos. Os administradores de produção, por sua vez, consideram que qualidade significa conformidade com especificações e

⁸ ISO - International Organization for Standardization: organização não governamental criada em 1947 cuja missão é promover o desenvolvimento mundial da padronização e atividades relacionadas visando a facilitar as trocas internacionais de bens e serviços e desenvolver cooperação nas esferas de atividade intelectual, científica, tecnológica e econômica.

ênfase em “fazer certo na primeira vez”: para eles melhorias de qualidade resultam em reduções de custo. Em segundo lugar, essa coexistência obviamente representa um enorme potencial para conflitos e pode causar sérias interrupções na comunicação: esforços para remediá-la podem tornar-se inócuos se ela não for abertamente reconhecida. Em terceiro lugar, por mais paradoxal que pareça, o autor considera que as organizações precisam cultivar perspectivas diferentes porque são essenciais à introdução bem-sucedida de produtos de alta qualidade: dependência de uma única definição de qualidade pode ser uma fonte freqüente de problemas.

GARVIN (1984) defende que a abordagem da qualidade precisa mudar à medida que os produtos se movem do *design* para o mercado. As características que conotam qualidade devem ser primeiro identificadas com o uso de pesquisa de mercado (abordagem baseada no usuário); essas características devem, então, ser traduzidas em atributos de produto identificáveis (abordagem baseada no produto); por último, o processo produtivo deve ser organizado para assegurar que os produtos sejam feitos precisamente com essas especificações (abordagem baseada na produção).

Embora o foco desta dissertação sejam serviços e o trabalho de GARVIN (1984) tenha sido desenvolvido basicamente sobre bens físicos, esse autor introduziu um grande avanço na discussão da qualidade: em vez de concentrar-se apenas em definições, o que fica evidente é a necessidade de identificar dimensões que possam servir como um referencial para pensar sobre os elementos básicos da qualidade do produto. As dimensões identificadas pelo autor foram: desempenho, características suplementares, confiabilidade, conformidade, durabilidade, capacidade de serviço, estética e qualidade percebida. Essa busca por dimensões da qualidade está presente também nos trabalhos de GRÖNROOS (1984) e PARASURAMAN, ZEITHAML e BERRY (1985, 1988) sobre qualidade de serviços (ver 2.7.4.1 e 2.7.4.2).

2.7.2 Qualidade de Serviços

Durante muitos anos, o estudo da qualidade esteve muito associado a bens físicos. De certa forma essa associação fazia sentido porque o setor manufatureiro foi o grande protagonista do desenvolvimento econômico de diversas nações ao redor do mundo, desde a Segunda Revolução Industrial.

Esse quadro começou a mudar quando pesquisadores de marketing perceberam a importância (ver 2.1) do setor de serviços. Embora possam ser lembrados vários nomes, um conjunto principal de autores (OLIVER, 1977, 1980, 1981; GRÖNROOS, 1984, 1988; PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985, 1988; PARASURAMAN; BERRY; ZEITHAML, 1991) contribuiu muito para a compreensão da qualidade de serviços, dos elementos que a compõem e das formas usadas para medi-la.

GRÖNROOS (1978) considera que os pesquisadores de marketing tentam lidar com marketing de serviços e de bens físicos usando os mesmos conceitos, modelos e referências. Tal constatação tem implicações para a maneira como se deve analisar a qualidade de serviços: as referências e os modelos não podem ser iguais porque serviços e bens físicos são elementos com natureza distinta.

A qualidade de serviços difere da qualidade de bens físicos devido às características que os distinguem (ver 2.3). É possível testar um eletrodoméstico, um carro ou uma lâmpada antes da compra de cada um deles. Entretanto, é impossível saber com certeza como será o voo da empresa aérea, o almoço no restaurante ou a cirurgia plástica antes que haja a efetiva prestação desses serviços. Em outras palavras, o que muda não é a essência da avaliação que os consumidores fazem da qualidade de bens físicos ou serviços, e sim a natureza das propriedades segundo as quais a avaliação se dá num caso e no outro.

Os argumentos de GRÖNROOS (1978) podem ser encontrados no trabalho de NELSON (1970): este faz distinção entre atributos de procura e atributos de experiência. Os primeiros são típicos de bens físicos e podem ser avaliados pelo consumidor antes da compra, tais como cheiro, cor, estilo, forma etc. Os segundos são típicos de serviços e não podem ser avaliados pelo consumidor antes da compra, tais como facilidade de controle e tratamento pessoal.

O pensamento de NELSON (1970) também está presente no trabalho de PARASURAMAN, ZEITHAML e BERRY (1985). Esses autores argumentam que a qualidade de serviços é mais difícil de ser avaliada do que a qualidade de bens físicos porque os primeiros são ricos em atributos de experiência: em muitos casos, as evidências tangíveis estão limitadas às instalações físicas, equipamentos e recursos humanos do fornecedor.

No âmbito do problema em estudo e do objetivo desta dissertação, interessa conhecer o conceito consagrado na literatura de marketing como qualidade de serviço percebida. Para tanto é necessário apresentar, ainda que brevemente, outros conceitos que levam à sua compreensão:

- desconformação: é a diferença entre o nível de expectativas pré-compra e o grau em que o desempenho de um produto ou serviço afasta-se desse nível; ou uma comparação mental de um estado atual da natureza com sua probabilidade antecipada. Dessa comparação podem resultar: desconformação negativa (desempenho pior do que expectativas), desconformação positiva (desempenho melhor do que expectativas) ou desconformação zero ou simplesmente confirmação (desempenho igual às expectativas); (OLIVER, 1981)
- expectativa: na literatura de marketing de serviços é vista como um desejo dos consumidores, ou seja, algo que eles consideram que um fornecedor de serviços deveria oferecer; (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988)

- percepção: é a maneira pela qual os consumidores avaliam o desempenho efetivo do fornecedor na prestação do serviço; (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988)
- satisfação: é um estado psicológico sumário resultante quando a emoção ao redor de expectativas desconfirmadas é casada com os sentimentos anteriores do consumidor sobre a experiência de consumo; ou uma reação emocional que segue uma experiência de desconfirmação que age no nível de atitude base e é específica de consumo; (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988)
- a satisfação está proximamente relacionada a, mas não é o mesmo que, a atitude geral do consumidor em relação ao serviço; (BITNER, 1990)
- qualidade de serviço é uma medida de quão bem o nível de serviço prestado atende às expectativas do consumidor; (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985)
- qualidade percebida é o julgamento do consumidor sobre a excelência ou superioridade de uma entidade; é uma forma de atitude, relacionada mas não equivalente à satisfação, e resulta de uma comparação entre expectativas e percepções de desempenho. (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988)

Deve-se registrar, embora não esteja no escopo desta dissertação uma abordagem mais profunda do assunto, que há divergências na literatura quanto ao fato de a satisfação ser um antecedente da qualidade ou a qualidade ser um antecedente da satisfação (CRONIN; TAYLOR, 1992; PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1994).

De volta ao que faz parte do escopo da dissertação e aos conceitos mais fundamentais, deve-se resumir o que foi explicado nos dois parágrafos anteriores. Qualidade de serviço percebida é definida como um julgamento global, ou atitude,

relacionado à superioridade do serviço (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988). A qualidade de serviço percebida está baseada no paradigma da desconfirmação e sua medida é dada pela diferença entre serviço percebido e serviço esperado. Esta última afirmação é sustentada por um grupo considerável de autores (GRÖNROOS, 1984; PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985; BROWN; SWARTZ, 1989; CARMAN, 1990; GUMMESSON; GRÖNROOS⁹, citados por URDAN, 1993; LEWIS; KLEIN¹⁰, citados por URDAN, 1993).

2.7.3 Qualidade de Serviços de Saúde

Em essência não há diferença entre a avaliação que os consumidores fazem da qualidade de serviços em geral e de serviços prestados por organizações de saúde em particular. Apenas existem algumas particularidades dos serviços de saúde que devem ser ressaltadas.

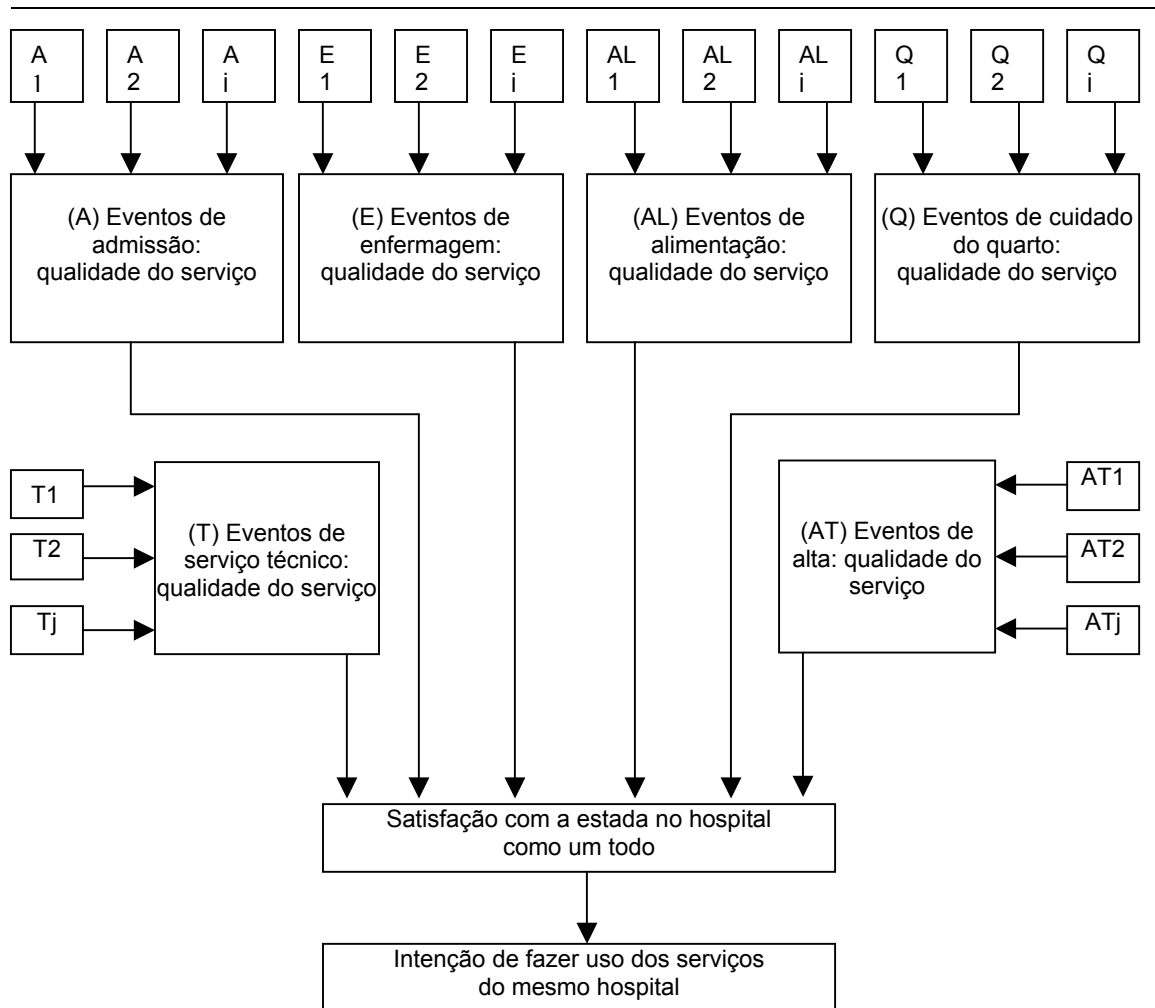
Além dos atributos de experiência (NELSON, 1970; PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985), serviços de saúde fazem parte de um grupo de serviços ricos em atributos de confiança. Estes foram definidos por DARBY e KARNI (1973) como atributos que os consumidores não conseguem avaliar com precisão mesmo após a compra.

WOODSIDE, FREY e DALY (1989) desenvolveram um modelo de satisfação do cliente de serviços hospitalares que ligue avaliação, satisfação e intenção de compra.

⁹ GUMMESSON, E.; GRÖNROOS, C. Quality of services: lessons from the product sector. In: SURPRENANT, C. **Add value to your service**. Chicago: American Marketing Association, 1988. p. 35-39.

¹⁰ LEWIS, R. C.; KLEIN, D. M. The measurement of gaps in service quality. In: CZEPIEL, J. A. et al. **The services challenge: integrating for competitive advantage**. Chicago, American Marketing Association, 1987. p. 33-38.

FIGURA 8 – MODELO DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE DE SERVIÇOS HOSPITALARES



FONTE: WOODSIDE, A. G.; FREY, L. L.; DALY, R. T. Linking service quality, customer satisfaction and behavioral intention. **Journal of Health Care Marketing**, Boone, v. 9, n. 4, p. 8, Dec. 1989.

WOODSIDE, FREY e DALY (1989) destacam que serviços prestados por hospitais são compostos por uma série de encontros, o que torna importante medir julgamentos da qualidade de serviço de cada encontro e da experiência de serviço. Na figura 8 são destacados seis tipos de encontro fornecedor-cliente: eventos de admissão, eventos de enfermagem, eventos de alimentação, eventos de cuidado do quarto, eventos de serviço técnico e eventos de alta. De cada um desses encontros de serviço resulta uma determinada qualidade de serviço percebida (GRÖNROOS, 1984; PARASURAMAN, ZEITHAML; BERRY, 1985) pelo cliente. É o conjunto das avaliações de cada encontro que dá a medida da satisfação do cliente com o hospital de maneira geral.

Na aplicação de seu modelo, WOODSIDE, FREY e DALY (1989) descobriram que serviços de enfermagem, serviços de alimentação e serviços prestados por médicos estão fortemente associados à satisfação total do paciente com sua estada no hospital. Os serviços de alta dos pacientes (tais como explicações sobre cobrança) também estão associados à satisfação total dos pacientes porém não tão fortemente.

Conhecer o modelo de WOODSIDE, FREY e DALY (1989) é fundamental para o problema em estudo desta dissertação. Como a satisfação do cliente é função da qualidade de serviço percebida nos vários encontros, cada um deles apresenta-se como uma oportunidade de realizar ações de evidência física que possam aumentar o nível da qualidade de serviço percebida resultante da experiência total com o hospital.

Ainda que não seja o propósito desta dissertação discutir a direção da relação entre qualidade de serviço percebida e satisfação (ver 2.7.2), há mais uma conclusão de WOODSIDE, FREY e DALY (1989) que merece destaque: não só a qualidade de serviço percebida nos vários encontros ocorridos num hospital é vital para a satisfação total do cliente como a satisfação é elemento fundamental das intenções futuras do cliente, o que pode significar na prática mais negócios para o hospital no futuro.

Na avaliação de O'CONNOR, POWERS e BOWERS (1988) os administradores hospitalares freqüentemente vêem a qualidade como se fosse tão tecnicamente complicada que acabam por abdicar da responsabilidade de medi-la e controlá-la, delegando a tarefa ao corpo médico.

Embora a literatura defenda que a qualidade deva sempre ser definida do ponto de vista dos clientes, FORD e FOTTLER (2000) argumentam que historicamente as organizações de saúde concentraram-se em atender as expectativas de seu corpo médico e das fontes pagadoras. Ainda que os pacientes tenham sido

sempre considerados elementos-chave, os administradores em geral focaram seus esforços no atendimento de necessidades clínicas e deram menos atenção às necessidades dos pacientes como consumidores de uma experiência total do serviço de saúde.

Apesar do histórico negativo, FORD e FOTTLER (2000) acreditam que finalmente os administradores de organizações de saúde começam a expandir seu foco para atender necessidades e desejos de seus clientes não somente para obtenção de um resultado clínico favorável, mas também para uma experiência do serviço de saúde favorável: a busca por uma organização de saúde orientada para o cliente passa pela quebra dos dez paradigmas apresentados a seguir.

QUADRO 3 - VELHOS VS NOVOS PARADIGMAS: BUSCA POR UMA MAIOR ORIENTAÇÃO PARA O CLIENTE

1. Fatores-chave levados em consideração pelo cliente	Eficácia clínica e eficiência de custo	Percepções de qualidade e valor do paciente (cliente)
2. Envolvimento do paciente (cliente) na coprodução	Envolvimento limitado na coprodução	Máxima coprodução do paciente (cliente) da experiência de serviço
3. Cultura	Direcionada ao fornecedor do serviço	Direcionada ao paciente (cliente)
4. Seleção e treinamento de recursos humanos	Focada primordialmente nas habilidades clínicas	Focada em habilidades clínicas e no serviço ao paciente (cliente)
5. Estratégias motivacionais	Recompensas basicamente por proficiência técnica	Recompensas: proficiência técnica e habilidades de serviço ao paciente (cliente)
6. <i>Design</i> do sistema de serviço	<i>Design</i> por eficiência técnica e eficácia clínica em um departamento ou área funcional	<i>Design</i> por similaridade de serviço ao paciente (cliente) através de áreas funcionais
7. Gerenciamento de esperas	Usar o tempo de espera do paciente (cliente) para aumentar a eficiência técnica	Gerenciar o tempo de espera do paciente (cliente) para enriquecer a experiência do paciente (cliente)
8. <i>Design</i> do ambiente de prestação do serviço	<i>Design</i> visando ao conforto do fornecedor e eficiência clínica	<i>Design</i> visando ao conforto do paciente (cliente) e à eficiência clínica
9. Medidas de eficácia	Custos, processos clínicos e resultados médicos	Custos, processos clínicos e resultados médicos mais a experiência total de serviço
10. Melhoria organizacional	Intermitente, reativa e focada em questões médicas	Contínua, pró-ativa e focada em questões de satisfação médica, financeira e do paciente (cliente)

FONTE: adaptado de FORD, R. C.; FOTTLER, M. D. Creating customer-focused health care organizations. **Health Care Management Review**, Gaithersburg, v. 25, n. 4, p. 23, Fall 2000.

2.7.4 Modelos de Qualidade de Serviços

O estudo de modelos de qualidade de serviços existentes não é o objetivo central desta dissertação. Entretanto, antes da seção destinada à evidência física, é necessário abordar o assunto para compreender os elementos levados em consideração pelos consumidores em suas avaliações da qualidade de serviços.

A proposição de modelos de qualidade de serviços ganhou destaque na literatura de marketing a partir da década de 1980 e é por essa razão que os dois modelos a seguir foram inicialmente desenvolvidos na referida década, ainda que possa ter havido revisões por parte de seus próprios autores em anos seguintes.

2.7.4.1 Modelo de Grönroos

A apresentação do modelo de GRÖNROOS (1984) começa com o conceito de desconfirmação. O autor considera razoável afirmar que a qualidade percebida de um serviço é resultado de um processo de avaliação no qual o consumidor compara suas expectativas com o serviço que ele percebe ter recebido, ou seja, ele coloca o serviço percebido contra o serviço esperado e o resultado desse processo é chamado de qualidade de serviço percebida. Em outras palavras, a qualidade percebida é dependente de duas variáveis: serviço esperado e serviço percebido. Portanto, num modelo de qualidade de serviços, é necessário conhecer quais recursos e atividades, sob controle e fora do controle imediato da organização, têm um impacto sobre essas duas variáveis.

O primeiro ponto abordado por GRÖNROOS (1984) é a diferença entre desempenho instrumental e desempenho expressivo. Desempenho instrumental de um serviço é o resultado técnico do processo de produção do serviço. Desempenho expressivo é o resultado das interações comprador-vendedor ou dos contatos que o consumidor tem com vários recursos e atividades da organização durante o processo

de produção do serviço, quando o resultado técnico é criado. Num modelo de qualidade de serviços, os diferentes tipos de desempenho têm de ser traduzidos em termos de qualidade.

O resultado técnico de um processo de prestação de serviço – tal como um corte de cabelo para quem vai ao cabeleireiro ou um atendimento médico para quem vai a um hospital – isto é, **o que** o consumidor recebe como resultado de suas interações com o prestador do serviço, é importante para ele e para sua avaliação da qualidade do serviço. Essa é a chamada dimensão técnica da qualidade, que corresponde ao desempenho instrumental e freqüentemente pode ser medida pelo consumidor de modo preferencialmente objetivo como qualquer dimensão técnica de um produto.

O fato de o serviço ser produzido em interação com os clientes evidencia que a dimensão técnica não é por si só suficiente para avaliar a qualidade total que o consumidor percebe receber. O consumidor também é influenciado pela maneira como a qualidade técnica lhe é transferida funcionalmente. Em suma, o consumidor não está interessado somente no que ele recebe como resultado do processo de produção, mas no processo em si. **Como** o consumidor obtém o resultado técnico – ou qualidade técnica – funcionalmente também é importante para ele e para a maneira como ele vê ou percebe o que recebeu. Essa segunda dimensão é chamada de dimensão funcional da qualidade e corresponde ao desempenho expressivo do serviço.

A discussão dos dois parágrafos anteriores descortina duas dimensões da qualidade de serviços que são bastante diferentes em sua natureza: a dimensão técnica, que responde à questão **o que** o consumidor recebe; e a dimensão funcional, que responde à questão **como** o consumidor recebe. O serviço percebido é o resultado de uma visão do consumidor de um composto de dimensões do serviço, algumas das quais são técnicas e outras que são funcionais em natureza. Quando o serviço percebido é comparado com o serviço esperado, tem-se a qualidade de serviço percebida.

Em serviços de saúde, essa separação feita por GRÖNROOS (1984) é tão importante que BOPP (1990) chega à seguinte conclusão: a maioria dos pacientes não consegue distinguir entre o “cuidado” (expressivo) e a “cura” (técnica) e, conseqüentemente, baseia sua avaliação do serviço muito mais no desempenho expressivo das pessoas (médicos, enfermeiros, recepcionistas e funcionários administrativos) com quem mantém contato durante o encontro de serviço do que no que é feito tecnicamente durante o encontro.

Ainda em relação a serviços de saúde, JOHN (1991) aponta dois tipos de necessidade dos clientes que corroboram os estudos de GRÖNROOS (1984): necessidades médicas e psicológicas. As necessidades médicas estão relacionadas ao conteúdo do conhecimento médico e às habilidades do fornecedor que são diretamente necessárias para o tratamento das doenças dos pacientes. As necessidades psicológicas estão relacionadas à entrega desse conhecimento médico e estão indiretamente relacionadas ao tratamento das doenças dos pacientes.

O segundo ponto abordado por GRÖNROOS (1984), e que tem implicações para seu modelo, é a imagem. Em geral uma organização de serviços não pode esconder-se atrás de nomes de marca ou distribuidores porque na maioria dos casos o consumidor é capaz de ver a empresa e seus recursos técnicos e funcionais durante a interação comprador-vendedor. Conseqüentemente, a imagem é de grande importância para a maioria dessas organizações.

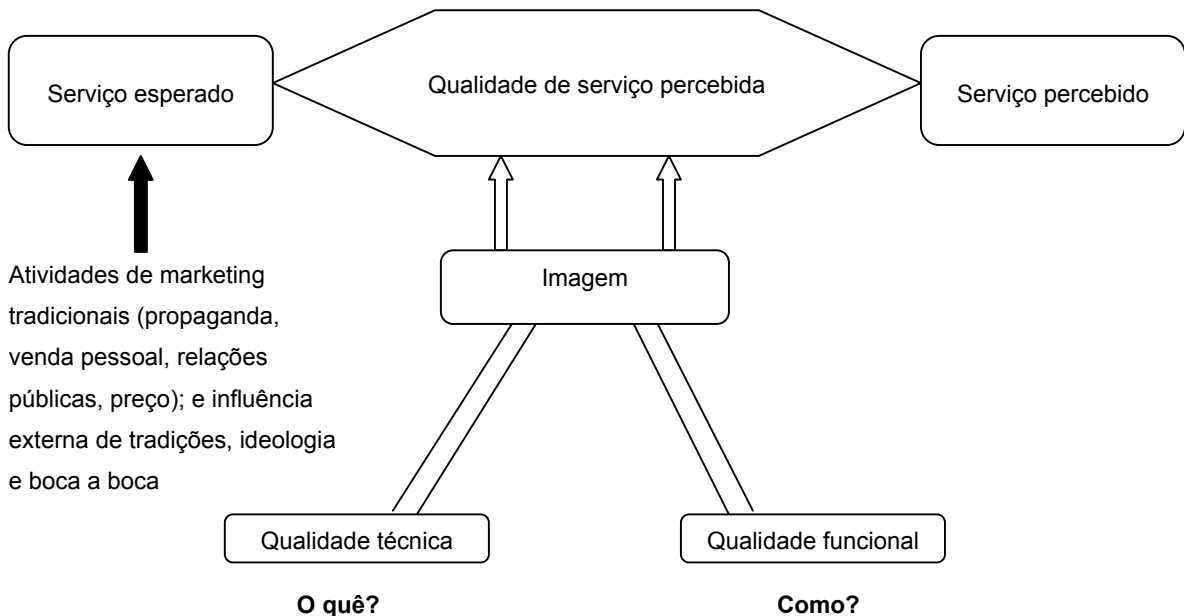
A imagem é o resultado de como os consumidores percebem a organização. A parte mais importante de uma organização, aquela que seus clientes vêem e percebem, são seus serviços. Portanto pode-se esperar que a imagem seja construída principalmente sobre a qualidade técnica e a qualidade funcional dos serviços prestados.

Quando uma organização de serviços deseja transmitir a novos mercados-alvo uma determinada imagem, atividades de marketing tradicionais como propaganda, relações públicas e preço podem ser os meios mais eficazes de fazê-lo. Além do mais, se os consumidores num mercado existente têm uma imagem da empresa que não corresponde à realidade, essas atividades de marketing tradicionais podem ser uma maneira eficaz de comunicar a imagem real ao mercado. Entretanto campanhas de propaganda ou outras atividades tradicionais não devem ser lançadas se a imagem da empresa oferecida aos clientes não refletir uma qualidade técnica e funcional existentes. Todos os esforços tradicionais de marketing têm um impacto sobre as expectativas do consumidor. Por exemplo, uma campanha de propaganda que dê a impressão de que a qualidade técnica e/ou funcional do serviço são melhores do que realmente são, resulta num nível de expectativa do serviço elevado. Se o serviço percebido permanecer no mesmo nível de antes da campanha, o *gap* entre o serviço esperado e o serviço percebido aumenta, o que pode levar ao surgimento de um conflito. A organização pode ter consumidores desapontados e, por fim, o desapontamento dos consumidores pode causar uma deterioração na imagem da organização.

GRÖNROOS (1984) argumenta que a imagem também pode ser uma dimensão da qualidade quando levada em consideração pelo consumidor para avaliar a qualidade do serviço. Numa situação em que o consumidor tem uma boa imagem da organização, mas tem uma experiência ruim com a dimensão técnica e/ou funcional, a qualidade do serviço percebida ainda pode ser boa porque a imagem que o consumidor faz da organização é positiva. Obviamente, se o consumidor ficar desapontado com o serviço várias vezes, a imagem da organização tende a piorar. Inversamente, quando o consumidor tem uma imagem negativa da organização, qualquer falha na dimensão técnica e/ou funcional durante a experiência com o serviço tende a amplificar uma qualidade de serviço percebida ruim.

A figura 9 é uma representação do modelo de GRÖNROOS que leva em consideração todos os elementos abordados até aqui.

FIGURA 9 – MODELO DE QUALIDADE DE SERVIÇOS DE GRÖNROOS



FONTE: GRÖNROOS, C. A service quality model and its marketing implications. **European Journal of Marketing**, Bradford, v. 18, n. 4, p. 41, 1984.

SWAN e COMBS¹¹, citados por GRÖNROOS (1984), afirmam que testes no desempenho instrumental e no desempenho expressivo de produtos indicam que o primeiro tipo é condição necessária, mas não suficiente, para a satisfação. Um consumidor satisfeito tem mais tendência a mencionar atributos expressivos, em vez de atributos instrumentais, como uma razão para sua satisfação. As observações de SWAN e COMBS sugerem que a qualidade funcional é mais importante para o serviço percebido do que a qualidade técnica, pelo menos enquanto a última estiver num nível satisfatório. Isso é especialmente importante para serviços em que a mera qualidade técnica é muito similar entre as organizações que estão no mercado, tornando a diferenciação por essa via muito difícil.

¹¹ SWAN, J. E.; COMBS, L. J. Product performance and consumer satisfaction: a new concept. Chicago, **Journal of Marketing**, Apr. 1976.

Em serviços muito intensivos de mão-de-obra, tais como aqueles prestados por hospitais, hotéis e profissionais liberais, o desempenho dos funcionários é uma representação da dimensão funcional da qualidade. A interação comprador-vendedor, na qual a qualidade funcional emerge, é considerada uma parte mais importante do marketing de serviços do que atividades tradicionais de marketing. GRÖNROOS (1984) deu a isso o nome de função interativa do marketing das organizações de serviço, a qual deve ser entendida como um complemento da função tradicional de marketing.

GRÖNROOS (1984) conduziu uma pesquisa com executivos de organizações suecas de serviços para testar seu modelo. Houve um alto grau de concordância dos indivíduos pesquisados em quatro questões abordadas pelo autor:

1. na maior parte dos casos, o contato do dia-a-dia com os consumidores é uma parte mais importante do marketing do que atividades tradicionais, tais como propaganda, comunicação de massa etc.;
2. a imagem corporativa é mais o resultado dos contatos do cliente com a organização do que o resultado de atividades de marketing tradicionais;
3. a comunicação boca-a-boca tem um impacto mais substancial sobre clientes potenciais do que atividades de marketing tradicionais;
4. a maneira pela qual o pessoal de contato lida com as interações comprador-vendedor, se esse pessoal for orientado ao cliente e tiver uma mentalidade de serviços, compensa problemas temporários com a qualidade técnica do serviço.

Gerenciar a qualidade de serviço percebida significa dizer que a organização deve aproximar o serviço percebido do serviço esperado para que a satisfação do consumidor seja alcançada. Com o objetivo de manter esse *gap* o menor possível, dois aspectos parecem ser críticos para as organizações de serviços. Primeiro, as promessas sobre como o serviço será desempenhado dadas por atividades tradicionais de

marketing, e comunicadas boca-a-boca, não devem ser irrealistas quando comparadas ao serviço que os consumidores eventualmente perceberão. Segundo, os administradores de serviço precisam entender como a qualidade técnica e a qualidade funcional do serviço são influenciadas, e como essas dimensões são percebidas pelos clientes.

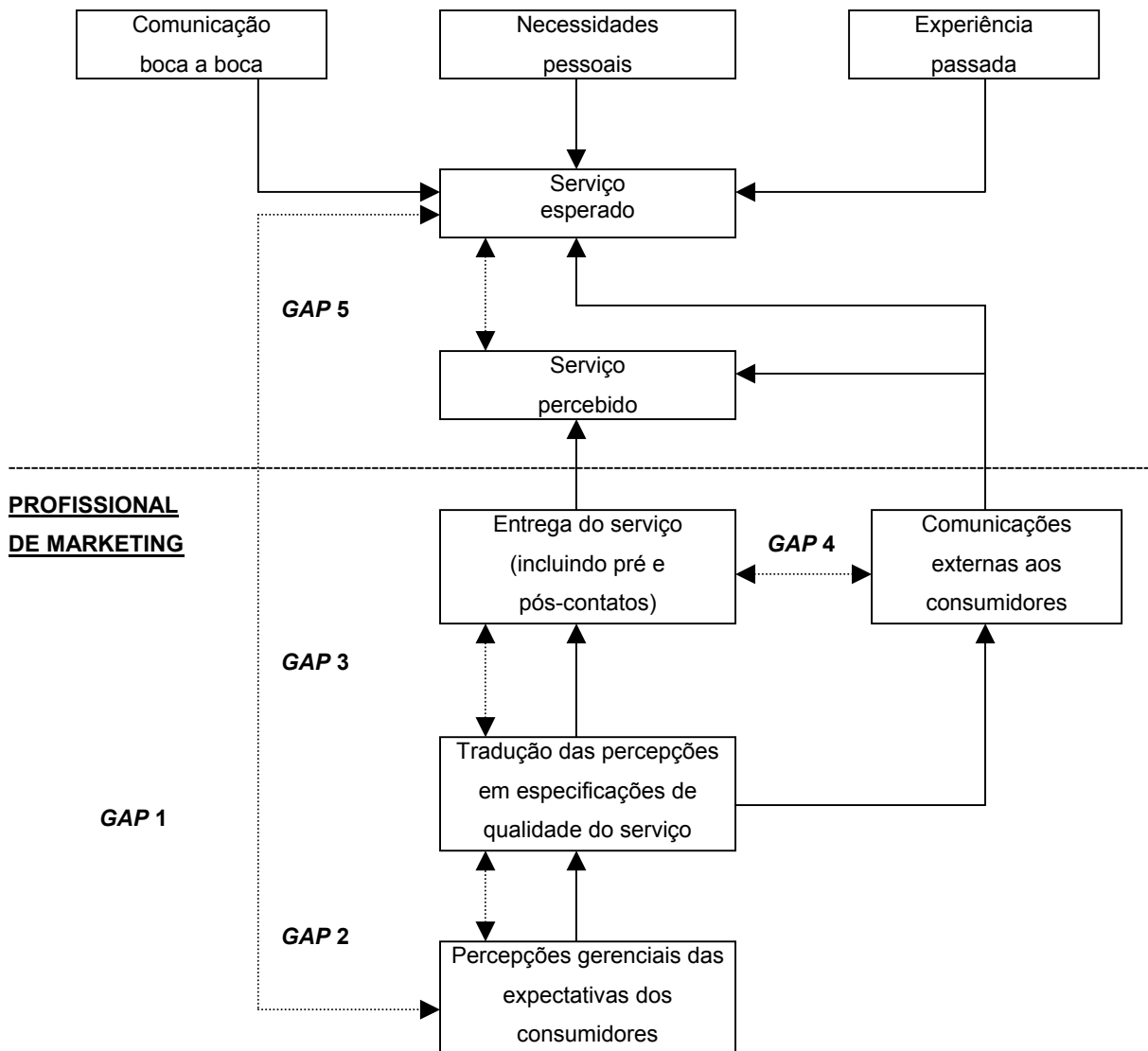
2.7.4.2 Modelo de Parasuraman, Zeithaml e Berry

PARASURAMAN, ZEITHAML e BERRY (1985) afirmam que havia na época de seu trabalho poucos estudos destinados a investigar a qualidade de serviços. Os autores decidiram, então, desenvolver estudos exploratórios sobre o tema: foram realizadas entrevistas em profundidade com executivos e *focus groups* com consumidores de quatro negócios de serviços: varejo bancário, cartões de crédito, corretagem de seguros e manutenção e reparo de produtos.

As idéias inicialmente propostas por PARASURAMAN, ZEITHAML e BERRY (1985) foram revisitadas pelos próprios autores e por outros – como será apresentado adiante – mas pode-se dizer que o resultado mais importante sobre qualidade de serviços obtido a partir das entrevistas em profundidade e dos *focus groups* foi:

Existe um conjunto de *gaps* ou discrepâncias-chave em relação às percepções de qualidade de serviços dos executivos e as tarefas associadas com a entrega de qualidade aos consumidores. Esses *gaps* podem ser grandes obstáculos à tentativa de entregar um serviço que os consumidores perceberiam como sendo de alta qualidade. (p. 44)

FIGURA 10 – MODELO DE QUALIDADE DE SERVIÇOS DE PARASURAMAN, ZEITHAML E BERRY

CONSUMIDOR

FONTE: PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, Chicago, v. 49, n. 3, p. 44, Fall 1985.

O primeiro aspecto que chama a atenção na figura 10 são os elementos formadores do serviço esperado. Necessidades pessoais são não apenas aquilo que leva o indivíduo a buscar um dado produto ou serviço para satisfação de suas necessidades e desejos, mas também uma maneira de formar uma imagem do serviço esperado. Outras três maneiras são experiência passada (caso haja), comunicações externas, tais como propaganda e relações públicas, e comunicação boca a boca. Esta última é talvez a razão pela qual muitos prestadores de serviço afirmam que o importante são as

impressões positivas sobre a organização que um determinado cliente transmite a outros clientes potenciais, os quais também se sentem estimulados a fazer uso do serviço.

Em relação à comunicação, NELSON (1974) argumenta que a diferença entre o caráter da propaganda para atributos de procura - típicos de bens físicos - e de experiência - típicos de serviços - é tão grande que a propaganda direcionada aos últimos é predominantemente informação indireta (boca a boca) e a propaganda direcionada aos primeiros é predominantemente informação direta.

Ainda em relação à comunicação, MURRAY¹², citado por GELB e JOHNSON (1995), descobriu que os consumidores usam com mais intensidade fontes de informação pessoal na busca por fornecedores de serviços do que na busca por fornecedores de bens físicos. GELB e JOHNSON (1995) ponderam que em serviços de saúde a comunicação boca a boca é mais eficaz que a propaganda, mas lembram que uma comunicação boca a boca favorável não pode apagar uma experiência pessoal negativa, ou seja, essa comunicação favorável precisa ser acompanhada de um nível de serviço que atenda às expectativas do consumidor.

JAVALGI, RAO e THOMAS (1991) consideram que o conhecimento dos clientes sobre um hospital dependem de experiência pessoal prévia (experiência passada), da experiência de amigos e parentes (comunicação boca a boca) e das percepções formadas por meio de propaganda da organização (comunicações externas aos consumidores). O papel dos administradores é criar imagens positivas na mente dos consumidores para ressaltar essas percepções, embora não se devam criar falsas promessas, como se verá adiante na análise de cada um dos *gaps* do modelo de PARASURAMAN, ZEITHAML e BERRY (1985).

¹² MURRAY, K. B. A test of services marketing theory: consumer information acquisition activities. Chicago, **Journal of Marketing**, v. 55, n.1, p. 10-25, 1991.

JOHN (1992) realizou uma pesquisa com pacientes de três hospitais para avaliar o impacto de experiências passadas sobre avaliações de qualidade de serviço em experiências recentes. Os resultados indicaram que não só há um forte impacto da experiência passada, como também os clientes tendem a generalizar sua satisfação com todas as experiências passadas para qualquer experiência futura. Daí a importância do gerenciamento tanto das expectativas dos clientes quanto dos encontros de serviço.

Os *gaps* da figura 10 apresentam desafios para os administradores de marketing:

- *gap* 1: os gerentes talvez nem sempre compreendam quais características representam alta qualidade para os consumidores, quais características o serviço precisa ter para atender as necessidades dos consumidores ou quais níveis de desempenho são necessários dessas características para fornecer um serviço de alta qualidade;
- *gap* 2: muitos fatores – falta de recursos, condições de mercado e/ou indiferença dos gerentes – podem resultar numa discrepância entre as percepções dos gerentes acerca das expectativas dos consumidores e as especificações estabelecidas para o serviço;
- *gap* 3: ainda que as condições necessárias para se desempenhar adequadamente o serviço e tratar bem os consumidores existam, a prestação de um serviço de alta qualidade pode não ocorrer devido à variabilidade introduzida pelos funcionários ou mesmo por um equipamento com problemas;
- *gap* 4: discrepâncias entre a prestação do serviço e a propaganda e/ou outras formas de comunicação externa – na forma de promessas exageradas ou ausência de informação sobre o serviço que se pretende prestar – podem afetar as percepções dos consumidores a respeito da qualidade do serviço;

- *gap* 5: este *gap* está situado exclusivamente na parte superior do modelo (aquela destinada ao consumidor) por tratar-se da avaliação final, ou seja, dados todos os *gaps* anteriores, o *gap* 5 representa quão bem o serviço prestado foi percebido pelos consumidores em relação ao serviço esperado.

Os esforços dos administradores de marketing devem estar voltados a resolver eventuais problemas dos *gaps* 1 a 4: tentar administrar problemas no *gap* 5 é inútil porque ele representa apenas o resultado das ações realizadas nos *gaps* 1 a 4.

Numa segunda etapa de seu trabalho, PARASURAMAN, ZEITHAML e BERRY (1988) deram uma grande contribuição à literatura de marketing com o desenvolvimento do SERVQUAL, uma escala destinada a medir percepções dos consumidores sobre qualidade de serviços. Os autores identificaram cinco dimensões¹³ para avaliar a qualidade de serviço. As dimensões são de vital importância porque é a partir delas que as organizações são capazes de compreender as maneiras pelas quais os consumidores avaliam a qualidade de serviços. Em outras palavras, elas servem como ponto de partida para que as organizações desenvolvam ações voltadas a gerar percepções de qualidade por parte de seus clientes. Descrevem-se a seguir as cinco dimensões identificadas pelos autores:

¹³ PARASURAMAN, ZEITHAML e BERRY (1985) descobriram dez dimensões ou determinantes da qualidade de serviços: confiabilidade, proatividade, competência, acesso, cortesia, comunicação, credibilidade, segurança, conhecimento do cliente e tangíveis. Em 1988 os autores refinaram a escala e chegaram ao número de cinco dimensões.

Tangíveis

Conjunto formado por instalações físicas, equipamentos e aparência dos recursos humanos do fornecedor. Inclui: atualidade tecnológica dos equipamentos, apelo visual das instalações, aparência das instalações em conformidade com o tipo de serviço prestado e roupas ou uniformes usados pelos funcionários.

Confiabilidade

A confiabilidade é a habilidade para desempenhar o serviço prometido de maneira confiável e precisa. Inclui: executar tarefas dentro do tempo prometido ao cliente, resolver os problemas do cliente com empatia, manter registros do cliente de maneira precisa, agir de maneira que o cliente possa sentir-se seguro.

Presteza

A presteza se consagra como a vontade de ajudar os clientes e fornecer serviço imediato. Inclui: informar os clientes sobre quando o serviço será prestado, contar com funcionários sempre dispostos a oferecer ajuda imediata aos clientes, orientar os funcionários a nunca se mostrarem ocupados a ponto de não poderem atender o cliente imediatamente e orientar os funcionários a estarem sempre alerta para ajudar os clientes.

Capacitação

Conhecimento e cortesia dos funcionários e sua capacidade de inspirar confiança são as linhas-mestra da capacitação. Ela inclui: fazer os clientes se sentirem seguros nas transações com a organização, suporte dado aos funcionários para desempenharem bem o seu trabalho e educação dos funcionários.

Empatia

A empatia consiste no cuidado e atenção individualizada que a organização oferece a seus clientes. Inclui: oferecer atenção pessoal aos clientes, treinar os funcionários para estarem atentos às necessidades dos clientes e oferecer horários de operação do negócio convenientes a todos os clientes.

Tomando-se por base a aplicação da escala nos quatro negócios em que foi desenvolvida – varejo bancário, cartões de crédito, telefonia de longa distância e manutenção e reparo de eletrodomésticos – houve destaque para as dimensões de confiabilidade, presteza e capacitação. Isso não quer dizer que tangíveis e empatia sejam menos importantes pois, como os próprios autores explicam, o SERVQUAL é um esqueleto básico que pode ser adaptado ou complementado para atender as características ou necessidades de pesquisa de uma organização em particular, ou seja, é possível que num outro tipo de negócio essas duas últimas dimensões se mostrem extremamente importantes.

CARMAN (1990) aplicou o SERVQUAL a quatro negócios distintos: uma clínica odontológica, um centro de colocação profissional de uma escola de negócios, uma loja de pneus e um hospital. Para os três primeiros o autor encontrou a maioria das dimensões propostas por PARASURAMAN, ZEITHAML e BERRY (1985, 1988), embora tenha destacado que isto não significava dizer que o modelo fosse tão genérico a ponto de os usuários da escala não deverem adicionar itens sobre novos fatores que pudessem ser considerados importantes na equação da qualidade. De qualquer maneira, a observação de CARMAN (1990) sobre essa adição de novos fatores já constava do trabalho de PARASURAMAN, ZEITHAML e BERRY (1988).

O quarto negócio estudado por CARMAN (1990) é de particular interesse para esta dissertação: o autor pesquisou um hospital separadamente dos outros três negócios por entender que trata-se de uma situação que inclui múltiplas funções de

serviço: o cliente está envolvido em vários encontros de serviço e a qualidade de cada um desses encontros precisa ser avaliada. Segundo CARMAN (1990) a literatura sugere que tangíveis e atenção pessoal têm mais peso sobre as percepções de qualidade do consumidor numa loja de varejo e a qualidade da loja pesa mais sobre a lealdade do consumidor do que a qualidade do produto vendido. Num cenário hospitalar, entretanto, com múltiplos encontros de serviço, os fatores que se mostraram mais importantes foram: acomodações tangíveis, privacidade tangível, alimentação, serviços de enfermagem, explicações sobre o tratamento, acesso e cortesia dedicados aos visitantes, planejamento da alta e serviço de cobrança.

Os fatores assinalados por CARMAN (1990) no estudo do hospital podem ser encontrados ao longo das cinco dimensões da qualidade definidas por PARASURAMAN, ZEITHAML e BERRY (1988). Vale destacar que estudos anteriores feitos no mesmo hospital mostraram a importância do trabalho de profissionais de enfermagem. Numa das tabelas fornecidas por CARMAN (1990) percebe-se que o trabalho desses profissionais tem importância principalmente para as dimensões de prestação, capacitação e empatia.

CARMAN (1990) ainda discute a importância das expectativas. O autor considera que expectativas são importantes para determinar a satisfação, mas a familiaridade de um indivíduo com um dado serviço pode comprometer o nível de suas expectativas. É razoável supor que muitas pessoas tenham familiaridade com serviços de lavagem de automóveis e que, portanto, tenham facilidade em expressar suas expectativas; por outro lado, serviços hospitalares tendem a ser pouco familiares para a maioria das pessoas e, conseqüentemente, os indivíduos têm dificuldade em expressar suas expectativas.

PARASURAMAN, ZEITHAML e BERRY (1991) decidiram refinar a escala que haviam criado aplicando-a a três tipos de serviços: conserto de telefones, varejo bancário e seguros. Desse estudo podem ser extraídas duas idéias importantes. A primeira é que a estrutura básica do SERVQUAL com cinco dimensões foi mantida e uma descoberta sobre a dimensão tangíveis foi feita: os consumidores avaliam a aparência de instalações físicas/equipamentos de forma diferente da que avaliam a aparência de empregados/materiais de comunicação. Essa descoberta é interessante porque destaca a importância dos recursos humanos na prestação de serviços, como ficará claro em outros pontos desta dissertação. A segunda diz respeito a pesquisas sobre qualidade de serviços: o SERVQUAL deve ser usado periodicamente e em conjunto com outras formas quantitativas e qualitativas de medição da qualidade de serviços, ou seja, não se deve olhar para a escala como uma solução definitiva para todos os problemas e muito menos de forma estática; seu uso periódico pode indicar aos administradores de marketing novas formas de atacar questões relativas à qualidade de serviços.

Ao fazer uma análise da conceitualização e operacionalização do SERVQUAL, CRONIN e TAYLOR (1992) apresentam duas conclusões relevantes. A primeira é que a qualidade do serviço é um antecedente da satisfação do consumidor e a satisfação do consumidor exerce uma influência mais forte sobre intenções de compra do que a qualidade do serviço. Como consequência, os administradores precisam enfatizar programas de satisfação total do consumidor ao invés de estratégias centradas somente na qualidade do serviço. A segunda é que os itens da escala que definem a qualidade do serviço podem ser diferentes para setores de atividades distintos: serviços de alto envolvimento, tais como aqueles prestados por hospitais, têm definições de qualidade do serviço diferentes daquelas de serviços de baixo envolvimento, tais como restaurantes *fast food* ou lavagem de roupas a seco.

PARASURAMAN, ZEITHAML e BERRY (1994) publicaram um artigo em resposta ao trabalho de CRONIN e TAYLOR (1992) e apresentaram, além de uma série de recomendações para aprofundamento das pesquisas sobre qualidade de serviços, uma ligação entre transação e avaliação da qualidade de serviços: o termo transação pode representar um episódio de serviço por inteiro ou os componentes de uma extensa interação entre um cliente e uma empresa, tal como ocorre entre um cliente e uma organização hospitalar.

HEADLEY e MILLER (1993) examinaram o uso do SERVQUAL numa clínica médica com o intuito de verificar a adaptabilidade da escala para serviços de saúde e explorar a ligação existente entre qualidade de serviço percebida e intenções futuras do consumidor. Um grupo de clientes foi solicitado a preencher um questionário antes e após uma consulta previamente agendada, de forma que tanto suas expectativas quanto suas percepções do serviço pudessem ser registradas. Embora a generalização tenha ficado comprometida pelo uso de clientes de apenas uma clínica, algumas descobertas da pesquisa de HEADLEY E MILLER (1993) merecem destaque. Em primeiro lugar, os resultados sugerem que qualidade de serviço percebida mais alta gera intenções favoráveis (tais como recompra e compra de outros serviços da organização) e qualidade de serviço percebida mais baixa gera intenções desfavoráveis (tais como reclamações, troca de fornecedor e não uso de quaisquer serviços da organização). Em segundo lugar, duas dimensões do SERVQUAL – confiabilidade e empatia – foram mais explicativas das intenções futuras dos clientes. Em terceiro lugar, o uso de uma escala adaptada mostrou-se tão confiável quanto a original, o que confirmou a afirmação de PARASURAMAN, ZEITHAML e BERRY (1988), segundo a qual o SERVQUAL é um esqueleto geral que pode ser adaptado para diferentes tipos de serviços.

BOWERS, SWAN e KOEHLER (1994) também fizeram estudos com pacientes de um hospital e utilizaram o SERVQUAL. Os resultados sugerem que a qualidade é definida pelos clientes em termos de empatia, confiabilidade, presteza, comunicação e envolvimento na situação de serviço “com emoções beirando amor pelo paciente”. As três primeiras dimensões estão entre aquelas descritas por PARASURAMAN, ZEITHAML e BERRY (1988). A quarta dimensão é uma das que foram desenvolvidas por esses autores em 1985, mas foram reclassificadas no trabalho de 1988. Mais especificamente, comunicação passou a fazer parte de capacitação. A novidade trazida por BOWERS, SWAN e KOEHLER (1994) é a dimensão do envolvimento na situação de serviço. Além de seguir a recomendação dos autores do SERVQUAL, a de procurar descobrir dimensões específicas de um tipo de negócio, essa nova dimensão ressalta a importância do relacionamento entre funcionários e clientes do hospital, que será abordada com maior profundidade no capítulo dedicado à evidência física. Cabe dizer que causa estranheza apenas o fato de os autores não se referirem à dimensão dos tangíveis em seus resultados, uma vez que em geral a literatura retratada nesta dissertação aponta-a como relevante.

BROWN e SWARTZ (1989) tecem uma importante consideração sobre o SERVQUAL, dado que a escala se baseia na diferença entre percepções e expectativas: idéias geradas a partir de questionamento dos clientes, *focus groups* ou até meios mais informais de pesquisa muito provavelmente fornecerão uma base de informações valiosas para gerar programas destinados a alterar percepções.

URDAN (1993, p. 220) – que fez um extenso relato de modelos de qualidade de serviços e propôs um modelo integrativo como resultado de seu trabalho – destaca a importância das teorias de PARASURAMAN, ZEITHAML e BERRY (1985, 1988) para a compreensão da qualidade de serviços: “...tal estudo é o mais sistemático e abrangente concebido com o fito de determinar as dimensões externas da qualidade de serviço.”

A afirmação de URDAN (1993) pode ser corroborada de duas formas. Em primeiro lugar, é sabido que livros didáticos adotados por instituições de ensino superior sobre marketing de serviços (GRÖNROOS, 1995; FITZSIMMONS; FITZSIMMONS, 2000; ZEITHAML; BITNER, 2000; BATESON; HOFFMAN, 2001) trazem em seus textos referências ao modelo de PARASURAMAN, ZEITHAML e BERRY (1985, 1988), o que comprova a longevidade e receptividade do modelo. Em segundo lugar, outras tentativas, tais como o SERVPERF de CRONIN e TAYLOR (1994), parecem ter sido “esquecidas” tanto nos periódicos internacionais quanto nos livros didáticos, o que no mínimo indica uma superioridade do SERVQUAL vista por aqueles que o testaram ao longo dos últimos anos.

2.8 EVIDÊNCIA FÍSICA

Da defesa de LEVITT (1981) pelo uso das palavras tangíveis e intangíveis em lugar de produtos e serviços (ver 2.3), pode-se concluir que uma organização de serviços (intangíveis) adiciona elementos tangíveis à sua oferta para demonstrar sua preocupação com a satisfação dos clientes durante a experiência de serviço ou para diferenciar-se da concorrência.

LOVELOCK e WRIGHT (1999) ponderam que a intangibilidade dos serviços em geral torna sua avaliação pelos consumidores uma tarefa difícil, levando-os a procurar idéias tangíveis ou evidências físicas de sua natureza. Essas evidências fornecem uma noção da qualidade do serviço e, em alguns casos, influenciam fortemente a maneira pela qual os consumidores o avaliam. O número de elementos visíveis aos consumidores varia de acordo com o grau de contato comprador-vendedor durante a prestação do serviço. Em serviços de baixo contato, evidência física adicional pode ser comunicada apenas com o uso de propaganda; em serviços de alto contato, outras formas de evidência física assumem importância.

LOVELOCK e WRIGHT (1999) apontam quatro componentes da evidência física. O primeiro são os funcionários de serviço: representantes de venda, atendentes, funcionários administrativos, pessoal de operações que normalmente não presta serviço diretamente ao consumidor e intermediários designados que os consumidores percebem como se diretamente representassem o fornecedor. O segundo são instalações físicas e equipamentos: área externa do local de prestação de serviço, paisagem, área de estacionamento, interior e mobília do local de prestação de serviço, veículos e equipamentos de auto-serviço operados pelo consumidor. O terceiro são comunicações impessoais: propaganda, editoriais em mídia de massa, cartas-formulário, brochuras, catálogos/manuais de instrução e sinalização. O quarto são outras pessoas: consumidores que se encontram durante a prestação do serviço e comentários boca a boca de amigos, colegas de trabalho ou mesmo estranhos.

KOTLER (2000) concorda que a intangibilidade dos serviços leva os consumidores a procurarem sinais ou evidências da qualidade. As evidências podem assumir a forma de instalações físicas, pessoas, equipamentos, material de comunicação, símbolos e preços. Essa busca por evidências é a razão pela qual o autor considera que a tarefa dos administradores de marketing de serviços é “administrar as evidências” de tal forma que possam contribuir para a qualidade de serviço percebida pelos consumidores.

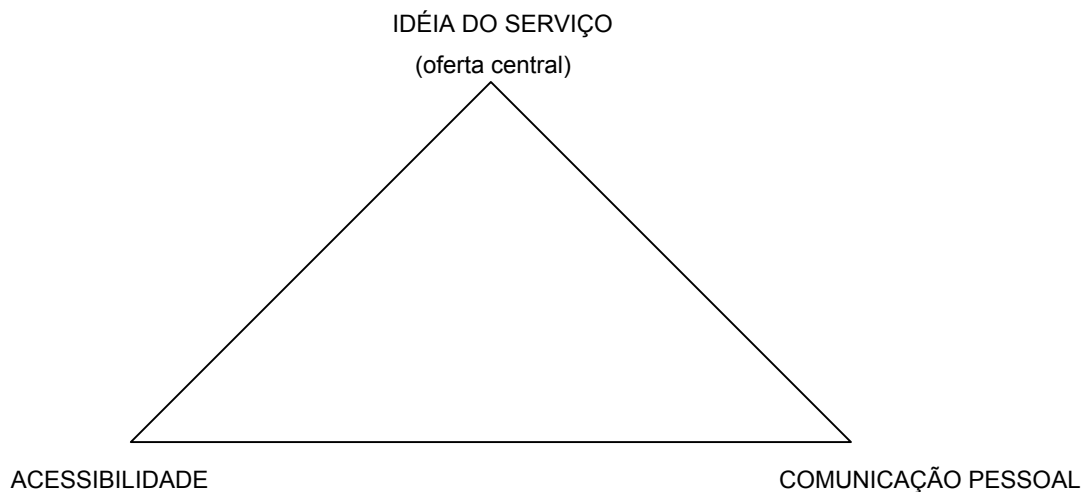
PORTER (1989) dá o nome de sinais de valor às indicações utilizadas pelos consumidores para inferir ou julgar se uma organização reduzirá seus custos ou melhorará seu desempenho em relação à concorrência. Essas indicações podem ser a publicidade, a reputação, a embalagem, o profissionalismo, a aparência e a personalidade dos empregados do fornecedor, a atratividade das instalações físicas e as informações fornecidas nas apresentações de venda.

PORTER (1989) argumenta ainda que os sinais de valor são tão importantes quanto o valor real criado na determinação da diferenciação por um fornecedor. Isso ocorre particularmente quando o impacto de uma empresa sobre o custo ou desempenho dos compradores é subjetivo, indireto ou de difícil quantificação, situações nas quais estão vários tipos de serviços. Uma organização que apresenta um valor modesto, mas sinaliza-o de modo mais eficaz, pode cobrar um preço mais alto do que uma outra que apresenta um valor mais alto, mas sinaliza-o de modo menos eficaz.

Para GRÖNROOS (1978), serviços não podem ser avaliados como bens físicos e por isso precisam ser transformados em ofertas concretas, que podem ser avaliadas e comparadas às ofertas dos concorrentes. Elementos do serviço como a localização, o interior e o exterior do local de prestação de serviços, computadores e redes de telecomunicação promovem acessibilidade e podem ser gerenciados e usados pela organização de serviços como um meio de competição.

GRÖNROOS (1978) também afirma que os consumidores de um serviço quase sempre vêem e encontram representantes do fornecedor durante o processo de compra e/ou consumo. A maneira pela qual os funcionários tratam os clientes, o que dizem e como se comportam é crítica para a percepção do serviço recebido e, portanto, a administração dos recursos humanos deve ser considerada um meio importante de competição em marketing de serviços: numa organização de serviços, quase todos os funcionários “pertencem ao departamento de marketing”.

FIGURA 11 – ELEMENTOS INTRACORPORATIVOS DO SERVIÇO



FONTE: GRÖNROOS, C. A service-oriented approach to marketing of services. **European Journal of Marketing**, Bradford, v. 12, n. 8, p. 595, 1978.

A figura 11 mostra que o processo de desenvolvimento de um serviço está relacionado aos recursos físicos que promovem acessibilidade, à administração dos recursos humanos responsáveis pela comunicação pessoal e ao emprego de serviços auxiliares. Esses três conjuntos de fatores equivalem àquilo que outros autores, discutidos nos parágrafos anteriores, denominam evidência física.

GRÖNROOS (1978) conclui seu artigo ressaltando o papel de um elemento da evidência física não discutido durante seu trabalho: a comunicação não pessoal, que consiste de propaganda, publicidade e outros meios de comunicação possíveis onde não há interação de produção/consumo entre representantes do fornecedor e clientes.

O'CONNOR, POWERS e BOWERS (1988) argumentam que, ao gerenciar a evidência física, o fornecedor pode ajudar os consumidores a entenderem a qualidade associada a um determinado serviço. Esse gerenciamento inclui dar atenção a aspectos como aparência do fornecedor, ambiente físico e preço do serviço.

Segundo LYNCH e SCHULER (1990), ao tentarem formar julgamentos de qualidade sobre serviços ricos em atributos de confiança, os consumidores utilizam sinais de mercado, tais como a propaganda do fornecedor. Muitas vezes esses sinais são a única informação disponível para o consumidor usar na formulação de imagens sobre qualidade de serviços.

Para LYTLE e MOKWA (1992), serviços de saúde formam um “pacote” composto de benefício central, benefícios intangíveis e benefícios tangíveis. Estes últimos fazem parte de um processo de busca em que os clientes se valem de elementos tangíveis que os ajudem a determinar a competência (intangível) de um fornecedor.

Segundo OSWALD *et al.* (1998), os fatores que mais contribuem para a qualidade de serviço percebida por pacientes de hospitais são aqueles relacionados com as instalações físicas e os recursos humanos.

Em um trabalho brasileiro original na época, URDAN (2001) descobriu seis fatores explicativos da qualidade de serviços médicos de consultório percebida pelo cliente: interações do médico e diagnóstico, competência profissional, interações de auxiliares, comodidade de horários e localização, profissionalismo e responsabilidade profissional e comunicações auxiliares.

Em suma, evidência física é a maneira pela qual um fornecedor de serviços pode converter o intangível em tangível para obter melhor percepção de qualidade do ponto de vista dos consumidores. Uma compilação dos autores citados aponta para cinco componentes da evidência física:

1. instalações físicas e equipamentos (ou tangíveis);
2. recursos humanos;
3. comunicação não pessoal;
4. preço;
5. outros clientes.

A discussão dos três primeiros componentes será aprofundada haja vista serem os mais citados na literatura de marketing de serviços.

2.8.1 Instalações Físicas e Equipamentos

KOTLER (1974) foi um dos primeiros pesquisadores a escrever sobre a importância do ambiente físico na venda de um produto ou prestação de um serviço. Para o autor uma das principais características do produto total é o local onde ele é comprado ou consumido. Em alguns casos, o local – mais especificamente aquilo que KOTLER (1974) chamou de atmosfera – tem mais influência na decisão de compra do que o produto em si. A atmosfera é uma “linguagem silenciosa” na comunicação da organização.

Os ambientes interno e externo de lojas (ou locais de prestação de serviços) podem ser projetados para criar sentimentos específicos nos compradores de forma que gerem um efeito importante de reforço durante a compra. Ao se planejar a atmosfera, deve-se procurar produzir efeitos emocionais específicos no consumidor que aumentem sua probabilidade de compra.

BITNER (1992) cunhou o termo *servicescape* (cenário de serviço) para designar o local de prestação do serviço, aquele em que ocorrem interações ou encontros de serviço entre fornecedor e consumidor. O termo "cenário" é bem propício na tradução para o Português pois há uma “peça” sendo encenada no local de prestação de serviço: fornecedor e cliente interagem trocando palavras, gestos, olhares e/ou contato físico.

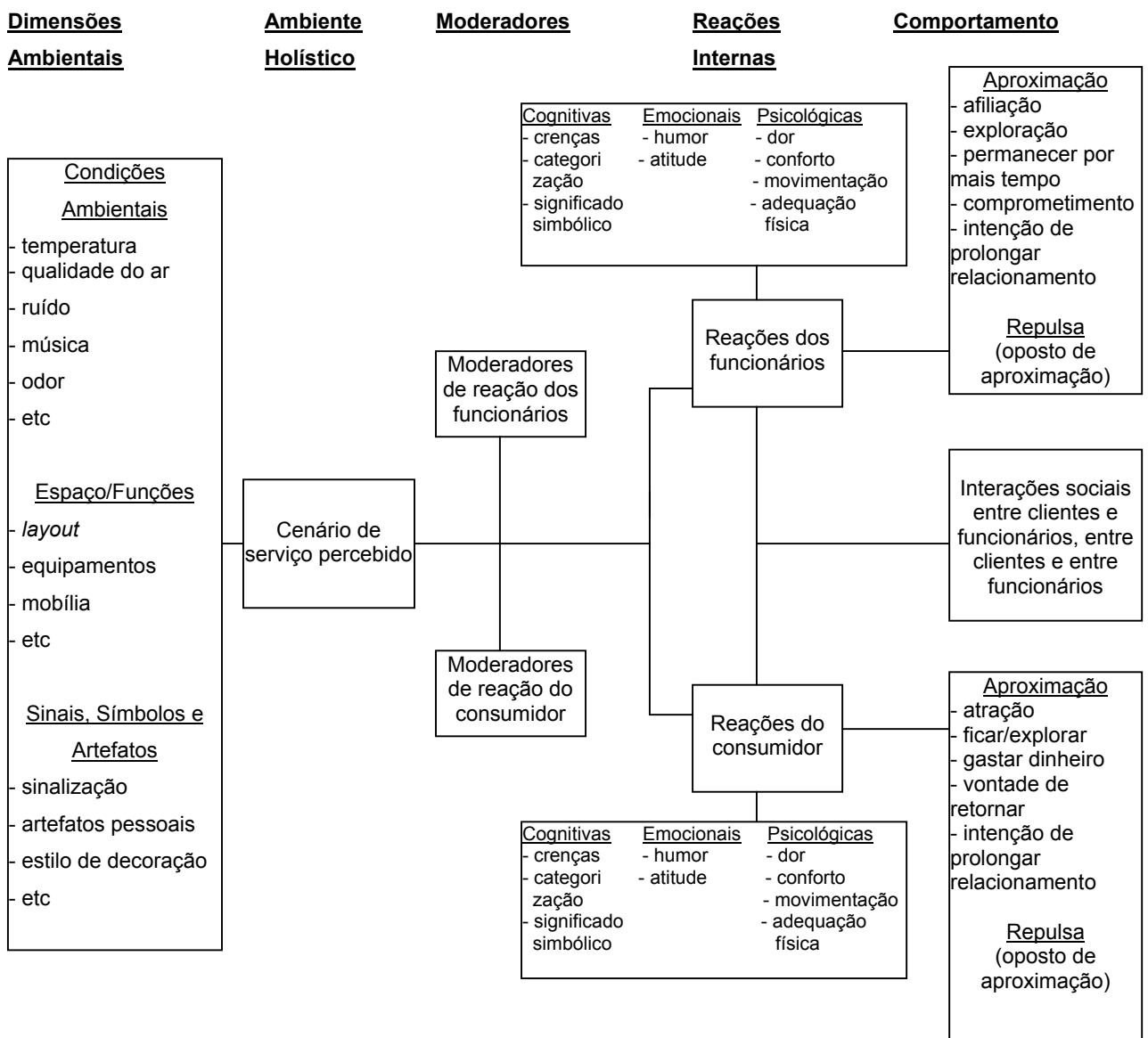
Serviços normalmente são produzidos e consumidos simultaneamente, o que implica dizer que, em geral, o consumidor está na “fábrica de serviço” do fornecedor, experimentando o serviço nas instalações físicas deste último. Essa “fábrica” não pode ser escondida, pode causar um forte impacto sobre as percepções do consumidor em relação à experiência de serviço, exerce grande influência ao comunicar a imagem e o propósito da empresa a seus clientes e pode influenciar a satisfação do consumidor com o serviço (BITNER, 1992).

O trabalho de BITNER (1992) vai além da simples descrição do cenário de serviço e procura analisar como o ambiente físico causa impacto sobre consumidores e funcionários. Em relação aos funcionários, a autora argumenta que o gerenciamento do ambiente físico é visto tipicamente como secundário ou tangencial em comparação com outras variáveis organizacionais que podem motivá-los, tais como promoções e benefícios. Já em relação aos consumidores, variáveis como preço, propaganda, características adicionais e promoções especiais recebem muito mais atenção do que o ambiente físico como formas pelas quais eles podem ser atraídos para e/ou satisfeitos por organizações de serviços.

BITNER (1992) apresenta uma tipologia de serviços que relaciona o sujeito que desempenha ações dentro do cenário de serviço com a sua complexidade física. Merecem destaque nessa tipologia os serviços interpessoais – aqueles em que clientes e funcionários têm papéis a desempenhar e cuja complexidade física do cenário de

serviço é bastante elaborada. A autora sugere que hospitais e outras organizações prestadoras de serviços interpessoais enfrentam as decisões de cenário de serviço mais complexas. Um *design* eficaz do local de prestação do serviço nessas organizações antecipa respostas favoráveis de empregados e clientes a condições ambientais e cria o local apropriado para o encontro de serviço.

FIGURA 12 - ESQUEMA PARA COMPREENSÃO DAS RELAÇÕES AMBIENTE-USUÁRIO EM ORGANIZAÇÕES DE SERVIÇOS



FONTE: BITNER, M. Jo. Servicescapes: the impact of physical surroundings on customers and employees. *Journal of Marketing*, Chicago, v. 56, n. 2, p. 60, Apr. 1992.

A figura 12 sugere que o cenário de serviço pode colaborar para reações internas de funcionários e clientes, tais como significado simbólico, humor, atitude, conforto e movimentação. Nos funcionários podem ser observados comportamentos como compromisso com a organização e desejo de ficar até mais tarde no trabalho. Nos clientes podem ser observados atração pelo cenário, desejo de explorá-lo ou permanecer por mais tempo e desejo de retornar à organização.

CHASE (1978) argumenta que em serviços de alto contato, tais como aqueles prestados por hospitais, não é possível separar a natureza técnica central do serviço do ambiente em que se dá a sua prestação.

HAIR (1998) chama atenção para um aspecto pouco referido na literatura: os prestadores de serviços de saúde precisam reconhecer o papel que o ambiente físico desempenha não apenas sobre pacientes, médicos e demais funcionários – o que pode ser encontrado no trabalho de BITNER (1992) – mas também sobre os familiares dos pacientes.

Antes da afirmação de HAIR (1998), STRASSER *et al.* (1995) pesquisaram a satisfação de clientes, seus familiares e amigos com os serviços prestados por um grupo de hospitais. Dessa pesquisa resultou a seguinte descoberta: é mais fácil agradar aos pacientes do que a seus familiares e amigos. Os autores recomendam aos administradores de marketing conhecer as expectativas desses grupos e desenvolver ações especificamente voltadas a eles.

Num trabalho sobre serviços prestados por médicos, BROWN e SWARTZ (1989) apontam como uma implicação gerencial a necessidade de alterar comportamentos e expectativas profissionais, assumindo uma verdadeira orientação para o cliente. Segundo os autores isso é possível se os profissionais estiverem mais atentos ao enorme leque de fatores que seus clientes consideram ao avaliá-los. É

preciso perceber que a intangibilidade e complexidade técnica de serviços médicos leva muitos clientes a procurarem e avaliarem indicadores de qualidade, incluindo fatores como ambiente físico do consultório.

PEYROT, COOPER e SCHNAPF (1993) realizaram estudos com pacientes de um centro de diagnóstico por imagem e descobriram que o conforto físico antes e durante os exames estava fortemente relacionado com a satisfação e desejo de recomendar o serviço a outras pessoas. Os autores também afirmam que, quando os pacientes não têm outra maneira de julgar a eficácia do procedimento, suas impressões podem ser baseadas mais em suas sensações físicas.

Para HUTTON e RICHARDSON (1995), instalações físicas são de vital importância em organizações prestadoras de serviços de saúde se comparadas com outros serviços tais como corretagem de ações e telefonia. Os autores recomendam que o marketing tenha um papel-chave nas decisões sobre o cenário de serviço, incluindo itens como *design*, construção, equipamentos, manutenção, estacionamento, sinalização, serviços de limpeza, serviços de alimentação, lavanderia e todos os itens que o cliente possa tocar, provar, cheirar e ouvir durante a prestação do serviço.

Apesar da importância de gerenciar instalações físicas e equipamentos assinalada nos parágrafos anteriores, alguns autores também oferecem críticas à maneira pela qual muitas organizações o fazem.

BITNER (1990) considera que há pouca coordenação entre áreas funcionais no que diz respeito ao gerenciamento de evidências tangíveis: é comum que gerentes de operação ou *designers* tomem decisões sobre esses elementos sem a participação de gerentes de marketing.

KOTLER (1974) exorta para o seguinte: mesmo quando a organização desenvolve ações voltadas à atmosfera de maneira consciente, é comum que se cometam erros se essas ações forem feitas sem se ouvirem os clientes para entender o que mais lhes agrada. Em outras palavras, as organizações devem cuidar da atmosfera não a partir de suas necessidades internas ou daquilo que os administradores consideram adequado, e sim baseadas naquilo que os clientes desejam.

A importância do cenário de serviços pode ser resumida numa afirmação de URDAN (1993, p. 209): “um exame acurado da qualidade de serviço não pode deixar de incluir as dimensões da qualidade de tangíveis.”

2.8.2 Recursos Humanos

Os recursos humanos de uma organização de serviços podem ser essenciais à formação de percepções de qualidade dos consumidores. Tome-se o caso de quatro dimensões do SERVQUAL – presteza, confiabilidade, capacitação e empatia. Embora algumas delas possam ser transmitidas ao consumidor com a ajuda de sistemas de informação, instalações físicas e comunicação externa, é bastante extensa a literatura que evidencia a importância do cuidado e atenção que devem ser dispensados aos clientes do prestador de serviços por meio de seus funcionários. Em geral, quanto mais alto o contato organização-consumidor mais alta a importância dos recursos humanos.

A discussão do papel desempenhado pelos recursos humanos em organizações de serviços foi muito bem explorada nos trabalhos de BITNER, BOOMS e TETREAULT (1990) e BITNER, BOOMS e MOHR (1994). Esses autores fizeram entrevistas com clientes e funcionários de três tipos de organizações de serviços - hotéis, restaurantes e empresas aéreas - e identificaram quatro grandes grupos de fontes de satisfação ou insatisfação durante o encontro de serviço relacionadas ao papel desempenhado por funcionários. As três primeiras fontes surgiram tanto no

trabalho de 1990 quanto no trabalho de 1994; a quarta fonte surgiu somente no trabalho de 1994:

- grupo 1 – reação do funcionário a falhas na entrega do serviço: reação a serviço indisponível, reação a serviço lento sem justificativa razoável e reação a outras falhas do serviço central da organização;
- grupo 2 – reação do funcionário a necessidades e pedidos dos clientes: resposta a clientes com necessidades especiais, resposta a preferências do cliente, resposta a erro admitido do cliente e resposta a outros clientes potencialmente problemáticos;
- grupo 3 – ações não esperadas e não solicitadas do funcionário: atenção dada ao cliente, comportamento do funcionário verdadeiramente extraordinário, comportamento do funcionário no contexto de normas culturais, avaliação da *gestalt* e desempenho sob circunstâncias adversas;
- grupo 4 – clientes problemáticos: casos de bebedeira, abuso físico e verbal, quebra de políticas da empresa ou leis e clientes que não cooperam nos encontros de serviço.

O primeiro artigo (BITNER; BOOMS; TETREAULT, 1990) foi elaborado a partir de entrevistas com clientes e traz os seguintes resultados: quase metade das fontes de satisfação (43,8%) concentrava-se nas ações não esperadas e não solicitadas do funcionário e mais de 80% das fontes de insatisfação dividiram-se quase igualmente entre reação do funcionário a falhas na entrega do serviço (42,9%) e ações não esperadas e não solicitadas do funcionário (41,5%). O fato de ações não esperadas e não solicitadas do funcionário figurarem tanto como fontes de satisfação quanto de insatisfação é revelador, porque tais ações em geral requerem a concessão de algum nível de autonomia para agir: os autores argumentam que dar um certo controle aos funcionários habilita-os a resolverem problemas e responderem às solicitações dos clientes de maneira efetiva.

O segundo artigo (BITNER; BOOMS; MOHR, 1994) foi elaborado a partir de entrevistas com funcionários e seus principais resultados foram: praticamente metade das fontes de satisfação (49,4%) estava na reação do funcionário a necessidades e pedidos dos clientes e outros 50,6% distribuíam-se quase igualmente entre reação do funcionário a falhas na entrega do serviço (27,5%) e ações não esperadas e não solicitadas do funcionário (22,4%). Pouco mais de 50% das fontes de insatisfação (51,7%) estavam na reação do funcionário a falhas na entrega do serviço e 22% estavam nos clientes problemáticos. Comparando-se essas descobertas com aquelas do parágrafo anterior, vale registrar o fato de ações não esperadas e não solicitadas do funcionário receberem aproximadamente metade do peso que têm para os clientes: é possível que os funcionários pesquisados sintam-se tolhidos pela gerência no dia-a-dia para desenvolver tais ações. Uma conclusão intrigante dos autores diz respeito aos clientes problemáticos como fontes de insatisfação: nem sempre o cliente tem razão e os 22% apontados nessa pesquisa podem ser ainda maiores em serviços onde a cooperação do cliente é muito necessária no processo de entrega, tais como serviços educacionais, jurídicos e de saúde.

A importância do papel desempenhado pelos recursos humanos em serviços de saúde está expressa na obra de KOTLER e CLARKE (1987, p. 323): "em saúde mais do que em outros serviços, o produto é a pessoa".

A mesma idéia apresentada por KOTLER e CLARKE (1987) está no trabalho de BITNER e HOECH (1990): estes referem-se a uma pesquisa feita em 1988 pelo Instituto Gallup¹⁴ em que um terço dos entrevistados responderam que qualidade

¹⁴ The Gallup Organization, Inc. **Consumers' perceptions concerning the quality of American products and services**. Survey conducted for the American Society for Quality Control, ASQC Publication n. T711, October 1988.

em serviços significava habilidades dos funcionários de contato, tais como cortesia, atitude e disposição para ajudar. Na conclusão do artigo os autores afirmam que um objetivo crítico de uma organização de serviço de alto contato – tal como um hospital – deveria ser a criação de um ambiente de trabalho em que os funcionários fossem encorajados a prestar serviços de alta qualidade e em que sua satisfação profissional fosse uma preocupação primordial dos administradores.

Para JOSEPH (1996), o marketing não tem exclusividade sobre a função de marketing interno. Pelo contrário, é necessária uma abordagem integradora que englobe marketing, comportamento organizacional, administração de recursos humanos e outras áreas. Obter sucesso em programas de marketing interno pode ser resumido num conjunto de tarefas: recrutar e selecionar, treinar e motivar, comunicar e cooptar. O recrutamento e seleção devem ser feitos com base nas habilidades desejadas dos funcionários pela organização, principalmente para as funções de contato com os clientes. O treinamento deve ser voltado não só ao desempenho da função, mas a socializar os funcionários com os valores da empresa. A comunicação deve ser tanto formal quanto informal e os funcionários devem ter espaço para dar suas opiniões, seja em reuniões de grupo periódicas, caixas de sugestões ou intranet. Finalmente a cooptação deve ser buscada por meio de oportunidades de carreira ou recompensas financeiras.

CHASE (1978) recomenda que seja feita uma separação de funções: todas as atividades de alto contato devem ser desempenhadas por um grupo de pessoas, ao passo que todas as atividades de baixo contato devem ser desempenhadas por um outro grupo. Esse ajuste minimiza a influência do consumidor sobre o processo de produção e fornece oportunidades para atingir eficiência onde é possível fazê-lo.

Dissertando sobre o marketing de serviços profissionais - entre os quais incluem-se serviços médicos - GUMMESSON (1979) argumenta que é um erro considerar o departamento de marketing como idêntico à função de marketing. O departamento é apenas uma pequena parte da função de marketing, a qual deve estar distribuída por todos os níveis da organização. Para que não se caia nesse erro, uma das sugestões do autor em relação aos esforços de marketing é o treinamento de todos os membros da organização para influenciar suas atitudes e desenvolver técnicas de marketing.

GRÖNROOS (1989) também considera que a função de marketing deve estar distribuída por toda a organização e essa é a razão pela qual há um grande número de “profissionais de marketing de meio período” cujas obrigações principais estão relacionadas com a produção, entrega, cobrança, treinamento do cliente, serviço técnico, atendimento de reclamações, atendimento de ligações telefônicas e muitas outras funções. Apesar de suas tarefas principais, essas pessoas também têm responsabilidades de marketing porque os recursos da organização – inclusive humanos – devem ser usados de tal maneira que seja mantida e fortalecida a confiança dos consumidores neles e, por conseqüência, na organização.

Segundo O’CONNOR, POWERS e BOWERS (1988), por serem muito intensivos de mão-de-obra, os serviços de saúde estão sujeitos a problemas freqüentes de qualidade associados com a variabilidade introduzida pelos funcionários. Os autores afirmam que em serviços, em geral, mas especialmente em serviços de saúde, todos os funcionários se tornam profissionais de marketing da organização.

Para TURNER e POL (1995), à medida que uma abordagem orientada para o cliente é cada vez mais adotada por fornecedores de serviços de saúde, aspectos pessoais e humanísticos do serviço tornam-se tão essenciais à qualidade quanto qualificações profissionais.

Numa avaliação sobre o papel de dimensões relevantes do encontro de serviços em consultórios médicos, BROWN e SWARTZ (1989) destacam a importância da interação não somente com o médico, mas também com outros recursos humanos, tais como recepcionistas e enfermeiras.

JOHN (1991) compartilha da visão de BROWN e SWARTZ (1989) e afirma que nos encontros médico-paciente a satisfação total deste último é influenciada fortemente pela cortesia do médico percebida e pouco afetada pela competência do médico percebida. Ainda segundo o autor, em serviços de saúde médicos e enfermeiros exercem mais influência sobre as percepções de qualidade de serviço dos clientes do que quaisquer outros membros da organização.

FISK *et al.* (1990) relatam a experiência de um hospital na implantação de um sistema de gerenciamento da satisfação dos clientes. Em três anos o total de admissões ao hospital cresceu 20%, número maior do que os de qualquer outro hospital na mesma região. Uma das descobertas feitas durante a implantação do sistema dizia respeito ao tempo de espera no pronto socorro: embora pudesse parecer à primeira vista ser esse um grande problema para os clientes, o grau de atenção pessoal dedicado pelos funcionários durante a espera foi considerado mais importante. A direção do hospital decidiu melhorar a atenção dispensada aos clientes oferecendo mais atenção pessoal dos funcionários durante os horários de pico.

THOMAS, FARMER e WALLACE (1991) advogam o uso do marketing interno por prestadores de serviços de saúde como uma forma de atingir mudanças internas eficazes entre a organização e seus funcionários para que possa haver sucesso nas transações com clientes. Os autores pesquisaram funcionários do setor geriátrico de um hospital para defender seu argumento. Os funcionários responderam a questões simples, tais como se o hospital estava organizado internamente para prestar serviços geriátricos de maneira eficiente, se havia canais de comunicação estabelecidos para

fazer a interface da geriatria com outras áreas, se o pessoal empregado no cuidado dos pacientes era treinado e se as instalações físicas eram desenhadas para atender necessidades especiais de pacientes idosos. Os resultados mostraram que comunicações externas voltadas a promover o setor de geriatria naquele momento teriam trazido prejuízos à imagem do hospital: deficiências internas teriam sido expostas aos clientes, gerando percepções de qualidade de serviço ruins. Os autores recomendam que haja coordenação das atividades de marketing interno e externo de forma que os funcionários não só conheçam seu papel como também estejam preparados para desempenhá-lo.

PELTIER, BOYT e WESTFALL (1997) colocam no foco da discussão sobre marketing interno em prestadores de serviços de saúde a figura do médico. Os autores consideram que aderir a uma orientação de marketing requer olhar para os médicos não apenas como um componente do pacote de serviços da organização, mas como um grupo importante de clientes aos quais devem ser dadas recompensas financeiras, sociais e estruturais. Um caso de sucesso estudado pelos autores descreve uma clínica na qual uma das preocupações centrais foi permitir aos médicos participação no planejamento estratégico da organização, fazendo-os tomar parte no desenvolvimento de ações futuras.

O'CONNOR, SHEWCHUK e CARNEY (1994) realizaram uma pesquisa com pacientes, médicos e funcionários tanto administrativos quanto de contato de uma clínica médica. Os clientes foram solicitados a informar suas expectativas em relação à qualidade de serviço dentro das cinco dimensões do SERVQUAL. Médicos, funcionários administrativos e de contato responderam ao mesmo questionário, mas não com suas expectativas e sim com o que eles consideravam ser as expectativas dos clientes. Com os questionários preenchidos, os autores mediram a diferença existente entre as respostas dos clientes e as respostas de cada grupo de funcionários. A pesquisa mostrou que todos os grupos de funcionários tendem a subestimar as expectativas dos

clientes para cada uma das dimensões do SERVQUAL, com exceção de tangíveis, que eles tendem a superestimar. Digno de registro também é o fato de haver uma longa distância entre o que os médicos consideram expectativas dos clientes em torno de presteza e empatia e as reais expectativas dos clientes. A constatação dessa distância é importante porque médicos – como fica claro pelos autores pesquisados – têm uma participação expressiva na formação das percepções de qualidade dos clientes de serviços de saúde.

Duas implicações gerenciais do trabalho de O'CONNOR, SHEWCHUK e CARNEY (1994) merecem destaque. Em primeiro lugar, deve-se sempre cuidar dos tangíveis, mas não manter um foco tão intenso sobre eles. Pode ser mais interessante cuidar do preparo dos funcionários para fornecer serviços de mais alta qualidade aos clientes nas outras dimensões. Em segundo lugar, é preciso “educar” os médicos sobre o valor que os clientes dão à presteza e empatia. Numa área de atuação tão técnica quanto a saúde, não é fácil obter esse tipo de cooperação. Os autores recomendam que os médicos sejam participantes do planejamento estratégico e das atividades de marketing da organização.

Em suma, a consulta aos autores pesquisados permite concluir que os recursos humanos são peça fundamental para a obtenção de melhor percepção de qualidade dos serviços por parte dos clientes.

Deve-se ressaltar que a mesma falta de coordenação entre áreas funcionais no que diz respeito ao gerenciamento de instalações físicas é apontada por BITNER (1990) em relação aos recursos humanos: decisões sobre contratação e treinamento de funcionários são muitas vezes tomadas sem a participação dos administradores de marketing.

2.8.3 Comunicação Não Pessoal

Se comparada às instalações físicas e equipamentos (ver 2.8.1) e aos recursos humanos (ver 2.8.2), a comunicação não-pessoal tem sido menos explorada na literatura de marketing de serviços como um dos elementos da evidência física. Apesar disso, sua abordagem nesta dissertação é considerada relevante porque permite não só compreender sua importância como elemento da evidência física, como também as ferramentas que uma organização de serviços pode utilizar para comunicar-se com seus clientes.

Com o objetivo de compreender melhor a comunicação não-pessoal será feita uma revisão dos conceitos básicos de comunicação de marketing.

Do ponto de vista de marketing, comunicação significa o conjunto de formas pelas quais uma organização pode estabelecer contato com os vários públicos em que tem algum interesse: consumidores atuais e/ou potenciais, intermediários, imprensa, autoridades governamentais, comunidade científica etc. Essas maneiras recebem na literatura o nome genérico de **promoção** – um dos elementos do composto de marketing.

A prática da promoção ou comunicação de marketing é feita com o uso de ferramentas denominadas composto promocional, mix de promoção ou mix de comunicação de marketing.

Tradicionalmente na literatura de marketing o mix de comunicação é descrito como a reunião de quatro elementos: propaganda, venda pessoal, promoção de vendas e relações públicas (KOTLER; ARMSTRONG, 1998; CHURCHILL; PETER, 2000). Recentemente KOTLER (2000) adicionou um quinto elemento ao mix – marketing direto – embora na obra de KOTLER e ARMSTRONG (1998) já fosse destacado o

crescimento dessa forma de comunicação diante das rápidas mudanças tecnológicas ocorridas no campo das telecomunicações ao final do século XX e início do século XXI.

Propaganda

Propaganda é “qualquer forma paga de apresentação e promoção **não-pessoal** de idéias, mercadorias ou **serviços** por um anunciante identificado.” (KOTLER, 2000, p. 570, grifo nosso)

A propaganda tem por objetivo informar, persuadir ou lembrar o público-alvo sobre produtos, serviços ou outros assuntos de interesse do anunciante. Suas principais formas são: anúncios impressos e eletrônicos; embalagens externas; encartes de embalagem; filmes; manuais e brochuras; *displays*; cartazes e folhetos; catálogos; *outdoors*; painéis; símbolos e logotipos (KOTLER, 2000).

Promoção de vendas

A promoção de vendas é a “pressão de marketing feita dentro e fora da mídia e aplicada durante um período predeterminado e limitado ao âmbito do consumidor (...) a fim de estimular a experiência com um produto...” (CHURCHILL; PETER, 2000, p. 453)

Segundo KOTLER (2000), as principais formas de promoção de vendas são: concursos, jogos, loterias e sorteios; prêmios e presentes; amostras; feiras setoriais; exposições; demonstrações; cupons; programas de fidelização.

Relações públicas

Relações públicas estudam o "desenvolvimento de boas relações com os vários públicos da empresa pela obtenção de publicidade favorável, construção de uma ‘imagem corporativa’ e a manipulação ou afastamento de (...)eventos desfavoráveis." (KOTLER; ARMSTRONG, 1998, p. 318)

Os principais instrumentos de relações públicas são: kits para a imprensa (*press releases*); palestras; seminários; relatórios anuais (*annual reports*); patrocínios; doações; publicações; relações com a comunidade; lobby; revista ou jornal da empresa; e eventos (KOTLER, 2000).

Venda pessoal

"Venda que envolve interação pessoal com o cliente, seja ela face a face, por meio de telefone, fax ou computador." (CHURCHILL; PETER, 2000, p. 452)

As principais formas de venda pessoal são: apresentações de vendas; reuniões de vendas; feiras e exposições. (KOTLER, 2000)

Marketing direto

"Utilização de correio, telefone, fax, e-mail ou internet para se comunicar diretamente com clientes específicos e potenciais ou lhes solicitar uma resposta direta". (KOTLER, 2000, p. 570)

Ainda segundo KOTLER (2000) os principais instrumentos de marketing direto são: mala direta; telemarketing; e-mail; mala direta eletrônica; televisão.

As cinco ferramentas de promoção descritas nos parágrafos anteriores podem ser transmitidas pelos seguintes tipos de canais de comunicação: pessoais ou impessoais. KOTLER (2000) apresenta uma definição de ambos os tipos.

Canais de comunicação pessoal

São aqueles que envolvem duas ou mais pessoas comunicando-se diretamente, seja pessoalmente (diálogo ou exposição), por telefone ou por e-mail.

Canais de comunicação não-pessoal

São aqueles em que não ocorre comunicação direta entre as partes. Incluem mídia, atmosfera e eventos. A mídia pode ser escrita (exemplos: jornal, revista, mala direta), transmitida (exemplos: rádio, televisão, telefone), eletrônica (exemplos: fitas de áudio e vídeo, internet, CD-ROM, DVD) ou expositiva (exemplos: painéis, outdoors, cartazes). A atmosfera é um “ambiente planejado” que cria ou reforça as inclinações dos consumidores em relação a um produto ou serviço e inclui cuidados com decoração e limpeza do ambiente físico, dentre outros. Eventos são acontecimentos destinados a transmitir mensagens específicas a públicos-alvo selecionados e compreendem conferências, inaugurações e patrocínios.

Após terem sido explorados conceitos básicos de comunicação de marketing, pode-se voltar ao tema principal desta seção: comunicação não-pessoal como elemento de evidência física em organizações de serviços.

A discussão dos modelos de qualidade de serviços (ver 2.7.4) de GRÖNROOS (1984) e de PARASURAMAN, ZEITHAML e BERRY (1985) mostram que a comunicação não-pessoal tem importante papel na formação da imagem do serviço esperado por parte dos consumidores e, conseqüentemente, implicações sobre a qualidade de serviço percebida.

LOVELOCK e WRIGHT (1999) destacam alguns objetivos educacionais e promocionais de comunicação em organizações de serviços:

- criar imagens tangíveis e memoráveis de fornecedores específicos e suas marcas;
- estimular a experimentação de um serviço;
- ensinar aos consumidores como usar um serviço da melhor maneira;
- reduzir a incerteza e o senso de risco fornecendo informações e instruções úteis;
- reconhecer consumidores e funcionários de valor.

Os mesmos LOVELOCK e WRIGHT (1999) apresentam o mix de comunicação de marketing para serviços. Uma vantagem da maneira pela qual os autores abordam o assunto é o fato de considerarem uma divisão entre comunicação pessoal e comunicação não-pessoal.

A comunicação pessoal em serviços é feita por meio de venda pessoal, serviço ao consumidor, treinamento do consumidor e comunicação boca a boca. Como se pode notar, ela ocorre durante interações consumidor-prestador de serviço, com exceção da comunicação boca a boca, que ocorre entre consumidores.

A comunicação não-pessoal é feita com o uso de propaganda, promoção de vendas, relações públicas, materiais instrucionais e *design* corporativo. A seguir estão as principais ferramentas disponíveis para os profissionais de marketing de serviços para cada um desses cinco elementos:

- propaganda: em rádio/televisão, impressa, internet, *outdoors*, cinema, teatro, *displays* e mala direta ;
- promoção de vendas: amostras, cupons, descontos, brindes e concursos;
- relações públicas: kits para a imprensa (*press releases*), coletivas de imprensa (*press conferences*), eventos especiais, feiras/exposições e patrocínios;
- materiais instrucionais: sites na internet, manuais, brochuras/catálogos, correio de voz, video/audiocassete e *softwares*;
- *design* corporativo: sinalização, decoração interior, equipamentos, veículos e uniformes dos funcionários.

LOVELOCK e WRIGHT (1999) ressaltam que o *design* corporativo, de maneira mais ampla, pode estender-se a muitos elementos do cenário de serviço. É neste sentido que ele foi (ver 2.8.1) e continuará sendo tratado nesta dissertação para que não haja sobreposição entre os diferentes componentes da evidência física aqui estudados.

JOHN (1992) considera a comunicação não-pessoal como uma das iniciativas que hospitais podem utilizar para gerenciar as expectativas de seus clientes. Deve-se promover os pontos fortes da organização sobre um nível de serviço que possa ser realisticamente prestado e informar os clientes dos tipos de serviços que podem ser esperados.

Tendo sido feita a revisão de literatura, a proposta consistiu em verificar como os conceitos abordados ocorrem na prática. Para isso foi realizada uma pesquisa de campo.

CAPÍTULO 3

METODOLOGIA DA PESQUISA DE CAMPO

3.1 PROPOSIÇÃO DA PESQUISA DE CAMPO

Após a revisão da literatura o autor da dissertação e seu orientador consideraram fazer uma pesquisa de campo para verificar de que maneira os conceitos estudados são aplicados por hospitais brasileiros. O problema em estudo foi determinante para definição do objetivo da pesquisa de campo: **estudar algumas ações de evidência física realizadas por hospitais privados brasileiros para gerar percepções de qualidade de serviço por parte de seus clientes**. A opção por hospitais privados tem a ver com os primeiros contatos do autor com o tema em conversas informais com profissionais de organizações prestadoras de serviços de saúde (ver 1.1): esses profissionais acreditam que é nos hospitais privados que ações de evidência física como as retratadas na revisão da literatura ocorrem mais freqüentemente.

Deve-se ressaltar que a pesquisa de campo em nenhum momento teve o propósito de medir a qualidade de serviço percebida pelos clientes. Tal medida só poderia ser feita pelas organizações participantes da pesquisa (ou por alguma organização por elas contratada) e com o devido instrumento de coleta de dados. Em outras palavras, desejou-se aqui olhar o problema somente do ponto de vista de quais ações estão sendo realizadas para obter melhor percepção de qualidade, e não o resultado dessas ações.

Nas seções a seguir explica-se como foram definidos o método da pesquisa de campo e todos os passos necessários para sua realização.

3.2 ABORDAGEM METODOLÓGICA BÁSICA DA PESQUISA DE CAMPO

CHURCHILL (1999) afirma que diferentes formulações de um problema podem levar a diferentes abordagens de pesquisa para respondê-lo. Um problema definido de maneira bem específica requer um tipo de estudo, ao passo que um problema definido de maneira genérica pode exigir um tipo de estudo completamente diferente.

Na abordagem metodológica básica deve-se definir a natureza da pesquisa e o método, estratégia ou *design* de pesquisa empregado.

3.2.1 Natureza da Pesquisa

Há basicamente duas classificações quanto à natureza de uma pesquisa na literatura. Para um primeiro grupo de autores (SELLTIZ *et al.*, 1975; GIL, 1987; LAKATOS; MARCONI, 1991; CHURCHILL, 1999) ela pode ser exploratória, descritiva ou causal, embora haja pequenas mudanças nos termos empregados pelos autores, tais como chamar a pesquisa descritiva de quantitativa-descritiva ou chamar a pesquisa causal de experimental. Para um segundo grupo de autores (PARASURAMAN, 1991; MATTAR, 1996; MALHOTRA, 2001) ela pode ser exploratória ou conclusiva, com esta última subdividindo-se em descritiva e causal.

Independentemente da classificação adotada por diferentes autores, interessa conhecer as características de cada um desses tipos para que se possa explicitar a natureza da pesquisa de campo realizada como parte desta dissertação.

SELLTIZ *et al.* (1975) argumentam que cada estudo tem seu objetivo específico. Familiarizar-se com o fenômeno ou conseguir nova compreensão dele, freqüentemente para poder formular um problema mais preciso de pesquisa ou criar novas hipóteses, é característico de um estudo exploratório. Nesse caso, o

planejamento de pesquisa precisa ser suficientemente flexível, para permitir a consideração de muitos aspectos diferentes de um fenômeno. Apresentar precisamente as características de uma situação, um grupo ou um indivíduo específico (com ou sem hipóteses específicas iniciais a respeito da natureza de tais características) é tipicamente um estudo descritivo, onde é fundamental a exatidão, o que torna necessário um planejamento que reduza o viés e amplie a precisão da prova obtida. Também são descritivos estudos em que se quer verificar a frequência com que algo ocorre ou com que está ligado a alguma outra coisa (geralmente, mas não sempre, com uma hipótese inicial específica). Por fim, verificar uma hipótese de relação causal entre variáveis exige processos que não apenas reduzam o viés e aumentem a precisão, mas que também permitam inferências a respeito da causalidade. Esse tipo de estudo é chamado de experimento.

Segundo GIL (1987), a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. A pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis. Também pode ser considerada descritiva a pesquisa que visa descobrir a existência de associações entre variáveis. Por fim, a pesquisa explicativa tem como preocupação central identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência dos fenômenos. GIL (1987) considera este último o tipo de pesquisa que mais aprofunda o conhecimento da realidade porque explica a razão, o porquê das coisas.

Para LAKATOS e MARCONI (1991), exploratória é uma investigação de pesquisa empírica cujo objetivo é a formulação de questões ou de um problema, com tripla finalidade: desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno para a realização de uma pesquisa futura mais precisa, ou modificar e clarificar conceitos. Quantitativa-descritiva é uma investigação de

pesquisa empírica cuja principal finalidade é o delineamento ou análise das características de fatos ou fenômenos, a avaliação de programas, ou o isolamento de variáveis principais ou chave. Esse tipo de investigação aproxima-se de projetos experimentais, caracterizados pela precisão e controle estatísticos, com a finalidade de fornecer dados para a verificação de hipóteses. Finalmente, experimental é uma investigação de pesquisa empírica cujo objetivo principal é o teste de hipóteses que dizem respeito a relações do tipo causa-efeito.

Infelizmente, para os pesquisadores, não há um conjunto de regras definidas para que se designe um tipo de pesquisa a um problema específico. PARASURAMAN (1991) argumenta que o propósito de uma pesquisa e a precisão das suas necessidades de dados determinam a sua natureza. Por razões similares, CHURCHILL (1999, p. 100) afirma que “não há somente uma melhor maneira de proceder (...) tudo depende do problema específico a ser resolvido.”

Os textos de PARASURAMAN (1991), CHURCHILL (1999) e MALHOTRA (2001) permitem fazer distinções entre os três tipos de pesquisa:

QUADRO 4 – DIFERENÇAS ENTRE PESQUISA EXPLORATÓRIA, DESCRITIVA E CAUSAL

	Exploratória	Descritiva	Causal
Objetivos	gerar <i>insights</i> sobre uma situação; descobrir idéias gerais	descrever características ou funções de um mercado	determinar relações de causa e efeito
Características	flexível, versátil	marcada pela formulação prévia de hipóteses específicas	manipulação de uma ou mais variáveis independentes
Amostra	relativamente pequena; subjetivamente selecionada para maximizar a geração de <i>insights</i> úteis	relativamente grande; objetivamente selecionada para permitir a generalização de descobertas	relativamente grande; objetivamente selecionada para permitir a generalização de descobertas
Necessidade de dados	em geral vaga	bem definida	bem definida
Análise dos dados	informal; tipicamente qualitativa	formal; tipicamente quantitativa	formal; tipicamente quantitativa

FONTE: PARASURAMAN, A. **Marketing research**. [S.l.]: Addison-Wesley Publishing, 1991. p. 129; CHURCHILL Jr., G. A. **Marketing research: methodological foundations**. 7th ed. Fort Worth: Harcourt, 1999. p. 99-140; MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. Porto Alegre: Bookman, 2001. p. 107.

Com base nos autores discutidos e no quadro 4 pode-se afirmar que a **pesquisa de campo realizada como parte desta dissertação é de natureza exploratória** porque:

- pretendeu familiarizar-se com o fenômeno num ambiente de organizações brasileiras, haja vista a escassez de trabalhos acadêmicos nacionais que abordem o problema em estudo (ver cap. 1) e ser quase toda a literatura revisada de origem norte-americana;
- buscou gerar *insights* e descobrir idéias gerais sobre as ações dos hospitais no que diz respeito ao problema em estudo;
- a seleção dos participantes da pesquisa foi subjetiva e seguiu a conveniência do autor da dissertação e de seu orientador;
- compreendeu uma análise de dados qualitativa.

3.2.2 Método da Pesquisa

GIL (1987) pondera que a classificação de pesquisas em exploratórias, descritivas e causais é útil para possibilitar uma abordagem conceitual. Todavia, para analisar os fatos do ponto de vista empírico, para confrontar a visão teórica com os dados da realidade, torna-se necessário traçar um modelo conceitual e operativo da pesquisa. Esse modelo recebe o nome de *design*, delineamento, estratégia ou método de pesquisa.

Para YIN (2001), a escolha do método tem que ver com três critérios: o tipo de questão de pesquisa proposto, a extensão de controle que o pesquisador tem sobre eventos comportamentais e o grau de enfoque em acontecimentos contemporâneos. O quadro a seguir representa o argumento do autor.

QUADRO 5 – SITUAÇÕES RELEVANTES PARA DIFERENTES ESTRATÉGIAS DE PESQUISA

Estratégia	Forma da questão de pesquisa	Exige controle sobre eventos comportamentais?	Focaliza acontecimentos contemporâneos?
Experimento	como, por que	sim	sim
Levantamento	quem, o que, onde, quantos, quanto	não	sim
Análise de arquivos	quem, o que, onde, quantos, quanto	não	sim/não
Pesquisa histórica	como, por que	não	não
Estudo de caso	como, por que	não	sim

FONTE: Yin, R. K. **Estudo de caso: planejamento e método**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. p. 24.

YIN (2001) considera que numa pesquisa exploratória é possível identificar situações em que todas as cinco estratégias podem ser relevantes. Entretanto, o autor também argumenta ser possível identificar situações em que uma estratégia possui uma vantagem distinta. O estudo de caso é a estratégia mais indicada quando “faz-se uma questão do tipo ‘como’ ou ‘por quê’ sobre um conjunto contemporâneo de acontecimentos sobre o qual o pesquisador tem pouco ou nenhum controle” (p. 28).

Tendo em vista o exposto por YIN (2001), **a escolha do estudo de caso como método mais apropriado para esta pesquisa de campo** justificou-se pelos seguintes motivos:

- a questão de pesquisa é do tipo “como” ou “por quê”. Pode-se apresentar a questão de pesquisa da seguinte forma: como hospitais brasileiros realizam ações de evidência física para gerar percepções de qualidade de serviços por parte de seus clientes com base na evidência física?;
- os acontecimentos focalizados na pesquisa são contemporâneos, pois procurou-se estudar como ocorrem atualmente nas organizações pesquisadas;
- não se exige e não houve nesta pesquisa controle sobre eventos comportamentais.

SELLTIZ *et al.* (1975) denominam o estudo de caso como a análise de exemplos selecionados que “estimulam a compreensão” de um fenômeno e que pode ser feito por meio do exame de registros existentes, de entrevista não estruturada, de observação participante ou alguma outra abordagem. Os autores destacam três aspectos que tornam o processo adequado. Em primeiro lugar, a atitude do pesquisador, que deve ser de receptividade atenta, de busca e não de verificação; o pesquisador é orientado pelas características do objeto que está sendo estudado. Em segundo lugar, a intensidade do estudo do indivíduo, grupo, comunidade, cultura, situação ou incidente escolhidos para pesquisa. Em terceiro lugar, a dependência das capacidades integradoras do pesquisador, de sua capacidade para reunir, numa interpretação unificada, muitos e diversos aspectos de informação.

CASTRO (1977) afirma que o objeto da atividade científica é a classificação metódica dos fatos, seguida pela identificação de suas relações e seqüências repetitivas. Um estudo científico pode buscar a identificação dessas relações mediante o estudo de frações de diferentes tamanhos do universo dos fatos considerados. Num extremo encontram-se os estudos agregados, onde se examina o próprio universo; noutra extremo encontra-se o estudo de caso, onde se examina um ou poucos exemplos das unidades consideradas. O autor frisa que mesmo no estudo de caso o interesse primeiro não é pelo caso em si, mas pelo que ele sugere a respeito do todo.

Para GIL (1987), o estudo de caso é caracterizado pelo estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita o seu amplo e detalhado conhecimento, tarefa praticamente impossível mediante outros métodos alternativos.

CAMPOMAR (1991) afirma que o estudo intensivo de um caso permite a descoberta de relações que não seriam encontradas de outra forma, com as análises e inferências em estudo de casos feitas por analogia de situações, respondendo às questões “como” e “por quê”.

Em suma, as abordagens de SELLTIZ *et al.* (1975), CASTRO (1977), GIL (1987) e CAMPOMAR (1991) reforçaram a convicção da escolha do estudo de caso como método de pesquisa adequado, uma vez que se pretendeu obter a compreensão de fenômenos estudados na literatura por meio da análise profunda e exaustiva de poucos objetos (organizações).

3.2.3 Limitações do Método Escolhido

Ainda que o método do estudo de caso seja amplamente usado nas Ciências Sociais, algumas críticas lhe são dirigidas por diversos autores. As principais dizem respeito à suposta falta de rigor metodológico, à dificuldade de generalização dos resultados e à demora na sua execução. Tais aspectos devem ser tratados como limitações do método e não como formas de desqualificá-lo perante outras alternativas. YIN (2001) reconhece essas limitações e apresenta três argumentos aos críticos. Em primeiro lugar, embora possa haver usuários do método negligentes, não se deve aceitar evidências equivocadas ou visões tendenciosas para influenciar o significado das descobertas e das conclusões de um estudo de caso: isso fica claro na orientação do autor para o uso de um protocolo de pesquisa. Em segundo lugar, um estudo de caso, assim como um experimento, não representa uma “amostragem”: o objetivo do pesquisador é o de expandir e generalizar teorias (generalização analítica) e não enumerar frequências (generalização estatística). Em terceiro lugar, um estudo de caso não precisa demorar muito tempo: isso confunde incorretamente o estudo de caso com um método específico de coleta de dados, como etnografia ou observação participante, que em geral demandam longos períodos de tempo no campo. Pode-se até realizar um estudo de caso válido e de alta qualidade sem que se deixe a biblioteca ou se largue o telefone.

3.3 PROJETO DE ESTUDO DE CASOS

Após definida a abordagem metodológica básica, foi elaborado o projeto de estudo de casos. Segundo YIN (2001), um projeto de pesquisa pode ser descrito, coloquialmente, como um **plano de ação para sair daqui e chegar lá**, sendo **aqui** um conjunto inicial de questões e **lá**, um conjunto de conclusões. O desenvolvimento do projeto é uma parte difícil quando se realizam estudos de caso porque não há um “catálogo” de projetos de pesquisa desse tipo.

YIN (2001) enumera, ainda, os componentes de um projeto de pesquisa:

- as questões de estudo;
- as proposições, se houver;
- a(s) unidade(s) de análise;
- a lógica que une os dados às proposições;
- os critérios para se interpretar as descobertas.

Questões de estudo

As questões de estudo dizem respeito à forma das questões. Para um estudo de caso, o ideal são questões do tipo “como” e “por quê”. Nesta pesquisa de campo, a forma da questão de pesquisa é do tipo “como” (ver 3.2).

Proposições de estudo

Uma proposição é aquilo que dá a direção necessária sobre o que deve ser investigado dentro do escopo do estudo. Nem sempre um estudo tem proposições. Esse é o caso quando um tópico é o tema da “exploração”. Ainda assim, um estudo exploratório deve apresentar uma finalidade e os critérios que foram usados para julgar uma exploração como bem-sucedida.

Em se tratando de pesquisa exploratória, não foram definidas proposições, mas um conjunto de finalidades para esta pesquisa de campo:

- identificar como as organizações participantes do estudo avaliam os conceitos de qualidade de serviço;
- identificar as ações realizadas pelas organizações para gerar percepções de qualidade de serviço por parte de seus clientes a partir da evidência física;
- compreender se essas ações têm uma orientação de marketing ou de outra natureza;
- compreender aspectos relevantes sobre o funcionamento da área de marketing nas organizações que possam auxiliar na obtenção de respostas à questão da pesquisa de campo.

Unidade(s) de análise

Uma unidade de análise corresponde a um caso que se pretende estudar. Pode ser um indivíduo, uma decisão, um programa ou o processo de implantação de alguma coisa.

Nesta pesquisa, a unidade de análise foi a área de marketing das seguintes organizações:

- Hospital Moinhos de Vento;
- Hospital Mãe de Deus;
- Clínica São Vicente da Gávea.

As razões que levaram à escolha dessas unidades de análise foram:

- trata-se de três hospitais privados, condição necessária para participar da pesquisa de campo, de acordo com o objetivo (ver 3.1) previamente definido;

- há sinais externos¹⁵ (ALMEIDA, 1996; ANAHP, 2003) indicando que as organizações têm preocupação com a qualidade dos serviços prestados a seus clientes;
- o número de três hospitais foi considerado suficiente para a natureza exploratória da pesquisa;
- os três hospitais compartilham características básicas similares e podem ser chamados de hospitais gerais;
- houve facilidade de acesso a diretores e/ou gerentes dos hospitais em função de indicações feitas por um administrador hospitalar ao autor da dissertação;
- os hospitais têm em suas estruturas organizacionais uma gerência de marketing ou uma área com outro nome que desempenha atividades típicas de marketing;
- os gerentes contatados aceitaram participar da pesquisa.

¹⁵ Um administrador hospitalar com mais de 20 anos de experiência de trabalho indicou ao autor da dissertação uma lista com hospitais considerados os melhores do país e nomes de pessoas com as quais tinha contato. Os três hospitais participantes da pesquisa fazem parte dessa lista.

Em setembro de 1996 a revista VIP Exame publicou resultado de pesquisa feita em parceria com a Omint (empresa de medicina de grupo) da qual resultou um ranking dos 11 melhores hospitais do país. Dois dos três hospitais participantes fazem parte desse ranking.

ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados: organização que congrega os melhores hospitais privados brasileiros. Entre seus objetivos estão: congregar os hospitais privados considerados detentores dos melhores padrões de qualidade; e promover a melhoria contínua da qualidade de serviços e agregar à cultura brasileira o conceito de saúde como um valor maior. Os três hospitais pesquisados são membros dessa organização.

A lógica que une os dados às proposições

Segundo YIN (2001), este componente e o próximo foram os menos desenvolvidos até agora nos estudos de caso. A ligação entre dados e proposições pode ser feita de várias maneiras. A mais promissora, entretanto, é a adequação ao padrão (*pattern-matching*), por meio da qual várias partes da mesma informação de um caso podem ser relacionadas às proposições teóricas.

Esta pesquisa de campo não conta com proposições (ver proposições de estudo nesta seção). Entretanto, a questão de estudo e as finalidades serviram de referência para ligar os dados encontrados às teorias apresentadas ao longo da revisão de literatura.

Critérios para interpretação das descobertas

Normalmente não há uma maneira precisa de se estabelecerem esses critérios. A opção nesta pesquisa de campo foi pela comparação das descobertas com a literatura revista, procurando-se pontos de convergência e/ou divergência entre a prática das organizações pesquisadas e o que advoga a teoria.

YIN (2001) argumenta que esses cinco componentes servem como pano de fundo para projetos de estudos de caso específicos. Deve-se definir também o tipo de projeto que se pretende realizar.

QUADRO 6 – TIPOS BÁSICOS DE PROJETOS PARA ESTUDOS DE CASO

	Projetos de caso único	Projetos de casos múltiplos
Holísticos (unidade única de análise)	Tipo 1	Tipo 3
Incorporados ¹⁶ (sic) (unidades múltiplas de análise)	Tipo 2	Tipo 4

FONTE: YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. p. 61.

O quadro 6 indica um caminho a ser percorrido. Inicialmente o pesquisador deve decidir-se por um único caso ou por casos múltiplos. O caso único deve ser a opção em três situações. Primeira, quando ele representa o caso decisivo ao se testar uma teoria bem formulada. Segunda, quando o caso é raro ou extremo. Terceira, quando o caso é revelador, situação em que o pesquisador tem a oportunidade de observar e analisar um fenômeno previamente inacessível à investigação científica. O uso de casos múltiplos deve ser a opção quando se tem em mente a lógica da replicação, a mesma utilizada em experimentos múltiplos. Os casos devem ser selecionados de forma a prever resultados semelhantes (replicação literal) ou produzir resultados contrastantes por razões previsíveis (replicação teórica).

Após decidir-se por um único caso ou por casos múltiplos o pesquisador deve decidir-se entre estudos de caso holísticos ou incorporados. Nos estudos de caso holísticos dá-se atenção a apenas uma unidade de análise. Já nos estudos de caso incorporados dá-se, dentro de um caso único, atenção a uma ou várias subunidades de análise.

¹⁶ "Incorporado" foi a tradução dada ao termo *embedded*: o autor da dissertação e seu orientador acreditam que a palavra "encaixado" traduziria melhor o sentido da palavra no original.

Nesta pesquisa de campo a opção foi por um estudo de casos múltiplos do tipo holístico (tipo 3). Essa escolha deveu-se a:

- toda a argumentação desenvolvida não apontou para um fenômeno raro ou singular;
- as condições em que ocorre o fenômeno eram favoráveis à adoção de mais de um caso, o que é positivo para a replicação literal: os hospitais selecionados, apesar de estarem localizados em diferentes regiões geográficas, tinham características similares;
- a unidade de análise é a gerência de marketing de cada uma das organizações (ou a área que desempenha suas funções) e, portanto, não houve subunidades de análise.

3.4 COLETA DE DADOS

Antes da descrição da coleta de dados propriamente dita, é preciso discutir o protocolo de estudo de caso.

3.4.1 Protocolo para o Estudo de Caso

YIN (2001) afirma que o protocolo é mais do que um instrumento de pesquisa. Ele contém o instrumento, e também os procedimentos e as regras gerais que devem ser seguidas ao se utilizar o instrumento. O autor afirma ainda que é desejável possuir um protocolo para o estudo de caso em qualquer circunstância, mas que ele se torna essencial num projeto de casos múltiplos, situação na qual se enquadra esta pesquisa de campo.

O protocolo deve apresentar as seguintes seções: visão geral do projeto de estudo de caso, procedimentos de campo, questões do estudo de caso e guia para o relatório do estudo de caso.

Na visão geral devem estar inclusas informações prévias sobre o projeto, as questões imperativas que estão sendo estudadas e as leituras relevantes a essas questões. Pode-se também incluir uma carta de apresentação aos futuros entrevistados. Em suma, uma boa visão geral deve mostrar ao leitor do projeto o objetivo do estudo e o cenário no qual ele ocorrerá.

Com os procedimentos de campo o pesquisador deve integrar conhecimentos do mundo real às necessidades do plano traçado para a coleta de dados. Essa seção deve enfatizar as seguintes tarefas ao se coletarem os dados:

- obter acesso a organizações ou entrevistados-chave;
- possuir recursos materiais suficientes enquanto estiver no campo, tais como computador pessoal, papel e um local calmo para a entrevista;

- desenvolver um procedimento para pedir ajuda e orientação a outros pesquisadores ou colegas, se necessário;
- estabelecer uma agenda das atividades de coleta de dados que se espera concluir em períodos específicos de tempo;
- preparar-se para acontecimentos inesperados, incluindo mudanças na disponibilidade dos entrevistados, assim como alterações no humor e na motivação do próprio pesquisador.

As questões do estudo de caso formam o ponto central do protocolo: um conjunto de perguntas relevantes que refletem a investigação real. Num estudo de caso, elas fazem parte do instrumento de coleta, chamado roteiro de entrevista. É importante destacar que essas questões são feitas ao pesquisador, não ao respondente: são lembretes acerca das informações que precisam ser coletadas e o motivo para coletá-las.

A quarta e última seção do protocolo é o guia para o relatório de estudo de caso. Em geral o pesquisador só pensa no formato do relatório após a coleta de dados. Ainda que em linhas gerais, o esquema básico do relatório deve fazer parte do protocolo. Isso facilita a coleta de dados na forma apropriada e reduz a possibilidade de ocorrência de outras visitas ao local de estudo.

Para esta pesquisa de campo foi elaborado um protocolo de estudo de caso com as quatro seções discutidas anteriormente. As perguntas do roteiro de entrevista contidas no protocolo tiveram como origem a revisão da literatura feita no capítulo 2. Nos apêndices há uma versão completa do protocolo.

3.4.2 Coleta de Evidências

YIN (2001) aponta seis fontes de evidência para a coleta de dados num estudo de caso: documentação, registros em arquivo, entrevistas, observação direta, observação participante e artefatos físicos.

Documentação

É o conjunto de cartas, memorandos, agendas de reuniões, relatórios, documentos administrativos, estudos ou avaliações formais prévios da mesma organização, recortes de jornais e outros artigos publicados na mídia. Os documentos devem ser cuidadosamente utilizados e não se deve tomá-los como registros literais de eventos que ocorreram. Seu uso mais importante está em corroborar e valorizar as evidências vindas de outras fontes.

Registros em arquivo

Em geral se apresentam sob forma computadorizada e incluem registros de serviço (como aqueles que registram o número de clientes atendidos em determinado período), registros organizacionais (como tabelas e orçamentos de um período), mapas e tabelas das características geográficas de um lugar, listas de nomes, dados de levantamentos (como censo demográfico) e registros pessoais (como diários, anotações e agendas de telefone). Assim como a documentação, os registros devem ser usados com outras fontes e com cautela, pois, em geral, eles foram produzidos com objetivos e públicos específicos diferentes daqueles da investigação do estudo de caso.

Entrevista

Normalmente é considerada a fonte mais importante para um estudo de caso. Em geral pode assumir três formas. A primeira é a entrevista espontânea, na qual o pesquisador tanto indaga o respondente sobre os fatos de uma maneira quanto pede a opinião dele sobre determinados eventos. Nessa situação o respondente está mais

próximo de um informante do que de um mero respondente. A segunda é a entrevista focal, na qual o respondente é entrevistado por um curto período de tempo. Nesse caso a entrevista ainda é uma conversa bastante informal, mas o pesquisador segue um conjunto de perguntas originárias do protocolo de estudo de caso. A terceira é a entrevista estruturada, sob a forma de levantamento. Embora essa terceira forma esteja próxima de um levantamento formal no que diz respeito a procedimentos amostrais e análise dos dados, a diferença reside no papel da entrevista estruturada: os resultados obtidos não objetivam medir algo, mas apenas compor uma parte do conjunto de evidências que está sendo formado por dados coletados de outras fontes.

Observação direta

É a visita física realizada durante o tempo despendido pelo pesquisador no local escolhido para o estudo de caso, ocasião em que podem estar disponíveis para observação comportamentos ou condições ambientais relevantes. A observação direta pode ser formal (incluindo o desenvolvimento de protocolos de observação como parte do protocolo do estudo de caso) ou informal. A observação direta pode ser mais facilmente aplicada com o uso de anotações ou mesmo fotografias do local.

Observação participante

É uma modalidade especial de observação na qual o pesquisador não é apenas um observador passivo. Pelo contrário, ele pode assumir funções e, de fato, participar dos eventos que estão sendo estudados. Embora em algumas situações possa ser a única forma de se coletar evidências, o pesquisador precisa tomar cuidados para não trocar seu papel de observador pelo de apoiador ou participante do grupo.

Artefatos físicos

São aparelhos de alta tecnologia, ferramentas ou instrumentos, obras de arte e outras evidências físicas que podem ser coletadas ou observadas como parte de uma visita de campo. Potencialmente têm menor importância na maioria dos estudos de caso.

YIN (2001) destaca, ainda, que os benefícios provenientes dessas seis fontes de evidência podem ser maximizados se o pesquisador tiver em mente estes três princípios:

- usar várias fontes de evidência sempre que possível, aproveitando uma das maiores vantagens oferecidas pelo método de estudo de caso;
- criar um banco de dados para o estudo de caso, preferencialmente contendo os dados ou base comprobatória e o relatório de pesquisa;
- manter o encadeamento de evidências de tal forma que um observador externo possa perceber que qualquer evidência proveniente de questões iniciais da pesquisa leve às conclusões finais do estudo de caso e seja capaz de seguir as etapas em qualquer direção (das conclusões para as questões iniciais da pesquisa ou das questões iniciais para as conclusões).

Entre as seis fontes de evidência descritas, foram consideradas **mais úteis à pesquisa de campo a entrevista e a observação direta**. A entrevista foi do tipo focal, aconteceu nas instalações de cada organização participante da pesquisa, foi feita pessoalmente com o executivo responsável pela gerência de marketing da organização e baseou-se num roteiro de entrevista semiestruturado e não disfarçado. A observação direta foi do tipo informal e, além de ser recomendável em função do problema de pesquisa, foi facilitada pela presença física do pesquisador em cada uma das organizações no dia agendado para a entrevista.

Com relação aos três princípios básicos, cuja função é a de maximizar os benefícios das fontes de evidência, acredita-se que esta pesquisa foi capaz de atendê-los. O primeiro princípio foi atendido pela utilização das duas fontes de evidência descritas no parágrafo anterior. O segundo princípio foi atendido pelas anotações de cada caso, pelo relatório de pesquisa na forma de apresentação e análise de dados na dissertação (ver cap. 4) e pela transcrição das entrevistas gravadas. O terceiro princípio foi atendido pelo cumprimento rigoroso do protocolo de estudo de caso.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

YIN (2001) afirma que analisar as evidências de um estudo de caso é uma atividade particularmente difícil porque as estratégias e técnicas não foram muito bem definidas no passado. O autor recomenda o uso de uma entre duas estratégias analíticas gerais e posteriormente o uso de um entre quatro métodos de análise.

Estratégias analíticas gerais

A primeira estratégia e também a mais recomendada por YIN (2001) é seguir as proposições teóricas que levaram ao estudo de caso. Os objetivos e o projeto originais de pesquisa devem ter-se baseado em tais proposições, refletindo o conjunto de questões de pesquisa, a revisão da literatura e novas interpretações que possam surgir. As proposições dão forma ao plano de coleta de dados e, por conseguinte, estabelecem a prioridade às estratégias analíticas relevantes.

A segunda estratégia é o desenvolvimento de uma estrutura descritiva a fim de organizar o estudo de caso. YIN (2001) recomenda o uso dessa estratégia apenas quando o estudo de caso for uma mera descrição da realidade ou quando não houver proposições teóricas relevantes.

Métodos de análise

O primeiro método é a adequação ao padrão (*pattern-matching*). Consiste em comparar um padrão fundamentalmente empírico com outro de base prognóstica. Se os padrões coincidirem, os resultados podem ajudar o estudo de caso a reforçar sua validade interna. Se o estudo de caso for explanatório, os padrões podem relacionar-se às variáveis dependentes ou independentes (ou ambas). Se o estudo de caso for descritivo, a adequação ao padrão ainda é relevante, já que o padrão previsto de variáveis específicas é definido antes da coleta de dados.

O segundo método é a construção da explanação. Esse é um tipo especial de adequação ao padrão particularmente importante para estudos de caso explanatórios, mas o procedimento é mais difícil. O objetivo é o de analisar os dados do estudo de caso construindo uma explanação sobre ele. A explanação de um fenômeno deve ser entendida como a estipulação de um conjunto de elos causais em relação a ele. Um procedimento similar vem sendo utilizado em estudos de caso exploratórios como parte de um processo de geração de hipóteses. No entanto, seu objetivo não é concluir o estudo, mas desenvolver idéias para um novo estudo.

O terceiro método é a análise de séries temporais. Consiste em conduzir uma análise de séries de tempo análoga àquelas utilizadas em experimentos e pesquisas quase-experimentais. Independente da natureza da série temporal, o objetivo mais importante é o de examinar algumas questões sobre a relação dos eventos ao longo do tempo, e não apenas observar as tendências que surgem com o tempo isoladamente.

O quarto método é o modelo lógico de programa. É uma combinação dos métodos de adequação ao padrão e análise de séries temporais. O padrão que está sendo buscado é o padrão-chave de causa-efeito entre variáveis independentes e dependentes. Entretanto, a análise estabelece um encadeamento complexo de eventos (padrão) ao longo do tempo (série temporal), dando conta dessas variáveis independentes e dependentes. O método é mais útil para estudos de caso explanatórios e exploratórios do que para estudos de caso descritivos.

Para esta pesquisa de campo, **a estratégia analítica geral adotada foi seguir as proposições teóricas (finalidades). O método de análise utilizado foi o da adequação ao padrão (*pattern-matching*)**. Embora YIN (2001) não se refira explicitamente a estudos exploratórios com o uso desse método, essa foi considerada a melhor alternativa porquanto a revisão de literatura já tenha provido um padrão em torno do qual os dados coletados pudessem ser comparados para exposição das

convergências e/ou divergências da relação casos estudados-revisão da literatura. Em outras palavras, procurou-se saber como as organizações participantes do estudo agem em comparação com os preceitos teóricos.

3.6 RELATÓRIO DE PESQUISA

YIN (2001) adverte para o fato de muitos pesquisadores se preocuparem com o relatório de pesquisa apenas na fase final de planejamento e realização de estudos de caso. O autor considera perspicaz o pesquisador que começa a redigi-lo mesmo antes do término da coleta e análise de dados.

Segundo YIN (2001), há duas preocupações iniciais sobre o relatório de pesquisa: definição do público para o relatório e formato de apresentação. Os possíveis públicos são: colegas da mesma área; organizadores políticos, profissionais em geral e também os profissionais que não se especializaram na metodologia de estudo de caso; grupos especiais, tais como uma banca de tese ou dissertação; e a instituição financiadora da pesquisa. Os formatos de apresentação são: escrito, oral ou mesmo um conjunto de fotos ou gravação em vídeo. A forma escrita usualmente é a preferida por transmitir e comunicar informações mais precisas do que a forma oral ou pictórica.

Uma terceira preocupação com o relatório de pesquisa apontada por YIN (2001) é a definição da estrutura ilustrativa. A figura abaixo mostra as seis possibilidades existentes.

FIGURA 13 – ESTRUTURAS ILUSTRATIVAS DE RELATÓRIOS DE ESTUDOS DE CASO

Tipo de Estrutura	Propósito do Estudo de Caso (caso único ou casos múltiplos)		
	Explanatório	Descritivo	Exploratório
1. Analítica linear	X	X	X
2. Comparativa	X	X	X
3. Cronológica	X	X	X
4. Construção da teoria	X		X
5. De "incerteza"	X		
6. Não-sequencial		X	

FONTE: YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. p. 171.

Uma vez que esta pesquisa de campo é de natureza exploratória (ver 3.2.1), foram discutidos apenas os quatro tipos de estrutura que lhe são adequados.

Analítica linear

É considerada a abordagem-padrão ao se elaborar um relatório de pesquisa. A seqüência de subtópicos inclui o tema ou problema que está sendo estudado, uma revisão da literatura importante existente, os métodos utilizados e as conclusões e implicações feitas a partir das descobertas. Essa estrutura é satisfatória à grande parcela dos pesquisadores e provavelmente é a mais vantajosa quando os colegas de pesquisa ou uma banca de mestrado e doutorado constituem o público principal para o estudo de caso.

Comparativa

É uma estrutura destinada a repetir o mesmo estudo de caso duas ou mais vezes a partir de pontos de vista diferentes ou com modelos descritivos diferentes, para se compreender como o caso pode ser mais bem categorizado para fins descritivos. São possíveis outras variantes dessa abordagem comparativa, mas a característica principal de todas é que todo o estudo de caso é repetido duas ou mais vezes de maneira claramente comparativa.

Cronológica

É a estrutura indicada quando se deseja apresentar as evidências do estudo de caso em ordem cronológica. A seqüência dos capítulos ou das seções deve obedecer às fases iniciais, intermediárias e finais da história de um caso.

Construção da teoria

É usada quando se deseja que a seqüência dos capítulos ou seções siga alguma lógica de construção da teoria. A lógica dependerá do tópico ou da teoria específica, mas cada capítulo ou seção deve desenvolver uma nova parte do argumento teórico que está sendo feito.

Uma vez que o relatório dos casos investigados faz parte de uma dissertação de mestrado, pode-se concluir que **seu público é uma banca examinadora**. Em sendo parte de uma dissertação de mestrado, e como convém nesse tipo de ocasião, **definiu-se o formato do relatório como escrito**. Embora haja uma apresentação oral à banca examinadora dos pontos mais importantes da pesquisa, o relatório completo é um documento escrito.

A estrutura do relatório de pesquisa escolhida foi a do tipo analítica linear e houve duas razões para isso. A primeira é a própria recomendação de YIN(2001) quanto à sua adoção em uma banca de mestrado ou doutorado. A segunda é que nenhuma das outras três estruturas mostrou-se adequada a esta pesquisa: não se pretendeu repetir um mesmo caso duas ou mais vezes, nem apresentar as evidências em ordem cronológica e muito menos construir uma teoria.

Após a definição do método de pesquisa e dos passos necessários à sua execução, o autor da dissertação foi a campo sob supervisão de seu orientador. No capítulo 4 os resultados obtidos na pesquisa de campo são apresentados e analisados.

CAPÍTULO 4

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS DA PESQUISA DE CAMPO

4.1 FORMA DE APRESENTAÇÃO E ANÁLISE

Nas seções 4.2, 4.3 e 4.4, os dados coletados em cada organização são apresentados separadamente. Na seção 4.5 é feita uma análise conjunta dos dados coletados com o método *pattern-matching* (ver 3.5): comparação entre as práticas adotadas pelas organizações pesquisadas e a revisão de literatura.

A ordem de apresentação dos dados é a mesma adotada para as seções do roteiro de entrevista (ver apêndices). A análise dos dados segue essa mesma ordem, porém há assuntos que foram agrupados devido à sua similaridade.

4.2 HOSPITAL MOINHOS DE VENTO

4.2.1 Dados do Hospital

O Hospital Moinhos de Vento¹⁷ é uma organização privada filantrópica localizado na cidade de Porto Alegre (RS). Fundado em outubro de 1927, está prestes a completar 76 anos.

A organização conta com 1.310 funcionários, 308 leitos e realiza cerca de 1.400 cirurgias/mês.

Trata-se de um hospital voltado basicamente para as atividades cirúrgicas, mas que está construindo um centro clínico para tornar-se referência nas seguintes especialidades: Cardiologia, Oncologia, Neurologia/Neurocirurgia e Traumatologia/Ortopedia.

¹⁷ A razão social do hospital é Associação Hospitalar Moinhos de Vento. Por solicitação do entrevistado - e por ser este o nome pelo qual é conhecido - será chamado, na dissertação, Hospital Moinhos de Vento.

4.2.2 Dados do Entrevistado

A entrevista foi realizada em 16 de abril de 2003, nas instalações do Hospital Moinhos de Vento com o Sr. Henrique Kuhl, Gerente de Relações com o Cliente.

A área sob supervisão do Sr. Henrique é denominada Gerência de Relações com o Cliente e está subordinada à Superintendência Executiva do hospital.

O Sr. Henrique é formado em Engenharia Mecânica e ocupa o cargo há três anos. Embora possa parecer estranho à primeira vista um engenheiro mecânico em tal posição, o entrevistado relatou que sua experiência profissional anterior e sua competência estão fortemente ligadas a relacionamento, razão pela qual foi convidado a ocupar o cargo.

4.2.3 Qualidade de Serviços

A concepção de qualidade de serviços do hospital está intimamente relacionada à sua origem no início do século XX: a comunidade alemã de Porto Alegre desejava ter um hospital que pudesse atendê-la com a mesma qualidade dos hospitais europeus.

Essa comunidade alemã preocupou-se em buscar os melhores recursos humanos disponíveis para dar assistência aos pacientes. Quando o hospital foi inaugurado, as instalações físicas eram comparáveis às das melhores do mundo e foram trazidas da Alemanha as diaconisas - Irmãs Luteranas treinadas para dar assistência. O Sr. Henrique enfatizou que as diaconisas tinham uma característica que permanece até hoje no hospital e o diferencia dos demais: olhar o paciente por completo, e não apenas a sua patologia; procurava-se identificar o credo religioso e a formação de cada paciente para determinar que necessidades ele sentia na área espiritual e social. Essa qualificação permitiu ao hospital atrair o melhor corpo clínico da região, pois era possível aos médicos encontrar as melhores instalações e a melhor enfermagem.

Há um segundo momento importante na vida do Hospital Moinhos de Vento que denota sua concepção de qualidade: sua relação com programas de qualidade. A primeira experiência surgiu com o Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade (PGQP): o hospital foi um dos primeiros a inscrever-se e adotar gestão pela qualidade total. A segunda etapa veio com a busca da acreditação internacional: um programa de avaliação específico da área hospitalar para o qual o Moinhos de Vento obteve certificação em março de 2003¹⁸.

A acreditação internacional é de particular interesse para a concepção de qualidade de serviços do hospital porque tem uma característica de olhar pela ótica do paciente: o Sr. Henrique considera que os programas de gestão pela qualidade no Brasil e em qualquer parte do mundo analisam a gestão hospitalar como um negócio qualquer, mas não procuram saber como o paciente está sendo realmente atendido nos critérios de assistência médica. A acreditação entra por esse ângulo: acompanha o paciente em todo o processo, principalmente registros e informações.

Além da acreditação internacional - reavaliada a cada três anos - o hospital tem o Programa de Auditoria e Melhoria da Qualidade (PAMQ). Nesse programa interno, uma equipe de funcionários é treinada como avaliadores dos critérios do Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade para realizar auditorias trimestrais: cada unidade gerencial básica é avaliada e seus resultados, publicados.

¹⁸ Informações do entrevistado sobre acreditação internacional: surgiu nos Estados Unidos na década de 1950, estendeu-se ao Canadá e a partir da década de 1990 chegou a outros países. No Brasil apenas outras três organizações a obtiveram até hoje: o Hospital Albert Einstein, de São Paulo; o HemoRio, hospital público do Rio de Janeiro; e a Clínica de Olhos Freitas, de Salvador. Na categoria hospitais gerais apenas o Hospital Moinhos de Vento e o Hospital Israelita Albert Einstein alcançaram a acreditação.

O Sr. Henrique considera que o conjunto desses programas gera um movimento forte e permanente de cultura da qualidade no hospital: "a gente respira isso o tempo todo" foi uma de suas frases. Ele destacou ainda que o hospital está sempre medindo a satisfação do cliente.

4.2.4 Instalações Físicas e Equipamentos

Área externa

As ações voltadas à área externa do hospital podem ser relacionadas à sua origem alemã: organização, limpeza e disciplina. Há uma característica tida como única pelo entrevistado: um bosque cuja presença propicia tanto o afastamento das vias públicas quanto um ambiente silencioso. Apenas para se ter uma idéia da importância dessa área verde: está sendo feita uma ampliação física do hospital que inclui uma passarela coberta destinada a ligar as novas instalações ao prédio principal - cruzando o bosque - sem que seja necessária qualquer ação de desmatamento. Existe preocupação do hospital em ter tanto esse bosque quanto o restante da área externa formando uma instalação acolhedora. A idéia de acolhimento, aliás, é fundamental para o novo posicionamento do hospital que vem sendo desenvolvido desde outubro de 2003 pela Gerência de Relações com o Cliente: **bem-estar na sua vida** é o *slogan* que acompanha a nova logomarca. Há também na área externa do hospital um local destinado a outras atividades como manutenção, lavanderia e tratamento de resíduos. Esta última é considerada referência para outros hospitais.

Área de recepção

A área de recepção dos clientes segue a mesma idéia de acolhimento desenvolvida na área externa: há células de atendimento individualizadas, sala de espera com televisão e decoração do ambiente em madeira. Também foi enfatizada pelo entrevistado a implantação de um novo formato de recepção: a ficha de cada cliente e seu histórico com o hospital estarão disponíveis no terminal eletrônico para

que cada atendente esteja apto a tratá-lo da forma mais individualizada possível. Será possível saber, inclusive, se o cliente nasceu no Hospital Moinhos de Vento.

Quartos

Na Gerência Assistencial há uma área chamada Hospedagem, responsável por toda a parte física dos quartos. Essa área cuida da manutenção, fornecimento de roupa de cama, limpeza e todo o preparo dos quartos como se fosse um hotel: toda vez que um quarto é desocupado é função da área deixá-lo pronto para reutilização. A Hospedagem deve ter o olhar do cliente em relação à dependência física que ele irá ocupar. Uma ação destacada pelo entrevistado é o uso da cromoterapia na decoração dos quartos: procura-se utilizar cores que transmitam emoções positivas aos clientes.

Embora não possam ser tradicionalmente chamados de quartos, duas dependências internas do hospital que normalmente são relacionadas a períodos de sofrimento têm uma decoração cuidadosamente planejada: a unidade de terapia intensiva e o centro de hemodiálise. Na primeira há instalações individuais em formato de quarto que dão mais privacidade ao paciente e à sua família, além de uma clarabóia na parte central da unidade que distribui luz natural pelo ambiente. No segundo, as janelas estão de frente para o bosque do hospital.

Acompanhantes

O Sr. Henrique expressou a forte preocupação do hospital em relação aos acompanhantes. Em primeiro lugar, os apartamentos com leito privativo têm um sofá-cama destinado a um acompanhante. Em segundo lugar, o hospital tem convênio com dois hotéis da cidade para oferecer aos acompanhantes conforto e um preço menor em caso de internação prolongada. Em terceiro lugar, há um fato recente que diz respeito à atividade do hospital: cerca de 60% de todo atendimento cirúrgico é feito no âmbito ambulatorial, ou seja, executa-se um procedimento médico, leva-se o paciente para uma área de recuperação e, depois de pouco tempo, é-lhe dada alta. Isso criou uma

nova realidade para o hospital em relação aos acompanhantes: alguém que não vai mais para casa e volta no dia seguinte, mas que fica algumas horas dentro do hospital aguardando pelo paciente. Atualmente a área de espera para acompanhantes está passando por uma reformulação: apesar de já haver uma lanchonete dentro do hospital, serão adicionados itens básicos como café, água, revistas e jornais, que hoje em dia não estão disponíveis.

Consultórios médicos

Ao lado do prédio do Hospital Moinhos de Vento há um centro clínico de sua propriedade onde estão instalados diversos consultórios médicos. Esse centro foi construído com o objetivo de atrair os melhores médicos da região. Apesar de dono, o hospital não tem poder para definir padrões do ambiente físico desses consultórios: todos eles são alugados e os médicos têm poder de decorá-los como bem entenderem. As ações da Gerência de Relações com o Cliente em relação aos quartos ou à área de recepção dos clientes do hospital, por exemplo, não podem ser levadas para o centro clínico. A maneira pela qual o centro clínico é operado pode ser resumida numa frase do entrevistado: "o modelo hoje é que o paciente é cliente do médico e o médico é cliente do hospital...95% dos pacientes que vêm aqui foram a um médico que na hora do procedimento diz 'vamos fazer no Hospital Moinhos de Vento'".

Há uma mudança em curso no hospital que afetará os consultórios: o centro clínico que está sendo construído para as quatro áreas em que o hospital pretende destacar-se num futuro próximo (ver 4.2.1) será de propriedade e de operação da organização. Nesse caso será possível definir os mesmos padrões de instalações físicas do hospital para o novo centro clínico.

Espera por atendimento

O Hospital Moinhos de Vento está voltado basicamente para cirurgia (ver 4.2.1). A essa característica pode ser adicionada a eletividade: normalmente os procedimentos cirúrgicos são previamente agendados entre médico, paciente e hospital. Deriva desta segunda característica que o cliente normalmente não precisa esperar pelo atendimento mais do que o tempo necessário de passar pela recepção para preencher e/ou assinar os documentos requeridos e, portanto, não há um foco especial em relação a essa espera. Apenas preocupações básicas como uma sala de espera com televisão.

Há também uma sala de espera com televisão e revistas na área de emergência do hospital. Entretanto a emergência não tem características de pronto atendimento: os pacientes e/ou seus acompanhantes que lá chegam já foram orientados por um médico a se dirigirem ao hospital para que seja feito o atendimento de urgência.

Mapeamento de interações hospital-cliente

O hospital realiza uma pesquisa de satisfação chamada Olho Clínico que é entregue a todos os pacientes com perguntas específicas para aqueles que serão internados, para aqueles que terão atendimento ambulatorial e para aqueles que serão atendidos na emergência. As perguntas referem-se a vários pontos de contato como ambiente físico, estacionamento, cafeteria e pastoral. Todas as respostas são tabuladas pela Gerência de Qualidade e mensalmente divulgados os índices gerais e específicos por área.

O Sr. Henrique enfatizou a importância desse mapeamento para o novo posicionamento (ver área externa nesta seção) do hospital: uma vez que seu *slogan* é **bem-estar na sua vida**, o que se está procurando identificar são **focos de mal-estar** para que sejam eliminados. Um exemplo dado pelo entrevistado foi a construção de

um segundo banheiro na área de recepção: a existência de apenas um banheiro vinha sendo apontada na pesquisa como fonte de insatisfação dos clientes.

Sinalização

Existe um diretório geral no andar térreo do hospital para que as pessoas consigam localizar-se. Além disso cada um dos quatro pavimentos de internação é pintado com uma cor diferente (as cores dos sofás acompanham as cores dos ambientes). Esse sistema é considerado bastante apropriado principalmente para pessoas mais idosas que, por vezes, não se lembram do andar em que estão, mas conseguem estabelecer associação com as cores.

Nos corredores dos pavimentos de internação há sinalização que distingue o lixo orgânico do reciclável.

Endereço da organização

Para a realidade de Porto Alegre, o bairro Moinhos de Vento é considerado de alto padrão: é um bairro que empresta certo *status* a seus moradores. Os quartos com janelas voltadas para a frente do hospital têm vista para o pôr-do-sol, que é descrito pelo entrevistado como uma característica marcante da cidade.

Símbolo

O Hospital Moinhos de Vento usa como símbolo a logomarca que passou a adotar desde outubro de 2002. O Sr. Henrique a descreveu como uma figura abstrata de múltiplas interpretações, cujo objetivo é transmitir conforto, confiança, respeito e proximidade - sentimentos de **bem-estar** na visão da organização. Essa logomarca é a única do hospital e qualquer manifestação de comunicação (documentos internos, ambulâncias, propagandas etc.) deve utilizá-la, ou seja, não se faz uso de submarcas.

Instalações físicas para funcionários

O conceito de **bem-estar** não está voltado apenas para pacientes, mas também para médicos e funcionários. Uma atividade descrita pelo entrevistado, e em pleno andamento, é a ginástica laboral: os grupos se organizam e o hospital fornece professores, técnicos e espaço físico.

Influência da área de marketing

O Gerente de Relações com o Cliente foi enfático nesse ponto. Ele está diretamente envolvido nas decisões que dizem respeito às instalações físicas do hospital: sua missão é trabalhar com o olhar do cliente. Um segundo ponto destacado pelo entrevistado é o fato de não ser necessário fazer uma defesa disso: ele participa das decisões, mas considera que há uma consciência cada vez mais forte entre os funcionários de que é preciso ter a visão do cliente na prestação de serviços.

4.2.5 Recursos Humanos

Treinamentos dados a partir de necessidades identificadas pelo marketing

A área de Recursos Humanos do Hospital Moinhos de Vento conta com o CCD (Centro de Capacitação e Desenvolvimento) cuja função é a de organizar e colocar em prática as necessidades de treinamento identificadas pelos gerentes das diversas áreas. O hospital também opera uma escola técnica em enfermagem da qual provêm muitos de seus colaboradores.

A Gerência de Relações com o Cliente não solicita diretamente treinamentos para outras áreas. O trabalho do Sr. Henrique, nesse caso, é o de identificar eventuais problemas a partir das pesquisas de satisfação com clientes e comunicá-los ao gerente de área responsável. Este último é quem deve entrar com pedidos de treinamento.

Treinamentos de profissionais de saúde a partir de necessidades identificadas pelo marketing

O procedimento da Gerência de Relações com o Cliente em relação a necessidades de treinamento para profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos) é o mesmo adotado em relação a outros profissionais do hospital: de posse dos resultados das pesquisas de satisfação com clientes, o Sr. Henrique procura o gerente da área responsável para conversar sobre problemas detectados.

O Sr. Henrique considera que a receptividade dos profissionais de saúde aos treinamentos é boa, se comparada ao passado.

Profissionais de saúde e fatores de qualidade avaliados pelos clientes

Os profissionais de saúde do hospital são estimulados a observar fatores de qualidade levados em consideração pelos clientes que vão além daqueles de natureza técnica. Isso é chamado de **assistência integral** e seu princípio é o seguinte: **todos devem atender igualmente o paciente**. Se um fonoaudiólogo entrar num dos quartos do hospital e houver um paciente queixando-se de dor é obrigação desse profissional tomar a iniciativa de buscar auxílio. Ninguém tem autorização para usar frases do tipo "isso não é comigo".

Há uma norma da organização que traduz essa preocupação com a assistência integral: os crachás de todos os funcionários são identificados apenas com seus nomes, ou seja, qualquer cliente pode solicitar uma informação sem sentir-se constrangido pelas credenciais "Gerente A" ou "Dr. B".

Preocupação especial em relação aos enfermeiros

Não foram comentadas ações especiais de treinamento para os enfermeiros. Entretanto, há acompanhamento psicológico para esses profissionais quando tal necessidade é identificada (por exemplo, após a morte de um paciente com quem o enfermeiro desenvolveu um bom relacionamento durante meses).

O entrevistado estima em superior a 60% o percentual de enfermeiros em relação ao número total de funcionários do hospital.

"Educar" os consumidores

O hospital coloca à disposição de seus clientes dois folhetos com o propósito de "educá-los". O primeiro é chamado Guia de Orientação aos Pacientes e Acompanhantes e contém informações sobre internações e seus documentos obrigatórios, diárias, horários de visita, serviços de alimentação e estacionamento, entre outras. O segundo é chamado Direitos do Paciente e faz parte dos requisitos da acreditação internacional: um conjunto de direitos (acesso ao tratamento, confidencialidade, segurança pessoal etc.) e deveres (fornecimento de informações, cumprimento das instruções, respeito e consideração etc.) do paciente na sua relação com o hospital.

Além dos documentos escritos há também uma fase de pré-cadastro em que o paciente é procurado para receber do hospital informações que facilitem seu futuro atendimento.

Diferenças de treinamento entre funcionários de alto e baixo contato

O treinamento dos funcionários de alto contato tem foco no atendimento ao cliente. Já para os funcionários de baixo contato, o foco é de atendimento ao cliente interno: de acordo com os conceitos de qualidade, cada área discute e registra formalmente seus fornecedores internos, os insumos proporcionados por esses fornecedores, seus clientes internos e o produto que deve ser entregue a esses clientes.

Dificuldade na prática de marketing interno

Na avaliação do entrevistado, a área de enfermagem é a mais receptiva à difusão dos conceitos de qualidade de serviço do ponto de vista de marketing. Em seguida, embora não tenham sido especificamente citados, vêm os funcionários administrativos.

No caso dos médicos há mais dificuldade porque eles não formam um grupo de funcionários do hospital. A nova linha de serviços (Cardiologia, Oncologia, Neurologia/Neurocirurgia e Traumato-Ortopedia) será composta por um corpo clínico fechado: nesse novo formato, os conceitos de bem-estar preconizados pelo hospital serão também levados aos médicos sob pena de haver uma área de enfermagem com um determinado padrão de atendimento ao cliente e um corpo clínico com padrão de atendimento muito variável.

O entrevistado expressou mais uma opinião importante sobre o tema: caso tivesse de organizar um seminário destinado aos médicos sobre qualidade de serviços do ponto de vista do cliente, a receptividade não seria boa se considerado o total de médicos cadastrados no hospital. Entretanto o Sr. Henrique detectou uma mudança significativa de atitude: alguns médicos começam a perceber que "o cliente não é mais tão paciente" e isso facilita muito a difusão de conceitos de foco no cliente e de atendimento na área médica.

Seleção de recursos humanos

O relato do Sr. Henrique dá conta de um recrutamento com forte componente da área psicológica. Isso inclui itens como perfil desejado para a atividade, nível de iniciativa e de relacionamento. Essa avaliação é tida pelo entrevistado como fundamental e difícil ao mesmo tempo, haja vista que se torna necessário recrutar indivíduos com bom conhecimento técnico e outras habilidades.

Programas de monitoramento de desempenho

Todos os funcionários do hospital passam por uma avaliação de desempenho a cada seis meses: os gestores reservam um tempo com cada um de seus subordinados para discutirem resultados anteriores e a situação atual. Os registros dessa avaliação são sempre conhecidos pelo subordinado.

Não há diferença entre a avaliação de desempenho dos profissionais de saúde e dos funcionários administrativos: a todos é aplicado o mesmo tipo de avaliação.

Autonomia para prestar serviço

Na área técnica, os limites do que cada profissional pode fazer estão bem definidos. Segundo o entrevistado, a autonomia é definida pelos valores da instituição: se um funcionário agir além de sua função básica para prestar serviço ao cliente observando os valores do hospital (respeito ao ser humano, assistência integral, qualidade, alianças, preservação da história do hospital, formação e capacitação, espiritualidade, cidadania, auto-sustentabilidade, preservação da natureza, valorização profissional, disciplina e organização e limpeza) sua ação será considerada correta. A seguinte frase do entrevistado traduz essa filosofia: "a obrigação é atender".

Orientação sobre como agir com clientes problemáticos

No Hospital Moinhos de Vento há um procedimento definido para essas situações. Em primeiro lugar, a área de enfermagem comunica à sua supervisão que está havendo um problema com determinado paciente. Em seguida, a supervisão vai até o paciente e verifica o que está acontecendo. Por fim, caso ache necessário, a supervisão pode solicitar apoio da Pastoral, cuja função é dar atendimento psicológico ao paciente: a Pastoral se apresenta no local e procura amenizar a situação. Em persistindo o problema, considera-se a hipótese de haver uma patologia: o médico assistente daquele paciente é chamado para tomar uma decisão. Daí em diante pode passar a haver um acompanhamento psiquiátrico definido pela família, uma vez que o hospital não pode tomar essa decisão unilateralmente.

Reconhecimento pela prestação de serviços

A revista "Nosso Time" (publicação interna) traz elogios a funcionários que tenham obtido destaque na prestação de serviços. Também fazem parte da revista notas sobre funcionários que defenderam um trabalho acadêmico recente, que publicaram um artigo num congresso ou que realizaram um trabalho interno de sucesso.

Anualmente elege-se o colaborador-padrão: um indivíduo que obteve destaque em suas funções e que se torna representante dos funcionários durante esse período.

Influência da área de marketing

A Gerência de Relações com o Cliente participa de decisões sobre a contratação de pessoal. Hoje em dia está sendo elaborado um novo perfil para a área de atendimento. Isso é feito com o gerente da área de atendimento ao paciente e a gerência de recursos humanos.

4.2.6 Comunicação Não Pessoal

Comunicação destinada a lembrar ao cliente a qualidade do serviço

A partir da definição do novo posicionamento (ver 4.2.4) a organização tem adotado uma postura de não comunicar claramente sua qualidade. Os esforços nesse sentido têm sido concentrados em mostrar todo o trabalho feito pelo Hospital Moinhos de Vento para obter a acreditação internacional e proporcionar **bem-estar** a seus clientes. Espera-se como resultado que esse trabalho seja percebido pelos clientes na prestação de serviços.

Principais mídias

As principais mídias utilizadas pelo hospital são jornal, rádio, *outdoor* e internet.

Propaganda

O uso da propaganda pelo hospital tem como foco a prevenção e promoção da saúde, nunca a doença. Com isso pretende-se que o público fixe uma imagem de preocupação com sua saúde e seu bem-estar por parte do hospital. Em caso de doença, essa imagem deve ser a referência para os indivíduos desejarem ser tratados no Hospital Moinhos de Vento porque ele é a organização que vem demonstrando preocupação com sua saúde.

No dia da entrevista, o Sr. Henrique mostrou ao autor da dissertação uma série de anúncios em jornais da cidade nos quais o hospital comunicava ao público em geral a recém-obtida acreditação internacional.

Relações públicas

As ferramentas de relações públicas são empregadas pelo hospital também com foco em prevenção e promoção à saúde. Além desse foco, pode ser destacada a participação e/ou patrocínio em congressos médicos que tratem das quatro áreas nas quais o hospital pretende destacar-se num futuro próximo: Cardiologia, Oncologia, Neurologia/Neurocirurgia e Traumatologia-Ortopedia. Por vezes esses eventos ocorrem no próprio auditório do hospital.

O Sr. Henrique citou dois exemplos do uso de relações públicas. O primeiro consiste em aproveitar datas comemorativas relacionadas à saúde. No exato dia da entrevista, por exemplo, foi comemorado o Dia Internacional da Voz: o hospital promoveu palestras com especialistas para explicar ao público a importância da voz e os cuidados que ela requer. O segundo é uma atividade completamente nova:

quiosques dentro do melhor shopping center de Porto Alegre, destinados a informar o público sobre saúde por meio de folhetos, programas e palestras. A idéia é a de que o posicionamento de bem-estar definido pelo hospital seja comunicado ao público numa área de bem-estar que é o shopping. Ambas ações cumprem a função de gerar inserções gratuitas do hospital na mídia.

Materiais de comunicação com o cliente disponíveis no hospital

Além do Guia de Orientação aos Pacientes e Acompanhantes e dos Direitos do Paciente (ver 4.2.5), há previsão de lançar em breve outro material de comunicação com o cliente: a Revista Bem-Estar, cujo objetivo também será o de promover a saúde.

Gerenciamento das expectativas dos clientes

O entrevistado destacou que o hospital é considerado de alto padrão, razão pela qual as expectativas dos clientes são sempre elevadas. Para gerenciar essas expectativas, procura-se informar os clientes sobre áreas passíveis de frustrá-las. As vagas de estacionamento, por exemplo, são um problema atual que está sendo resolvido com a construção de um edifício-garagem. Até que essa obra esteja concluída, é preocupação do hospital deixar claro para os clientes tanto o problema quanto a solução que está sendo dada. Uma segunda possibilidade de frustrar as expectativas dos clientes são as reformas de instalações físicas feitas anualmente em janeiro e fevereiro. Embora se procure tomar o cuidado de isolar a área do hospital sob intervenção, sempre há um pouco de barulho que pode incomodar. Nesse caso, a solução é informar que está havendo uma reforma e pedir a compreensão dos clientes.

O Sr. Henrique resumiu o gerenciamento das expectativas dos clientes quando enfatizou que há grande preocupação em relação à promessa e à entrega: para proporcionar o **bem-estar** definido no posicionamento do hospital, é preciso ter muito cuidado com **focos de mal-estar**.

4.2.7 Importância da Área de Marketing e Orientação de Marketing da Organização

Estágio de desenvolvimento do marketing em hospitais brasileiros

Segundo o Gerente de Relações com o Cliente, apenas recentemente alguns hospitais perceberam que precisavam disputar mercado com organizações já estabelecidas para obter visibilidade. Ele afirma também que se considerava a prática de marketing na área hospitalar como uma atividade não ética.

Em sua própria organização, o entrevistado avalia que muito recentemente começou-se a pensar **realmente** em marketing. Embora há muito tempo existisse uma gerência formal, sua atuação praticamente não alterava o dia-a-dia do hospital porque a demanda sempre foi maior que a oferta. A situação de agora em diante será diferente porque, nas quatro áreas de ênfase (ver 4.2.1), a organização tomará para si o papel dos médicos: o de atrair clientes.

Na opinião do entrevistado, a missão do hospital - promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas - empresta clareza à atuação de sua área. Essa missão remete ao posicionamento de bem-estar na vida dos clientes. Assim, a atuação de marketing na sua organização deve procurar promover a saúde.

Por fim o Sr. Henrique destacou que a prática de marketing em hospitais brasileiros ainda está "na infância": em seu contato com outros hospitais, ele percebe que não há clareza sobre a contribuição a ser dada pela área.

Composto de marketing

A promoção foi considerada pelo entrevistado como a ferramenta do composto promocional em que sua área contribui de maneira mais eficaz. O produto começou a ganhar importância com a definição das quatro áreas de ênfase do hospital. O preço é ditado pela fonte pagadora, tornando a ação de marketing sobre essa

ferramenta inexistente na prática. A distribuição está passando por uma mudança: além do seu endereço fixo, o hospital passará a distribuir alguns de seus serviços num shopping center da cidade.

O Gerente de Relações com o Cliente atribui hoje em dia às ferramentas do composto promocional a seguinte escala de importância: promoção, distribuição, produto e preço.

Apoio da alta administração aos programas de marketing

O Sr. Henrique foi enfático ao dizer que o apoio da alta administração à sua área é total. Como prova disso, aponta o fato de a Gerência de Relações com o Cliente ser uma área corporativa: no Hospital Moinhos de Vento equivale a dizer um nível abaixo da Superintendência, pois não há nível de Diretoria no organograma.

Alta administração e qualidade de serviços

Novamente o Sr. Henrique foi enfático ao explicar que a alta administração não delega os cuidados com qualidade de serviços ao corpo médico: ela considera que outras áreas, e principalmente a Gerência de Relações com o Cliente, precisam ter forte participação.

Estabelecimento dos componentes da evidência física

Na opinião do entrevistado, há um peso grande da visão do cliente no estabelecimento dos componentes da evidência física. Entretanto ele aponta para um aumento desse peso a partir de uma pesquisa que será apresentada em breve a todo o grupo executivo mostrando quais atributos o cliente considera importantes. Essa pesquisa é tida como relevante porque há uma tendência na área técnica de considerar apenas aquilo que é tecnicamente bom igual ao que o cliente deseja, mas não é o que mostram os resultados.

Pesquisas de avaliação da qualidade de serviços

Segundo o entrevistado, a introdução de pesquisas de avaliação da qualidade de serviços por parte dos clientes na área hospitalar foi uma inovação do Hospital Moinhos de Vento há 25 anos. As pesquisas são tabuladas por funcionários do hospital sob supervisão de uma empresa de consultoria e seus resultados servem como base para a ação de marketing.

O Sr. Henrique revelou o desejo de futuramente realizar pesquisas desse tipo em que pacientes e/ou seus familiares sejam procurados algum tempo após a prestação do serviço. O objetivo é que, passado o impacto emocional do momento em que as pessoas estiveram no hospital, seja possível descobrir a imagem conquistada pela organização.

Importância da evidência física para os clientes

Na opinião do Sr. Henrique, os recursos humanos constituem o elemento da evidência física ao qual os clientes dão mais importância em suas avaliações da qualidade de serviços. Os recursos humanos também são considerados pelo Sr. Henrique como o elemento da evidência física em que sua organização mais se destaca tanto perante pacientes quanto perante familiares e médicos.

Pesquisa de imagem de marca

Anualmente uma empresa contratada realiza pesquisa com médicos e com o público em geral para avaliar a imagem da organização. Os resultados mais recentes mostram que o Hospital Moinhos de Vento é visto como uma referência em maternidade. Essa referência está fortemente vinculada à UTI neonatal porque, hoje em dia, 15% das gestantes que passam pelo hospital engravidaram por reprodução assistida cujo resultado em geral é o nascimento de gêmeos prematuros. A organização também é amplamente reconhecida como hospital geral. Por ora a má notícia da pesquisa diz respeito às quatro áreas de ênfase (ver 4.2.1): o hospital ainda é muito

pouco reconhecido nessas áreas. Embora ainda seja *top of mind*, hoje em dia o hospital tem um concorrente bem próximo.

Canais de comunicação com funcionários

Além da revista Nosso Time há eventos internos de que a Gerência de Relações com o Cliente participa: palestras, premiações e festejos de aniversário do hospital realizados no anfiteatro que incluem reconhecimento público aos funcionários com 5, 10, 15, 20, 25, 30 ou 35 anos de trabalho na organização. Em cada evento há uma fala do superintendente cujo objetivo é renovar os ideais de bom atendimento, preocupação com a qualidade e trabalho em conjunto.

4.2.8 Perguntas Gerais

O Sr. Henrique considerou que o assunto central da entrevista - evidência física - foi adequadamente explorado.

Não houve restrições quanto ao uso do nome da organização no trabalho final. O entrevistado pediu apenas que fosse utilizado o nome pelo qual a organização é conhecida: Hospital Moinhos de Vento.

Como comentário adicional, o Sr. Henrique ressaltou os esforços do hospital na gestão da qualidade, citando como prova a recente obtenção da acreditação internacional. Em sua opinião PNQ, ISO 9000 e programas do gênero são parte do que é preciso fazer na área hospitalar, mas o importante mesmo é a qualidade voltada para o cliente: a acreditação hospitalar é a chave para a qualidade.

4.3 HOSPITAL MÃE DE DEUS

4.3.1 Dados do Hospital

O Hospital Mãe de Deus¹⁹ é uma organização privada filantrópica localizado na cidade de Porto Alegre (RS). Fundado em junho de 1979, está completando 24 anos.

Atualmente o hospital conta com 1.494 funcionários, 200 leitos e realiza cerca de 2.200 cirurgias por mês.

Trata-se de um hospital tanto cirúrgico quanto clínico que tem como especialidades médicas de destaque as áreas de Oncologia e Traumatologia.

4.3.2 Dados do Entrevistado

A entrevista foi realizada em 17 de abril de 2003, nas instalações do Hospital Mãe de Deus com o Sr. Ralf Hauschild, Gerente de Marketing.

A área sob supervisão do Sr. Ralf é denominada Gerência de Marketing e está subordinada à Diretoria Administrativa do hospital.

O Sr. Ralf é formado em Publicidade e Propaganda e ocupa o cargo há 1 ano e 10 meses.

¹⁹ A razão social do hospital é SEBS - Hospital Mãe de Deus. Por solicitação do entrevistado - e por ser este o nome pelo qual é conhecido - será chamado, na dissertação, Hospital Mãe de Deus.

4.3.3 Qualidade de Serviços

O conceito de qualidade de serviços do Hospital Mãe de Deus está baseado nas pesquisas de satisfação com clientes e na complexidade dos procedimentos científicos, clínicos ou cirúrgicos: quanto mais complexos os procedimentos técnicos, mais qualidade é agregada ao hospital; e quanto maior a satisfação dos clientes aferida nas pesquisas mensais, igualmente mais qualidade é agregada ao hospital.

Segundo o entrevistado, há instrumentos que medem essas duas dimensões de qualidade. A avaliação da complexidade dos procedimentos técnicos é tarefa da Diretoria Médica por meio do Comitê de Ética e Pesquisa e a satisfação dos clientes é tarefa da Gerência de Marketing.

4.3.4 Instalações Físicas e Equipamentos

Área externa

A fachada e o estacionamento do hospital são considerados bastante importantes: uma empresa contratada cuida da fachada em tempo integral e um edifício-garagem está disponível para os clientes. A ornamentação e paisagismo das áreas de circulação constituem outra preocupação com a área externa bem como o sistema de coleta de lixo. Este último foi elogiado pela Secretaria do Meio Ambiente de Porto Alegre uma semana antes da entrevista.

Área de recepção

O entrevistado considera o hospital diferente de outros nesse item. Há basicamente quatro áreas de recepção e todas têm um estilo de hotel: as pessoas chegam, são abordadas e perguntam-lhes sobre o que desejam para que possam ser orientadas. Outro destaque do entrevistado foi a preocupação do hospital em trocar o nome "sala de espera" por "sala de estar" para tirar do cliente a conotação negativa de "paciente".

Quartos

O foco das ações direcionadas aos quartos ou apartamentos consiste em procurar criar um ambiente de hotel e não de hospital. Principalmente na maternidade - que costuma ser o ambiente mais alegre do hospital - e em algumas outras unidades de internação os quartos têm uma infraestrutura de hotel que inclui televisão, frigobar e possibilidade de pedir comida à lanchonete (apenas em casos de dieta sem restrições médicas ou dieta livre).

Acompanhantes

O hospital conta com infraestrutura para o atendimento integral do cliente e de sua família. Isso inclui cama para acompanhante nos quartos individuais e um acordo com um hotel próximo para que o acompanhante tenha uma diária mais barata. Em tom de brincadeira, o Sr. Ralf disse que "o problema não é o cliente, é o familiar" porque este último está somente acompanhando e isso lhe dá mais tempo para observar a qualidade do atendimento e da infraestrutura colocada à disposição do paciente.

Consultórios médicos

O Hospital Mãe de Deus conta com um centro clínico²⁰ onde trabalham médicos que não têm vínculo empregatício com a organização. São considerados consultórios médicos do hospital apenas aqueles do plantão médico. Neste caso há ações destinadas às instalações físicas: uma ampla sala de estar (motivo pelo qual o entrevistado referiu-se a ela como salão de estar), televisão, bancos e cadeiras descritos pelo entrevistado como confortáveis.

²⁰ O centro clínico não pertence somente ao hospital: há empreendedores independentes e médicos que também compraram salas no prédio. Entretanto, a maioria dos consultórios pertence ao hospital, que os aluga aos médicos interessados.

Espera por atendimento

Além de ser cirúrgico e clínico, o hospital tem um plantão médico bastante movimentado²¹. Uma das conseqüências é que pode ser necessário ao paciente esperar por atendimento. Em todas as salas de estar procura-se oferecer ao cliente itens como revistas, televisão e água.

Mapeamento de interações hospital-cliente

O hospital está dividido em famílias de serviços. Cada uma delas é composta por gestores de áreas. A Família de Apoio, por exemplo, é composta pelas áreas de Marketing, Nutrição, Controladoria, Segurança e Manutenção.

Semanalmente os momentos da verdade (termo usado pelo entrevistado) são avaliados por todas as famílias de serviços em termos de ações realizadas e problemas operacionais.

Mensalmente há uma reunião para avaliação de todo o hospital. Nessa ocasião, o Sr. Ralf apresenta os resultados mais recentes da pesquisa de satisfação dos clientes. O entrevistado é responsável por interagir com cada um dos gestores de área para discutir eventuais problemas e também para fazer os devidos elogios quando há destaques positivos apontados pelos clientes.

Sinalização

O Hospital Mãe de Deus é formado por um conjunto de prédios. As cores de todos eles são as mesmas porém utilizam-se placas que indicam a direção e/ou o nome das diferentes áreas.

²¹ Houve duas pausas durante a entrevista. Em conversa informal durante uma dessas pausas, o Sr. Ralf mencionou haver cerca de 11.000 atendimentos/mês no plantão médico.

Há pouco tempo uma empresa terceirizada foi responsável pelo estudo da sinalização dos prédios tendo como preocupação central o fluxo de pessoas e equipamentos. Em breve os resultados desse estudo devem ser colocados em prática, mas o uso das mesmas cores para todos os prédios deve permanecer.

O entrevistado usou como exemplo de mudança na sinalização o desejo de vários clientes manifesto nas pesquisas de satisfação: a substituição das placas *check in* e *check out* por ingresso e liberação.

Endereço da organização

A acessibilidade é característica importante para um hospital cujo setor de pronto atendimento é bastante movimentado. O Sr. Ralf explicou que o Mãe de Deus está instalado num bairro próximo ao centro da cidade e à Av. Ipiranga, que corta toda a cidade de Porto Alegre.

Para padrões locais, o entrevistado também considera que o Bairro Menino Deus é agradável.

Símbolo

O Hospital Mãe de Deus é uma entidade religiosa: foi fundado pela Irmã Maria Jacomina Veronese (falecida em 1984) e é presidido pela Irmã Jacira Onzi. Essa natureza religiosa do hospital explica seu logotipo - "a mãezinha": uma mãe e seu filho envoltos por uma cruz. O carinho da mãe pelo filho - o atendimento humano - é a idéia principal que se procura transmitir aos clientes.

Instalações físicas para funcionários

Há no hospital uma área de descanso para a qual os funcionários podem ir durante seus intervalos de trabalho. Essa área conta com poltronas reclináveis, televisão e café.

Influência da área de marketing

A influência da Gerência de Marketing sobre a definição dos elementos do cenário de serviços não é uma regra. Cada gestor de área tem uma certa autonomia e realiza seu trabalho com o aval da Diretoria. Esta última às vezes recomenda o apoio do Sr. Ralf e às vezes não. Independente dessa recomendação, o entrevistado declarou ter total liberdade para procurar qualquer gestor de área e expor sua opinião nos casos em que considerar adequado.

4.3.5 Recursos Humanos

Treinamentos dados a partir de necessidades identificadas pelo marketing

O Hospital Mãe de Deus faz uso da chamada matriz de desenvolvimento: um conjunto de treinamentos a que um funcionário deve ser submetido em função do papel que desempenha na organização. Os funcionários de recepção e atendimento a clientes têm sua matriz de desenvolvimento definida a partir das necessidades identificadas pela Gerência de Marketing pois a ela estão subordinados.

Treinamentos de profissionais de saúde a partir de necessidades identificadas pelo marketing

No caso dos profissionais de saúde, o papel da Gerência de Marketing restringe-se a procurar o gestor da área e comunicar uma necessidade de treinamento identificada. O Sr. Ralf deixou claro que é prestada uma "consultoria" porque ações efetivas diretas podem ser vistas por gestores de outras áreas como uma interferência.

O entrevistado ressaltou que a receptividade a treinamentos identificados pela Gerência de Marketing tem crescido. Segundo ele, os médicos ainda são um pouco resistentes, mas já há na organização médicos com perfil empreendedor, dispostos a conhecer pontos de vista diferentes.

Profissionais de saúde e fatores de qualidade avaliados pelos clientes

É comum haver no hospital médicos que são gestores de área. Todos os relatórios e comentários das pesquisas de satisfação são colocados à disposição desses gestores para que possam verificar a percepção **dos clientes** em relação aos serviços prestados. Dessa forma, os médicos são estimulados a avaliar esses relatórios e procurar fazer suas equipes melhorarem a qualidade dos serviços prestados além dos aspectos estritamente técnicos.

Preocupação especial em relação aos enfermeiros

O corpo de enfermagem representa entre 50 e 60% de todos os recursos humanos do hospital e passa pelos mesmos processos por que passam outros funcionários tais como integração, treinamento e conhecimento sobre como a organização deseja ser vista pelos clientes.

Todos os anos o hospital patrocina uma Jornada de Enfermagem quando são oferecidas palestras acerca de questões tanto técnicas quanto humanas.

Segundo o Sr. Ralf, o corpo de enfermagem da organização é bem preparado e pode ser considerado referência em âmbito nacional.

"Educar" os consumidores

Está sendo desenvolvido um material escrito para os clientes na área mais movimentada do hospital - o plantão médico. Esse material explicará aos clientes que nessa área há casos de emergência que passam à frente da fila em função de sua gravidade. Outra função desse material será a de informar aos clientes que a Organização Mundial de Saúde defende 15 minutos como tempo adequado para um bom atendimento nessa área. Uma terceira utilidade desse material será explicar aos clientes que o plantão médico do hospital tem um formato diferente: o paciente passa por uma consulta e, se precisar de exames ou de outros procedimentos médicos, tudo é

feito no próprio hospital, no mesmo dia e com retorno ao médico no mesmo dia. O entrevistado ressaltou a importância dessa terceira função porque o cliente precisa saber que, se for a um médico e tiver de fazer exames para posterior retorno, todo o processo pode demorar uma semana, ao passo que no hospital pode-se demorar 4, 5 ou 6 horas, mas o problema é resolvido por completo no mesmo dia.

O Sr. Ralf explicou que, antes mesmo de o material escrito ficar pronto, já foi tomada uma decisão: substituir o nome **pronto atendimento** por **consultas 24 horas**. Dessa forma os clientes sabem que a organização está à sua disposição 24 horas por dia, mas que o atendimento pode não ser imediato em função da gravidade do quadro clínico de cada paciente.

Diferenças de treinamento entre funcionários de alto e baixo contato

A matriz de desenvolvimento (ver treinamentos dados a partir de necessidades identificadas pelo marketing nesta seção) é mais voltada aos funcionários de alto contato, que estão sob coordenação da Gerência de Marketing. Nas outras áreas há gestores que coordenam as equipes, mas o entrevistado não soube precisar de que maneira tem sido feito o treinamento de funcionários de baixo contato.

O Sr. Ralf também fez um relato do Projeto 5 Estrelas. Num primeiro momento foram identificados todos os pontos de contato organização/cliente para que se possa envolver diversas áreas na busca da satisfação. Um grupo de funcionários será responsável pela avaliação mais criteriosa de todos os relatórios de comentários das pesquisas de satisfação e trabalhará diretamente nas áreas de internação e ambulatorial identificando melhorias que podem ser feitas e fazendo contato com os clientes (atualmente há *focus groups* em andamento). A partir do trabalho desses funcionários, será montado um *check list* de cada uma das áreas de contato indicando o que é necessário fazer para que aumente a qualidade de serviço percebida pelos clientes. Uma das consequências do projeto será a identificação de necessidades de treinamento

distintas para funcionários de alto e baixo contatos com o cliente. O entrevistado disse que o hospital já fez *benchmarking* com hotéis e outras organizações de serviços e a expectativa é de que haja resultados bastante positivos desse projeto.

Dificuldade na prática de marketing interno

O Gerente de Marketing considera que não há dificuldade na prática de marketing interno, porém ressalta o quanto é importante ser político nos relacionamentos para que "as portas não se fechem" (expressão do entrevistado): é necessário aproximar-se das pessoas e estar à sua disposição como forma de quebrar resistências.

O entrevistado considera que os médicos constituem o grupo com o qual é um pouco mais difícil trabalhar, mas acha que isso é inerente à sua formação e vê a reação desses profissionais como uma barreira perfeitamente transponível.

Seleção de recursos humanos

Todas as funções do hospital têm um perfil predeterminado e cada vez que é necessário fazer uma contratação há interação da área de recursos humanos com o gestor interessado para encontrar a melhor solução possível. Isso permite levar em consideração habilidades dos candidatos que vão além daquelas de natureza técnica.

Programas de monitoramento de desempenho

Há uma ferramenta de recursos humanos à disposição dos gestores para medir desempenho chamada acompanhamento funcional. Entretanto, seu uso não é obrigatório. O próprio entrevistado nunca fez uso dela.

Autonomia para prestar serviço

Não há uma definição clara sobre o nível de autonomia que os funcionários têm fora de suas funções básicas. O entrevistado destacou o perfil do gestor (mais controlador ou menos controlador) e o bom senso como fatores a serem levados em consideração. O Gerente de Marketing também acha preferível pecar por excesso do que por omissão: caso ele não concorde com a maneira como um de seus funcionários exerceu essa autonomia, o melhor caminho na sua opinião é elogiar a iniciativa e explicar a maneira mais correta de resolver o problema numa próxima vez.

Orientação sobre como agir com clientes problemáticos

A matriz de desenvolvimento (ver treinamentos dados a partir de necessidades identificadas pelo marketing nesta seção) inclui treinamentos em que são dadas instruções aos funcionários de contato direto com o cliente para lidar com esse tipo de situação.

Reconhecimento pela prestação de serviços

No Hospital Mãe de Deus há entrega de medalhas ou troféus àqueles funcionários que completam 5, 10, 15 ou 20 anos de trabalho na organização.

As pesquisas de satisfação têm um campo em que os clientes podem fazer menção a algum funcionário que se tenha destacado no atendimento: o funcionário do mês tem seu nome estampado nos murais e às vezes no "Entre Nós" (publicação interna).

Influência da área de marketing

A Gerência de Marketing tem influência na elaboração dos perfis de cargos sob sua supervisão apenas. O Sr. Ralf não teve participação pessoal nos perfis atuais de sua gerência porque ainda não trabalhava no hospital na época.

4.3.6 Comunicação Não Pessoal

Comunicação destinada a lembrar ao cliente a qualidade do serviço

O Hospital Mãe de Deus tem contrato com uma assessoria de imprensa que divulga eventos, compra de equipamentos e novas tecnologias que estão sendo agregadas aos serviços do hospital.

Principais mídias

As mídias mais comumente utilizadas pelo hospital são jornal, revista, *outdoor* e rádio. A televisão foi usada como mídia no passado, mas o entrevistado considera que sua relação custo/benefício é muito ruim.

Propaganda

A propaganda é utilizada pelo hospital na venda de produtos e serviços, porém o entrevistado ressaltou que a prioridade são instrumentos de relações públicas, que não implicam desembolso de recursos.

Relações públicas

O hospital mantém contrato com uma empresa terceirizada de assessoria de imprensa para divulgar sua participação e/ou patrocínio em eventos da área médica, bem como informar a aquisição de novos equipamentos e tecnologias que visam melhorar os serviços prestados.

O Sr. Ralf destacou também o projeto Saúde Comunitária, em que um ônibus com o nome do hospital circula por comunidades da Grande Porto Alegre e interior do Estado oferecendo serviços e informação sobre saúde.

O entrevistado mencionou ainda a adoção de duas praças na cidade nas quais a organização faz um trabalho de promoção da saúde tentando mostrar ao público em geral que o Hospital Mãe de Deus está com ele não só na hora da dor, mas também na hora da prevenção.

Materiais de comunicação com o cliente disponíveis no hospital

Existe no hospital um conjunto de *folders* chamados É Bom Saber cujo objetivo é informar os clientes sobre assuntos pontuais como dores nas costas, males causados pelo cigarro, saúde do homem, saúde da mulher etc.

Gerenciamento das expectativas dos clientes

O Gerente de Marketing comentou a ausência de uma Pediatria bem estruturada no hospital. Embora isso represente uma lacuna nos serviços entre bebês e adultos, nunca houve necessidade de comunicá-la ao público porque normalmente quem traz clientes para o hospital é o médico.

Apesar do estado atual da Pediatria, o Sr. Ralf considera que o Hospital Mãe de Deus é uma organização sempre capaz de surpreender seus clientes. Essa sua afirmação ficou clara numa de suas últimas frases (como se estivesse dirigindo-se a um cliente) sobre o assunto: "...venha aqui porque, se não encontrar tal serviço, eu resolvo seu problema aqui ou fora...".

4.3.7 Importância da Área de Marketing e Orientação de Marketing da Organização

Estágio de desenvolvimento do marketing em hospitais brasileiros

Além de acreditar que a prática do marketing em hospitais brasileiros está apenas começando, o Sr. Ralf acredita que sua organização pode ser considerada uma referência por ter sido uma das primeiras a apresentar uma área de marketing estruturada.

O entrevistado também ressaltou que a prática do marketing ainda é muito confundida na área hospitalar com divulgação e propaganda. Um exemplo disso é que por vezes os médicos lhe perguntam "quando será feita a propaganda de tal serviço?" sem compreenderem que esta é apenas uma das ferramentas à disposição dos profissionais de marketing.

Composto de marketing

O Sr. Ralf acredita que o elemento do composto de marketing com que sua área pode colaborar mais é o produto. O objetivo primário quando se criou a área de marketing no hospital, aliás, foi vender mais produtos e serviços.

Argüido sobre o papel da promoção, o Sr. Ralf explicou que para ele promoção - devido à sua experiência no varejo - ocorre quando se faz um esforço com um produto existente para incentivar sua venda. Na sua atual posição o entrevistado não acha que se trata de uma questão de promover o produto, mas de fazê-lo aparecer mais.

Apoio da alta administração aos programas de marketing

Na opinião do Gerente de Marketing, a Diretoria da organização tem consciência da importância de sua área e apóia seus programas. Entretanto, ele pondera que essa importância dada à área ainda não é suficiente.

Alta administração e qualidade de serviços

A Diretoria do hospital não delega as preocupações com qualidade de serviços ao corpo médico apenas: o entrevistado acredita que há consciência da necessidade de participação de outras áreas - principalmente da área de marketing - e que há igualdade entre o peso dado a fatores técnicos e humanos.

O entrevistado citou como exemplo de seu argumento uma recente pesquisa de satisfação feita com clientes de empresas de medicina de grupo que usam os serviços do hospital: os fatores mais destacados foram simpatia e carinho, com qualidade técnica aparecendo apenas em terceiro lugar.

Estabelecimento dos componentes da evidência física

O entrevistado considera que o ponto de vista dos clientes é valorizado no estabelecimento dos elementos da evidência física.

Pesquisas de avaliação da qualidade de serviços

As pesquisas de satisfação de clientes são sempre feitas nas dependências do hospital e os questionários são espalhados por diversas áreas.

Importância da evidência física para os clientes

O entrevistado considera que entre os três elementos da evidência física explorados na entrevista - instalações físicas, recursos humanos e comunicação não-pessoal - recursos humanos é aquele a que os clientes dão mais importância em suas avaliações da qualidade de serviços.

O Sr. Ralf acredita que sua organização destaca-se mais positivamente em recursos humanos e instalações físicas igualmente.

Pesquisa de imagem de marca

O Gerente de Marketing utiliza duas pesquisas de imagem de marca desenvolvidas por institutos da região. A primeira é a Marcas de Quem Decide, feita com o empresariado gaúcho, para avaliar lembrança e preferência. Nessa pesquisa o hospital ocupa a segunda colocação em situação de empate técnico com o primeiro colocado. A segunda é a *top of mind*, - feita com o público em geral pela Revista Manhã, para avaliar lembrança. Nessa pesquisa, a organização ocupa a primeira colocação como hospital particular mais lembrado do Estado.

Canais de comunicação com funcionários

A Gerência de Marketing elabora em conjunto com a Gerência de Recursos Humanos o jornal interno "Entre Nós". Além disso há uma espécie de caixa de sugestões chamada "Pergunte ao RH": dúvidas sobre qualquer área do hospital são enviadas à Gerência de Recursos Humanos. Esta, por sua vez, direciona as perguntas aos gestores e posteriormente envia as respostas aos funcionários.

4.3.8 Perguntas Gerais

Em relação ao assunto central da entrevista - evidência física - o Sr. Ralf considerou que poderia ter havido uma abordagem melhor sobre responsabilidade social porque ela tem forte impacto sobre a imagem da organização na comunidade onde está inserida. Balanço social, ações sociais e envolvimento com a comunidade são atividades de empresas *top* na opinião do entrevistado.

Não houve restrições do Gerente de Marketing quanto ao uso do nome da organização no trabalho final. Seu único pedido foi o de deixar claro que as opiniões expressas eram dele.

Nenhum comentário adicional foi feito pelo entrevistado.

4.4 CLÍNICA SÃO VICENTE DA GÁVEA

4.4.1 Dados do Hospital

A Clínica São Vicente da Gávea²² é uma organização privada com fins lucrativos localizada na cidade do Rio de Janeiro (RJ). Fundada em novembro de 1933, está prestes a completar 70 anos.

A organização conta com 591 funcionários, 79 leitos e realiza cerca de 250 cirurgias/mês.

Trata-se de um hospital tanto cirúrgico quanto clínico com destaque nas seguintes especialidades médicas: Neurologia, Tratamento da Coluna, Transplantes, Emergência, Traumatologia, Oncologia e Tratamento de Queimados.

4.4.2 Dados da Entrevistada

A entrevista foi realizada em 30 de abril de 2003 nas instalações da Clínica São Vicente da Gávea com a Sra. Simone Behrsing da Nóbrega, Assistente de Marketing.

A atual estrutura organizacional da clínica não contempla uma Gerência de Marketing: a Sra. Simone está subordinada à Diretoria de Relações Institucionais e, na prática, desempenha funções de gerente de marketing auxiliada por um estagiário.

A Sra. Simone é formada em Administração, cursou MBA em Marketing numa instituição do Rio de Janeiro e está na função há 1 ano e 4 meses.

²² A razão social da clínica é Hospitais Integrados da Gávea. Por solicitação da entrevistada - e por ser este o nome pelo qual é conhecida - será chamada, na dissertação, Clínica São Vicente da Gávea.

4.4.3 Qualidade de Serviços

No início da entrevista, a Sra. Simone trouxe para a sala um folheto chamado Direcionamento Institucional em que são detalhados a missão, a visão de futuro e os valores da clínica. Um dos valores - a qualidade - é descrita como: "oferecendo continuamente alto padrão de atendimento buscando persistentemente a excelência".

O conceito de qualidade de serviços da Clínica São Vicente da Gávea está apoiado em dois pilares. O primeiro é o atendimento de alto padrão: o posicionamento atual da clínica é de medicina para a elite. As freqüentes internações de artistas da Rede Globo veiculadas pela imprensa são exemplo do primeiro pilar. O segundo é a resolução de casos de alta complexidade: embora não haja qualquer intenção de perder a imagem de atendimento de alto padrão conquistada, hoje em dia está em curso um reposicionamento da clínica cujo objetivo é torná-la sinônimo de excelência naquelas especialidades médicas (ver 4.4.1) destacadas pela entrevistada.

4.4.4 Instalações Físicas e Equipamentos

Área externa

Existem ações voltadas à área externa da clínica, mas não há preocupação em divulgá-las. Segundo a entrevistada, isso "já vem no automático".

A localização é fator importante para compreender a área externa da clínica: uma área de preservação de Mata Atlântica num dos bairros mais nobres do Rio de Janeiro.

Área de recepção

Na área de recepção, bem como em outros ambientes da clínica, há uma preocupação de não haver cheiro ou aparência de hospital. Para a entrevistada essa característica faz parte da história da clínica e sempre agradou às pessoas.

Quartos

Há um Gerente Operacional²³ responsável pelas atividades de hotelaria e manutenção. A entrevistada enfatizou que há preocupação com os quartos: todos são bem decorados, têm televisão a cabo e frigobar, e as suítes estão de frente para a mata que cerca a clínica.

Acompanhantes

Em função de sua localização, a Clínica São Vicente da Gávea oferece aos acompanhantes algo provavelmente único no Rio de Janeiro: uma trilha na mata para caminhadas ou simplesmente para relaxar, já que em muitos casos os acompanhantes não têm o que fazer.

De acordo com o tipo de quarto, há sofá-cama para um acompanhante e possibilidade de trabalhar com notebook.

No mesmo prédio em que a Sra. Simone trabalha, há uma lanchonete que pode ser usada pelos acompanhantes.

Por ser bilíngüe, a clínica costuma receber pacientes estrangeiros. Em geral essas pessoas estão na cidade a lazer e seus eventuais acompanhantes continuam hospedados onde já estavam, razão pela qual nunca se considerou necessário estabelecer convênios com hotéis para acompanhantes.

²³ O cargo de Gerente Operacional tem muita influência sobre o dia-a-dia da clínica e suas principais responsabilidades dizem respeito à coordenação da hotelaria, manutenção, estacionamento e pessoal de atendimento.

Consultórios médicos

Os consultórios instalados na área da clínica são geridos por médicos que não mantêm vínculo empregatício com a organização. Todos são prestadores de serviços.

Em função desse modelo de atendimento clínico não há interferência da organização na decoração ou outros fatores do ambiente físico dos consultórios. Entretanto, há esforços da Sra. Simone para mostrar a esses médicos que todos fazem parte da clínica: em inaugurações, na Semana do Médico, na Semana de Enfermagem ou outros eventos todos são convidados a participar.

Espera por atendimento

Há uma recepção principal e outra na área de emergência. Em casos de espera por atendimento, em ambas os clientes têm à disposição itens básicos como televisão, jornais e revistas.

Mapeamento de interações hospital-cliente

Segundo a entrevistada, há preocupação com as interações, mas não um mapeamento formal que sirva como guia para desenvolver ações voltadas ao cenário de serviços.

Sinalização

Existe um sistema de sinalização por cores que variam de acordo com a unidade. Na opinião da Sra. Simone, esse sistema não é funcional e pode ser considerado um dos pontos fracos da clínica: não há histórico sobre a razão de ser das diferentes cores e comumente as pessoas se perdem. A melhoria da sinalização interna é uma das propostas do plano de marketing proposto pela entrevistada e recentemente aprovado pela Diretoria.

No passado, devido à distância entre as principais vias de acesso e a clínica, havia dificuldades de sinalização externa que levavam as pessoas a se perder. Após um trabalho conjunto da clínica e da Companhia de Engenharia de Tráfego do Rio de Janeiro, essas dificuldades foram superadas.

Endereço da organização

A Gávea é tida como um dos bairros de mais alto padrão do Rio de Janeiro.

O local em que a clínica está instalada foi definido pela entrevistada como tranqüilíssimo, característica importante para manter os pacientes longe do dia-a-dia agitado típico de cidade grande.

A dificuldade de acesso é um fator negativo principalmente para o setor de emergência da clínica. Embora esteja ciente dessa dificuldade, a entrevistada acredita que não há o que fazer: qualquer alteração dependeria das autoridades públicas.

Essa dificuldade de acesso é contrabalançada por um fator destacado pela Sra. Simone em outro ponto da entrevista: a clínica está numa área de preservação de Mata Atlântica, o que a impede de ampliar suas instalações. Em outras palavras, não há preocupação em atrair cada vez mais clientes.

Símbolo

A logomarca - três árvores estilizadas acompanhadas do nome da clínica - existe há décadas e está associada tanto à localização privilegiada quanto à idéia de aconchego. Ela é utilizada em toda a comunicação da clínica como folhetos, placas de sinalização e ambulâncias.

Embora não saiba ainda quando, a Sra. Simone pretende propor a criação de uma nova logomarca.

Instalações físicas para funcionários

Além de estar afastada das principais vias de acesso, há uma ladeira de paralelepípedos entre uma das avenidas do bairro e a clínica. Os funcionários têm à disposição um microônibus para fazerem o trajeto, além de televisão no ponto de espera dentro da clínica. A entrevistada destacou também a existência de um refeitório muito bom para os funcionários.

Influência da área de marketing

A Sra. Simone terá total influência na futura sinalização da clínica. Essa é uma exceção pois hoje em dia ela não exerce influência sobre quaisquer decisões dos demais elementos que compõem o cenário de serviços: todas são de responsabilidade do Gerente Operacional.

4.4.5 Recursos Humanos

Treinamentos dados a partir de necessidades identificadas pelo marketing

Pelo menos por enquanto não há treinamentos feitos a partir de indicações da entrevistada. O Gerente Operacional e a Gerente de Recursos Humanos é que tomam decisões sobre treinamentos.

Treinamentos de profissionais de saúde a partir de necessidades identificadas pelo marketing

Assim como para os funcionários em geral, não há treinamentos para profissionais de saúde realizados a partir de necessidades identificadas pela entrevistada. Aliás, não existe treinamento direcionado para nenhuma área específica da clínica.

Profissionais de saúde e fatores de qualidade avaliados pelos clientes

A Sra. Simone considera que as iniciativas de estimular os profissionais de saúde a observarem fatores de qualidade de serviços além daqueles de natureza técnica ainda são pontuais.

Foram citados dois exemplos de iniciativas existentes. O primeiro diz respeito aos enfermeiros - grupo com que a entrevistada pretende trabalhar mais num primeiro momento: na Semana de Enfermagem deverá haver palestras para esse público. O segundo são palestras para os médicos realizadas no auditório da clínica: esse tipo de atividade é tida pela entrevistada como esporádica e não baseada numa visão de que os médicos precisam disso.

Preocupação especial em relação aos enfermeiros

Os enfermeiros representam cerca de 1/3 do número total de funcionários da clínica e constituem o grupo com que a Sra. Simone pretende trabalhar mais, num primeiro momento. Para causar a melhor impressão possível nesse grupo, a programação das palestras para a Semana de Enfermagem está sendo discutida com a gerente da área.

"Educar" os consumidores

Essa preocupação de "educar" os clientes existe para aquelas pessoas que ficam internadas na clínica: distribui-se um kit com informações sobre normas durante a internação, o dia da alta e o que pode ser feito para torná-lo mais rápido. Desse kit faz parte também o questionário da pesquisa de satisfação, cuja importância do preenchimento é ressaltada pela Ouvidoria quando esta visita os quartos.

Diferenças de treinamento entre funcionários de alto e baixo contato

Uma vez que não há treinamento direcionado para áreas específicas da clínica (ver treinamentos de profissionais de saúde a partir de necessidades identificadas pelo marketing nesta seção), também não há diferenças que possam ser estabelecidas entre funcionários de alto e baixo contatos com o cliente.

Dificuldade na prática de marketing interno

A Sra. Simone enfatizou ter muita dificuldade na prática de marketing interno em função da falta de tempo e até mesmo da falta de colaboração dos funcionários. Ela tem como um de seus desafios entender o que os diversos grupos desejam de sua área.

Na avaliação da entrevistada, médicos, enfermeiros e funcionários administrativos são mais receptivos ao seu trabalho hoje em dia do que na época em que ela começou a trabalhar na clínica.

Argüida sobre a resistência dos médicos, a entrevistada explicou que não observa neles resistência, mas desconhecimento: quando esses profissionais percebem que há resultado do trabalho de marketing (por exemplo, após uma entrevista, um debate ou um artigo), a tendência é ficarem mais empolgados do que grupos que normalmente não apresentam resistência.

Seleção de recursos humanos

A Sra. Simone não se considerou a pessoa indicada para responder se no processo de seleção de recursos humanos da clínica são levados em consideração aspectos técnicos e perfis que revelem cuidado com o cliente.

Em resposta à pergunta, a Gerente de Recursos Humanos explicou que o processo seletivo da Clínica São Vicente da Gávea para qualquer vaga considera tanto habilidades técnicas quanto o perfil psicológico do candidato. A definição do perfil varia de acordo com o cargo a ser ocupado. Nas funções que têm contato direto com o cliente exige-se maior comprometimento com o atendimento. Nos cargos da área assistencial (enfermeiros e técnicos de enfermagem), além de prova técnica e testes de avaliação psicológica, aplica-se um teste de inteligência emocional.

Programas de monitoramento de desempenho

A Sra. Simone não soube dizer se há na clínica programas de monitoramento de desempenho dos funcionários.

Em resposta à pergunta, a Gerente de Recursos Humanos explicou que atualmente não existem programas desse tipo. Entretanto, a clínica em breve terá um programa de avaliação de desempenho dos funcionários por ser esta uma exigência da *Joint Commission*²⁴ para obtenção da acreditação hospitalar internacional.

Autonomia para prestar serviço

Em geral os funcionários não têm autonomia para prestar serviço além de suas funções básicas. A Sra. Simone enfatizou o uso do bom senso principalmente em casos emergenciais, mas deixou claro que em princípio não há autonomia.

²⁴ Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations: organização independente e sem fins lucrativos que estabelece padrões pelos quais a qualidade dos serviços de saúde é medida nos Estados Unidos e no mundo.

Orientação sobre como agir com clientes problemáticos

A Sra. Simone afirmou desconhecer orientações explícitas sobre como agir com clientes problemáticos.

Em resposta à pergunta, a Gerente de Recursos Humanos explicou que há orientações, porém não de maneira formal. A formalização de como agir com clientes problemáticos existirá em breve, por tratar-se de uma das exigências da *Joint Commission* para obtenção da acreditação hospitalar internacional.

Reconhecimento pela prestação de serviços

No jornal interno semanal "Dose Certa" há uma seção dedicada aos funcionários elogiados da semana. Mensalmente a Sra. Simone recebe uma relação dos funcionários que se destacaram e organiza-a por grupos de forma que a cada semana alguns sejam citados.

Influência da área de marketing

A Sra. Simone não tem qualquer influência sobre contratação ou definição de perfil de recursos humanos da clínica, mesmo em casos de funcionários de alto contato com os clientes. Quaisquer decisões ficam a cargo da Gerência de Recursos Humanos e da área que solicita a contratação.

Não está entre as prioridades da entrevistada influenciar essas decisões de recursos humanos porque há outras conquistas mais importantes no curto prazo.

4.4.6 Comunicação Não Pessoal

Comunicação destinada a lembrar ao cliente a qualidade do serviço

O tipo de comunicação usada para mostrar aos clientes a qualidade do serviço que estão recebendo são folhetos institucionais.

Principais mídias

As principais mídias utilizadas pela clínica são jornal e internet.

Propaganda

A propaganda já foi utilizada no passado pela clínica. Neste ano (2003) essa ferramenta de promoção ainda não foi utilizada.

A Sra. Simone ressaltou que qualquer comunicação por meio de propaganda deve ser criteriosamente escolhida porque a atração de clientes normalmente não está nessa forma de promoção, mas na comunicação boca a boca, na experiência passada ou no médico. Este último foi citado pela entrevistada como seu canal de comunicação.

Relações públicas

O trabalho de relações públicas é a forma de promoção mais utilizada pela clínica. Procura-se trabalhar com mídia espontânea: artigos de médicos da clínica, realização de simpósios, palestras para a comunidade e resultados de pesquisas são transmitidos à mídia em geral por meio de uma assessoria de imprensa terceirizada.

O Centro de Estudos e Pesquisas Genival Londres (CEGEL) é tido pela entrevistada como uma importante diferença da clínica em relação aos concorrentes e um meio de incrementar esse trabalho de relações públicas. O CEGEL dedica-se ao estudo e pesquisa de doenças, indo além do papel da clínica de curá-las.

Há uma particularidade da Clínica São Vicente da Gávea que torna as atividades de relações públicas bastante intensas: é comum artistas da Rede Globo serem internados lá para tratamento de saúde. Isso em geral resulta num volume imenso de mídia espontânea, mas ao mesmo tempo requer cuidados com as informações que podem e devem ser divulgadas sobre a saúde do paciente ilustre: em

geral a entrevistada, a família e a empresa de assessoria de imprensa discutem o conteúdo daquilo a que a imprensa terá acesso.

Ao final da entrevista, a Sra. Simone revelou uma curiosidade que remonta à novela "Mulheres Apaixonadas" da Rede Globo e que tem impacto sobre o número de inserções gratuitas da clínica na mídia: as falas do neurologista interpretado pelo ator José Mayer bem como elementos do cenário de serviços foram extraídos de um acordo entre a clínica e a emissora.

Materiais de comunicação com o cliente disponíveis no hospital

Os materiais de comunicação mais comumente disponíveis na clínica são folhetos de serviços especializados tais como o Centro de Neurocirurgia e o Centro de Doenças Cerebrovasculares. Um folheto do Centro de Radiologia da Mulher está sendo desenvolvido.

Gerenciamento das expectativas dos clientes

Não há esforços da entrevistada em gerenciar as expectativas dos clientes. O que há são esforços da clínica para superar as expectativas por meio dos serviços prestados: as pesquisas de satisfação dos clientes são utilizadas para identificar possíveis problemas e todos os gerentes são convidados a participar das reuniões em que seus resultados são apresentados.

4.4.7 Importância da Área de Marketing e Orientação de Marketing da Organização

Estágio de desenvolvimento do marketing em hospitais brasileiros

Na opinião da entrevistada, a aplicação do marketing em hospitais brasileiros está apenas começando. Ela citou como exemplo sua atividade escolar mais recente: após o MBA em Marketing, sua intenção era cursar um programa de desenvolvimento gerencial em saúde. O coordenador do programa desaconselhou-a porque os estudos

de Administração ainda são muito escassos para a área de saúde e faria mais sentido esperar mais algum tempo em vez de sair do MBA e imediatamente ingressar noutro programa. A Sra. Simone considera essa uma boa notícia porque representa enorme potencial para profissionais como ela.

Composto de marketing

A Sra. Simone acredita que o elemento do composto de marketing com que sua função mais permite colaborar é o produto. Em segundo lugar está a promoção. Esta, porém, é tida mais como uma consequência do produto.

Apoio da alta administração aos programas de marketing

Neste ano de 2003 - seu segundo ano na organização - a entrevistada acredita que tenha conquistado o apoio da alta administração. Na sua opinião esse apoio foi traduzido na recente aprovação pela Diretoria do plano de marketing que ela propôs para a clínica.

Alta administração e qualidade de serviços

Existe consciência da alta administração da clínica de que a participação de áreas externas à área técnica é importante para a qualidade de serviços. Entretanto, a entrevistada considera que o foco da alta administração é a área técnica. As atividades de marketing, por exemplo, são tidas como suporte.

Estabelecimento dos componentes da evidência física

O *input* (palavra da entrevistada) para determinação dos componentes da evidência física vem da alta administração. Quando as pesquisas de satisfação mostram que algum elemento não está alinhado com o desejo dos clientes procura-se adequá-lo da melhor maneira.

Pesquisas de avaliação da qualidade de serviços

As pesquisas de satisfação são aplicadas apenas nos casos de internação e podem ser preenchidas tanto pelo próprio paciente quanto por acompanhantes. A importância do preenchimento dos questionários é enfatizada pela Ouvidoria (ver "educar" os consumidores na seção 4.4.5).

Importância da evidência física para os clientes

Na opinião da entrevistada os recursos humanos são o componente da evidência física a que os clientes dão mais importância em suas avaliações da qualidade de serviços.

Igualmente a entrevistada acredita que os recursos humanos são o componente da evidência física em que sua organização mais se destaca: o acolhimento, o cuidado no atendimento.

Em seus comentários, a Sra. Simone mencionou a importância do cenário de serviços neste momento em que a clínica busca ser reconhecida como instituição de excelência na resolução de casos complexos. Ainda assim, com base nas pesquisas de satisfação, prevalece sua opinião de que os recursos humanos são o destaque da clínica.

Pesquisa de imagem de marca

Não são feitas pesquisas de imagem de marca pela clínica nem utilizados resultados de pesquisas feitas por terceiros.

Canais de comunicação com funcionários

O jornal interno "Dose Semanal" é utilizado como canal de comunicação com os funcionários.

4.4.8 Perguntas Gerais

Em relação ao assunto central da entrevista - evidência física - a Sra. Simone argumentou que para entender mais sobre a Clínica São Vicente da Gávea é preciso conhecer melhor seu centro de estudos. Para ela esse centro é uma ferramenta fundamental de marketing, principalmente para comunicação com médicos.

A entrevistada pediu que lhe fosse enviado um pedido de uso do nome da clínica no trabalho final.

A Sra. Simone fez um comentário adicional sobre sua experiência profissional anterior e como isso a ajudou: durante 14 anos ela trabalhou na Lufthansa e um de seus trabalhos durante o MBA foi fazer um paralelo entre companhia aérea e hospital. Suas conclusões mostraram que há muita semelhança entre os dois negócios: o perfil do cliente é de uma pessoa ansiosa e muitas vezes com medo, que precisa do auxílio dos funcionários da organização.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

4.5.1 Organizações e Entrevistados

Os quadros a seguir fornecem uma comparação tanto das organizações pesquisadas quanto dos entrevistados.

QUADRO 7 - DADOS DAS ORGANIZAÇÕES PESQUISADAS

	HOSPITAL MOINHOS DE VENTO	HOSPITAL MÃE DE DEUS	CLÍNICA SÃO VICENTE DA GÁVEA
Natureza jurídica	Privado filantrópico	Privado filantrópico	Privado com fins lucrativos
Fundação	Outubro de 1927	Junho de 1979	Novembro de 1933
Localização	Porto Alegre - RS	Porto Alegre - RS	Rio de Janeiro - RJ
Hospital do tipo	Geral	Geral	Geral
Hospital clínico ou cirúrgico	Basicamente cirúrgico	Clínico e cirúrgico	Clínico e cirúrgico
Funcionários	1.310	1.494	591
Leitos	308	200	79
Leitos em unidades fechadas (CTI adulto, CTI neonatal e unidade coronariana)	34	31	23
Média de cirurgias/mês	1.400	2.200	250
Realiza transplantes	Sim	Não ⁽¹⁾	Sim
Principais especialidades médicas	Neurologia/Neurocirurgia, Oncologia, Cardiologia e Traumatologia-Ortopedia	Oncologia e Traumatologia	Neurologia, Tratamento da coluna, Transplantes, Emergência, Oncologia, Traumatologia, Tratamento de queimados

FONTE: O autor

(1) Essa informação foi dada pelo entrevistado em novembro de 2002: naquela época havia sido recém-obtida licença para realização de alguns tipos de transplante.

O quadro 7 mostra que o Hospital Moinhos de Vento e a Clínica São Vicente da Gávea estão no mercado há bem mais tempo que o Hospital Mãe de Deus. Se levados em consideração o número de funcionários, de leitos e de cirurgias/mês, pode-se dizer que o Hospital Moinhos de Vento e o Hospital Mãe de Deus são bem maiores que a Clínica São Vicente da Gávea. Por fim a coincidência de algumas das principais especialidades médicas entre as três organizações pode ser um indicativo de sua elevada capacidade técnica.

QUADRO 8 - DADOS DOS ENTREVISTADOS

	HOSPITAL MOINHOS DE VENTO	HOSPITAL MÃE DE DEUS	CLÍNICA SÃO VICENTE DA GÁVEA
Nome	Henrique Kuhl	Ralf Rauschild	Simone B. da Nóbrega
Cargo	Gerente de Relações com o Cliente	Gerente de Marketing	Assistente de Marketing
Nome da área	Gerência de Relações com o Cliente	Gerência de Marketing	Não há gerência ⁽¹⁾
Subordinação da área	Superintendência Executiva	Diretoria Administrativa	Diretoria de Relações Institucionais
Tempo no cargo	3 anos	1 ano e 10 meses	1 ano e 4 meses
Formação	Engenharia Mecânica	Publicidade e Propaganda	Administração. Cursos MBA em Marketing

FONTE: O autor

(1) Na prática a Sra. Simone exerce funções de gerente de marketing auxiliada por um estagiário.

O quadro 8 indica que os entrevistados gozam de posições importantes em suas organizações haja vista os níveis hierárquicos a que estão subordinados. Tanto o Sr. Ralf quanto a Sra. Simone são graduados em cursos diretamente relacionados à sua função e exercem-na há menos de dois anos. O Sr. Henrique está no cargo há três anos e tem formação distinta de sua função, porém sua experiência profissional o torna habilitado para o cargo (ver 4.2.2).

4.5.2 Qualidade de Serviços

Os conceitos de qualidade de serviços das organizações pesquisadas incluem tanto o tratamento médico a que o cliente é submetido quanto o atendimento que lhe é prestado. Essa visão é coincidente com as dimensões técnica e funcional da qualidade de serviços discutidas por GRÖNROOS (1984) bem como com a dificuldade de distinguir entre "cura" e "cuidado" (BOPP, 1990) e com as necessidades médicas e psicológicas (JOHN, 1991) dos clientes de serviços de saúde.

A dimensão funcional da qualidade de serviços fica clara na ênfase dada pelos entrevistados ao atendimento: os recursos humanos foram considerados por todos tanto o elemento da evidência física a que os clientes dão mais importância em

suas avaliações da qualidade de serviços quanto o ponto forte de suas organizações (ver 4.5.6).

No Hospital Mãe de Deus e na Clínica São Vicente da Gávea a dimensão técnica da qualidade de serviços é função da complexidade dos procedimentos médicos. No Hospital Moinhos de Vento ela é função dos resultados alcançados pela organização nos diversos programas de gestão pela qualidade em que esteve ou está envolvida, especialmente a recém-obtida acreditação internacional e o Programa de Auditoria e Melhoria da Qualidade.

4.5.3 Instalações Físicas e Equipamentos

O cenário de serviços é um indicador de qualidade usado pelos clientes de serviços de saúde em função de sua intangibilidade e complexidade técnica (BROWN; SWARTZ, 1989; PEYROT, COOPER; SCHNAPF, 1993). Em diferentes graus e formas, os trabalhos desses e de outros autores estão presentes nas ações das organizações pesquisadas.

Área externa

Os três hospitais têm preocupação de manter uma área externa que seja agradável para seus clientes. Isso inclui itens como fachada, estacionamento e paisagem (LOVELOCK; WRIGHT, 1999).

A paisagem da Clínica São Vicente da Gávea e do Hospital Moinhos de Vento apresenta peculiaridades em relação à paisagem do Hospital Mãe de Deus: a primeira está instalada numa área de Mata Atlântica e o segundo conta com um bosque cuja preservação é inquestionável pela alta administração. Além disso ambos estão situados em bairros considerados de alto padrão em suas respectivas cidades. A presença de tais características tende a colaborar para aquelas reações internas dos

clientes descritas por BITNER (1992): atração pelo cenário, desejo de explorá-lo e desejo de retornar à organização.

Apesar da aparente desvantagem de sua área externa, o Hospital Mãe de Deus também conta com peculiaridades em relação às outras organizações: o edifício-garagem, a proximidade do centro da cidade, a proximidade de uma avenida que corta toda a cidade e o heliporto fazem da acessibilidade um ponto forte da organização, principalmente em função de sua movimentada área de emergência.

Área interna - recepção, quartos, consultórios, áreas de espera e sinalização

A área de recepção das três organizações é projetada para criar efeitos emocionais específicos (KOTLER, 1974) ou despertar reações internas nos clientes (BITNER, 1992). No Hospital Moinhos de Vento a principal idéia que se deseja transmitir é **acolhimento**. Na Clínica São Vicente da Gávea a preocupação é **não haver cheiro ou aparência de hospital**. No Hospital Mãe de Deus há mais de uma recepção e todas têm **estilo de hotel**. Nesta última organização trocou-se o nome sala de espera por sala de estar para **não haver uma conotação negativa da palavra paciente**.

Assim como em suas áreas de recepção, as três organizações cuidam de seus quartos visando criar sentimentos específicos nos clientes. Todos os entrevistados usaram as palavras hotel ou hotelaria para descrever elementos do ambiente físico e/ou ações gerenciais como: frigobar, televisão, decoração, limpeza, fornecimento de roupa de cama e possibilidade de fazer pedidos à lanchonete. No Hospital Moinhos de Vento a cromoterapia faz parte da decoração dos quartos: escolhem-se cores que transmitam emoções positivas aos clientes.

Os consultórios médicos não fazem parte das prioridades de ação das organizações para suas instalações físicas. Isso não se deve a um descuido, mas ao modelo de atendimento existente: ao lado dos hospitais Moinhos de Vento e Mãe de Deus há centros clínicos próprios cujos consultórios são alugados por médicos sem vínculo empregatício com as organizações. Na Clínica São Vicente da Gávea o modelo é o mesmo, porém não há um centro clínico e sim vários consultórios e/ou clínicas ao redor de suas instalações. Duas ressalvas devem ser feitas. Primeira: o Hospital Mãe de Deus desenvolve ações específicas básicas para seus consultórios na emergência como ampla sala de estar, televisão e cadeiras e bancos confortáveis. Segunda: o Hospital Moinhos de Vento terá influência direta sobre os consultórios do futuro centro clínico destinado às quatro especialidades médicas de destaque (ver 4.2.1).

Em caso de espera por atendimento, as ações dos três hospitais são bastante parecidas: salas com televisão, revistas, jornais e água. Tais ações podem colaborar para reações internas dos clientes como humor e conforto (BITNER, 1992).

A sinalização do Hospital Moinhos de Vento é feita com base em diferentes cores: para cada andar adota-se uma cor que é seguida até mesmo para os sofás. Há também um diretório geral no andar térreo que indica aos clientes a localização de todas as áreas. No Hospital Mãe de Deus os prédios têm as mesmas cores porém usam-se placas que indicam a direção e/ou o nome das diferentes áreas. Na Clínica São Vicente da Gávea a sinalização também é feita por cores que variam de acordo com a unidade porém a entrevistada considera sua funcionalidade questionável e uma proposta de mudança já foi aprovada. Nesta última organização a sinalização das principais vias de acesso foram modificadas em trabalho com a Companhia de Engenharia de Tráfego local. As ações de sinalização descritas pelos entrevistados tendem a colaborar para reações internas de clientes e funcionários como humor e conforto (BITNER, 1992) porque visam evitar que as pessoas se percam e/ou fiquem irritadas.

Acompanhantes

Nas organizações pesquisadas considera-se extremamente importante o atendimento não só do paciente como de seus familiares e amigos. Todas contam com sofá-cama para acompanhantes (de acordo com o tipo de quarto) e lanchonete. O Hospital Moinhos de Vento mantém convênio com dois hotéis para que os acompanhantes tenham acesso a tarifas mais baixas caso precisem ficar dias ou semanas na cidade e está reformulando a área de espera destinada aos acompanhantes de pacientes que passam por atendimento cirúrgico ambulatorial. O Hospital Mãe de Deus mantém acordo com um hotel próximo às suas instalações para que os acompanhantes também tenham acesso a tarifas mais baixas. Na Clínica São Vicente da Gávea há uma trilha na área de Mata Atlântica para que os acompanhantes possam fazer caminhadas e/ou relaxar.

Toda a preocupação expressa pelos entrevistados é coerente com o trabalho de HAIR (1998), segundo o qual prestadores de serviços de saúde precisam reconhecer o papel que o ambiente físico desempenha não apenas sobre pacientes, médicos e demais funcionários, mas também sobre familiares dos pacientes.

Os entrevistados reconhecem também que em geral é mais fácil agradar aos pacientes do que a seus familiares e amigos. Em tom de brincadeira, o entrevistado do Hospital Mãe de Deus disse que "o problema não é o cliente, é o familiar" porque este último tem mais tempo para observar a qualidade do atendimento e da infraestrutura colocada à disposição do paciente. Na Clínica São Vicente da Gávea a entrevistada chamou atenção para o fato de que o acompanhante é também um paciente em potencial. STRASSER *et al.* (1995) chegaram à mesma conclusão dos entrevistados após realizarem pesquisa de satisfação com grupos de pacientes de hospitais bem como com seus familiares e amigos: os resultados mostraram que a qualidade de serviço percebida é mais alta entre pacientes do que entre familiares e amigos.

Mapeamento de interações

No Hospital Moinhos de Vento a pesquisa de satisfação é feita tanto com clientes que são internados quanto com aqueles que têm atendimento cirúrgico ambulatorial e com aqueles que têm atendimento de emergência. As perguntas referem-se a pontos de contato diversos como estacionamento, cafeteria e Pastoral. Os resultados mensais tanto geral quanto por área são divulgados para que se possa identificar **focos de mal-estar**: interações organização-cliente em que possa haver prejuízo à qualidade de serviço percebida.

No Hospital Mãe de Deus há reuniões semanais para discussão das ações realizadas e dos problemas operacionais nas interações organização-cliente de cada uma das famílias de serviços. Há ainda reuniões mensais de apresentação dos resultados da pesquisa de satisfação dos clientes, cujos questionários estão espalhados por toda a organização. Após as reuniões mensais, o Gerente de Marketing tem a tarefa de discutir eventuais problemas com os gestores de área bem como fazer-lhes os devidos elogios em caso de destaque positivo.

Na Clínica São Vicente da Gávea não há mapeamento formal das interações organização-cliente que sirva como referência para ações voltadas ao cenário de serviços. A pesquisa de satisfação dos clientes é feita apenas com aqueles que ficam internados.

Percebe-se que há diferença sensível entre as organizações no mapeamento das interações organização-cliente: tanto no Hospital Moinhos de Vento quanto no Hospital Mãe de Deus, os encontros de serviço são amplamente mapeados e discutidos, ao passo que na Clínica São Vicente da Gávea não há mapeamento formal e a pesquisa de satisfação não chega aos pacientes da emergência. Os dois primeiros conseguem aplicar melhor parte das recomendações do trabalho de BITNER (1990) para quem é fundamental que os administradores gerenciem e controlem cada encontro de serviço visando incrementar percepções de qualidade de todo o serviço.

Símbolos

As organizações pesquisadas procuram usar símbolos para criar sentimentos específicos nos clientes (KOTLER, 1974; BITNER, 1992). Nos três hospitais a logomarca é única e deve ser utilizada em qualquer manifestação de comunicação (documentos internos, veículos, propagandas, entre outros). O Hospital Moinhos de Vento tem por objetivo criar **sentimentos de bem-estar** (conforto, confiança, respeito e proximidade). O Hospital Mãe de Deus tem por objetivo criar **sentimentos de carinho ou atendimento humano**. A Clínica São Vicente da Gávea tem por objetivo criar **sentimentos de aconchego e remeter à mente dos clientes sua localização privilegiada**.

Instalações físicas para funcionários

O foco da pesquisa de campo foram as ações voltadas a gerar percepções de qualidade de serviço por parte dos clientes. Entretanto, dada a importância dos recursos humanos em organizações de serviços de alto contato (CHASE, 1978; BITNER; BOOMS; TETREAULT, 1990), havia uma pergunta sobre instalações físicas para funcionários. BITNER (1992) afirma que um *design* eficaz do cenário de serviços antecipa respostas favoráveis de funcionários e clientes a condições ambientais e cria o local apropriado para o encontro de serviço, além de colaborar para reações internas como humor, atitude e conforto. No Hospital Moinhos de Vento o conceito de bem-estar está voltado tanto para pacientes quanto para médicos e funcionários. No Hospital Mãe de Deus há uma área de descanso com poltronas reclináveis e televisão. Na Clínica São Vicente da Gávea há um microônibus para levar os funcionários da principal via de acesso até o local de trabalho.

Embora as três organizações desenvolvam as ações descritas, pode-se dizer que, comparativamente ao que elas fazem pelos clientes, tais ações ainda são pontuais.

Influência da área de marketing

Além de fundamental para a pesquisa de campo, este é o item das instalações físicas e equipamentos em que as três organizações mais apresentam diferenças.

No Hospital Moinhos de Vento o Gerente de Relações com o Cliente é diretamente envolvido nas decisões do cenário de serviços: sua missão é ter o olhar do cliente.

No Hospital Mãe de Deus a influência do Gerente de Marketing sobre o cenário de serviços não é uma regra. Entretanto, caso considere necessário, o entrevistado tem liberdade de procurar qualquer gestor de área e expor sua opinião.

Na Clínica São Vicente da Gávea, a Assistente de Marketing não exerce qualquer influência sobre o cenário de serviços. A única exceção prevista no momento é o projeto de sinalização da clínica. As decisões sobre instalações físicas e equipamentos estão concentradas na figura do Gerente Operacional.

Pode-se dizer que, principalmente o Hospital Moinhos de Vento, mas também o Hospital Mãe de Deus, seguem a recomendação de HUTTON e RICHARDSON (1995) para prestadores de serviços de saúde: o marketing deve ter papel-chave nas decisões sobre o cenário de serviços incluindo *design*, construção, equipamentos, manutenção, estacionamento, sinalização, limpeza, alimentação, lavanderia e quaisquer itens que os clientes possam tocar, provar, cheirar e ouvir durante a prestação do serviço. Diferentemente dessas duas organizações, a Clínica São Vicente da Gávea parece enfrentar um problema detectado por BITNER (1990): pouca coordenação entre áreas funcionais no gerenciamento de evidências tangíveis, com gerentes de operação (caso da clínica) ou *designers* tomando decisões sobre elementos do cenário de serviços sem participação dos administradores de marketing.

4.5.4 Recursos Humanos

Treinamento de recursos humanos

Há bastante diferença entre as respostas dadas pelos três entrevistados sobre treinamento de recursos humanos.

No Hospital Moinhos de Vento o papel do Gerente de Relações com o Cliente é o de indicar à área de recursos humanos, a partir das pesquisas de satisfação de clientes, eventuais necessidades de treinamento para áreas que tenham obtido avaliação insatisfatória. Essa forma de atuação não difere entre profissões de saúde e outras presentes na organização. O foco de treinamento dos funcionários de alto contato com clientes é o atendimento, ao passo que o foco de treinamento dos funcionários de baixo contato com clientes é o atendimento ao cliente interno.

No Hospital Mãe de Deus a matriz de desenvolvimento (ver 4.3.5) dos funcionários de recepção e atendimento é definida pela Gerência de Marketing. As necessidades de treinamento para profissionais de saúde são tratadas como uma "consultoria" da Gerência de Marketing: a partir das pesquisas de satisfação de clientes identificam-se necessidades de treinamento que são transmitidas aos gestores das áreas em que esses profissionais trabalham. A matriz de desenvolvimento está mais voltada aos funcionários de alto contato com clientes (recepção e atendimento), que estão sob coordenação da Gerência de Marketing. Para funções de baixo contato o entrevistado não soube precisar os critérios para treinamento. Num futuro próximo, o Projeto 5 Estrelas (ver 4.3.5) - elaborado inclusive a partir de *benchmarking* com hotéis - deverá indicar diferentes necessidades de treinamento entre funcionários de alto ou baixo contato com clientes.

Na Clínica São Vicente da Gávea não há treinamento de recursos humanos feitos a partir de indicações da entrevistada, seja ele destinado a profissionais em geral ou a profissionais de saúde. Na verdade não há treinamento formal direcionado a áreas específicas: eventuais necessidades de treinamento são definidas pelo Gerente Operacional e pela Gerente de Recursos Humanos. Obviamente com esse formato de atuação não é possível fazer distinção entre treinamento de funcionários de alto e baixo contato com clientes.

Pode-se dizer que, nas duas primeiras organizações, os entrevistados têm o papel de indicar necessidades de treinamento à área de recursos humanos e que em ambas há diferenças de treinamento entre funcionários de alto e baixo contatos com clientes. Essas práticas tendem a ressaltar habilidades dos funcionários de contato fundamentais para a qualidade de serviços, tais como cortesia, atitude e disposição para ajudar (BITRAN; HOECH, 1990). Segundo CHASE (1978), funções de alto e baixo contatos com clientes devem ser executadas por grupos distintos de pessoas: as duas primeiras organizações não só separam como procuram treinar de maneira distinta tais grupos. A terceira organização por enquanto está na contramão dessas práticas: a entrevistada não indica necessidades de treinamento à área de recursos humanos, não há treinamento formal direcionado a áreas específicas da clínica e, conseqüentemente, não se estabelecem treinamentos distintos para funcionários de alto e baixo contatos com clientes.

Enfermeiros

O corpo de enfermagem isoladamente representa o maior percentual de funcionários das três organizações: no Hospital Moinhos de Vento é superior a 60%, no Hospital Mãe de Deus entre 50% e 60% e na Clínica São Vicente da Gávea cerca de 33%.

Apesar de sua importância numérica, o corpo de enfermagem das três organizações não é alvo de ações de marketing relevantes. No Hospital Moinhos de Vento foi destacado o acompanhamento psicológico oferecido a esses profissionais quando sua necessidade é detectada. No Hospital Mãe de Deus, os processos de integração, treinamento e conhecimento da organização dos enfermeiros não difere daqueles a que outros grupos são submetidos. Anualmente o hospital organiza uma Jornada de Enfermagem em que são oferecidas palestras que tratam de temas técnicos e humanos. Na Clínica São Vicente da Gávea, os enfermeiros representam o grupo com que a entrevistada pretende desenvolver mais ações num primeiro momento: os temas das palestras que serão oferecidas na Semana de Enfermagem estão sendo discutidos com a gerente desta área.

A importância dada pelas organizações pesquisadas aos enfermeiros não parece de acordo com aquela descrita na literatura. BROWN e SWARTZ (1989) realizaram pesquisa com clientes de consultórios médicos e descobriram que é importante a interação não apenas com os médicos mas também com outros recursos humanos de prestadores de serviços de saúde, tais como enfermeiros e recepcionistas. WOODSIDE, FREY E DALY (1989) descobriram que os serviços prestados por médicos e enfermeiros estão fortemente associados à satisfação total do cliente com serviços hospitalares. CARMAN (1990) defende uma preocupação especial com enfermeiros em relação a treinamento e disseminação de conceitos de qualidade no atendimento. Por sua vez JOHN (1991) afirma que enfermeiros e médicos exercem mais influência do que quaisquer outros grupos de funcionários sobre percepções de qualidade dos clientes de serviços de saúde.

Marketing interno e profissionais de saúde

No Hospital Moinhos de Vento os enfermeiros são o grupo mais receptivo aos conceitos de qualidade de serviço do ponto de vista de marketing e os médicos são o grupo mais resistente. Procura-se estimular esses profissionais a conhecer fatores

avaliados pelos clientes durante a prestação de serviço que estão além daqueles de natureza técnica por meio do conceito de **assistência integral: todos devem atender igualmente o paciente.**

No Hospital Mãe de Deus, o entrevistado acredita não haver dificuldade na prática de marketing interno. Os médicos são apontados como o grupo mais resistente, porém são tidos como uma barreira perfeitamente transponível. Os profissionais de saúde são estimulados a conhecer fatores de qualidade de serviço avaliados pelos clientes por meio das pesquisas de satisfação: como muitos médicos são gestores de área, os resultados das pesquisas lhes dão noção da **qualidade percebida pelos clientes**. A partir desses resultados, os gestores podem cobrar de suas equipes um melhor desempenho funcional e não apenas técnico.

Na Clínica São Vicente da Gávea, ainda há dificuldade na prática de marketing interno. A entrevistada considera que tanto médicos e enfermeiros quanto funcionários administrativos são mais receptivos ao seu trabalho hoje em dia do que há cerca de um ano e meio, quando chegou ao hospital. Não há resistência por parte dos médicos na opinião da entrevistada, mas desconhecimento. Existem iniciativas de estimular profissionais de saúde a observarem fatores de qualidade de serviços além daqueles de natureza meramente técnica, mas ainda são pontuais.

Embora com menos intensidade na Clínica São Vicente da Gávea, o relato dos entrevistados aponta para uma tentativa de distribuição da função de marketing por toda a organização (GUMMESSON, 1979; O'CONNOR; POWERS; BOWERS, 1988; GRÖNROOS, 1989). A importância da prática de marketing interno está nos resultados do trabalho de O'CONNOR, SHEWCHUK e CARNEY (1994): os autores descobriram que em geral tanto profissionais de saúde quanto funcionários administrativos tendem a subestimar as expectativas dos clientes em relação aos serviços. Essa descoberta é razão suficiente para que prestadores de serviços de saúde pratiquem marketing interno com intensidade.

"Educação" dos clientes e clientes problemáticos

Serviços de saúde são dirigidos aos corpos das pessoas (LOVELOCK, 1983) bem como estão entre aqueles em que o cliente participa do processo de produção (LOVELOCK; WRIGHT, 2001). Essas características requerem dos hospitais esforços para "educar" os clientes para que a prestação do serviço seja bem-sucedida e para lidar com clientes problemáticos.

Em relação a "educar", o Hospital Moinhos de Vento entrega a cada cliente dois folhetos informativos: Guia de Orientação aos Pacientes e Acompanhantes e Direitos do Paciente. Há também uma fase de pré-cadastro em que os clientes são procurados para receberem todas as informações necessárias previamente a seu atendimento. No Hospital Mãe de Deus está sendo preparado um folheto que explica aos pacientes o formato de atendimento de sua área mais movimentada - o plantão médico. Na Clínica São Vicente da Gávea distribui-se aos pacientes internados um kit do qual fazem parte as normas de internação.

O termo "clientes problemáticos" surgiu na pesquisa feita por BITNER, BOOMS e MOHR (1994) com funcionários de hotéis, restaurantes e empresas aéreas (todos serviços de alto contato): cerca de um quarto dos entrevistados apontou como fonte de insatisfação na prestação de serviços clientes embriagados, clientes que abusavam verbal ou fisicamente de funcionários, clientes que desrespeitavam políticas da empresa ou leis e clientes que não cooperavam nos encontros de serviço. No Hospital Moinhos de Vento há procedimento formal para lidar com tais clientes que incluem atuação da área de enfermagem, da Pastoral e do médico, de acordo com a gravidade do problema. No Hospital Mãe de Deus a matriz de desenvolvimento inclui treinamentos cujo objetivo é lidar com tais clientes. Na Clínica São Vicente da Gávea não há orientação sobre como lidar com clientes problemáticos. Entretanto, a formalização de procedimentos será adotada em breve como parte das exigências para obtenção da acreditação internacional.

Seleção de recursos humanos

O processo de seleção de recursos humanos das três organizações leva em consideração tanto aspectos técnicos quanto humanos, dentre os quais estão iniciativa, capacidade de relacionamento e comprometimento com atendimento. Essas práticas são congruentes com a afirmação de que um dos fatores de sucesso do marketing interno está em recrutar e selecionar indivíduos que tenham habilidades desejadas pela organização principalmente em funções de contato (JOSEPH, 1996). Além disso o foco da seleção de recursos humanos em habilidades clínicas e de serviço ao cliente vai em direção a uma maior orientação para o cliente (FORD; FOTTLER, 2000).

Monitoramento de desempenho

As organizações pesquisadas diferem bastante entre si neste item. No Hospital Moinhos de Vento há avaliações de desempenho semestrais tanto de profissionais de saúde quanto de funcionários administrativos. No Hospital Mãe de Deus há uma ferramenta de recursos humanos destinada à avaliação de desempenho porém seu uso pelos gestores é opcional. Na Clínica São Vicente da Gávea não há qualquer ferramenta de avaliação de desempenho, porém a Gerência de Recursos Humanos prepara para breve sua implantação como forma de atender uma das exigências para obtenção da acreditação internacional.

Autonomia para prestar serviço

No Hospital Moinhos de Vento os limites de atuação técnica estão definidos de acordo com a posição ocupada por cada profissional. Entretanto, a autonomia de qualquer funcionário para prestar serviço aos clientes está definida pelos valores da organização. No Hospital Mãe de Deus a autonomia é função do estilo do gestor a que o funcionário está subordinado e do bom senso. Na Clínica São Vicente da Gávea, em princípio não há autonomia para os funcionários prestarem serviço além de suas funções básicas, porém deve-se procurar usar o bom senso em situações de emergência.

Neste item também há bastante diferença entre as práticas das três organizações pesquisadas. O fato de oferecer orientação clara sobre o nível de autonomia para prestar serviço aproxima o Hospital Moinhos de Vento do que defendem BITRAN e HOECH (1990). Para esses autores o objetivo crítico de uma organização de serviços de alto contato deveria ser a criação de um ambiente de trabalho em que os funcionários sejam encorajados a prestar serviços de alta qualidade e em que sua satisfação profissional seja preocupação primordial dos administradores.

O trabalho de BITNER, BOOMS e TETREAULT (1990) é outra ótima contribuição para discussão do tema: em pesquisa com clientes de hotéis, restaurantes e empresas aéreas (todos serviços de alto contato) os autores descobriram que quase metade das fontes de satisfação estava em ações não esperadas e não solicitadas dos funcionários. Entretanto, ações não esperadas e não solicitadas estão mais propensas a ocorrer em organizações onde aos funcionários é concedido algum nível de autonomia: pelos relatos dos entrevistados é mais provável que isso ocorra no Hospital Moinhos de Vento ou mesmo no Hospital Mãe de Deus do que na Clínica São Vicente da Gávea.

BITNER, BOOMS e MOHR (1994) publicaram artigo em que as condições básicas da pesquisa de BITNER, BOOMS e TETREAULT (1990) foram mantidas, porém os entrevistados eram funcionários das organizações: ações não esperadas e não solicitadas dos funcionários representaram aproximadamente um quarto das fontes de satisfação dos clientes. A diferença entre o peso dado por clientes e funcionários às ações não esperadas e não solicitadas pode ser reflexo da pouca autonomia sentida pelos últimos: entre as organizações pesquisadas é mais provável que os funcionários se sintam tolhidos para prestar serviços além de sua função básica na Clínica São Vicente da Gávea ou mesmo no Hospital Mãe de Deus do que no Hospital Moinhos de Vento.

Reconhecimento por bom desempenho

As três organizações pesquisadas têm formas de reconhecimento público pelo bom desempenho dos funcionários na prestação de serviços. No Hospital Moinhos de Vento e na Clínica São Vicente da Gávea, funcionários elogiados pelos clientes têm seus nomes publicados em jornal interno, enquanto no Hospital Mãe de Deus funcionários elogiados têm seus nomes expostos nos murais internos e eventualmente publicados em jornal interno.

O trabalho de BITNER, BOOMS e TETREAULT (1990) também serve de referência para este item: entre as ações não esperadas e não solicitadas do funcionário está o comportamento extraordinário na prestação de serviços. É esse tipo de comportamento que as organizações destacam em suas publicações semanais ou mensais.

Influência da área de marketing

Assim como na definição dos elementos do cenário de serviços, a influência dos profissionais de marketing em assuntos de recursos humanos diferencia em muito as organizações pesquisadas.

No Hospital Moinhos de Vento a Gerência de Relações com o Cliente participa de decisões de contratação. Exemplo disso é a elaboração de um novo perfil dos funcionários de atendimento que está sendo feita em parceria com a área de recursos humanos.

No Hospital Mãe de Deus a Gerência de Marketing tem influência apenas na elaboração dos perfis de cargos sob sua supervisão, porém com uma importante diferença em relação às outras organizações: os funcionários de recepção e atendimento estão subordinados ao Gerente de Marketing.

Na Clínica São Vicente da Gávea a Assistente de Marketing não tem qualquer influência sobre contratação ou definição de perfil desejado dos recursos humanos: as decisões dizem respeito exclusivamente à Gerência de Recursos Humanos e à área que solicita contratação de funcionários.

BITNER (1990) acredita que falta coordenação entre áreas funcionais em relação ao gerenciamento de recursos humanos: decisões sobre contratação e treinamento de funcionários muitas vezes são tomadas sem participação dos administradores de marketing. Embora de forma distinta, tanto no Hospital Moinhos de Vento quanto no Hospital Mãe de Deus os entrevistados participam de tais decisões. Na Clínica São Vicente, porém, essa participação ainda inexistente.

4.5.5 Comunicação Não Pessoal

A discussão de dois modelos de qualidade de serviços (GRÖNROOS, 1984; PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985) mostra que a comunicação não pessoal tem importante papel na formação da imagem do serviço esperado por parte dos clientes e, conseqüentemente, sobre a qualidade de serviço percebida.

A comunicação não pessoal é o componente da evidência física em que as ações das organizações pesquisadas apresentam maior grau de similaridade.

Mídias

As principais mídias usadas pelas organizações pesquisadas estão entre os tipos mais tradicionais citados por autores como CHURCHILL e PETER (2000) e KOTLER (2000): jornais, revistas, rádios, *outdoors*, folhetos e internet.

Propaganda

No Hospital Moinhos de Vento o principal objetivo da propaganda está na prevenção e promoção à saúde. No Hospital Mãe de Deus, por sua vez, o principal objetivo da propaganda é a venda de serviços da organização.

A Clínica São Vicente da Gávea é a única das organizações pesquisadas que atualmente²⁵ não faz uso da propaganda como ferramenta de comunicação não pessoal. Na opinião da entrevistada, o médico é o principal canal de comunicação.

Relações públicas

As três organizações usam instrumentos de relações públicas presentes em textos básicos de marketing como KOTLER e ARMSTRONG (1998) e KOTLER (2000).

No Hospital Moinhos de Vento, o foco de relações públicas é o mesmo da propaganda: prevenção e promoção à saúde. A intenção é obter publicidade favorável por meio do patrocínio e/ou participação em eventos da área médica e aproveitando datas comemorativas da área de saúde. No Hospital Mãe de Deus a publicidade favorável também é fruto do patrocínio e/ou participação em eventos da área médica, da divulgação à comunidade em geral da aquisição de novos equipamentos e tecnologias, do projeto de saúde comunitária e da adoção de duas praças na cidade.

²⁵ No passado, a Clínica São Vicente da Gávea já usou propaganda em sua comunicação não pessoal. Entretanto, até abril de 2003 (quando ocorreu a entrevista) não havia sido usada e não havia planos de usá-la.

A Clínica São Vicente da Gávea usa instrumentos de relações públicas similares àqueles das outras organizações porém duas diferenças merecem destaque devido a seu potencial de gerar inserções gratuitas na mídia: o centro de estudos e pesquisas da clínica (ver 4.4.6) e as freqüentes internações de artistas da Rede Globo de Televisão.

Materiais de comunicação disponíveis nas organizações

Dentro das organizações os materiais de comunicação disponíveis para os clientes são basicamente folhetos informativos e educativos. Ambos contribuem para objetivos promocionais e educacionais de comunicação em organizações de serviços descritos por LOVELOCK e WRIGHT (1999): redução da incerteza e do risco por meio de informações e instruções úteis.

Gerenciamento das expectativas

Entre as organizações pesquisadas apenas o Hospital Moinhos de Vento tem ações destinadas a gerenciar as expectativas dos clientes.

JOHN (1992) recomenda aos hospitais que promovam seus pontos fortes sobre um nível de serviço que possa ser realisticamente prestado e que informem os clientes dos tipos de serviços que podem ser esperados. Com ações destinadas a gerenciar expectativas dos clientes, o Hospital Moinhos de Vento não apenas segue a recomendação de JOHN (1992) como procura dar resposta às falhas do serviço - uma das fontes de satisfação ou insatisfação relatadas por BITNER, BOOMS e TETREAULT (1990, 1994).

4.5.6 Importância da Área de Marketing e Orientação de Marketing

Marketing em hospitais brasileiros

O resultado de pesquisa feita com gerentes de marketing de mais de 80 hospitais americanos levou ROBBINS, KANE e SULLIVAN (1988) a cunhar o termo "infância" para descrever o estágio de desenvolvimento do marketing em tais organizações naquela época.

Nas organizações pesquisadas, os entrevistados são unânimes em declarar que a aplicação das ferramentas de marketing em hospitais brasileiros ainda está na "infância". O Gerente de Relações com o Cliente do Hospital Moinhos de Vento lembra que a prática de marketing na área hospitalar era vista como não ética até bem pouco tempo e que em seu contato com gerentes de outras organizações é possível notar pouca clareza sobre o papel do marketing em hospitais. No Hospital Mãe de Deus o Gerente de Marketing chama a atenção para o fato de confundir-se a prática do marketing com propaganda apenas. A Assistente de Marketing da Clínica São Vicente da Gávea vê um lado muito positivo na "infância" do marketing em hospitais brasileiros: o fato de ainda haver muitas oportunidades profissionais.

Principal elemento do composto de marketing

No Hospital Mãe de Deus e na Clínica São Vicente da Gávea os entrevistados acreditam que o produto é o elemento do composto de marketing com que sua área pode colaborar mais. Já no Hospital Moinhos de Vento o entrevistado acredita ser a promoção esse elemento, mas o crescimento das áreas de ênfase (ver 4.2.1) deve levar a uma importância maior do produto.

Pelo menos um dos entrevistados deixou claro que pouco ou nada pode fazer em relação ao preço. Isso é reflexo do fato de o cliente normalmente não trocar dinheiro por serviços de saúde (FRANCE; GROVER, 1992) e ser beneficiário do serviço, mas não necessariamente seu pagador (LIBERMAN; ROTARIUS, 2001).

Alta administração - apoio aos programas de marketing, qualidade de serviços e definição dos elementos da evidência física

O apoio da alta administração das organizações pesquisadas a programas de marketing manifesta-se em diferentes graus. No Hospital Moinhos de Vento ele é considerado total pelo entrevistado. No Hospital Mãe de Deus ele é considerado alto, porém ainda insuficiente, pelo entrevistado. Na Clínica São Vicente da Gávea a entrevistada acredita que após mais de um ano de trabalho finalmente o apoio à sua área foi dado pela alta administração com a aprovação de um plano de marketing.

Tanto no Hospital Moinhos de Vento quanto no Hospital Mãe de Deus, a alta administração não delega as preocupações com qualidade de serviços ao corpo médico: a participação de outras áreas e principalmente das áreas dos entrevistados é tida como fundamental. Na Clínica São Vicente da Gávea há consciência da importância da participação de outras áreas na qualidade de serviços, mas o foco da alta administração está na área técnica.

Quanto à definição dos componentes da evidência física, tanto no Hospital Moinhos de Vento quanto no Hospital Mãe de Deus os entrevistados afirmam que as opiniões dos clientes são levadas em consideração. Na Clínica São Vicente da Gávea a entrevistada considera que o *input* vem da alta administração e que, caso as pesquisas de satisfação revelem falta de sintonia, são feitos reparos.

Essas diferenças entre as organizações pesquisadas podem estar relacionadas tanto a uma descoberta da pesquisa citada por ROBBINS, KANE e SULLIVAN (1988): os gerentes entrevistados notavam que faltava aos CEOs de seus hospitais uma formação de marketing e que suas experiências profissionais eram tipicamente de operações; quanto à visão apontada por O'CONNOR, POWERS e BOWERS (1988): a qualidade em serviços de saúde é tida como tão tecnicamente complicada que a alta administração acaba por delegá-la ao corpo médico.

Pesquisas de avaliação da qualidade de serviços

As seções de apresentação dos dados (ver 4.2, 4.3 e 4.4) e esta seção de análise dos dados deixam claro que as organizações pesquisadas realizam pesquisas de satisfação com seus clientes. Nisso seguem a recomendação de PARASURAMAN, ZEITHAML e BERRY (1985, 1988) e de PARASURAMAN, BERRY e ZEITHAML (1991) de que deve ser constante a prática de pesquisar a qualidade de serviço percebida pelos clientes.

Há uma diferença entre as organizações neste item: nos hospitais Moinhos de Vento e Mãe de Deus as pesquisas de satisfação são feitas com pacientes ou acompanhantes em caso de internação ou não. Já na Clínica São Vicente da Gávea elas são feitas com pacientes ou acompanhantes apenas em caso de internação.

Importância da evidência física para os clientes

Os entrevistados são unânimes em afirmar que dos três elementos da evidência física abordados na pesquisa - instalações físicas e equipamentos, recursos humanos e comunicação não pessoal - aquele a que os clientes dão mais importância em suas avaliações da qualidade de serviços são os recursos humanos.

No Hospital Moinhos de Vento e na Clínica São Vicente da Gávea, os entrevistados acreditam que o elemento da evidência física em que suas organizações obtêm destaque frente à concorrência são os recursos humanos. Já no Hospital Mãe de Deus o entrevistado acredita que tanto os recursos humanos quanto as instalações físicas são o grande destaque da organização frente à concorrência.

As respostas dos entrevistados são coerentes com os argumentos de autores como KOTLER e CLARKE (1987), BITRAN e HOECH (1990), BOPP (1990) e OSWALD *et al.* (1998). KOTLER e CLARKE (1987) consideram que em serviços de saúde mais do que em outros serviços os clientes enxergam o serviço médico em

termos das pessoas que o prestam. BOPP (1990) afirma que os clientes de serviços de saúde baseiam suas avaliações muito mais no desempenho expressivo das pessoas com quem mantêm contato durante o encontro de serviço do que no que é feito tecnicamente durante o encontro. BITRAN e HOECH (1990) citam pesquisa realizada pelo Instituto Gallup em que 1/3 dos entrevistados considerava qualidade de serviços como habilidades dos funcionários de contato tais como cortesia, atitude e disposição para ajudar. Para OSWALD *et al.* (1998) os fatores que mais contribuem para a qualidade de serviço percebida por clientes de hospitais são aqueles relacionados aos recursos humanos e às instalações físicas.

Pesquisa de imagem de marca

O Hospital Moinhos de Vento é o único que realiza pesquisa anual para conhecer a imagem de que desfruta junto aos médicos e ao público em geral. O Hospital Mãe de Deus não realiza tal pesquisa porém utiliza dados de institutos regionais. A Clínica São Vicente da Gávea não realiza esse tipo de pesquisa nem usa dados de terceiros.

Canais de comunicação com funcionários

As três organizações pesquisadas têm jornais internos por meio dos quais os gestores de marketing comunicam-se com os funcionários.

4.5.7 Perguntas Gerais

O Gerente de Relações com o Cliente do Hospital Moinhos de Vento fez um comentário a mais sobre acreditação hospitalar: na sua opinião ela é a chave para a qualidade voltada ao cliente.

O Gerente de Marketing do Hospital Mãe de Deus destacou que a responsabilidade social tem forte impacto sobre a imagem da organização na comunidade em que está inserida.

A Assistente de Marketing da Clínica São Vicente da Gávea fez um comentário sobre a semelhança entre o cliente de companhias aéreas e o cliente de hospitais: uma pessoa ansiosa e por vezes com medo que precisa da atenção dos funcionários da organização. Serviços distintos que compartilham características e, portanto, estratégias de marketing similares, podem ser encontrados nos sistemas de classificação (ver 2.4) propostos por LOVELOCK (1983).

CAPÍTULO 5
CONCLUSÃO

5.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS

Este trabalho foi desenvolvido com o objetivo de estudar o uso da evidência física como forma de gerar percepções de qualidade de serviço por parte de clientes em prestadores de serviços hospitalares. Dada a natureza exploratória do trabalho, acredita-se que o objetivo inicialmente proposto foi alcançado pela revisão e consolidação da literatura e pela realização da pesquisa de campo.

Como principal resultado do estudo podem ser apontadas duas contribuições importantes para estudiosos e praticantes de marketing. A primeira refere-se à consolidação da literatura: a partir de agora pesquisadores acadêmicos e profissionais de marketing de serviços podem contar com um referencial teórico que integra assuntos dispersos em livros-texto como encontro de serviço, qualidade de serviço percebida e evidência física, de forma que suas inter-relações possam ser mais facilmente compreendidas. A segunda refere-se à realização da pesquisa de campo: os dados coletados nas organizações participantes servem de fonte de consulta para profissionais de marketing de outros hospitais que desejam desenvolver ações de evidência física, mas que até agora não contavam com uma reunião de experiências apuradas cientificamente.

5.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE A REVISÃO E CONSOLIDAÇÃO DA LITERATURA

Nos parágrafos a seguir há um resumo dos principais conceitos derivados da revisão e consolidação da literatura.

Serviços são atos ou desempenhos que uma parte oferece à outra num processo de troca. Eles apresentam características bastante singulares (intangibilidade, inseparabilidade, variabilidade e perecibilidade) que os distinguem de bens físicos: por isso e por terem crescido em importância na economia mundial (tanto em países desenvolvidos como subdesenvolvidos), passaram a ser, mais intensamente, objeto de investigação dos pesquisadores de marketing a partir da década de 1960.

As semelhanças e/ou diferenças entre os vários tipos de serviços existentes são encontradas nos chamados sistemas de classificação. A partir desses sistemas e de características particulares, pode-se destacar os serviços de saúde, que começaram a ganhar ênfase na literatura de marketing de serviços a partir do final da década de 1970 nos Estados Unidos. De especial interesse para este estudo foram os serviços prestados por hospitais, organizações que reúnem vários serviços de saúde num mesmo espaço físico.

Qualidade de serviço percebida é uma avaliação feita pelos consumidores pela qual se comparam os serviços recebido e esperado. Essa avaliação é feita a partir de um conjunto de dimensões apontadas na literatura por pesquisadores que propuseram modelos de avaliação da qualidade de serviços como resultado de seus trabalhos.

Evidência física são maneiras pelas quais os consumidores podem obter provas da qualidade de serviço de um fornecedor. Também são meios pelos quais os fornecedores definem ações de marketing que visem tornar tangível o intangível. Os principais componentes da evidência física apontados pela literatura são: instalações físicas e equipamentos, recursos humanos e comunicação não-pessoal.

5.3 CONSIDERAÇÕES SOBRE A PESQUISA DE CAMPO

O propósito da pesquisa de campo que fez parte deste trabalho foi o de estudar algumas ações de evidência física realizadas por hospitais privados brasileiros para gerar percepções de qualidade de serviço por parte de seus clientes.

Antes de particularizar quaisquer resultados por organização, há três conclusões abrangentes da pesquisa de campo que merecem destaque. A primeira diz respeito ao conceito de qualidade de serviços: nas organizações pesquisadas há consciência de que a qualidade percebida pelos clientes é resultado tanto de aspectos técnicos quanto de aspectos funcionais. A segunda diz respeito às ações de evidência física descritas pelos entrevistados: de maneira geral elas guardam coerência com a literatura revista. A terceira diz respeito ao estágio de desenvolvimento do marketing em hospitais brasileiros: a opinião dos próprios entrevistados evidencia que há um longo caminho a ser percorrido até que o marketing nesse tipo de organização conquiste a mesma importância já conquistada em serviços bancários, de telefonia, de restaurantes *fast food*, de cinemas e de hotéis, entre outros.

No Hospital Moinhos de Vento, o Gerente de Relações com o Cliente está diretamente envolvido nas decisões sobre o cenário de serviços, e participa de decisões sobre contratação e definição de perfil dos recursos humanos. A alta administração do hospital demonstra apoio total aos programas de marketing sob responsabilidade do entrevistado e não delega as preocupações com qualidade de serviços ao corpo médico.

No Hospital Mãe de Deus, não há necessariamente influência do Gerente de Marketing nas decisões sobre o cenário de serviços. Os recursos humanos alocados nas áreas de atendimento e recepção têm seus perfis definidos pela área do entrevistado. A alta administração do hospital dá apoio, ainda insuficiente, aos programas de

marketing sob responsabilidade do entrevistado e não delega as preocupações com qualidade de serviços ao corpo médico.

Na Clínica São Vicente da Gávea, a Assistente de Marketing não exerce influência nas decisões sobre o cenário de serviços nem nas decisões sobre contratação e definição de perfil dos recursos humanos. O apoio da alta administração da clínica aos programas de marketing sob responsabilidade da entrevistada foi conquistado após um ano de trabalho com a aprovação de um plano de marketing. A alta administração tem consciência da importância da participação de outras áreas na qualidade de serviços, porém o foco está direcionado à área técnica.

Os três parágrafos anteriores e principalmente a apresentação e análise dos resultados feita na seção 4.5, parecem indicar uma superioridade do Hospital Moinhos de Vento no desenvolvimento de ações de evidência física para gerar percepções de qualidade de serviços por parte de seus clientes. Isso se deve à amplitude de ação do entrevistado e ao apoio que recebe da alta administração. No Hospital Mãe de Deus o entrevistado goza de boa amplitude de ação, porém ainda lhe falta maior apoio da alta administração. Na Clínica São Vicente da Gávea os dados coletados permitem concluir que ainda falta uma abordagem integradora em que o marketing assuma maior participação na definição das ações de evidência física: a busca pela acreditação internacional parece uma boa ocasião para se tentar essa abordagem, uma vez que será necessário olhar com mais atenção a prestação dos serviços por parte dos clientes. Conseqüentemente, o marketing deverá ter seu papel ampliado.

5.4 RESTRIÇÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A primeira limitação deste estudo diz respeito à bibliografia pesquisada: em função da escassez de literatura brasileira sobre o tema, praticamente toda a revisão foi feita com base em autores estrangeiros, principalmente norte-americanos. Aliás, uma das justificativas para realização deste estudo foi a de contribuir para a formação de uma literatura brasileira sobre o tema.

A segunda limitação diz respeito à impossibilidade de generalização dos resultados da pesquisa de campo: o método de estudo de casos caracteriza-se pelo estudo profundo de poucas unidades e visa generalizar teorias (generalização analítica). Apesar da limitação na amplitude, a validade dos resultados permanece, uma vez que a pesquisa de natureza exploratória objetiva verificar de que maneira determinado fenômeno ocorre nas unidades selecionadas, e não a frequência com que ocorre.

A terceira limitação diz respeito ao escopo da pesquisa de campo: uma vez que se pretendeu estudar apenas as ações de evidência física das organizações, e não seus resultados, há uma lacuna quanto à certeza de que tais ações estejam obtendo os efeitos desejados sobre os clientes.

5.5 DESENVOLVIMENTOS FUTUROS

Devido a seu caráter exploratório, neste trabalho foram descobertas idéias gerais que podem ser mais profundamente discutidas por outros pesquisadores.

A primeira possibilidade futura é repetir a pesquisa de campo com outros grupos de hospitais para verificar se os resultados são semelhantes, ou seja, se há replicação literal.

A segunda possibilidade futura é realizar estudos de caso comparativos entre hospitais brasileiros e de outros países para verificar semelhanças e/ou diferenças entre as ações de evidência física.

A terceira possibilidade futura é a de repetir a pesquisa de campo com os hospitais participantes para verificar mudanças nas ações de evidência física. Na Clínica São Vicente da Gávea, especialmente, essa possibilidade mostra-se bastante promissora em função das mudanças que devem ocorrer à medida que a organização prepara-se para tentar obter a acreditação internacional.

A quarta possibilidade futura é o estudo mais aprofundado do papel do médico: a literatura revisada mostra a importância desse profissional para a qualidade de serviço percebida pelos clientes. Acontece que nas organizações pesquisadas o médico não faz parte do corpo clínico e, portanto, o nível da ação de marketing sobre esses profissionais ainda é limitado.

Os quatro desenvolvimentos futuros descritos contemplam técnicas de pesquisa qualitativa. Por sua vez, a quinta e a sexta possibilidades futuras concentram-se em técnicas de pesquisa quantitativa.

Outros pesquisadores podem realizar estudos com uma amostra de hospitais privados brasileiros para verificar com que frequência as ações voltadas à evidência física ocorrem.

Por fim, outros pesquisadores podem realizar pesquisa de campo com uma amostra de clientes das organizações pesquisadas para verificar se as ações descritas no trabalho têm produzido os efeitos desejados sobre a qualidade de serviço percebida.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, G. Os melhores hospitais. **VIP Exame**, São Paulo, p. 72-77, set. 1996.

AMIL. **Produtos**. Disponível em: <<http://www.amil.com.br>>. Acesso em: 28 fev. 2003.

ANAHP - Associação Nacional de Hospitais Privados. Disponível em: <<http://www.anahp.com.br>>. Acesso em: 10 maio 2003.

BATESON, J. E. G.; HOFFMAN, K. D. **Marketing de serviços**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

BECKHAM, J. D. Branding. **Healthcare Forum Journal**, San Francisco, v. 39, n. 6, p. 51-55, Nov./Dec. 1996.

_____. Marketing vs. branding. **Health Forum Journal**, San Francisco, v. 43, n. 2, p. 64-68, Mar./Apr. 2000.

_____. 20 years of health care marketing. **Health Forum Journal**, San Francisco, v. 44, n. 4, p. 37-40, July/Aug. 2001.

BERRY, L. L. Services marketing is different. **Business**, v. 30, n. 3, p. 24-29, May/June 1980.

BITNER, M. Jo. Evaluating service encounters: the effects of physical surroundings and employee responses. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 54, n. 2, p. 69-82, Apr. 1990.

_____. Servicescapes: the impact of physical surroundings on customers and employees. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 56, n. 2, p. 57-71, Apr. 1992.

BITNER, M. Jo; BOOMS, B. H.; MOHR, L. A. Critical service encounters: the employee's viewpoint. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 58, n. 4, p. 95-106, Oct. 1994.

_____ ; _____ ; TETREAULT, M. S. The service encounter: diagnosing favorable and unfavorable incidents. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 54, n. 1, p. 71-84, Jan. 1990.

BITRAN, G. R.; HOECH, J. The humanization of service: respect at the moment of truth. **Sloan Management Review**, Cambridge, v. 31, n. 2, p. 89-96, Winter 1990.

BOPP, K. D. How patients evaluate the quality of ambulatory medical encounters: a marketing perspective. **Journal of Health Care Marketing**, Boone, v. 10, n. 1, p. 6-15, Mar. 1990.

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

BROWN, S. W.; SWARTZ, T. A. A gap analysis of professional service quality. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 53, n. 2, p. 92-98, Apr. 1989.

BRYANT, C. *et al.* Increasing consumer satisfaction. **Marketing Health Services**, Chicago, v. 18, n. 4, p. 5-17, Winter 1998.

CAMPOMAR, M. C. Do uso de “estudo de caso” em pesquisas para dissertações e teses em Administração. **Revista de Administração da USP**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 95-97, jul./set. 1991.

CARMAN, J. M. Consumers perceptions of service quality: an assessment of the SERVQUAL dimensions. **Journal of Retailing**, Greenwich, v. 66, n. 1, p. 33-55, Spring 1990.

CASTRO, C. de M. **A prática da pesquisa**. São Paulo: McGraw-Hill, 1977.

CHASE, R. B. Where does the customer fit in a service operation? **Harvard Business Review**, Boston, v. 56, n. 6, p. 137-142, Nov./Dec. 1978.

CHASE, R. B.; ERIKSON, W. J. The service factory. **The Academy of Management Executive**, Mississippi, v. 2, n. 3, p. 191-196, Aug. 1988.

CHASE, R. B.; GARVIN, D. A. The service factory. **Harvard Business Review**, Boston, v. 67, n. 4, p. 61-69, July/Aug. 1989.

CHURCHILL Jr., G. A. **Marketing research: methodological foundations**. 7th ed. Fort Worth: Harcourt, 1999.

_____ ; PETER, J. P. **Marketing: criando valor para os clientes**. São Paulo: Saraiva, 2000.

COLTRO, A. **A busca da compreensão da racionalidade e da ética da ação administrativa na gestão de uma organização hospitalar pública**. São Paulo, 1998. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo.

CRONIN Jr., J. J.; TAYLOR, S. A. Measuring service quality: a reexamination and extension. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 56, n. 3, p. 55-68, July 1992.

_____ ; _____. SERVPERF versus SERVQUAL: reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service quality. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 58, n. 1, p. 125-131, Jan. 1994.

CUNHA, C. R. C. **Marketing hospitalar: uma visão gerencial**. São Paulo, 1994. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Fundação Getúlio Vargas.

DALE, B.; COOPER, C. **Total quality and human resources: an executive guide**. Cambridge: Blackwell Business, 1992.

DARBY, M. R.; KARNI, E. Free competition and the optimal amount of fraud. **Journal of Law and Economics**, p. 67-86, Apr. 1973.

DAVIDSON, K. Health care industries pose special ethics problems. **Marketing News**, v. 30, n. 25, p. 5, Dec. 1996.

DEDECCA, C. S.; PRONI, M. W.; MORETTO, A. O trabalho no setor de atenção à saúde. In: NEGRI, B.; Di GIOVANNI, G. (Org.). **Brasil: radiografia da saúde**. Campinas: UNICAMP, 2001. p. 175-216.

DEMING, W. E. **Qualidade: a revolução da Administração**. Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1990.

ELIAS, P. E. Estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil. In: COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2001. p. 59-119.

FBH - Federação Brasileira de Hospitais. **Quem somos**. Disponível em: <<http://www.fbh.com.br>>. Acesso em: 28 fev. 2003.

FISK, T. A. *et al.* Creating patient satisfaction and loyalty. **Journal of Health Care Marketing**, Boone, v. 10, n. 2, p. 5-15, June 1990.

FITZSIMMONS, J. A.; FITZSIMMONS, M. J. **Administração de serviços: operações, estratégia e tecnologia da informação**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2000.

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

FRANCE, K. R.; GROVER, R. What is the health care product? **Journal of Health Care Marketing**, Boone, v. 12, n. 2, p. 31-38, June 1992.

GARVIN, G. A. What does “product quality” really mean? **Sloan Management Review**, Cambridge, v. 26, n. 1, p. 25-43, Fall 1984.

GELB, B.; JOHNSON, M. Word-of-mouth communication: causes and consequences. **Journal of Health Care Marketing**, Boone, v. 15, n. 3, p. 54-58, Fall 1995.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1987.

GLASCOFF, D. W. Ten misconceptions physicians have about marketing. **Marketing Health Services**, Chicago, v. 21, n. 1, p. 39, Spring 2001.

GRÖNROOS, C. A service-oriented approach to marketing of services. **European Journal of Marketing**, Bradford, v. 12, n. 8, p. 588-601, 1978.

_____. A service quality model and its marketing implications. **European Journal of Marketing**, Bradford, v. 18, n. 4, p. 36-44, 1984.

_____. Service quality: the six criteria of good perceived service quality. **Review of Business**, New York, v. 9, n. 3, p. 10-13, Winter 1988.

_____. Defining marketing: a market-oriented approach. **European Journal of Marketing**, Bradford, v. 23, n. 1, p. 52-59, 1989.

_____. **Marketing – gerenciamento e serviços: a competição por serviços na hora da verdade**. Rio de Janeiro: Campus, 1995.

GUMMESSON, E. The marketing of professional services: an organisational dilemma. **European Journal of Marketing**, Bradford, v. 13, n. 5, p. 308-318, 1979.

HAIR, L. P. Satisfaction by design. **Marketing Health Services**, Chicago, v. 18, n. 3, p. 5-8, Fall 1998.

HEADLEY, D. E.; MILLER, S. J. Measuring service quality and its relationship to future consumer behavior. **Journal of Health Care Marketing**, Boone, v. 13, n. 4, p. 32-41, Winter 1993.

HUTTON, J. D.; RICHARDSON, L. D. Healthscapes: the importance of place. **Journal of Health Care Marketing**, Boone, v. 15, n. 1, p. 10-11, Spring 1995.

IAZIGI, J. L. **O marketing na indústria médica: uma análise do sistema de distribuição de serviços médicos (clínicas médicas, laboratórios de análises clínicas e serviços de diagnóstico por imagem)**. São Paulo, 1996. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas), Fundação Getúlio Vargas.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Anuário Estatístico do Brasil**. Rio de Janeiro, v. 52, 1992.

_____. _____. Rio de Janeiro, v. 60, 2000.

_____. **Pesquisa Anual de Serviços**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 23 nov. 2002.

ISHIKAWA, K. **What is total quality control? The Japanese way**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1985.

ISO - International Organization for Standardization. **The basics: ISO 9000 and ISO 14000 in plain language**. Disponível em: <<http://www.iso.ch/iso/en/iso9000-14000/tour/plain.html>>. Acesso em: 17 dez. 2002.

JAVALGI, R. G.; RAO, S. R.; THOMAS, E. G. Choosing a hospital: analysis of consumer tradeoffs. **Journal of Health Care Marketing**, Boone, v. 11, n. 1, p. 12-22, Mar. 1991.

JOHN, J. Improving quality through patient-provider communication. **Journal of Health Care Marketing**, Boone, v. 11, n. 4, p. 51-60, Dec. 1991.

_____. Patient satisfaction: the impact of past experience. **Journal of Health Care Marketing**, Boone, v. 12, n. 3, p. 56-64, Sept. 1992.

JOSEPH, W. B. Internal marketing builds service quality. **Journal of Health Care Marketing**, Boone, v. 16, n. 1, p. 54-59, Spring 1996.

KOTLER, P. Atmospherics as a marketing tool. **Journal of Retailing**, New York, v. 49, n. 4, p. 48-64, Winter 1974.

_____. **Administração de marketing**. 10. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2000.

_____; ARMSTRONG, G. **Princípios de marketing**. 7. ed. Rio de Janeiro: Prentice-Hall, 1998.

_____; CLARKE, R. N. **Marketing for health care organizations**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1987.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos da metodologia científica**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

LEVITT, T. Marketing intangible products and product intangibles. **Harvard Business Review**, Boston, v. 59, n. 3, p. 94-102, May/June 1981.

LIBERMAN, A.; ROTARIUS, T. M. Marketing in today's health care environment. **Health Care Manager**, Fredrick, v. 19, n. 4, p. 23-28, June 2001.

LICATA, J. W.; MOWEN, J. C.; CHAKRABORTY, G. Diagnosing perceived quality in the medical service channel. **Journal of Health Care Marketing**, Boone, v. 15, n. 4, p. 42-49, Winter 1995.

LOVELOCK, C. H. Classifying services to gain strategic marketing insights. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 47, n. 3, p. 9-20, Summer 1983.

LOVELOCK, C.; WRIGHT, L. **Principles of service marketing and management**. New Jersey: Prentice-Hall, 1999.

LOVELOCK, C.; WRIGHT, L. **Serviços: marketing e gestão**. São Paulo: Saraiva, 2001.

LYNCH, J.; SCHULER, D. Consumer evaluation of the quality of hospital services from an economics of information perspective. **Journal of Health Care Marketing**, Boone, v. 10, n. 2, p. 16-22, June 1990.

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

MacSTRAVIC, S. Marketing myopia. **Health Care Forum Journal**, San Francisco, v. 41, n. 5, p. 50-53, Sept./Oct. 1998.

MALHOTRA, N. K. **Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada**. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing**. São Paulo: Atlas, 1996.

MOLLOY, G. E. "Packaging" for marketing success. **Nursing Homes**, v. 49, n. 7, p. , July 2000.

NELSON, P. Information and consumer behavior. **Journal of Political Economy**, Chicago, v. 78, n. 2, p. 311-329, Mar./Apr. 1970.

NELSON, P. Advertising as information. **Journal of Political Economy**, Chicago, v. 82, n. 4, p. 729-754, July/Aug. 1974.

O'CONNOR, S. J.; POWERS, T. L.; BOWERS, M. R. Improving service quality in the health care setting. **Journal of Health Care Marketing**, Boone, v. 8, n. 4, p. 63-66, Dec. 1988.

_____; SHEWCHUK, R. M.; CARNEY, L. W. The great gap. **Journal of Health Care Marketing**, Boone, v. 14, n. 2, p. 32-39, Summer 1994.

OLIVER, R. L. Effect of expectation and disconfirmation on post-exposure product evaluations: an alternative interpretation. **Journal of Applied Psychology**, Washington, v. 62, n. 4, p. 480-486, Aug. 1977.

_____. A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. **Journal of Marketing Research**, Chicago, v. 17, n. 4, p. 460-469, Nov. 1980.

_____. Measurement and evaluation of satisfaction process in retail settings. **Journal of Retailing**, New York, v. 57, n. 3, p. 25-48, Fall 1981.

OSWALD, S. L. *et al.* Quality determinants and hospital satisfaction. **Marketing Health Services**, Chicago, v. 18, n. 1, p. 19-22, Spring 1998.

PARASURAMAN, A. **Marketing research**. [S.l.]: Addison-Wesley Publishing, 1991.

_____; BERRY, L. A.; ZEITHAML, V. A. Refinement and reassessment of the SERVQUAL scale. **Journal of Retailing**, Greenwich, v. 67, n. 4, p. 420-450, Winter 1991.

_____; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 49, n. 3, p. 41-50, Fall 1985.

_____; _____. SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. **Journal of Retailing**, Greenwich, v. 64, n. 1, p. 12-40, Spring 1988.

_____; _____. Reassessment of expectations as a comparison standard in measuring service quality: implications for further research. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 58, n. 1, p. 111-124, Jan. 1994.

PELTIER, J. W.; BOYT, T.; WESTFALL, J. E. Building relationships with physicians. **Marketing Health Services**, Chicago, v. 17, n. 3, p. 12-18, Fall 1997.

PEYROT, M.; COOPER, P. D.; SCHNAPF, D. Consumer satisfaction and perceived quality of outpatient health services. **Journal of Health Care Marketing**, Boone, v. 13, n. 4, p. 24-33, Winter 1993.

PORTER, M. E. **Vantagem competitiva: criando e sustentando um desempenho superior**. 20. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

REGAN, W. J. The service revolution. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 27, n. 3, p. 57-62, July 1963.

ROBBINS, S. A.; KANE, C. M.; SULLIVAN, D. J. The Amherst study of hospital marketing practices. **Journal of Health Care Marketing**, Boone, v. 8, n. 1, p. 86-87, Mar. 1988.

SELLTIZ *et al.* **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1975.

SILVEIRA, J. A. **Um estudo exploratório acerca do papel do marketing em instituições hospitalares**. São Paulo, 1993. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Fundação Getúlio Vargas.

STRASSER, S. *et al.* Satisfaction with medical care. **Journal of Health Care Marketing**, Boone, v. 15, n. 3, p. 34-44, Fall 1995.

SUL AMÉRICA SAÚDE. **Para você e sua família**. Disponível em: <<http://www.sulamerica.com.br/saude>>. Acesso em: 28 fev. 2003.

SURPRENANT, C. F.; SOLOMON, M. R. Predictability and personalization in the service encounter. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 51, n. 2, p. 86-96, Apr. 1987.

THOMAS, R. K. Who needs health care marketing? **American Demographics**, Ithaca, p. 4, Feb. 1993.

_____; FARMER, E.; WALLACE, B. The importance of internal marketing: the case of geriatric services. **Journal of Health Care Marketing**, Boone, v. 11, n. 1, p.55-58, Mar. 1991.

TURNER, P. D.; POL, L. G. Beyond patient satisfaction. **Journal of Health Care Marketing**, Boone, v. 15, n. 3, p. 45-53, Fall 1995.

URDAN, A. T. **Qualidade de serviço**: proposição de um modelo integrativo. São Paulo, 1993. Tese (Doutorado em Administração) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo.

URDAN, A. T. A qualidade de serviços médicos na perspectiva do cliente. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 44-55, out./dez. 2001.

WOODSIDE, A. G.; FREY, L. L.; DALY, R. T. Linking service quality, customer satisfaction and behavioral intention. **Journal of Health Care Marketing**, Boone, v. 9, n. 4, p. 5-17, Dec. 1989.

WORLD BANK. **World Economic Statistics**. Disponível em:
<<http://www.worldbank.org/data/countrydata/countrydata.html>>. Acesso em: 12 nov. 2002.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ZEITHAML, V. A.; BITNER, M. Jo. **Services marketing**: integrating customer focus across the firm. 2nd ed. Boston: McGraw-Hill, 2000.

APÊNDICES

PROTOCOLO DE PESQUISA

1. VISÃO GERAL DO PROJETO DE ESTUDO DE CASO

1.1 Tema: geração de percepções de qualidade dos serviços por parte dos clientes com o uso da evidência física.

1.2 Título: "Um estudo sobre o uso da evidência física para gerar percepções de qualidade em serviços: casos de hospitais brasileiros".

1.3 Objetivo do estudo: estudar algumas ações de evidência física realizadas por hospitais privados brasileiros para gerar percepções de qualidade de serviço por parte de seus clientes.

1.4 Questões de pesquisa:

- como as organizações participantes do estudo avaliam os conceitos de qualidade de serviço?
- quais são as ações realizadas pelas organizações para gerenciar a qualidade de serviço percebida a partir da evidência física?
- essas ações têm uma orientação de marketing ou de outra natureza?
- há particularidades do funcionamento da área de marketing nessas organizações que podem ajudar a entender o problema de pesquisa?

2. PROCEDIMENTOS DE CAMPO

2.1 Aspectos metodológicos: pesquisa de natureza exploratória com uso do método de estudo de caso. Trata-se de uma investigação de casos múltiplos do tipo holístico.

2.2 Organizações estudadas: três hospitais gerais localizados em dois Estados brasileiros: Hospital Moinhos de Vento e Hospital Mãe de Deus (Porto Alegre – RS) e Clínica São Vicente da Gávea (Rio de Janeiro – RJ).

2.3 Unidade de análise: gerência de marketing das organizações.

2.4 Fontes de evidência: entrevista focal e observação direta informal.

2.5 Instrumento de coleta de dados: roteiro de entrevista.

2.6 Executivos entrevistados:

- Hospital Moinhos de Vento: Sr. Henrique Kuhl, Gerente de Relações com o Cliente
- Hospital Mãe de Deus: Sr. Ralf Hauschild, Gerente de Marketing
- Clínica São Vicente da Gávea: Sra. Simone Nóbrega, Assistente de Marketing

2.7 Executores da pesquisa:

- Pesquisador: Carlos Augusto da Silva Loures
- Orientador: Prof. Dr. Marcos Cortez Campomar

3. QUESTÕES DO ROTEIRO DE ENTREVISTA

3.1 DADOS DO HOSPITAL

Nome:(razão social e fantasia)

Natureza jurídica: (privado com fins lucrativos ou privado filantrópico)

Cidade / Estado:

Número de funcionários:

Número de leitos:

Número de cirurgias/mês:

Número de consultas médicas/mês:

Hospital clínico ou cirúrgico:

Alguma(s) especialidade(s) médica(s) de destaque:

3.2 DADOS DO ENTREVISTADO

Nome:

Cargo:

Área e subordinação:

Formação:

Tempo no cargo:

3.3 QUALIDADE DE SERVIÇOS

1 – Qual a concepção de qualidade de serviços na sua organização? Há uma definição formal que deva ser conhecida por todos os funcionários? (cartazes espalhados pelas diversas áreas com dizeres sobre qualidade ou ações semelhantes)

3.4 INSTALAÇÕES FÍSICAS E EQUIPAMENTOS

2 – Quais são as ações voltadas à área externa do hospital? (fachada, estacionamento, acesso a portadores de deficiência, acesso de veículos, heliporto, entorno, coleta de lixo etc)

3 – Quais são as ações voltadas à área de recepção dos clientes? (equipamentos utilizados, salas de espera, balcão de atendimento, limpeza dos corredores etc)

4 – Quais são as ações voltadas para os quartos dos clientes? (decoração, frigobar, ar condicionado, serviço de alimentação etc)

5 – Quais são as ações voltadas para os consultórios médicos? (decoração, mesas, cadeiras etc)

6 – Outros clientes que não o paciente são alvo de ações voltadas ao cuidado com o ambiente físico? (lanchonetes, salas de espera, acomodações para parentes e/ou acompanhantes, convênios com hotéis próximos ao hospital etc)

7 – Caso o cliente precise esperar por um atendimento, que tipos de ações são desenvolvidas para que sua estada no hospital seja o mínimo possível incômoda? (disponibilidade de área para crianças, revistas, aparelhos de TV etc)

8 – Existe preocupação da área de marketing em mapear cada interação que o cliente tem com o hospital para que o ambiente físico seja alvo de ações específicas? (mapeamento de encontros de serviço)

9 – Há ações voltadas à sinalização do ambiente? (sistemas de cores, setas ou outros que indiquem áreas do hospital e/ou facilitem o acesso do público)

10 – Tomando por base padrões da sua cidade, o endereço da sua organização pode ser associado a expressões como alto padrão, muito agradável ou acessível? (está entre os principais bairros, calmo, de fácil acesso etc)

11 – Sua organização faz uso de algum símbolo ou logotipo para transmitir aos clientes idéias específicas como segurança e cuidado ou simplesmente para ser facilmente reconhecida? (uso em ambulâncias, em correspondência aos clientes etc)

12 – No planejamento do ambiente físico das diversas áreas do hospital procura-se criar sentimentos específicos? Que sentimentos são esses e como se procura criá-los?

13 – Há preocupação da organização em melhorar as instalações físicas também para funcionários? (conforto físico, ambiente agradável, ergonomia)

14 – Qual é a influência da área de marketing em decisões sobre elementos do cenário de serviço sobre os quais falamos? (contratação de arquitetos ou decoradores, compra de equipamentos, definição de cores, construção ou reforma de ambientes etc)

3.5 RECURSOS HUMANOS

15 – Existem treinamentos de recursos humanos que são feitos a partir de necessidades identificadas pela área de marketing? (principalmente para funcionários de maior contato com o cliente)

16 – Os profissionais da área de saúde – médicos, enfermeiras e técnicos – recebem treinamento a partir de necessidades identificadas pelo marketing? Em caso positivo, de que tipo? Em caso negativo, qual é o critério de treinamento para esses profissionais?

17 – Caso haja, como é a receptividade dos profissionais de saúde a programas de treinamento estabelecidos a partir de necessidades identificadas pela área de marketing?

18 – Os profissionais de saúde são estimulados a observar fatores de qualidade levados em consideração pelos clientes que não somente aqueles técnicos? (ampliar a visão meramente técnica do serviço prestado, participar de atividades de planejamento estratégico e/ou de planejamento de marketing)

19 – Em virtude do alto grau de contato enfermeiros/pacientes durante um período de internação, há alguma preocupação especial com esse grupo no que diz respeito a treinamento e disseminação de conceitos de qualidade no atendimento?

- 20 – Existe preocupação em “educar” os consumidores para que o treinamento recebido pelos funcionários seja uma forma de melhorar as interações cliente-fornecedor? (materiais com dicas, avisos em salas de espera, visitas ao hospital etc)
- 21 – Há diferenças entre o treinamento de funcionários de alto contato com o cliente (como telefonistas, recepcionistas, enfermeiros e médicos) e de baixo contato (lavanderia, manutenção, cozinha e serviços de informática)?
- 22 – Há dificuldade na prática de marketing interno - na difusão dos ideais de satisfação dos clientes do ponto de vista de marketing - junto ao corpo médico, enfermeiros e pessoal administrativo? Algum desses grupos destaca-se positiva ou negativamente?
- 23 – Na seleção de recursos humanos do hospital são levados em consideração tanto a excelência técnica quanto perfis que revelem atitudes de cuidado com o cliente? (educação formal, "boas maneiras", participação em treinamentos anteriores etc)
- 24 – Existem programas de monitoramento de performance do quadro de pessoal? De que tipo? Caso existam, eles diferem entre profissões de saúde e outras presentes na organização?
- 25 – Os funcionários são instruídos a (ou têm a autonomia de) tomar decisões que vão além de sua função básica para prestar serviço aos clientes sem ter de pedir sempre autorização a um superior? Em caso positivo, qual é o nível de delegação?
- 26 – Existe alguma orientação explícita aos funcionários sobre como agir com clientes problemáticos? (clientes que abusam verbal ou fisicamente dos funcionários, quebram regras etc)
- 27 – Caso um funcionário ou grupo de funcionários tenha destaque no atendimento aos clientes, existe alguma premiação ou reconhecimento público do mérito? (destaques do período, cerimônias de entrega de prêmios, jornal interno etc)
- 28 – A área de marketing participa das decisões sobre contratação de pessoal ou esta é uma exclusividade da área de recursos humanos? (principalmente nas funções administrativas de maior contato com clientes)

3.6 COMUNICAÇÃO NÃO-PESSOAL

29 – Sua organização desenvolve algum tipo de comunicação para lembrar ao cliente a qualidade que está recebendo? (propaganda da organização, panfletos colocados à disposição dos clientes, publicações que destaquem a excelência do hospital etc)

30 – Quais são as mídias utilizadas pelo hospital para comunicar-se com os clientes? (jornais, revistas, televisão, outdoor, rádio etc)

31 – A propaganda é utilizada pelo hospital? Como?

32 – O trabalho de relações públicas faz parte da comunicação do hospital? De que maneira? (existe uma área específica ou não, participa de seminários na área de medicina)

33 – Existem materiais de comunicação com o cliente disponíveis no hospital? De que tipo? (panfletos sobre doenças, sobre a organização etc)

34 – Seu hospital é considerado um dos melhores do país. Há ações de comunicação que tenham por objetivo gerenciar as expectativas dos clientes? (transmitir idéias sobre o que pode realmente ser oferecido)

3.7 IMPORTÂNCIA DA ÁREA DE MARKETING E ORIENTAÇÃO DE MARKETING DA ORGANIZAÇÃO

35 – Na sua opinião, qual o estágio de desenvolvimento do marketing em hospitais brasileiros? Você diria que ainda estamos na “infância”? (opinião pessoal ou a partir de conversas com pares)

36 – Qual, dentre as ferramentas básicas de marketing (4 Ps), sua função permite usar com mais intensidade? (considera que pode colaborar mais)

37 – Você considera que existe apoio da alta administração do hospital para a implantação de programas de marketing? De que forma ele se traduz?

38 – Você acredita que a alta administração de sua organização delega os cuidados com qualidade de serviços ao corpo médico ou há uma consciência de que é necessária a participação de outras áreas e principalmente do marketing?

39 – Os itens de que falamos até agora – cenário de serviços, recursos humanos e comunicação não-pessoal – são definidos a partir do que o cliente considera como um serviço de qualidade? Ou tudo isso é feito a partir do ponto de vista da administração do hospital?

40– A organização realiza pesquisas com os clientes para conhecer a avaliação que eles fazem da qualidade ou para identificar elementos que eles gostariam de ver em funcionamento na organização? De que tipo? (entra em contato com os clientes após atendimento e/ou internação, usa algum instrumento do tipo SERVQUAL, deixa formulários de avaliação à disposição dos clientes)

41 – Dos itens de que falamos – cenário de serviços, recursos humanos e comunicação não-pessoal – qual é, na sua opinião, aquele a que o consumidor dá mais importância na avaliação da qualidade? E em qual deles você considera que sua organização obtém mais destaque?

42 – Atualmente a área de marketing faz pesquisa de imagem de marca ou corporativa para saber como os consumidores em geral vêem a organização? Em caso positivo, quais são os resultados mais recentes dessa pesquisa?

43 – A área de marketing mantém canais de comunicação formal ou informal abertos com os funcionários? De que tipo?

3.8 PERGUNTAS GERAIS

44 – Há algum ponto sobre os assuntos abordados nesta entrevista que não tenha sido tratado e que você gostaria de destacar?

45 – O nome de sua organização e as respostas dadas podem ser divulgados no trabalho final?

46 – Algum comentário adicional?

4. PLANO DE ANÁLISE DE DADOS E RELATÓRIO DOS ESTUDOS DE CASO

4.1 Análise de dados: uso das proposições teóricas (finalidades) como estratégia analítica geral e da adequação ao padrão (*pattern-matching*) como método de análise. O objetivo é comparar o padrão conceitual das ações descritas na literatura com a realidade das ações desenvolvidas pelas organizações estudadas.

4.2 Guia para o relatório: apresentação escrita dos dados coletados e das conclusões relevantes com uso de estrutura ilustrativa do tipo analítica linear.

4.3 Cronograma de atividades da pesquisa de campo.

QUADRO 1 – CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DA PESQUISA DE CAMPO

Atividade	Mar/2003	Abr/2003	Mai/2003	Jun/2003
Apresentação do projeto de pesquisa de campo à banca examinadora				
Agendamento das visitas às organizações				
Coleta dos dados				
Análise dos dados				
Preparação do relatório final				
Entrega do relatório final ao orientador				

FONTE: o autor.