

**Atributos Determinantes da Satisfação e do Comprometimento com os Serviços de Saúde: Estudo em um Hospital Filantrópico de Minas Gerais**

**Área Temática: Marketing de Serviços e Varejo**

**AUTORES**

**JOSÉ MARCOS CARVALHO DE MESQUITA**

FEAD

jose.mesquita@fead.br

**BÁRBARA DA SILVA MOURTHÉ MATOSO**

FUMEC - FACE

barbara.matoso@terra.com.br

**Resumo**

Os serviços de saúde compreendem encontros freqüentes e/ou duradouros entre prestadores e pacientes, com intenso contato físico, carga emocional e risco percebido elevados, o que os tornam complexos e marcantes. Com o estudo objetivou-se identificar os atributos determinantes da satisfação e do comprometimento do cliente com os serviços de saúde, analisando a importância do risco percebido, comunicação, emoção, qualidade percebida e confiança. O mesmo se justificou por haver necessidade de novas pesquisas que abordem as especificidades do setor saúde e contemplem uma maior diversidade de construtos, como exige a complexidade desse tipo de serviço. A metodologia compreendeu uma pesquisa qualitativa, do tipo exploratória. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas em profundidade, que envolveram dezessete pacientes e quatro acompanhantes, com permanência mínima de vinte e quatro horas no Hospital de São João de Deus, em Santa Luzia-MG. O tratamento dos dados foi feito a partir da análise de conteúdo. Os resultados demonstraram que o alto risco percebido na prestação de serviços de saúde exige que a comunicação entre profissionais e pacientes/familiares e a confiança entre as partes sejam suficientes para causar emoções positivas, que conduzam à satisfação e ao comprometimento com esse serviço.

**Palavras chave:** Satisfação, Comprometimento, Serviços de Saude.

**Abstract**

Health services include frequent and/or permanent meetings between providers and patients, in which the physical contact is intense, the perceived risk and the emotional content is high, that make them complexes and striking. The present study aims to identify the determinant attributes of the client satisfaction and commitment with health services, analyzing the importance of perceived risk, communication, emotion, perceived quality and trust. The study relevance is justified because there are needs of new researches which approach the health sector specifics. It was an exploratory and qualitative research. The data collection has been made through in deep interview which included seventeen patients and four companions with minimum twenty four hours stay at São João de Deus Hospital, in Santa Luzia, Minas Gerais, Brazil. The data analysis was carried by content analysis. The outcomes suggest that the constructs perceived risk, emotions, communication, perceived quality, trust, satisfaction and commitment are interrelated within the context of health services. They have shown that the high perceived risk in the provision of health services requires communication between professionals and patients/families and that the trust between both parties is enough to cause positive emotions, that lead to satisfaction and to the commitment to this service.

**Key words:** Satisfaction. Commitment. Health Services.

## 1 Introdução

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A inseparabilidade entre prestador e cliente determina a necessidade de alta performance do prestador e requer do mesmo um controle muito grande de seu papel e das emoções que possam surgir nesse processo, sejam elas provenientes do cliente, de si próprio ou de terceiros envolvidos na ação (outros pacientes, familiares, acompanhantes, fornecedores, entre outros).

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

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

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

Diante do exposto, com o presente estudo objetivou-se identificar quais são os indicadores constituintes dos construtos: risco percebido; comunicação; emoção; qualidade percebida; confiança; satisfação e comprometimento nos serviços de saúde. Busca-se, portanto, identificar quais são as variáveis que formam os construtos relevantes na formação de relacionamentos, dadas as especificidades do setor de saúde.

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

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

## 2 Referencial Teórico

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

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

Para Ford e Fottler (2000), essas características únicas dos serviços de saúde levaram as empresas de saúde a prestarem menos atenção aos clientes do que fazem os demais segmentos da indústria de serviços.

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

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

Neste contexto, as atividades de marketing, até então pouco reconhecidas e praticadas na área de saúde, tornam-se essenciais para garantir a sobrevivência, o crescimento e a lucratividade. Os especialistas em marketing sugerem que os serviços de saúde ofereçam maior qualidade e busquem, permanentemente, o equilíbrio entre os objetivos dos seus funcionários e as necessidades e aspirações dos pacientes (WAGNER *et al.*, 1994; TAHKA, 1988).

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

Mazza e Freitas (2007) argumentam que serviços de alto envolvimento, como serviços médicos, geralmente, comportam apelo por relacionamentos. Moura (2003) afirma que aplicar o conceito de customização nos serviços de saúde significa atender aos pacientes de forma individualizada, considerando seu contexto e respeitando suas crenças, seus valores, suas necessidades e seus desejos.

Vários construtos têm sido estudados no sentido de avaliar a criação e a manutenção de relacionamentos de longo prazo. Desses, interessa destacar: risco percebido; comunicação; emoções; qualidade percebida; confiança, satisfação e comprometimento.

### Risco Percebido

Na área do comportamento do consumidor, o risco percebido é definido como a crença de que a compra de um produto ou serviço possa vir a ter determinadas conseqüências negativas (SOLOMON, 2002). É uma expectativa pessoal de que perdas possam ocorrer (ENGEL; BLACKWELL; MINIARD, 2000).

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

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

### **Comunicação**

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

De acordo com Berry e Parasuraman (1992), as evidências dividem-se em: ambiente físico, comunicações e preço. Ainda segundo os autores, uma forma de atenuar as discrepâncias entre as expectativas do cliente e sua satisfação com um serviço é gerenciar as evidências do mesmo, ou seja, os aspectos tangíveis que levam à impressão do cliente.

Segundo Lytle e Mokwa (1992), os pacientes também buscam por informações tangíveis para ajudá-los na avaliação da competência do prestador, uma vez que o serviço de saúde é essencialmente um processo intangível.

Durante o processo de comunicação, os indivíduos processam os sinais não verbais antes de compreenderem a comunicação verbal. Logo, tanto as formas verbais como as não verbais de comunicação influenciam as emoções e os sentimentos dos clientes, que, por sua vez, influenciam a avaliação do encontro de serviço (SUNDARAM; WEBSTER, 2000).

### **Emoções**

As emoções são um conjunto de respostas que surgem em uma experiência de consumo, especificamente durante o uso de um produto ou serviço (FARIAS; SANTOS, 2000).

As emoções positivas predominantes nas experiências de consumo são: felicidade, alívio e excitação; enquanto que as emoções negativas mais frequentes são: preocupação, tristeza e culpa (RICHINS, 1997).

Os estados emocionais aceitação, alegria, alívio, interesse/excitação e prazer contribuem para a satisfação com o produto ou serviço (FARIAS; SANTOS, 2000). Logo, o sucesso das ações de marketing é determinado pelo grau em que consumidores são providos de emoções positivas e que emoções não desejadas são minimizadas (BABIN; DARDEN; BABIN, 1998).

Siehl, Bowen e Pearson (1992) argumentam que a duração do encontro de serviços e a proximidade dos participantes do encontro de serviços afetam o envolvimento psicológico, tanto do prestador de serviços, quanto do consumidor. Portanto, em encontros de serviço com maior duração e proximidade física, espera-se que o provedor de serviços compartilhe mais intensamente sentimentos com os consumidores (PRICE; ARNOULD; DEIBLER, 1995).

### **Qualidade Percebida**

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

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

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

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

### **Confiança**

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

A confiança tem sido considerada um construto chave nos negócios de longo prazo, assim como nos relacionamentos pessoais. Ela reduz a incerteza do cliente, uma vez que o mesmo leva em consideração a confiabilidade do prestador (MORGAN; HUNT, 1994).

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

Logo, a confiança do paciente nos médicos e nos profissionais de saúde é vital para um relacionamento de sucesso. Embora a confiança seja particularmente importante em situações médicas críticas, que envolvam, por exemplo, efeitos colaterais graves, hospitalizações e o diagnóstico de patologias graves, a maioria dos estudos sobre confiança tem sido realizada com a população, em geral, ou no âmbito da atenção primária, o que aponta para a necessidade de novos estudos (SHENOLIKAR; BALKRISHNAN; HALL, 2004).

### **Satisfação**

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

Reichheld (1993) ressalta que nem sempre a satisfação resulta na retenção de clientes e que qualidade, satisfação, retenção e lealdade são construtos distintos, porém, interdependentes em determinadas situações.

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

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

### **Comprometimento**

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

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

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

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

### **3 Metodologia**

A pesquisa consistiu em um estudo de campo, do tipo exploratório, de caráter qualitativo, cujo projeto original foi submetido à apreciação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) de uma Universidade situada em Belo Horizonte, MG, obedecendo às recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para pesquisas envolvendo seres humanos.

A mesma foi desenvolvida no Hospital de São João de Deus, em Santa Luzia, Minas Gerais, Brasil, cuja seleção se deu em função do acesso da pesquisadora à instituição e em função da mesma ter formalizado seu consentimento para a realização do estudo em suas dependências.

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

Também foram utilizados como critérios para inclusão dos sujeitos: ter idade mínima de dezoito anos, ser alfabetizado, estar gozando de boas condições psíquicas e estar internado com custeio particular ou por convênio de saúde.

Antes de serem entrevistados, os participantes obtiveram esclarecimentos sobre a pesquisa e registraram sua concordância em participar voluntariamente da mesma, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Na impossibilidade de entrevistar o paciente, realizou-se a entrevista com o acompanhante, desde que esse estivesse acompanhando o processo de internação, também, há pelo menos vinte quatro horas.

É interessante ressaltar que este estudo enfatiza os relacionamentos estabelecidos na prestação de serviços de saúde envolvendo contextos de durações prolongadas. Contudo, por limitação da pesquisa, relacionada ao tempo para coleta de dados e número de sujeitos envolvidos, utilizou-se como critério de pesquisa um tempo mínimo de internação aquém do desejável.

A amostra da pesquisa foi composta por vinte e um respondentes, cujo número foi alcançado levando-se em consideração o ponto de saturação das respostas. A coleta dos dados se deu por meio de entrevista em profundidade, realizada pela própria autora, no período de Outubro a Novembro de 2011, no hospital selecionado. O tempo médio de duração das entrevistas foi de vinte e sete minutos. Durante as entrevistas, a pesquisadora procurou

garantir que os critérios de profundidade fossem atendidos, sem deixar de considerar as particularidades e limitações de se realizar pesquisa de campo com pacientes, em ambiente hospitalar.

Para tratamento dos dados, foi utilizada a análise de conteúdo, que envolveu as etapas de pré-análise, codificação e categorização e interpretação.

#### **4 Resultados**

Foram entrevistados dezessete pacientes e quatro acompanhantes, dos quais dezoito eram do sexo feminino e dois do sexo masculino, com idade entre dezoito a sessenta anos.

No que diz respeito à experiência de internações anteriores, dezoito dos entrevistados já haviam sido internados, enquanto três nunca haviam sido. Em relação ao tipo de tratamento prestado aos pacientes, três foram cirúrgicos, doze clínicos e cinco obstétricos.

Quanto à escolaridade dos entrevistados, onze possuíam ensino médio completo, seis ensino médio incompleto, um ensino fundamental completo e três, ensino fundamental incompleto. No que diz respeito à renda familiar, a maioria informou ganhar entre um e cinco salários mínimos.

#### **Risco Percebido**

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

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

O risco de perda de tempo ou conveniência foi mencionado por apenas uma das entrevistadas. Esse achado também chama a atenção, tendo em vista uma sociedade que, cada vez mais, queixa-se de estar sobrecarregada e com seu tempo livre escasso. Novamente, poder-se-ia questionar se tais achados seriam diferentes, caso envolvessem sujeitos de pesquisa com um nível sócio-cultural mais elevado.

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

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

Finalmente, em detrimento da maioria dos entrevistados que percebeu riscos, envolvendo o atendimento, houve alguns poucos que não perceberam qualquer risco relacionado aos serviços de saúde. Nesses casos, os pacientes relacionaram a “ausência” de riscos aos seus aparentes bons estados de saúde, mas ignoraram o potencial de risco relacionado à qualidade do atendimento.

Das categorias apresentadas por Barbosa *et al.* (2008), foi possível identificar apenas aquelas que se referem ao risco físico e ao desempenho.



## Comunicação

O ambiente hospitalar foi avaliado pelos entrevistados em função de diversos aspectos: limpeza, organização, beleza, conforto, disponibilidade de insumos (materiais, medicamentos, móveis, equipamentos) e tranquilidade. A maioria dos entrevistados apresentou uma impressão positiva em relação ao ambiente do hospital, no que se refere aos quesitos limpeza e organização, confirmando as proposições de Berry e Parasuraman (1992), quanto à importância dos aspectos físicos.

Alguns entrevistados que já conheciam o hospital ou que já haviam sido internados há mais tempo salientaram a mudança favorável do ambiente, nos últimos anos. Outros enfatizaram que o ambiente destinado à internação particular e por convênios se difere daquele destinado à internação do SUS.

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

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

Em relação aos profissionais, os entrevistados avaliaram a educação e cortesia, a atenção, a simpatia, a aparência física e a segurança demonstrada. Dentre os entrevistados que tiveram impressões positivas da equipe de enfermagem, os aspectos mais citados foram a atenção e o carinho das profissionais. O que vai de encontro às afirmações de Sundaram; Webster (2000) referentes à comunicação verbal e não verbal.

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

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

Em relação aos médicos, os entrevistados que tiveram impressões positivas ressaltaram a atenção como o ponto crucial no atendimento. Já os que apresentaram impressões negativas dos médicos queixaram-se, dentre outras coisas, da descontinuidade da assistência médica, o que, para muitos, soou como descaso para com o paciente.

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

De forma semelhante ao que ocorreu com o ambiente, houve entrevistado que comparou o atendimento dos profissionais com o tipo de internação: particular/convênio *versus* SUS.

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

## **Emoções**

Os entrevistados foram estimulados a relatarem sobre seus sentimentos e as emoções experimentadas durante a prestação dos serviços de saúde.

A preocupação, citada por Richins (1997) e Farias; Santos (2000), foi a emoção mais referenciada pelos entrevistados, de uma maneira geral. Ela foi relacionada aos mais diversos fatores tais como: crença na necessidade de realizar exames diagnósticos, possibilidade de não haver suporte tecnológico para o tratamento do paciente, possibilidade de haver complicações relacionadas ao tratamento e inexistência de um diagnóstico.

Dito de outra maneira, a preocupação foi uma emoção relacionada à qualidade percebida do atendimento, à infra-estrutura do hospital e ao risco percebido pelos entrevistados.

Outra emoção negativa referenciada pelos entrevistados foi o constrangimento. Curiosamente, a exposição do corpo e da intimidade foi associada ao constrangimento por apenas uma das entrevistadas.

Duas emoções que fugiram ao referencial teórico abordado nessa pesquisa, mas foram relevantes para serem citadas foram a humilhação e a indignação. No discurso de uma das entrevistadas, percebeu-se a humilhação e a indignação como emoções negativas, que superaram a insatisfação e representaram a violação do direito, na condição de pessoa e paciente. Diferentemente do esperado, a depressão não foi mencionada pelos entrevistados.

Outra emoção experimentada pelos entrevistados foi a surpresa. Indo ao encontro da literatura consultada, ela foi descrita pelos respondentes tanto como uma emoção positiva, quanto como negativa, sempre em função do atendimento recebido.

A emoção positiva tranquilidade foi referenciada por alguns entrevistados em função da melhora do estado de saúde do paciente e em função da qualidade percebida no atendimento prestado.

Já a emoção positiva entusiasmo foi referenciada apenas por uma entrevistada. Provavelmente, isso ocorreu porque o ambiente hospitalar e a doença, por si, já comprometem o estado de espírito dos pacientes, promovendo mais sentimentos negativos do que o entusiasmo.

Outra emoção positiva identificada no discurso de alguns entrevistados foi o encantamento, que, em geral, representa a superação de expectativas por parte dos pacientes.

## **Qualidade Percebida**

Os resultados demonstraram algumas particularidades dos serviços de saúde. A melhora do estado de saúde dos pacientes, por exemplo, foi apontada como parâmetro de qualidade do atendimento. Uma consequência negativa dessa forma de avaliar seria o fato de que, em casos graves, em que o paciente evoluísse com piora ou até mesmo óbito, a qualidade do atendimento seria dificilmente identificada.

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

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

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

Essa constatação possibilitou perceber o relevante papel da equipe médica para avaliação geral da qualidade do atendimento hospitalar. Poder-se-ia inferir que, sendo o médico o responsável pela conduta terapêutica, ou seja, sendo ele o “detentor do saber para o tratamento e a cura”, sua performance torna-se indissociável do julgamento global de qualidade do hospital, pelos pacientes. Tal constatação vai de encontro às proposições de Grönroos (1984) e Donabedian (1980), acerca das duas dimensões de avaliação do serviço, uma técnica e outra de processo.

### **Confiança**

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

Em contrapartida, a confiança foi, deliberadamente, atribuída aos profissionais médicos. Como observado na qualidade percebida, o fato de o médico ser quem define o tratamento parece atribuir a ele uma parcela maior de responsabilidade pelo sucesso do tratamento, o que conferiria a ele um peso maior em ser confiável e tecnicamente competente. Sabe-se que a confiança nos profissionais determina a confiança no hospital, porém, isso parece não ter sido aplicável ao contexto da pesquisa. Assim, apenas duas entrevistadas fizeram menção à confiança no hospital. Fica, portanto, implícita a caracterização das transações que realçam a importância da confiança, conforme proposto por Singh; Sirdeshmukh (2000). Ademais, a confiança manifesta nos profissionais médicos mostra o valor da confiabilidade atribuída ao prestador, como sugerido por Morgan; Hunt (1994).

### **Satisfação**

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

Por outro lado, houve algumas entrevistadas que relataram insatisfação com o atendimento. Nesse caso, percebe-se, mais uma vez, a relevância da performance do profissional médico para determinar a satisfação ou insatisfação com o serviço prestado.

Em ambos os casos, destaca-se a proposição de Oliver (2000) e Silva (1994) no tocante à participação do profissional de linha de frente.

### **Comprometimento**

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

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

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

comprometimento, demonstrando que o retorno – ou não – ao serviço dependerá tão somente das circunstâncias, não havendo uma opinião formada quanto ao retorno.

No Quadro 1, apresenta-se a síntese dos construtos estudados e seus respectivos indicadores, encontrados na pesquisa.

**Quadro 1: Síntese dos resultados – construtos e indicadores da pesquisa.**

<b>Construtos</b>	<b>Indicadores</b>
Risco Percebido	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risco de dano físico</li> <li>• Risco de morte</li> <li>• Risco de perda de tempo ou conveniência</li> </ul>
Comunicação (do ambiente)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Limpeza</li> <li>• Organização</li> <li>• Beleza</li> <li>• Conforto</li> <li>• Infra estrutura (física e de equipamentos)</li> <li>• Relaxante/estressante</li> </ul>
Comunicação (dos profissionais)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Educação</li> <li>• Atenção</li> <li>• Carinho</li> <li>• Simpatia</li> <li>• Segurança</li> </ul>
Emoções	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encantamento</li> <li>• Entusiasmo</li> <li>• Tranquilidade</li> <li>• Surpresa</li> <li>• Preocupação</li> <li>• Depressão</li> <li>• Constrangimento</li> <li>• Indignação</li> <li>• Humilhação</li> </ul>
Qualidade Percebida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Técnica</li> <li>• Interpessoal</li> </ul>
Confiança	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No médico</li> <li>• Nos demais profissionais</li> <li>• No hospital</li> </ul>
Satisfação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Com a internação atual</li> <li>• Com as internações anteriores</li> </ul>
Comprometimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relacionado ao valor percebido</li> <li>• Relacionado à conveniência</li> <li>• Relacionado ao alto custo de mudança</li> </ul>

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

## 5 Considerações Finais

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

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

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

As emoções demonstraram guardar, também, uma relação direta com a comunicação. Enquanto a comunicação positiva e favorável do ambiente e dos profissionais de saúde mediou aos entrevistados emoções positivas como surpresa, entusiasmo, encantamento e tranquilidade, a comunicação negativa e desfavorável mediou emoções negativas como constrangimento, indignação e preocupação.

No caso específico do hospital, a comunicação dos profissionais, de uma forma geral, pareceu favorável a impressões positivas do serviço. Contudo, a deficiência percebida de infraestrutura pareceu ser um fator de peso para a avaliação global de qualidade da sua clientela.

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

Muitos entrevistados mencionaram terem tido uma surpresa positiva com o atendimento do hospital, o que levou à qualidade percebida e à satisfação com o atendimento. Tal fato tornou-se relevante não somente pela frequência em que ocorreu, como também por ter se relacionado a uma forte propaganda boca a boca desfavorável à imagem do hospital, superada pela experiência de consumo do serviço.

Um ponto que mereceu destaque foi o fato de muitos entrevistados terem associado a qualidade do atendimento a um atributo essencialmente médico. Assim, a qualidade percebida do atendimento refletiu-se, basicamente, na avaliação da qualidade do atendimento médico. De modo semelhante, a confiança percebida pelos entrevistados no serviço foi reflexo da confiança dos entrevistados na equipe médica. Portanto, o atendimento médico impactou diretamente na satisfação e, conseqüentemente, no comprometimento. Vale destacar que, nesse contexto, comprometimento e lealdade foram considerados construtos convergentes, tomando por referência os achados de Vieira e Slongo (2008b).

Ainda em relação ao comprometimento, a infra-estrutura deficitária, mencionada pelos entrevistados, foi responsável pela intenção de não retornar. Isso porque esses entrevistados demonstraram-se inseguros em relação à qualidade do atendimento prestado, em função da deficiência de infra-estrutura adequada para a assistência.

Finalmente, em um contexto de prestação de serviço em que o contato entre profissionais de saúde e pacientes/família é íntimo e prolongado, a carga emocional e o risco percebido são altos, a comunicação e a confiança tornam-se fatores decisivos para a satisfação e o comprometimento.

Nota-se que os profissionais de saúde são formados para desenvolverem habilidades essencialmente técnicas e, de um modo geral, não estão preparados para essa tarefa. Todavia, com os números crescentes de atendimentos que resultam em processos éticos, civis e criminais contra profissionais e instituições de saúde, percebe-se um movimento lento, porém, progressivo, que retoma ao atendimento um a um em que o “cliente” retorna à condição de “paciente” para ser tratado com a deferência e a individualidade que a prestação do serviço requer.

Nesse movimento, a comunicação e a confiança passam a se tornar os pilares de sustentação para impressões positivas que possibilitem relações duradouras e dêem sustentabilidade à prestação dos serviços de saúde. Espera-se, com esse trabalho, que tal movimento seja incluído na agenda dos profissionais e gestores de saúde, bem como na dos pesquisadores de marketing.

Em termos acadêmicos, imagina-se que as contribuições advindas da pesquisa recaiam sobre a identificação de atributos determinantes dos construtos frequentemente avaliados nos estudos de marketing de relacionamento. Tal assunto já encontra-se em estágio avançado, porém o enfoque específico sobre serviços de saúde ainda encontra-se em fase embrionária. Destarte, a identificação dos indicadores de risco percebido, comunicação, emoções, qualidade percebida, confiança, satisfação e comprometimento relativos aos serviços de saúde pode ser tida como um subsídio do trabalho.

A presente pesquisa teve como limitações o curto tempo para a coleta de dados e, portanto, a impossibilidade de aprofundar os questionamentos para entender como a relação entre os construtos se estabelecem. Nesse sentido, uma pesquisa quantitativa demonstraria ser útil para avaliar o peso dessas relações e para definir os construtos mais relevantes ou impactantes para a satisfação e o comprometimento com os serviços de saúde. Espera-se, também, que os resultados dessa pesquisa possam trazer *insights* para pesquisas futuras, que tratem da satisfação e do comprometimento, bem como dos seus determinantes, sob a ótica dos pacientes.

## 6 Referências

- BABIN, B.J.; DARDEN, W.R.; BABIN, L.A. Negative emotions in marketing research: affect or artifact? **Journal of Business Research**, v.42, p.271-285, 1998.
- BARBOSA, M.L.A. *et al.* Vai uma ostra aí?: percepção de risco no consumo de alimentos de praia. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 32., 2008, Rio de Janeiro. **Anais eletrônicos 2008...** Rio de Janeiro: 2008.
- BAUER, R. A. Consumer behavior as risk taking. In: HANCOCK, R.S. (ed.). **Dynamic Marketing for a Changing World**. Proceedings of the 43rd Conference of the American Marketing Association, p. 389-398, 1960.
- BERRY, L.L.; PARASURAMAN, A. **Serviços de marketing: competindo através da qualidade**. São Paulo: Maltese-Norma, 1992.
- BITNER, M. J. Servicescapes: The Impact of Physical Surroundings on Customer and Employees. **Journal of Marketing**, Chicago, v.56, n.2, p.57-71, apr. 1992.
- CARÂP, Leonardo Justin. Marketing Estratégico em Saúde. In: BARBOSA, Pedro Ribeiro (Org.). **Curso de especialização autogestão em saúde**. Rio de Janeiro, 2001. v. 2. Disponível em: <<http://www.uff.br/insau/gerir/MKT.doc>>. Acesso em: 6 jan. 2010.
- CROSBY, L.A.; EVANS, K.R.; COWLES, D. Relationship quality in services selling: an interpersonal influence perspective. **Journal of Marketing**, Chicago, v.54, n.3; p. 68, Jul. 1990.
- DIAS, Maria Antonia de Andrade. Marketing e hospitalidade no hospital. **Revista Tratados de Enfermagem**, São Paulo, UNIBAN, n. 2, p. 53-61, jul. 2005.
- DONABEDIAN, A. **Explorations in quality assessment and monitoring**. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.
- DONABEDIAN, A. **Explorations in quality assessment and monitoring**. The methods and findings of quality assessment and monitoring: an illustrated analysis. Ann Arbor: Health Administration Press, 1985.
- DOWLING, G.R.; STAELIN, R. A model of perceived risk and intended risk-handling activity. *Journal of Consumer Research*, v. 21, June, 1994.

- DWYER, R.; SCHURR, P.; OH, S. Developing buyer-seller relationships and networks. **Journal of Marketing**, v.29, n.1, p. 11-27, 1987.
- EBERLE, L.; MILAN, G.S.; LAZZARI, F. Identificação das dimensões da qualidade em serviços: um estudo aplicado em uma instituição de ensino superior. **RAE eletrônica**, v. 9, n.2, jul/dez. 2010.
- ENGEL, J.F.; BLACKWELL, R.D.; MINIARD, P.W. **Comportamento do consumidor**. Rio de Janeiro: LTC, 2000.
- FARIAS, S.A.; SANTOS, R.C. Modelagem de equações estruturais e satisfação do consumidor: uma investigação teórica e prática. **Revista de Administração Contemporânea**. v.4, n.3, p.107-132, Set/Dez. 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.
- FORNELL, C. *et al.* The American Customer Satisfaction Index: nature, purpose and findings. **Journal of Marketing**, Chicago, v.60, n.4, p.7-12, out. 1996. 2005, Florianópolis. **Anais eletrônicos 2005...** Florianópolis: 2005.
- GARVIN, D.A. Afterword: reflections on the future. In: BERWICK, D.M.; GODFREY, A.B.; ROESSNER, J. **Curing health care - new strategies for quality improvement: a report on the National Demonstration Project on Quality Improvement in Health Care**. San Francisco: Jossey-Bass, 1990. p. 159-165.
- GREENEICH, D. The link between new and return business and quality of care: patient satisfaction. **Advances in Nursing Science**, v.16, n.1, p. 62-72, 1993.
- GRÖNROOS, Christian. A service quality model and its marketing implications. **European Journal of Marketing**, v.18, n.4, p.36-44, 1984.
- LYTLE, R.S.; MOKWA, M.P. Evaluating health care quality: the moderating role of outcomes. **Journal of Health Care Marketing**, Boone, v.12, n.1, p.4-14, mar. 1992.
- MAGALHÃES, M.R.A. *et al.* Marketing de relacionamento de serviços médicos privados. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 33., 2009, São Paulo. **Anais eletrônicos 2009...** São Paulo: 2009.
- LOURES, Carlos A. da Silva. **Um estudo sobre o uso da Evidência Física para gerar percepção de qualidade em serviços: casos de hospitais brasileiros**. São Paulo, 2003. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo.
- MATOS, C.A.; HENRIQUE, J.L. Balanço do conhecimento em marketing: uma meta-análise dos resultados empíricos dos antecedentes e conseqüentes da satisfação e lealdade. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 30., 2006, Salvador. **Anais eletrônicos 2006...** Salvador: 2006.
- MAZZA, A.C.A.; FREITAS, A.A.F. As relações interpessoais em encontros de serviço: uma abordagem à luz da teoria das trocas sociais. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 31., 2007, Rio de Janeiro. **Anais eletrônicos 2007...** Rio de Janeiro: 2007.
- MILAN, G.S.; TREZ, G. Pesquisa de satisfação: um modelo para planos de saúde. **RAE eletrônica**. São Paulo, v. 4, n.2, art. 17, jul/dez. 2005.
- MORGAN, R.M.; HUNT, S.D. The commitment-trust theory of relationship marketing. **Journal of Marketing**, v.58, p.20-38, July. 1994.
- MOORMAN, C.; ZALTMAN, G.; DESHPANDE, R. Relationships between providers and users of market research: the dynamics of trust within and between organizations. **Journal of Marketing Research**, v. 29, p. 314-328, 1992.

- MOURA, Gisela Maria Schebella Souto de. Enfermagem e marketing. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 147-160, ago. 2003.
- OLIVER, R.L.A. Whence consumer loyalty? **Journal of Marketing**, v. 63, Special Issue, p. 33-44, 1999.
- OLIVER, R.L.A. A customer satisfaction with service. In: IACOBUCCI, D.; SWARTZ, T.A. (eds). **Handbook of Services Marketing and Management**. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, p. 247-254, 2000.
- PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V.A.; BERRY, L.L. Servqual: a multiple item scale for measuring consumer perception. **Journal of Retailing**, Greenwich, v. 64, n. 1, p. 12, spring 1988.
- PRADO, P.H.M.; SANTOS, R.C. Comprometimento e lealdade: dois conceitos ou duas dimensões de um único conceito? In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 27., 2003, Atibaia. **Anais eletrônicos 2003...** Atibaia: 2003.
- PRICE, L. L.; ARNOULD, E. J.; DEIBLER, S. L. Consumer's emotional responses to service encounters: the influence of service provider. **International Journal of Service Industry**, v. 6, n. 3, p. 34-63, 1995.
- REICHHELD, F.F. Loyalty-based management. **Harvard Business Review**, p. 64-73, Mar./Ap., 1993.
- RICHINS, M.L. Measuring Emotions in the Consumption Experience. **Journal of Consumer Research**, v. 24, p. 127-146, sep. 1997.
- ROTTER, J.B. A new scale for the measurement of interpersonal trust. **Journal of Personality**, v. 35, p. 651-665, 1967.
- SHENOLIKAR, R.A.; BALKRISHNAN, R.; HALL, M.A. How patient-physician encounters in critical medical situations affect trust: results of a national survey. **BMC Health Services Research**, v. 4, n.24, sep. 2004. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/4/24>>. Acesso em: 6 de set. 2010.
- SIEHL, C.; BOWEN, D.E.; PEARSON, C.M. Service Encounters as rite of integration: an information processing model. **Organization Science**, v. 3, p. 537-555, nov. 1992.
- SILVA, SH. **Controle da qualidade assistencial de enfermagem: implementação de um modelo**. 1994. Tese (Doutorado em Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP) – USP, São Paulo, 1994.
- SINGH, S.; SIRDESHMUKH, D. Agency and trust mechanisms in consumer satisfaction and loyalty judgments. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v. 28, n. 1, p. 150-167, 2000.
- SOLOMON, M.R. **O Comportamento do consumidor**. São Paulo: Bookman, 2002.
- SUNDARAM, D.S.; WEBSTER, C. The role of nonverbal communication in service encounters. **Journal of Services Marketing**, v. 14, n. 5, p. 378-391, 2000.
- TAHKA, V. **O relacionamento médico-paciente**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
- VIEIRA, V.A.; SLONGO, L.A. Comprometimento e lealdade: dois conceitos ou duas dimensões de um único conceito? Uma resposta a Prado e Santos (2003). **RAC**, Curitiba, v. 12, n. 4, p. 995-1018, out./dez, 2008b.
- VIEIRA, V.A.; SLONGO, L.A. Um modelo dos antecedentes da lealdade no varejo eletrônico. **RAC**, Curitiba, Ed. Especial, p. 65-87, 2008a.
- WAGNER, H.C. et al. Relationship Marketing in Health Care. **Journal of Health Care Marketing**. v. 14, n. 4, p. 42-47, 1994.