



TIPOS DE FALHAS, PRÁTICAS DE RECUPERAÇÃO E A FIDELIZAÇÃO DE CLIENTES DE SERVIÇOS HOSPITALARES

TYPES OF FAILURES AND PRACTICE OF RECOVERY OF CUSTOMER LOYALTY OF HOSPITAL SERVICES

Juliana Kucht Campos

Doutoranda na Technische Universität Berlin – TUB
Professora em cursos de MBA pela Fundação Getúlio Vargas – FGV
E-mail: magicju1500@gmail.com (Brasil)

Kleber Fossati Figueiredo

Doutor em Administração pelo Instituto de Estudos Superiores de la Empresa, Espanha
Coordenador do Centro de Estudos em Gestão de Serviços de Saúde do Instituto de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração da Universidade Federal do Rio de Janeiro – COPPEAD/UFRJ
E-mail: kleber@coppead.ufrj.br (Brasil)

Claudia Affonso Silva Araujo

Doutora em Administração pelo Instituto de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração – COPPEAD
Professora do Instituto de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração – COPPEAD
E-mail: claraujo@coppead.ufrj.br (Brasil)



TIPOS DE FALHAS, PRÁTICAS DE RECUPERAÇÃO E A FIDELIZAÇÃO DE CLIENTES DE SERVIÇOS HOSPITALARES

RESUMO

Este artigo apresenta resultados de pesquisa realizada em dois hospitais de Vitória, ES, Brasil, procurando compreender como clientes de serviços de saúde percebem a ocorrência de falhas e as práticas de recuperação adotadas. Utilizando a Técnica do Incidente Crítico, foram analisadas 311 entrevistas pessoais. As 555 falhas de serviços identificadas foram classificadas de acordo com o modelo proposto com base na revisão de literatura. Em apenas 2% dos relatos, os esforços de recuperação foram satisfatórios na percepção dos clientes. Apesar desse baixo percentual, 62% dos clientes recomendariam os serviços do hospital onde a falha ocorreu.

Palavras-chave: Hospital; Recuperação do Serviço; Falhas em Serviços de Saúde; Fidelização de Clientes.

TYPES OF FAILURES AND PRACTICE OF RECOVERY OF CUSTOMER LOYALTY OF HOSPITAL SERVICES

ABSTRACT

This article presents the results of a research conducted in two hospitals located in Vitória, ES, Brazil, trying to understand how healthcare customers perceive service failures and recovery practices adopted by hospitals. Using the Critical Incident Technique, 311 personal interviews were analyzed. The 555 service failures identified were classified according to the proposed model based on the literature review. In only 2% of the reports, the recovery efforts were satisfactory in customer perception. Despite this low percentage, 62% of respondents would recommend the services of the hospital where the failure occurred.

Keywords: Hospital; Service Recovery; Failures in Healthcare; Customer Loyalty.

1 INTRODUÇÃO

A importância em se controlar e minimizar a oferta de serviços com falhas é clara quando se analisa o aumento de competitividade no mercado, assim como a exigência de um nível de qualidade cada vez maior por parte dos clientes. Em se tratando de serviços de saúde, essa importância torna-se ainda mais evidente, por lidar com a vida dos clientes. Atuando em um contexto de custos elevados e ineficiência operacional, o setor de saúde vem tentando aprimorar a qualidade e aumentar a fidelização de seus clientes, minimizando erros e recuperando os serviços prestados fora do padrão de normalidade (Porter & Teisberg, 2007). No Brasil, têm sido cada vez mais frequentes os recursos aos Códigos Civil e do Consumidor em ações de danos materiais e imateriais advindos de falhas ocorridas em hospitais (Jorge, 2008).

A pesquisa que gerou o presente trabalho teve como principal objetivo entender como os clientes de serviços de saúde, especificamente de hospitais, percebem a ocorrência de falhas e os procedimentos de recuperação adotados pelos hospitais quando as falhas acontecem. Procurou-se conhecer, também, se os clientes ficaram satisfeitos ou não com tais procedimentos e se eles indicariam o hospital a outras pessoas. Com base em um conjunto de autores que tem pesquisado o tema em serviços de saúde, propõe-se um modelo conceitual de classificação de falhas em serviços hospitalares, que sirva de base para a categorização das falhas identificadas na pesquisa. O modelo proposto é composto por 15 categorias de falhas, classificadas entre falhas de *processo* ou de *estrutura*, e entre os domínios *técnico*, *interpessoal* ou de *conforto*. Foram realizadas 311 entrevistas pessoais, sendo identificadas 555 falhas de serviços, todas classificadas de acordo com o modelo proposto.

Embora sejam conhecidos vários instrumentos visando a prevenção e controle das falhas (gráfico de controle, QFD, *poka-yokes*), há ainda um desconhecimento quanto à natureza dos erros e quanto aos tipos de falhas específicos de cada setor, dificultando uma atuação mais efetiva de prevenção ou mesmo de recuperação das falhas. Assim, este estudo contribui para a academia e para os gestores do setor ao propor um esquema de classificação de falhas cometidas em hospitais, que auxilia no ensino e na aplicação de práticas de identificação, prevenção e redução/eliminação das falhas em tais instituições.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 FALHAS EM SERVIÇOS DE SAÚDE

A melhoria da qualidade dos serviços de saúde demanda atenção contínua aos detalhes da prestação do serviço e às falhas ocorridas, para que seja possível preveni-las no futuro (Bucknall, 2010; Prakash & Mohanty, 2012). Estabelecer padrões de qualidade e monitorar os desvios ocorridos são elementos fundamentais para assegurar, dentre outros aspectos, a segurança do paciente (Gemmell, Vandaele, & Tambreur, 2008).

Uma falha em serviços de saúde, na percepção do cliente, vai além de um diagnóstico errado, ou de uma falha técnica cometida por uma enfermeira cansada. Comportamentos frios e indiferentes por parte dos profissionais de saúde são considerados falhas pelos pacientes e familiares, principalmente levando-se em conta a fragilidade emocional e a insegurança em que se encontram os que precisam utilizar os serviços de um hospital (Donabedian, 1985; Engelbrecht, 2007).

Um dos modelos de avaliação de qualidade em saúde mais aceito e difundido é o proposto por Donabedian (1980, 1985). Para esse autor, os serviços de um hospital devem ser avaliados a partir de três elementos, que se relacionam entre si: *estrutura*, *processo* e *resultado*. A dimensão *estrutural* se refere ao número de médicos e outros profissionais, ao *status* de acreditação e às características das instalações, como *layout*, *design*, segurança etc. *Processo* diz respeito ao conjunto de atividades e interações que ocorrem entre os profissionais de saúde e os pacientes; alguns indicadores de processo são: competência no diagnóstico e na prescrição do tratamento, comunicação interpessoal e eficiência na entrega do serviço. A terceira dimensão, *resultado*, foca no serviço final entregue ao paciente. A *estrutura* afeta o *processo* de tratamento médico, que, por sua vez, afeta os *resultados* entregues aos clientes, em termos de saúde e satisfação. Com esse modelo em mente, Young e Williams (2011) afirmam que os hospitais são organizações que devem se preocupar, prioritariamente, em ter estruturas e processos adequados ao cuidado do paciente. Além disso, Donabedian (1985) afirma que a avaliação da qualidade dos serviços de saúde compreende os domínios *técnico* e *interpessoal*. O primeiro abrange a aplicação da ciência e da tecnologia da medicina à administração de um problema de saúde; o domínio *interpessoal*, por sua vez, refere-se à administração da interação social e psicológica entre o cliente e os profissionais, além do ambiente físico onde o serviço é prestado. No entendimento de Donabedian (1985), os

pacientes conhecem pouco os detalhes do domínio técnico da qualidade, embora apreciem sua importância. Em geral, o paciente avalia a qualidade técnica do tratamento indiretamente, pelas evidências do interesse e da preocupação dos profissionais com sua saúde e bem-estar. O domínio interpessoal pode influenciar os resultados do domínio técnico e vice-versa.

Evidências sugerem que grande parte dos erros cometidos em hospitais decorre de falhas no processo, ou seja, de uma cadeia de eventos, não devendo ser atribuídos a uma pessoa ou ação isolada (Bucknall, 2010; Spath, 2011). Para Healey e McGowan (2010), o fato de tantos erros estarem ocorrendo em hospitais indica que o sistema como um todo está falhando. Em seu livro seminal lançado em 1990, *Human Error*, James Reason já defendia uma abordagem sistêmica para os erros, ressaltando que as condições de trabalho e os sistemas estabelecidos podem gerar eventos adversos e colocar em risco a segurança do paciente. Como observa Zientek (2010), o médico pode não prescrever de forma clara ou legível os medicamentos, a enfermagem pode não se sentir à vontade para procurar o médico para pedir esclarecimentos e a farmácia pode não atentar ou questionar sobre a dosagem prescrita. Assim, para melhorar e monitorar os processos, estabelecimentos de saúde têm adotado a filosofia *lean* e utilizado, cada vez com mais frequência, ferramentas de gestão advindas das operações de serviços, como mapeamento de processos (*blueprint*), seis sigma e gráficos de controle. Outro fator importante para melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados à população é o *empowerment* dos funcionários para detectar e corrigir erros no desenho do processo o mais cedo possível, antes que se transformem em uma falha concreta (Graban, 2009; Healey & McGowan, 2010).

Os resultados da pesquisa realizada por Powers e Bendall-Lyon (2002), usando como referência o modelo de Donabedian (1980), apontaram que 80% das falhas reportadas estavam relacionadas à dimensão processual do atendimento, incluindo *staff* (29%), médicos (16%), tempo de atendimento (16%), comunicação (16%) e continuidade no tratamento (3%), enquanto apenas 20% das falhas eram estruturais, relacionadas à falta de equipamentos (7%), ambiente (6%), comida (4%), pagamento (2%) e achados e perdidos (1%). Outras falhas no processo apontadas na literatura são a perda de documentos e papéis, materiais de trabalho fora do lugar (Nelson, Batalden, & Ryer, 1998) e o longo tempo de espera para receber atendimento (Naveh & Stern, 2005; Al-Hawary, Alghanim, & Mohammad, 2011). Especificamente em hospitais privados, Camilleri e Callaghan (1998) identificaram que as principais reclamações dos clientes dizem respeito à falta de conforto e ao ambiente hospitalar considerado inadequado.

De acordo com estudo realizado por Desai (2011) na Índia, pacientes e familiares esperam ter uma boa comunicação com os profissionais de saúde, tendo suas perguntas respondidas, e ser atendidos em um ambiente limpo e organizado. Em termos gerais, os clientes que procuram o serviço de saúde buscam uma aproximação maior com o prestador do serviço, um contato mais humano, em que sejam ouvidos e possam conversar sobre o que sentem (Desai, 2011; Prakash & Mohanty, 2012; Jones & Moses, 2012). Em pesquisa realizada pelo *Health, Nutrition, and Population Sector Programme* (2006) em hospitais de Bangladesh, os clientes relataram problemas com o comportamento dos prestadores: frieza e indiferença, ausência de profissionais (ocupados com assuntos particulares, algumas vezes), duração curta da consulta (de 2 a 3 minutos) e inexistência de privacidade durante o contato com os médicos.

Em pesquisa realizada por Alves (2006) em três hospitais do Rio de Janeiro, a falta de pessoal foi a falha mais frequentemente citada pelos pacientes entrevistados. Segundo essa pesquisa, algumas características dos serviços de saúde, tais como a alta especialização dos funcionários e a imprevisibilidade da demanda, dificultam o dimensionamento da quantidade ideal de pessoas a ser alocada para a prestação dos serviços. Com isso, torna-se comum a utilização de estagiários para o cumprimento de parte dos serviços, assim como o uso de horas extras e duplas jornadas por parte dos profissionais de saúde. Esses procedimentos, por sua vez, propiciam a ocorrência de falhas por falta de experiência dos estagiários ou por sobrecarga de trabalho da equipe.

2.2 PRÁTICAS DE RECUPERAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES

Em serviços hospitalares, em que o estado emocional dos pacientes e familiares pode agravar ainda mais a percepção das falhas ocorridas (Mattila, 2004), a recuperação tem sido muito bem recebida e considerada como um dos direcionadores mais importantes para a satisfação dos clientes (Becker, 2000; Leape, 2012). No entanto, conforme salientado por Johnston e Clark (2008), o principal propósito da recuperação de serviço deve ser usar a informação decorrente da falha na promoção de melhorias contínuas, evitando que o problema se repita. Assim, a recuperação de serviço pode ser definida como a ação de identificar e lidar com falhas na prestação do serviço, com o objetivo de melhorar seu desempenho.

Sob a perspectiva de operações de serviços, o sucesso da recuperação de serviços depende da integração de três elementos: o cliente, o processo e os empregados. No entanto, o que se vê em

geral é uma grande ênfase na recuperação do cliente, sem buscar a causa-raiz do problema e sem atentar para o impacto que as falhas geram nos profissionais que estão em contato direto com os clientes insatisfeitos (Michel, Bowen, & Johnston, 2009). É comum que as empresas tentem transferir culpas e responsabilidades quando ocorre uma falha. Com essa postura, as organizações acabam, na verdade, negligenciando importantes informações que poderiam deflagrar medidas corretivas no processo (Spath, 2011).

Quando ocorre uma falha durante determinado procedimento, os pacientes esperam uma explicação sobre o que ocorreu, um pedido de desculpas e a segurança de que alguma coisa será feita pelo hospital para evitar que tal falha ocorra com outro paciente (Hyman, Liebman, Schechter, & Sage, 2010; Leape, 2012). Por outro lado, os profissionais de saúde em geral sentem-se desconfortáveis em conversar com o paciente ou seus familiares sobre a ocorrência de algum erro, e raramente pedem desculpas ou explicam o que será feito para prevenir o problema no futuro (Gallagher *et al.*, 2006; Hyman *et al.*, 2010). A transparência na comunicação pode reduzir o número de processos judiciais e resgatar a confiança do paciente, mas muitos profissionais resistem em pedir desculpas por achar que tal atitude será interpretada como uma confissão do erro, que pode ter consequências judiciais (Howley, 2009; Hyman, 2011; Leape, 2012). Além do pedido de desculpas, uma reparação deve ser oferecida ao cliente em casos de erros mais graves (Zientek, 2010).

Ao estudar três hospitais no Rio de Janeiro, Torres (2003) identificou a utilização de algumas práticas de recuperação tangíveis e intangíveis: as tangíveis vão desde o fornecimento de alimentação e dinheiro para o transporte, nos casos de agendamentos errados, até o ressarcimento financeiro de um relógio Rolex, perdido dentro do hospital; a prática intangível mais comumente adotada pelos hospitais é o pedido de desculpas, acompanhado do fornecimento de respostas e de explicações sobre o erro.

Os esforços de recuperação, de acordo com a pesquisa desenvolvida por Colgate e Norris (2001), são um dos fatores que afetam a decisão do cliente de permanecer na empresa ou trocar de fornecedor após uma falha.

2.3 A FIDELIZAÇÃO DE CLIENTES DE SERVIÇOS HOSPITALARES

Por muito tempo, acreditou-se que a fidelização de clientes de serviços de saúde não existia. Em 1995, Jones e Sasser publicaram um artigo representando através de um gráfico o

comportamento de clientes de diversos setores, inclusive os de hospitais. Essa foi uma das poucas iniciativas em que se pôde identificar que os clientes de serviços hospitalares possuíam um comportamento de fidelização com as organizações de saúde.

A fidelização tem sido definida como a atitude positiva do consumidor em relação à marca/empresa (Mowen & Minor, 2003) e alguns autores têm proposto a operacionalização desse construto através de uma única pergunta: se o cliente recomendaria o serviço da empresa para um amigo ou familiar (Reichheld, 2003; Reichheld & Markey, 2011). Trata-se do Net Promoter Score (NPS), que desde o seu surgimento tem gerado amplo debate entre acadêmicos e gestores quanto à sua superioridade relativamente a outras métricas já estabelecidas e testadas, como pesquisas de satisfação e de lealdade (Keiningham *et al.*, 2007). Apesar de alguns estudos empíricos não indicarem a superioridade do NPS frente a outras formas de pesquisa para predizer lealdade e taxas de crescimento de empresas (Morgan & Rego, 2006; Keiningham *et al.*, 2007; Klaus & Maklan, 2013; Van Doorn, Leeflang, & Tijs, 2013), o NPS tem sido aplicado em diversas pesquisas acadêmicas para medir lealdade do cliente (Bildfell, 2011; Schultz & Block, 2012). Nessa pesquisa, a fidelização foi operacionalizada através do NPS pela sua simplicidade de aplicação e de operacionalização.

Nos estudos referentes à relação entre a satisfação e a fidelização de clientes de hospitais, Jones e Sasser (1995) identificaram que uma variação na satisfação dos pacientes provoca pouca reação na fidelidade do cliente, indicando que os clientes são “naturalmente” mais fiéis do que em outros setores, como de automóveis e de computadores pessoais. Dentre os motivos para tal comportamento, tem-se a falta de escolha (Zeithaml & Bitner, 2003), a restrição de escolha imposta por planos de saúde (Porter & Teisberg, 2007), o alto custo de mudança, a pequena diferença do serviço prestado pelos concorrentes e os aspectos como hábito a frequentar tal organização (Colgate & Norris, 2001).

3 CONSTRUÇÃO DO MODELO DE CLASSIFICAÇÃO DE FALHAS EM SERVIÇOS HOSPITALARES

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

identificar dimensões e atributos valorizados e observados pelos clientes de serviços hospitalares, assim como estudos sobre as falhas nesse tipo de serviço. Três estudos que auxiliaram bastante na construção do modelo proposto no presente trabalho: Donabedian (1980, 1985) e Stiles e Mick (1994).

O modelo foi estruturado com base nas dimensões da qualidade em saúde propostas por Donabedian (1980, 1985) – estrutura, processo e resultado; domínios técnico e interpessoal – e na matriz 3x3 (Figura 1) desenvolvida por Stiles e Mick (1994) a partir das classificações de Donabedian (1980), em que são alocadas as dimensões estrutura, processo e resultado no eixo horizontal, enquanto no eixo vertical são apresentados os domínios técnico, interpessoal e conforto. Embora Donabedian (1980) não separe conforto da dimensão interpessoal, Stiles e Mick (1994) optaram por fazer essa distinção.

Figura1 - Matriz adaptada de Stiles e Mick (1994)

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

Fonte: Elaborado pelos autores com base na matriz de Stiles e Mick (1994).

A interação entre linhas e colunas engloba as diversas definições de qualidade em serviços de saúde apresentadas até este momento, representando, portanto, uma forma de esquematizar os diversos entendimentos dos autores. Para Stiles e Mick (1994), cada célula representa um conjunto de definições genéricas de qualidade que são abrangentes em escopo, intuitivamente claras e

facilmente aplicáveis, constituindo-se em uma ferramenta conceitual útil para aqueles que buscam a melhoria da qualidade na prestação de serviços de saúde. Os interessados em melhoria da qualidade podem definir em que nível, ou seja, em que célula da matriz, focar seus esforços primeiramente.

Inspirando-se na matriz proposta por Stiles e Mick (1994), os autores deste artigo propõem um modelo de classificação de falhas em serviços hospitalares. No modelo proposto, não foi considerada a dimensão *resultado* por não fazer parte do escopo do estudo. As falhas relatadas na literatura foram classificadas em *falha no domínio técnico, falha no domínio interpessoal, ou falha no domínio conforto* e, para cada uma dessas categorias, observou-se se a falha foi *na estrutura* ou *no processo*. O modelo proposto está apresentado na Figura 2.

Figura 2 - Modelo proposto de classificação de falhas em serviços hospitalares

DOMÍNIO	ESTRUTURA	PROCESSO
Domínio técnico	Equipamentos indisponíveis - Stiles e Mick (1994); Nelson, Batalden e Ryer (1998); Powers e Bendall-Lyon (2002); Alves (2006)	Erros técnicos dos profissionais - Donabedian (1980); Camilleri e Callaghan (1998); Powers e Bendall-Lyon (2002); Zientek (2010)
	Falta de pessoal - Donabedian (1980); Stiles e Mick (1994); Alves (2006); Bangladesh (2006); Young e Williams (2011)	Falhas dos profissionais de suporte - Nelson, Batalden e Ryer (1998); Powers e Bendall-Lyon (2002); Zientek (2010)
	Falta de medicamentos e materiais complementares ao serviço principal - Camilleri e Callaghan (1998); Nelson, Batalden e Ryer (1998); Zientek (2010)	
Domínio interpessoal	Falta de pessoal para ajudar na comunicação com o paciente (comitês de ética, ouvidores, assistentes sociais, tradutores) - Donabedian (1985); Engelbrecht (2007); Young e Williams (2011); Alves (2006); Desai (2011); Prakash e Mohanty (2012); Jones e Moses (2012)	Falhas de comunicação/informação - Donabedian (1980); Reason (1990); Stiles e Mick (1994); Powers e Bendall-Lyon (2002); Torres (2003); Healey e McGowan (2010); Zientek (2010); Graber e Carlson (2011); Desai (2011)
		Falhas no comportamento dos colaboradores - Donabedian (1985); Stiles e Mick (1994); Camilleri e Callaghan (1998); Engelbrecht (2007); Zientek (2010); Graber e Carlson (2011)

Domínio conforto	Inexistência ou falhas nos serviços complementares - Camilleri e Callaghan (1998); Powers e Bendall-Lyon (2002)	Falhas no fluxo de pacientes - Stiles e Mick (1994); Camilleri e Callaghan (1998); Powers e Bendall-Lyon (2002); Torres (2003); Naveh e Stern, 2005; Al-Hawary, Alghanim e Mohammad (2011)
	Falhas na limpeza - Camilleri e Callaghan (1998); Desai (2011)	
	Falhas de arquitetura e design - Donabedian (1980); Camilleri e Callaghan (1998); Powers e Bendall-Lyon (2002); Desai (2011)	Ocorrência de situações constrangedoras, falta de privacidade - Donabedian (1985); Camilleri e Callaghan (1998); Bangladesh (2006)
	Falhas na aparência dos colaboradores - Stiles e Mick (1994)	
	Falhas na alimentação oferecida - Camilleri e Callaghan (1998); Powers e Bendall-Lyon (2002)	

Fonte: Elaborado pelos autores.

4 METODOLOGIA

Para fazer um levantamento de falhas e práticas de recuperação de serviços, assim como analisar a associação entre essas práticas e a fidelização dos clientes, é necessário utilizar uma técnica capaz de descrever os aspectos da prestação de serviço, os momentos nos quais as falhas ocorrem e que forneça informações detalhadas sobre a percepção dos clientes sobre as mesmas. Estudos dessa natureza têm utilizado como metodologia de pesquisa a Técnica do Incidente Crítico (Bitner, Booms, & Tetreault, 1990; Hoffman, Kelley, & Chung, 2003; Forbes, Kelley, & Hoffman, 2005). A opção por essa técnica também se baseia na necessidade de realizar uma pesquisa de caráter exploratório, dado o pouco conhecimento acumulado e sistematizado sobre gestão de serviços de saúde no Brasil.

A Técnica do Incidente Crítico (TIC), sistematizada por Flanagan (1954), é uma técnica qualitativa de pesquisa utilizada na investigação de ocorrências significantes, positivas ou negativas, com o objetivo de compreendê-las pela perspectiva individual, considerando elementos cognitivos, afetivos e comportamentais. Essas ocorrências, ou incidentes, devem ser identificadas pelo respondente como relevantes na maneira como foram conduzidas ou pelos efeitos percebidos

de seus resultados (Chell, 1998). Existem, no entanto, limitações acerca da TIC que podem comprometer o trabalho do pesquisador, caso não sejam cuidadosamente trabalhadas. Por ser baseada em experiências pessoais dos respondentes, há uma grande dependência da lembrança do indivíduo e da sua habilidade em descrever os incidentes de forma precisa e fiel. A técnica depende também da capacidade de interpretação dos pesquisadores e sua eficiência na classificação dos incidentes: a incompreensão a respeito de um incidente pode levar a uma classificação equivocada e comprometer todo o estudo (Gremier, 2004). Dessa forma, torna-se necessária especial atenção por parte do pesquisador na determinação dos critérios de classificação de incidentes, na eliminação de vieses e no treinamento da equipe responsável pela coleta de dados.

Para o levantamento das falhas e práticas de recuperação adotadas pelos hospitais, foi desenvolvido um instrumento de coleta de informações utilizado como roteiro pelo entrevistador. Nele foram registrados os comentários feitos pelos usuários sobre as situações desagradáveis vividas em um ambiente hospitalar, as práticas de recuperação e a satisfação em relação a tais práticas. A verificação da associação entre cada tipo de falha ou prática de recuperação e a fidelização dos clientes foi feita pela análise da disposição do entrevistado em *recomendar os serviços*. Com o objetivo de testar a estratégia de abordagem aos entrevistados e o roteiro de pesquisa, durante uma semana do mês de outubro de 2010 foram entrevistadas 10 pessoas, dentre pacientes, acompanhantes e familiares de pacientes, em um hospital do Rio de Janeiro. Após os testes, percebeu-se que, mesmo depois da ocorrência de falhas nos serviços e do uso de práticas insatisfatórias de recuperação dos problemas identificados, os entrevistados recomendavam os hospitais onde os contratemplos aconteceram. Assim, percebeu-se a necessidade de se incluir uma última pergunta no roteiro de entrevista, para identificar o motivo pelo qual os entrevistados recomendavam os hospitais mesmo após a ocorrência das falhas descritas.

Foram abordadas 594 pessoas em dois hospitais privados localizados em Vitória, estado do Espírito Santo, e 311 pessoas (52%) concordaram em ser entrevistadas e declararam ter um incidente crítico negativo para relatar. Para mitigar as limitações citadas anteriormente quanto à fragilidade de memória dos entrevistados, aos participantes foi solicitado que relatassem um caso recente – até um ano de ocorrido – e optou-se por abordar os participantes em um ambiente hospitalar para aproveitar que estes estariam revivendo as emoções e as angústias de uma experiência com esses serviços, para que relembassem com mais facilidade experiências negativas do passado. As entrevistas foram realizadas entre dezembro de 2010 e fevereiro de 2011. Convém

destacar que, apesar de as entrevistas terem sido realizadas em dois hospitais, os dados obtidos não obrigatoriamente se referem a serviços prestados por estes.

O processo de análise, interpretação e classificação dos incidentes críticos relatados nas entrevistas consistiu em cinco etapas, de tal forma a reduzir possíveis vieses e erros de interpretação por parte dos pesquisadores: (a) identificação das falhas ocorridas durante a prestação de serviço e classificação das mesmas com base no modelo proposto neste estudo; (b) análise da associação entre cada tipo de falha e a disposição em recomendar o hospital após a falha; (c) identificação das práticas de recuperação de serviços utilizadas pelos hospitais após a evidência das falhas; (d) análise da satisfação dos clientes com as práticas de recuperação de serviços utilizadas pelos hospitais e, finalmente, (e) identificação dos motivos de os clientes se manterem fiéis mesmo após a ocorrência de falhas, com o objetivo de verificar não só a relação entre as práticas de recuperação e a fidelização, como também a presença de outros fatores influenciando tal comportamento.

Na análise dos dados, são apresentadas tabulações cruzadas. Embora não exista o objetivo de testar hipóteses, buscou-se verificar se em tais tabulações há existência ou não de associações entre as variáveis ali representadas. Para tal, utilizou-se o Teste Qui Quadrado, calculando-se as frequências que seriam esperadas se não houvesse associação entre as variáveis, e comparando-as com as efetivamente observadas (Malhotra, 2006). Para a realização desse teste usou-se o *software* Sphinx Survey (V5).

5 RESULTADOS E ANÁLISES

5.1 PERFIL DOS PARTICIPANTES

Do total de 311 entrevistados, 72,6% pertenciam ao sexo feminino, todos os entrevistados declararam ter plano de saúde e 52% tinham entre 30 e 49 anos. Quando questionados sobre o motivo que os levou ao hospital onde ocorreu a falha descrita na entrevista, 55,6% disseram que buscavam um atendimento de emergência, 27,3% estavam no hospital por causa de uma cirurgia, 9,7% visitavam algum paciente, 2,9% para consulta médica, 1,9% para atendimento na maternidade, 1,3% para a realização de exames e 1,3% por outros motivos.

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

A partir das 311 entrevistas realizadas, foram identificadas 555 falhas, que foram classificadas de acordo com o modelo proposto (Figura 3). A frequência de cada tipo se encontra na Figura 4.

Figura 3 - Tipos de falhas identificadas.

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

Fonte: Trabalho de campo.

Figura 4 - Frequência de cada tipo de falha.

FALHAS DE ESTRUTURA	FREQUÊNCIA	%	DIMENSÃO
Falhas no comportamento dos colaboradores	123	22,20%	Processo
Falhas no fluxo de pacientes	117	21,10%	Processo
Erros técnicos dos profissionais	69	12,40%	Processo
Falhas ou falta de comunicação/informação	50	9,00%	Processo
Inexistência ou falhas nos serviços complementares	36	6,50%	Estrutura
Falhas de arquitetura e <i>design</i>	35	6,30%	Estrutura
Falhas na limpeza	34	6,10%	Estrutura
Falta de pessoal	26	4,70%	Estrutura
Situações constrangedoras; falta de privacidade	25	4,50%	Processo
Falhas na alimentação oferecida	11	2,00%	Estrutura
Falhas dos profissionais de suporte	11	2,00%	Processo
Falta de medicamentos e materiais complementares ao serviço principal	8	1,40%	Estrutura
Equipamentos indisponíveis	7	1,30%	Estrutura
Falhas na aparência dos colaboradores	3	0,50%	Estrutura
Falta de pessoal para ajudar na comunicação com o paciente	0	0,00%	Estrutura
TOTAL	555	100%	

Fonte: Trabalho de campo.

Analisando a Figura 4, verifica-se que, do total de 555 falhas identificadas, 395 (71,2%) estão relacionadas ao *processo* da prestação do serviço, enquanto 160 (28,8%) relacionadas à *estrutura*. Estes resultados estão alinhados com o entendimento de diversos autores, como Reason (1990), Bucknall (2010) e Spath (2011), que afirmam que as falhas nos serviços de saúde decorrem em grande parte de problemas no processo. No que se refere aos domínios citados por Donabedian (1980) e Stiles e Mick (1994), 121 (21,8%) são falhas de domínio *técnico*, 173 (31,2%) de domínio *interpessoal* e 261 (47,0%) de domínio *conforto*. A seguir alguns exemplos de falhas descritas pelos pacientes durante as entrevistas, classificadas por tipo de falha, segundo o modelo proposto.

5.2.1 DOMÍNIO TÉCNICO X ESTRUTURA:

- *Equipamentos Indisponíveis*: Analisando os comentários dos pacientes sobre as falhas referentes a equipamentos indisponíveis, foi possível verificar que, apesar de não ser frequente – 7 citações (1,3%) –, sua ocorrência pode ocasionar a morte do paciente, conforme alertado por Nelson *et al.* (1998) e por Powers e Bendall-Lyon (2002). Outra observação conveniente sobre a falta de equipamentos foi a transferência da responsabilidade pela falha para a empresa terceirizada – aparentemente responsável pela manutenção do aparelho. Esse comportamento de transferência de culpas e responsabilidade é alertado por Spath (2011) e reduz a possibilidade de o hospital melhorar os processos e aprender com os erros (Johnston & Clark, 2008).

- *Falta de Pessoal*: Do total de falhas identificadas, 26 (4,7%) estavam relacionadas à falta de pessoal, mais especificamente de especialistas. Esse tipo de falha merece atenção dos gestores, pois pode gerar, conforme alertam Young e Williams (2011), maiores custos associados a erros médicos. A fim de investigar se há alguma associação entre essa categoria de falhas e o tipo de atendimento ao qual o paciente se dispôs, aplicou-se o teste Qui Quadrado. Os resultados (χ^2 : 153,22, 131 g.l. Probabilidade: 0,01%) mostraram que a frequência da falta de pessoal na realização de exames é significativamente maior do que para os demais tipos de atendimento. Ou seja, o paciente percebe a necessidade de mais profissionais durante a realização de exames. A falta desses profissionais pode sobrecarregar o pessoal existente e gerar erros de laudo e de diagnóstico (Alves, 2006).

- *Falta de Medicamentos e Materiais Complementares ao Serviço Principal*: Assim como nos resultados da pesquisa de Nelson *et al.* (1998), a falta de medicamentos e materiais foi relatada por oito entrevistados, representando 1,4% do total das falhas.

5.2.2 DOMÍNIO TÉCNICO X PROCESSO:

- *Erros Técnicos dos Profissionais*: Foram relatadas 69 falhas (12,4%) relativas a erros técnicos dos profissionais, incluindo erros no diagnóstico e em laudos, na prescrição e aplicação dos medicamentos, gerando algumas vezes reações alérgicas e sequelas. Ainda nessa categoria, um número considerável de entrevistados (15) comentou sobre infecções hospitalares, representando 22% das falhas relatadas nessa categoria. Essas falhas podem ser decorrentes de sobrecarga de trabalho, excesso de horas extras, como alertam Alves (2006) e Young e Williams (2011), ou de falhas de comunicação ao longo do processo, como observado por Zientek (2010) e por outros autores.

- *Falhas dos Profissionais de Suporte*: Do total, foram relatadas 11 (2,0%) ocorrências de falhas relacionadas aos profissionais de suporte, principalmente da recepção. Os problemas foram basicamente por conta de desorganização: falhas na reserva de vagas para internação (realizadas por telefone) e perda de documentos e de exames. Esses problemas foram apontados na literatura por Nelson *et al.* (1998).

5.2.3 DOMÍNIO INTERPESSOAL X ESTRUTURA:

- *Falta de Pessoal para ajudar na comunicação com o paciente*: Não houve relatos de falhas que pudessem ser enquadradas nessa categoria. Esse resultado pode ser reflexo da busca pela acreditação e do aumento de processos judiciais decorrentes de falhas no serviço de saúde (Jorge, 2008), que fazem com que os hospitais busquem, por meio da ouvidoria e de canais de relacionamento com os clientes, solucionar internamente os problemas e as insatisfações dos clientes, de forma a minimizar ações na justiça. Autores afirmam que a transparência na comunicação com os pacientes diminui o número de processos judiciais e resgata a confiança do paciente (Howley, 2009; Hyman, 2011; Leape, 2012).

5.2.4 DOMÍNIO INTERPESSOAL X PROCESSO:

- *Falhas de Comunicação/Informação*: Houve 50 relatos (9%) de falhas ocorridas na comunicação/informação com o paciente, relacionadas basicamente à carência de informações fornecidas por médicos, enfermeiros e recepcionistas aos pacientes e acompanhantes. Os gestores

devem atentar para esse aspecto, já que os pacientes e familiares se encontram em geral fragilizados e ansiosos, requerendo dos profissionais uma comunicação clara e efetiva, que os ajude a entender o processo pelo qual estão passando (Desai, 2011; Prakash & Mohanty, 2012; Jones & Moses, 2012).

- *Falhas no Comportamento dos Colaboradores*: Foram relatadas 123 falhas (22,2%) relacionadas a comportamentos dos colaboradores, como frieza, indiferença, agressividade e insensibilidade. Esse tipo de falha foi levantado já na década de 80 por Donabedian (1980, 1985) e mais recentemente por Engelbrecht (2007) e pelo Health, Nutrition, and Population Sector Programme (2006).

5.2.5 DOMÍNIO CONFORTO X ESTRUTURA:

- *Inexistência ou Falhas nos Serviços Complementares*: Em conformidade com os estudos de Camilleri e Callaghan (1998), e de Powers e Bendall-Lyon (2002), foram identificadas 36 falhas (6,5%) relativas a serviços complementares indisponíveis ou a insatisfações com os mesmos, incluindo falta de segurança, com casos de furtos ocorridos dentro dos hospitais, má sinalização do ambiente hospitalar e falta de estacionamento.

- *Falhas na Limpeza*: Foram relatadas 34 falhas (6,1%) relacionadas à limpeza, com comentários sobre moscas, formigas e mosquitos encontrados no quarto dos pacientes. Esse tipo de falha também foi encontrado por Camilleri e Callaghan (1998) e por Desai (2011).

- *Falhas de Arquitetura e Design*: Assim como em estudos anteriores (Powers & Bendall-Lyon, 2002; Desai, 2011), houve 35 relatos (6,3%) de falhas relacionadas a essa categoria, incluindo barulhos de obras em andamento, da lavanderia e do próprio pronto-socorro, localizado próximo aos quartos de internação.

- *Falhas na Aparência dos Colaboradores*: Apenas três falhas relatadas (0,5%) relacionam-se à aparência dos colaboradores.

- *Falhas na Alimentação Oferecida*: Foram apontadas 11 falhas (2,0%) relacionadas à alimentação oferecida pelos hospitais, incluindo o aspecto visual e o sabor da comida.

5.2.6 DOMÍNIO CONFORTO X PROCESSO:

- *Falhas no Fluxo de Pacientes*: O longo período de espera foi o segundo tipo de falha mais apontado pelos entrevistados – 117 (21,1%). Alguns participantes atribuem a demora no

atendimento à falta de leitos, ao atendimento preferencial a clientes particulares ou de alguns planos de saúde, à falta de informação por parte das atendentes etc. No que se refere ao tempo de espera na melhora clínica do paciente, os entrevistados relataram casos de sequelas em pacientes que precisavam de atendimento imediato e de uma paciente que teve AVC e que teve que aguardar três horas para ser atendida.

- *Ocorrência de Situações Constrangedoras, Falta de Privacidade*: Foram identificadas 25 falhas (4,5%) relacionadas a essa categoria. Houve relatos de situações constrangedoras no momento da troca de fraldas e da realização da higiene íntima, de falta de privacidade por ter que dividir o quarto com pacientes de sexo oposto, ou com pacientes cujas limitações da doença de certa forma limitam sua privacidade, e de sentir-se constrangido por ter que transitar de maca pelo hospital por um longo período tempo.

5.3 PRÁTICAS DE RECUPERAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES

Durante a análise dos resultados da pesquisa, identificou-se que em 85,3% dos relatos não houve qualquer iniciativa por parte do hospital em amenizar a falha e recuperar o serviço prestado; nos demais casos, as práticas para a recuperação não foram satisfatórias para 75,0% dos clientes. Os resultados da pesquisa comprovam que, além de os clientes não perceberem os esforços por parte dos hospitais, algumas atitudes não se mostraram aceitáveis ou suficientes para reverter o quadro de insatisfação com os serviços recebidos. Conforme relatado na literatura, esse tipo de postura pode abalar a confiança do cliente na instituição e levar o paciente a processar o hospital (Howley, 2009; Hyman, 2011; Leape, 2012). Pelos relatos dos participantes da pesquisa, observou-se a transferência de responsabilidade pela falha para outro profissional ou área do hospital, postura essa que não ajuda na recuperação efetiva dos processos (Spath, 2011). Além disso, foram constatados casos de encaminhamento do paciente a outra instituição de saúde como forma de amenizar a falta de profissionais, gerando perda de receita para a instituição e insatisfação dos clientes (Donabedian, 1980; Young & Williams, 2011).

Analisando detalhadamente os casos em que os clientes declararam estar satisfeitos com as ações de recuperação do serviço (3,7% do total de relatos coletados), verifica-se que as práticas que proporcionaram maior satisfação nos clientes foram basicamente “pedido de desculpas por parte do profissional” e a “correção imediata da falha”. Esse resultado é compatível com os resultados da pesquisa de Torres (2003) e corrobora para o entendimento de que na ocorrência de uma falha os

pacientes esperam uma explicação sobre o que ocorreu, um pedido de desculpas e a segurança de que alguma coisa será feita pelo hospital para evitar que a falha volte a acontecer (Hyman *et al.*, 2010; Leape, 2012).

5.4 TIPOS DE FALHA E A FIDELIZAÇÃO DOS CLIENTES

Nas 311 entrevistas realizadas, 10 pessoas preferiram não se posicionar sobre se recomendam, ou não, os serviços do hospital onde aconteceu a falha relatada. Do restante, 193 (64,1%) declararam recomendar o hospital mesmo após a ocorrência, enquanto 108 (35,9%) não o recomendariam.

Tratando de cada problema em particular, identificou-se que há diferenças explícitas entre os percentuais de clientes que recomendam os hospitais após ocorrência de cada tipo de falha do modelo proposto. Esse resultado foi obtido por meio do teste Qui Quadrado (χ^2 : 36,26. g.l.: 131. Probabilidade: 0,05%). No que se refere a falhas técnicas dos profissionais, encontrou-se um percentual de 37,3%, muito abaixo dos demais, demonstrando a forte reação negativa dos clientes perante esse tipo de falha. Por colocar em risco a vida do paciente (Donabedian, 1980), a ocorrência de erros técnicos no tratamento ou no diagnóstico do problema de saúde é percebida como grave, reduzindo significativamente a disposição do cliente em indicar o hospital. Outros tipos de falhas que estão associados à baixa intenção de recomendar a instituição referem-se ao comportamento dos funcionários (46,2%), à ocorrência de situações constrangedoras e falta de privacidade (53,3%) e à limpeza (55,9%).

Dos entrevistados que notaram práticas de recuperação de serviços, mesmo que insatisfatórias, 73,3% mostraram-se dispostos a indicar o hospital para um amigo ou familiar, e 100% dos entrevistados que perceberam práticas de recuperação e a avaliaram como satisfatória disseram que o indicariam. Por outro lado, dentre os que não perceberam qualquer prática de recuperação por parte do hospital, 61,7% disseram que ainda assim o indicariam. Esses resultados podem ser justificados por haver poucos hospitais de grande porte na região geográfica em que a pesquisa foi realizada e por haver a predominância de um único plano de saúde, o que pode restringir ainda mais a oferta de serviços e aumentar o custo de mudança de fornecedor (Ennew & Binks, 1996; Colgate & Norris, 2001; Zeithaml & Bitner, 2003). Observou-se ainda que a confiança que os clientes têm nos hospitais, ou na imagem que eles representam, se mantém positiva para cerca de 64%, mesmo após a ocorrência de falhas e da não recuperação dos serviços. Esses

resultados reforçam os achados da pesquisa de Jones e Sasser (1995) de que os clientes de hospitais são “mais fiéis” do que os clientes de outros setores.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi entender como os clientes de serviços hospitalares percebem a ocorrência de falhas e as práticas de recuperação adotadas pelos hospitais em que as falhas ocorreram. Através de um modelo de classificação de falhas, elaborado a partir de uma ampla revisão de literatura, foi possível afirmar que 71,2% das falhas identificadas referem-se ao processo de prestação do serviço. Dentre estas, destacam-se as falhas decorrentes do comportamento dos colaboradores, tais como insensibilidade e frieza, com 22,2% do total de falhas, e erros técnicos dos profissionais, com 12,4% do total. Esses resultados comprovam a influência que o pessoal de contato tem sobre a percepção de qualidade dos clientes em relação ao serviço que recebem; pessoal desmotivado para o trato com pacientes/acompanhantes ou sua pouca habilidade provocam insatisfação nos clientes. O mesmo é válido para as falhas caracterizadas pela falta de atenção ou atenção inadequada. A incapacidade de oferecer ao cliente o serviço de atendimento esperado é diretamente resultante de problemas com o treinamento e com a capacitação dos funcionários.

É importante destacar que, no decorrer das entrevistas, percebeu-se que as interpretações de falhas pelos clientes em geral resultaram de falhas de comunicação, ou falta de informação por parte do prestador do serviço. Isso quer dizer que a deficiência de informações faz com que os pacientes fiquem receosos quanto à capacidade técnica do profissional. De maneira semelhante, percebe-se que o comportamento dos prestadores de serviço, agindo de maneira fria, insensível, preconceituosa, proporcionando situações constrangedoras ou de falta de privacidade, gera grande insatisfação dos clientes. Tais resultados indicam que é preciso um trabalho intenso e continuado de mudança de cultura organizacional e comportamento humano. Conclui-se, portanto, que em serviços de saúde a atenção dedicada dos colaboradores a seus pacientes/clientes deve ser ainda maior, por tratar-se de um serviço no qual o grau de sensibilidade e envolvimento emocional dos pacientes é bem maior quando comparado aos outros serviços.

Uma vez identificadas as falhas, procurou-se conhecer as práticas de recuperação de serviços utilizadas pelos hospitais. Notou-se que em 85% dos casos não houve qualquer iniciativa por parte do hospital em restabelecer a satisfação dos clientes. Isso evidencia a existência de um

hiato entre o que os hospitais têm realizado (ou dizem realizar) e o que os clientes percebem como iniciativas nesse sentido. Além disso, cabe destacar o fato de que ainda existe a ideia de que os hospitais, prestando um serviço com falhas ou não, terão sempre filas de pacientes à espera de atendimento. Por fim, buscou-se saber como cada tipo de falha influenciava na disposição dos clientes em indicar, para outras pessoas, o hospital onde a falha ocorreu. Verificou-se que uma falha técnica, tal como erro de diagnóstico ou de prescrição de medicamento, é aquela que mais impacta negativamente na fidelização dos clientes. Isso evidencia o fato de que, quando o risco de vida do paciente está mais evidente, a ocorrência de equívocos no tratamento do problema de saúde é tratada com alto grau de gravidade e, portanto, com baixo percentual de propensão a recomendar do hospital. Dentre as categorias de falhas com pouco impacto negativo sobre os clientes, destacam-se as falhas relacionadas à alimentação oferecida pelo hospital e à aparência dos colaboradores.

Dentre as limitações da pesquisa, é importante observar que, por se tratar de uma pesquisa qualitativa, os resultados da pesquisa não devem ser generalizados. Além disso, apesar de a abordagem ter sido feita no intuito de o entrevistado relatar um caso de incidente crítico negativo ocorrido em qualquer hospital, público ou privado, como as entrevistas foram realizadas em duas instituições de saúde privadas no Espírito Santo, com 100% dos entrevistados sendo clientes de planos de saúde, é possível que os entrevistados tenham relatado incidentes críticos ocorridos em instituições privadas. A subjetividade no processo classificatório também é uma limitação, já que ficou a critério dos pesquisadores a classificação dos incidentes críticos nas categorias de falhas propostas no modelo.

Como pesquisas futuras, estudos podem ser conduzidos em outros estados da federação com o objetivo de aprofundar a compreensão sobre o assunto de forma mais abrangente. Além disso, seria interessante a validação do modelo conceitual apresentado neste estudo através das devidas análises estatísticas. Seria interessante também replicar a pesquisa diferenciando se o relato aconteceu em um hospital público ou privado.

REFERÊNCIAS

- Al-Hawary, S., Alghanim, S., & Mohammad, A. (2011). Quality level of health care service provided by King Abdullah Educational Hospital from patients' viewpoint. *Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business*, 2(11), 552-572.
- Alves, E. S. (2006). *Um estudo sobre gestão de capacidade em três hospitais brasileiros* (Dissertação de mestrado). Instituto COPPEAD de Administração, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
- Becker, C. (2000). Service recovery strategies: The impact of cultural differences. *Journal of Hospitality & Tourism research*, 24(4), 526-538.
- Bildfell, D. (2011, outono). A bird in the hand: keeping the customer you worked hard to acquire. *Canadian Manager*, 8-9.
- Bitner, M. J., Booms, B. H., & Tetreault, M. S. (1990, janeiro). The service encounter: diagnosing favorable and unfavorable incidents. *Journal of Marketing*, 54(1), 71-84.
- Bucknall, T. (2010). Medical error and decision making: learning from the past and present in intensive care. *Australian Critical Care*, 23(3), 150-156.
- Camilleri, D., & Callaghan, M. (1998). Comparing public and private hospital care service quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 11(4), 127-133.
- Chell, E. (1998). Critical incident technique. In G. Simon, & C. Cassell (Eds.). *Qualitative methods and analysis in organizational research: A practical guide*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Colgate, M., & Norris, M. (2001). Developing a comprehensive picture of service failure. *International Journal of Service Industry Management*, 12(3), 215-233.
- Desai, V. V. (2011). Patient satisfaction and service quality dimensions. *Advances in Management*, 4(5), 40-45.
- Donabedian, A. (1980). *The definition of quality and approaches to its assessment*. (Vol. 1). [Collection Explorations in quality assessment and monitoring]. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- _____. (1985). *The methods and findings of quality assessment and monitoring: an illustrated analysis* (Vol. 2). [Collection Explorations in quality assessment and monitoring]. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.

- Engelbrecht, D. (2007, abril 22). Duas estrelas na apagada lista da saúde pública. *Jornal O Globo*, p. 17.
- Ennew, C. T., & Binks, M. R. (1996). The impact of service quality and service characteristics on customer retention: small business and Banks in the UK. *British Journal of Management*, 7(3), 219-30.
- Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, 51(4), 327-358.
- Forbes, L., Kelley, S., & Hoffman, K. (2005). E-loyalty and satisfaction: a typology of e-commerce retail failures and recovery strategies. *Journal of Services Marketing*, 19(5), 280-292.
- Gallagher, T. H., Garbutt, J. M., Walterman, A. D., Flum, D. R., Larson, E. B., Walterman, B. M., Dunagan, W. C., Fraser, V. J., & Levinson, W. (2006). Choosing your words carefully: how physicians would disclose harmful medical errors to patients. *Archives of Internal Medicine*, 166(5), 1585-1593.
- Gemmel, P., Vandaele, D., & Tambreur, W. (2008). Hospital Process Orientation (HPO): The development of a measurement tool. *Total Quality Management & Business Excellence*, 19(12), 1207-1217.
- Graban, M. (2009). *Lean hospitals: improving quality, patient safety, and employee satisfaction*. New York: Productivity Press.
- Graber, M., & Carlson, B. (2011). Diagnostic error: the hidden epidemic. *Physician Executive*, 37(6), 12-19.
- Gremler, D. (2004). The critical incident technique in service research. *Journal of Service Research*, 7(1), 65-89.
- Healey, B., & McGowan, M. (2010). The enormous cost of medical errors. *Academy of Health Care Management Journal*, 6(1), 17-24.
- Health, Nutrition, and Population Sector Programme – HNPSP* (2006). Dhaka: Ministry of Health and Family Welfare, Government of Bangladesh. (July 2003-June 2006)
- Hoffman, K. D., Kelley, S. W., & Chung, B. C. (2003). A CIT investigation of service scape failures and associated recovery strategies. *Journal of Service Marketing*, 17(4), 322-340.
- Howley, M., Jr. (2009). The use of apology in health care. *Journal of Medical Marketing*, 9(4), 279-289.

- Hyman, C. (2011). Mediation and medical malpractice: why plaintiffs, hospitals and physicians should be at the table. *Dispute Resolution Journal*, 66(3), 33-37.
- Hyman, C., Liebman, C. B., Schechter, C. B., & Sage, W. M. (2010). Interest-based mediation of medical malpractice lawsuits: a route to improved patient safety? *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 35(5), 797-828.
- Johnston, R., & Clark, G. (2008). *Service operations management: Improving service delivery*. New York: Financial Times/Prentice Hall, 2008.
- Jones, D., & Moses, R. (2012). The time to teach physicians compliance is NOW: compliance, quality, and malpractice exposures increase with new physician-hospital ventures. *Journal of Health Care Compliance*, 14(5), 47-52.
- Jones, T. O., & Sasser, W. E., Jr. (1995). Why satisfied customers defect. *Harvard Business Review*, 73(6), 88-99.
- Jorge, M. G. (2011, maio 15). *Breve apreciação sobre erro médico*. Recuperado de http://www.cccastelo.com.br/erro_medico.htm.
- Keiningham, T. L., Cooil, B., Andreassen, T. W., & Aksoy, L. (2007). A longitudinal examination of net promoter and firm revenue growth. *Journal of Marketing*: 71(3), 39-51.
- Klaus, P., & Maklan, S. (2013). Towards a better measure of customer experience. *International Journal of Market Research*, 55(2), 227-246.
- Leape, L. (2012). Apology for errors: whose responsibility? *Frontiers of Health Services Management*, 28(3), 3-12.
- Malhotra, N. (2006). *Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada*. Porto Alegre: Bookman.
- Mattila, A. S. (2004). The impact of service failures on customer loyalty. *International Journal of Service Industry Management*, 15(2), 134-149.
- Michel, S., Bowen, D., & Johnston, R. (2009). Why service recovery fails: tensions among customer, employee, and process perspectives. *Journal of Service Management*, 20(3), 253-273.
- Morgan, A. N., Rego, L. L. (2006). The value of different customer satisfaction and loyalty metrics in predicting business performance. *Marketing Science*, 25(5), 426-439.
- Mowen, J. C., & Minor, M. (2003). *Comportamento do consumidor*. São Paulo: Prentice-Hall.

- Naveh, E., & Stern, Z. (2005). How quality improvement programs can affect general hospital performance. *International Journal of Health Care*, 18(4), 249-270.
- Nelson, E., Batalden, P., & Ryer, J. (1998). *Clinical improvement action guide*. Illinois: Joint Commission Oakbrook Terrace.
- Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (Eds.). (2007). *Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos*. Porto Alegre: Bookman.
- Powers, T., & Bendall-lyon, D. (2002). Using complaint behavior to improve quality through the structure and process of service delivery. *Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaint Behavior*, 15, 13-21.
- Prakash, A., & Mohanty, R. (2012, setembro). A study of service quality in healthcare system using artificial neural networks. *Journal of Management*, 9(2), 47-64.
- Reason, J. (1990). *Human error*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Reichheld, F. (2003, dezembro). The one number you need to grow. *Harvard Business Review*, 81(12), 46-54.
- Reichheld, F., & Markey, R. (2011). *The Ultimate Question 2.0: How net promoter companies thrive in a customer-driven world*. Boston: Harvard Business Review Press.
- Schultz, D. E., & Block, M. P. (2012). Rethinking brand loyalty in an age of interactivity. *The IUP Journal of Brand Management*, 9(3), 21-39.
- Spath, P. (2011). *Error reduction in health care: A systems approach to improving patient safety* (2^a ed.). San Francisco: Jossey-Bass & Sons.
- Stiles, R., & Mick, S. (1994, outono). Classifying quality initiatives: a conceptual paradigm for literature review and policy analysis. *Hospital & Health Services Administration*, 39(3), 309-326.
- Torres, R. C. (2003). Recuperação de falhas de serviço em hospitais do Rio de Janeiro: um estudo de casos (Dissertação de Mestrado). Instituto COPPEAD de Administração, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ.
- Van Doom, J., Leeflang, P. S. H., & Tijs, M. (2013). Satisfaction as a predictor of future performance: A replication. *International Journal of Research in Marketing*, 30(3), 314-318.
- Young, C., & Williams, D. (2011). Influences of hospital structure on medical malpractice claim costs. *Academy of Health Care Management Journal*, 7(1), 1-14.

Zeithaml, V. A., & Bitner, M. J. (2003). *Marketing de serviços: a empresa com foco no cliente* (2ª ed.). Porto Alegre: Bookman.

Zientek, D. (2010). Medical error, malpractice and complications: a moral geography. *HEC Forum*, 22(2), 145-157.

Data do recebimento do artigo: 02/08/2013

Data do aceite de publicação: 04/10/2013