

Um Estudo sobre o Uso da Evidência Física como Forma de Gerar Percepções de Qualidade em Serviços: Casos de Hospitais Brasileiros

Carlos Augusto da Silva Loures

Professor Assistente da Fundação Escola de Comércio Álvares Penteado – FECAP – e-mail: caloures@fecap.br

Marcos Cortez Campomar

Diretor da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo – FEA/USP – Ribeirão Preto – e-mail: campomar@usp.br

RESUMO

O presente artigo tem por objetivo estudar o uso da evidência física como forma de gerar percepções de qualidade de serviços por parte de clientes em prestadores de serviços hospitalares. A natureza exploratória do trabalho está diretamente relacionada à baixa produção acadêmica existente sobre o tema no Brasil. O artigo está dividido em três partes. Na primeira parte faz-se uma revisão da literatura pertinente ao tema em que se abrange: importância dos serviços; serviços de saúde; qualidade de serviços; e evidência física. Na segunda parte apresentam-se a metodologia e os resultados de uma pesquisa de campo realizada com o uso do método de estudo de casos para verificar de que maneira os conceitos de evidência física são aplicados por hospitais brasileiros. Na terceira parte conclui-se que, em geral, as ações desenvolvidas pelas organizações pesquisadas são coerentes com as práticas descritas na literatura internacional. Também na terceira parte são apresentadas as limitações do estudo e oferecidas sugestões para futuras pesquisas sobre o tema.

PALAVRAS-CHAVE

Evidência física, qualidade de serviços, hospitais.

ABSTRACT

The aim of this paper is to study the use of physical evidence as a way to generate service quality perceptions from clients of hospitals. The realization of an exploratory research is directly related to the low academic production on the subject in Brazil. In the first part of the paper we present a literature review including: the importance of services; health care services; service quality; and physical evidence. In the second part of the paper are presented the methodology and the results of a field research made with the use of the case study method in order to verify how the concept of physical evidence is practiced by Brazilian hospitals. In the third part we conclude that in general the actions developed by the researched organizations are coherent with the practices described in the international literature. Also in the third part we present the limitations

of the study and offer suggestions for future researches on the subject.

KEY WORDS

Physical evidence, service quality, hospitals.

1. INTRODUÇÃO

O setor de serviços tem sido um importante tema da literatura de marketing desde a década de 1960. Regan (1963) argumenta que àquela época os Estados Unidos já se encontravam bem avançados numa “revolução” que poderia trazer aos indivíduos padrões quantitativos e qualitativos inteiramente novos de consumo de serviços.

Mais de dez anos separaram o trabalho de Regan (1963) do interesse dos pesquisadores de marketing pelos serviços de saúde especificamente. Segundo Beckham (2001), o marketing passou a tratar mais seriamente os prestadores de serviços de saúde no final da década de 1970, em função do aumento da competição entre hospitais. Thomas (1993) afirma que na metade da década de 1980 o marketing tornou-se essencial para a sobrevivência de prestadores de serviços de saúde norte-americanos. Desde então as pesquisas de marketing em torno dos serviços de saúde avançaram em temas como importância do ambiente físico (HUTTON; RICHARDSON, 1995; MOLLOY, 2000), qualidade (LICATA; MOWEN; CHACRABORTY, 1995; BRYANT *et al.*, 1998), ética (DAVIDSON, 1996; GLASCOFF, 2001) e marca (BECKHAM, 1996, 2000).

No Brasil o setor de saúde ainda não tem recebido a devida atenção por parte dos pesquisadores de marketing de serviços, embora haja no país empresas de medicina de grupo que procuram diferenciar suas ofertas por meio de redes de fornecedores de serviços de saúde. Em comparação com os Estados

Unidos, por exemplo, chama a atenção também o fato de não haver no país publicações que tratem do uso dos conceitos de marketing em prestadores de serviços de saúde.

É possível que a baixa produção acadêmica sobre marketing de serviços no setor de saúde brasileiro seja reflexo daquilo que Robbins, Kane e Sullivan (1988) denominaram “infância” do marketing em hospitais. Essa baixa produção acadêmica também foi a principal razão que levou os autores a abordarem o tema por meio de uma pesquisa exploratória para a qual estabeleceu-se o seguinte objetivo: estudar o uso da evidência física como forma de gerar percepções de qualidade de serviço por parte de clientes em prestadores de serviços hospitalares. Para que o objetivo definido fosse alcançado, o trabalho foi dividido em três partes. Na primeira fez-se uma revisão da literatura pertinente ao tema. Na segunda fez-se uma pesquisa de campo com uso do método de estudo de casos para que se pudesse comparar a literatura revista com os casos estudados. Na terceira buscou-se extrair as principais conclusões do trabalho, discutir suas limitações e sugerir temas para pesquisas futuras.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Os serviços alcançaram tamanha importância na economia mundial que se assiste hoje em dia, principalmente em países desenvolvidos, ao estabelecimento de uma “economia de serviços” ou “sociedade de serviços” (GRÖNROOS, 1995; BATESON; HOFFMAN, 2001). Dados do Banco Mundial (2002) mostram que em nações como Reino Unido, França e Bélgica a participação do setor de serviços no PIB superava os 70% no ano de 2000. Dados do mesmo Banco Mundial (2002) dão conta de que, mesmo em países em desenvolvimento como México e Argentina, o setor de serviços apresentava participação percentual no PIB de quase 70% no ano de 2000. O Brasil, embora ainda não tenha alcançado situação semelhante à dos países citados, num período de 20 anos (1980-1999) experimentou um aumento da participação do setor de serviços no PIB de cerca de 45% para cerca de 56% (IBGE, 1992, 2000).

Essa importância adquirida pelos serviços na economia refletiu-se na área acadêmica: desde a década de 1960 os pesquisadores de marketing passaram a demonstrar grande interesse pelo tema e a desvendar as diferenças existentes entre bens físicos e serviços. Para Berry (1980) serviços podem ser descritos

como ações ou desempenhos, enquanto bens físicos podem ser descritos como objetos ou dispositivos físicos. Segundo Kotler (2000) quatro características fundamentais distinguem serviços de bens físicos: intangibilidade, inseparabilidade, variabilidade e perecibilidade.

Além das quatro características intrínsecas aos serviços discutidas por autores como Kotler (2000) e Hoffman e Bateson (2003), outras duas citadas por Lovelock e Wright (2001) assumem importância em serviços de saúde: envolvimento do cliente no processo de produção e maior dificuldade de avaliação por parte do cliente.

France e Grover (1992) argumentam que serviços de saúde são particularmente mais complexos do que outros tipos de serviços por cinco razões: eles são provavelmente os mais intangíveis de todos os serviços; o descasamento entre as expectativas do cliente e a entrega efetiva pode ser maior para serviços de saúde; a demanda por serviços de saúde é menos previsível; a distinção entre o tomador de decisão e o cliente é mais confusa nos serviços de saúde; e muito freqüentemente o cliente não troca diretamente dinheiro por serviços de saúde.

Independente do fato de serem serviços em geral ou serviços de saúde em particular, as características descritas anteriormente apontam para a existência de diferenças entre a avaliação que os consumidores fazem da qualidade de bens físicos e da qualidade de serviços. Nelson (1970) argumenta que bens físicos são ricos em atributos de procura (atributos que podem ser avaliados antes da compra, tais como cheiro, cor, estilo e forma), enquanto serviços são ricos em atributos de experiência (atributos que não podem ser avaliados antes da compra, tais como facilidade de controle e tratamento pessoal). Uma terceira categoria de atributos surgiu no trabalho de Darby e Karni (1973): os chamados atributos de experiência (aqueles que o consumidor muitas vezes não consegue avaliar mesmo após o consumo do serviço). Segundo esses mesmos autores, serviços de saúde são um exemplo dessa terceira categoria de atributos em função de sua complexidade.

Esse conjunto de diferenças entre bens físicos e serviços, aliado às descobertas de Nelson (1970) e Darby e Karni (1973), fazem parte da origem dos estudos sobre qualidade de serviços. Grönroos (1984) desenvolveu o primeiro modelo conceitual de qualidade de serviços. Em seguida Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985, 1988) desenvolveram o mais conhecido modelo de qualidade de serviços existente, do qual resultou a identificação de cinco dimen-

sões da qualidade de serviços: tangíveis, confiabilidade, prestação, capacitação e empatia. A partir desses modelos é possível chegar a duas conclusões. Primeira: a qualidade de serviços percebida pelo consumidor é resultado da comparação entre serviço percebido e serviço esperado. Segunda: a qualidade de serviços é composta de uma dimensão técnica (*o que o cliente recebe*) e de uma dimensão funcional (*como o cliente recebe*).

O conceito de evidência física e sua importância para as organizações de serviços estão intimamente relacionados à dimensão funcional da qualidade de serviços. Pode-se definir evidência física como um conjunto de elementos utilizados por uma organização para oferecer a seus clientes “pistas” sobre a qualidade dos serviços prestados. Em outras palavras, trata-se de mostrar ao cliente *o que* ele recebe por meio de *como* ele recebe. Lovelock e Wright (1999) confirmam esse conceito ao ponderarem que a intangibilidade dos serviços torna sua avaliação uma tarefa difícil para os consumidores, levando-os a procurar idéias tangíveis ou evidências físicas de sua natureza. Porter (1989) dá o nome de sinais de valor às indicações utilizadas pelos consumidores para inferir ou julgar se uma organização reduzirá seus custos ou melhorará seu desempenho em relação à concorrência.

A evidência física cresce em importância para uma organização à medida que a qualidade dos serviços prestados por ela é mais difícil de ser avaliada pelos clientes. Lynch e Schuler (1990) argumentam que para serviços ricos em atributos de confiança – caso dos serviços de saúde – muitas vezes a evidência física constitui a única informação disponível para o consumidor usar na formulação de imagens sobre a qualidade de serviços.

O exame da literatura (GRÖNROOS, 1978; PORTER, 1989; OSWALD *et al.*, 1998; LOVELOCK; WRIGHT, 1999; KOTLER, 2000) aponta para cinco componentes da evidência física: instalações físicas e equipamentos; recursos humanos; comunicação não pessoal; preço e outros clientes.

Na próxima seção descreve-se a metodologia de uma pesquisa de campo realizada para verificar a aplicação de três (instalações físicas e equipamentos; recursos humanos; e comunicação não pessoal) dos cinco elementos da evidência física em hospitais brasileiros. A opção por apenas três elementos deve-se ao fato de serem esses os mais citados na literatura de marketing de serviços, o que contribui para o aprofundamento da análise dos dados coletados.

3. METODOLOGIA DA PESQUISA DE CAMPO

Em função do objetivo estabelecido para este trabalho, foi realizada uma pesquisa de campo visando a estudar ações de evidência física realizadas por hospitais privados brasileiros para gerar percepções de qualidade de serviço por parte de seus clientes.

Deve-se ressaltar que a pesquisa de campo não teve por objetivo medir a qualidade de serviço percebida pelos clientes. Em outras palavras, buscou-se pesquisar o problema do ponto de vista de quais ações estão sendo realizadas para obter melhor percepção de qualidade, e não o resultado dessas ações.

A pesquisa de campo realizada é de natureza exploratória, já que pretendeu buscar familiaridade com o fenômeno em virtude da escassez de trabalhos acadêmicos brasileiros que abordem o tema.

Em consulta à literatura (SELLTIZ *et al.*, 1975; CASTRO, 1977; CAMPOMAR, 1991; YIN, 2001) o método de estudo de caso mostrou-se mais adequado para a realização da pesquisa de campo, haja vista a questão de pesquisa, a não exigência de controle sobre eventos comportamentais e a contemporaneidade dos acontecimentos. Definiu-se um projeto de estudo de casos do tipo 3 (YIN, 2001) com três hospitais participantes. As razões básicas para a escolha das organizações foram: evidências públicas (ALMEIDA, 1996; ANAHP¹, 2003) de que tais organizações têm real preocupação com a qualidade dos serviços prestados a seus clientes; características básicas similares que permitem chamá-los de hospitais gerais; e o fato de as organizações terem em suas estruturas organizacionais uma gerência de marketing ou uma área que desempenhe atividades típicas de marketing.

Para a execução da pesquisa de campo foi seguido um protocolo para estudo de casos.

Foram utilizadas duas fontes de evidência na coleta de dados: entrevista focal e observação direta informal. Entrevista focal é uma forma espontânea de entrevista que assume um caráter de conversa informal, porém seguindo um conjunto de perguntas originadas do protocolo para estudo de casos (YIN, 2001). Em geral o respondente é entrevistado por um curto período de tempo (uma hora, por exemplo).

Os dados foram coletados nas próprias organizações durante encontro com os profissionais de marketing² dos hospitais.

O método escolhido para a análise dos dados foi o da adequação ao padrão ou *pattern-matching* (YIN, 2001): fez-se uma comparação das ações de evidência física das organizações pesquisadas com a literatura.

A seguir são apresentados os resultados da pesquisa de campo.

4. PRINCIPAIS DESCOBERTAS DA PESQUISA DE CAMPO

Como não houve pedido formal às organizações para que seus nomes fossem utilizados neste artigo, optou-se pelo uso das expressões Hospital A, Hospital B e Hospital C. Tal procedimento, no entanto, não prejudica os resultados e as conclusões apresentadas no texto.

As organizações pesquisadas apresentam diferença considerável em relação ao tempo em que estão no mercado: o Hospital A iniciou suas atividades em 1927, o Hospital B em 1979 e o Hospital C em 1933. Os dois primeiros desenvolvem suas atividades na cidade de Porto Alegre e o terceiro na cidade do Rio de Janeiro.

Os conceitos de qualidade de serviços expressos pelos profissionais de marketing entrevistados incluem tanto o tratamento médico a que os clientes são submetidos quanto o atendimento que lhes é prestado. Essa visão é coincidente com as dimensões técnica e funcional da qualidade de serviços (GRÖNROOS, 1984), com a dificuldade de distinguir entre “cura” e “cuidado” (BOPP, 1990) e com as necessidades médicas e psicológicas (JOHN, 1991) dos clientes de serviços de saúde.

4.1 Instalações físicas e equipamentos

No quadro 1 são apresentadas as principais ações de evidência física realizadas pelos hospitais pesquisados com relação às instalações físicas e equipamentos.

Quadro 1 – Ações de evidência física direcionadas às instalações físicas e equipamentos.

Ações	Hospital A	Hospital B	Hospital C
Manutenção de área externa que seja agradável para os clientes	Sim	Sim	Sim
Área de recepção projetada para criar efeitos emocionais específicos ou despertar reações internas nos clientes	Sim	Sim	Sim
Os quartos oferecem conforto físico (decoração e limpeza do ambiente, televisão, frigobar, roupa de cama etc) aos clientes internados	Sim	Sim	Sim
Espera por atendimento em condições de conforto físico (salas com televisão, jornais, revistas, café e água)	Sim	Sim	Sim
Sinalização baseada em cores e/ou placas para facilitar o deslocamento dos clientes dentro e fora do hospital	Sim	Sim	Não
Instalações físicas destinadas a atender os acompanhantes	Sim	Sim	Sim
Ações que visam a melhorar o conforto físico e a decoração dos consultórios médicos	Não	Não	Não
A área de marketing tem influência sobre a definição dos elementos do cenário de serviços	Sim	Sim	Não

Fonte: os autores.

Nas três organizações pesquisadas há preocupação em manter uma área externa que seja agradável para os clientes, incluindo itens como fachada, estacionamento e paisagem externa (LOVELOCK; WRIGHT, 1999).

Na área de recepção do Hospital A procura-se transmitir um sentimento de acolhimento. No Hospital B procura-se dar às áreas de recepção um estilo de hotel: o cliente entra, é abordado por um funcionário e encaminhado para o local aonde deseja ir. No Hospital C procura-se não dar à organização uma aparência de hospital. Em qualquer um dos casos o obje-

tivo é criar efeitos emocionais específicos (KOTLER, 1974) ou despertar reações internas nos clientes (BITNER, 1992). O mesmo ocorre em relação aos quartos em que os clientes ficam internados e em relação às áreas de espera.

A sinalização do Hospital A é feita com base num sistema de cores: para cada andar adota-se uma cor. No Hospital B, embora cada um de seus prédios tenha as mesmas cores, faz-se uso de placas que indicam a direção e/ou nome das diferentes áreas. Essas ações tendem a colaborar para reações internas de clientes e funcionários, como humor e conforto (BITNER,

1992). No Hospital C, embora também haja uma forma de sinalização por cores, a profissional entrevistada considera seu funcionamento bastante duvidoso, razão pela qual uma mudança deverá ser feita no futuro.

Os profissionais entrevistados nos três hospitais expressaram preocupação em prestar bons serviços também aos familiares e amigos dos clientes. Essa preocupação é coerente com os trabalhos de Hair (1998) e de Strasser *et al.* (1995). Na opinião do primeiro autor os prestadores de serviços de saúde precisam reconhecer o papel que o ambiente físico desempenha não apenas sobre pacientes, médicos e demais funcionários, mas também sobre os acompanhantes. Strasser *et al.* (1995) realizaram pesquisa de satisfação com grupos de pacientes de hospitais bem como com seus familiares e amigos e descobriram que a qualidade de serviço percebida é mais alta entre pacientes do que entre seus familiares e amigos, haja vista que os últimos dispõem de mais tempo para observar toda infraestrutura de serviços colocada à disposição dos pacientes e, portanto, são mais críticos.

Em nenhuma das três organizações pesquisadas há ações de evidência física destinadas aos consultórios médicos. Isso porque no modelo de atendimento predominante os médicos não fazem parte do corpo clínico dos hospitais e, portanto, não há como

exercer controle sobre o que esses profissionais fazem do ambiente físico em seus consultórios.

Tanto no Hospital A quanto no Hospital B há participação dos profissionais de marketing nas decisões sobre o cenário de serviços, porém com uma diferença de intensidade. No Hospital A o gerente entrevistado é diretamente envolvido nessas decisões, enquanto no Hospital B o envolvimento do gerente entrevistado não é uma regra. Hutton e Richardson (1995) defendem o exercício de um papel-chave para a área de marketing nas decisões sobre o cenário de serviços, ou seja, o mesmo papel desempenhado pelo profissional entrevistado no Hospital A. Por outro lado, no Hospital C a profissional entrevistada não exerce qualquer influência sobre tais decisões e está diante de um problema detectado por Bitner (1990): pouca coordenação entre áreas funcionais no gerenciamento de evidências tangíveis, com gerentes de operação ou designers tomando decisões sobre o cenário de serviços sem participação dos administradores de marketing.

4.2 Recursos humanos

No quadro 2 são apresentadas as principais ações de evidência física adotadas pelos hospitais pesquisados com relação aos recursos humanos.

Quadro 2 – Ações de evidência física direcionadas aos recursos humanos.

Ações	Hospital A	Hospital B	Hospital C
A área de marketing indica à área de recursos humanos necessidades de treinamento	Sim	Sim	Não
Ações de treinamento voltadas especificamente para o corpo de enfermagem	Não	Não	Não
Seleção de recursos humanos leva em consideração tanto aspectos técnicos quanto aspectos humanos	Sim	Sim	Sim
Funcionários têm autonomia para prestar serviço	Sim	Sim	Não
A área de marketing tem influência sobre a contratação e/ou definição do perfil dos recursos humanos	Sim	Sim	Não

Fonte: os autores.

No Hospital A o profissional entrevistado indica à área de recursos humanos as necessidades de treinamento detectadas por meio das pesquisas de satisfação de clientes. Tal prática tende a ressaltar habilidades dos funcionários de contato fundamentais para a qualidade de serviço, tais como cortesia e disposição para ajudar (BITRAN; HOECH, 1990). No Hospital B a gerência de marketing define a matriz de desenvolvimento³ dos funcionários de recepção

e atendimento. No Hospital C a entrevistada não indica necessidades de treinamento à área de recursos humanos: esse papel é destinado ao gerente operacional em conjunto com a gerente de recursos humanos.

Apesar de sua importância em números – mais de 60% dos funcionários do Hospital A, mais de 50% dos funcionários do Hospital B e mais de 30% dos funcionários do Hospital C – o corpo de enferma-

gem não tem sido alvo de ações de marketing relevantes nas organizações pesquisadas. Essa ausência de ações de marketing relevantes não é condizente com as recomendações de autores como Woodside, Frey e Daly (1989), Carman (1990) e John (1991), para os quais o corpo de enfermagem exerce forte influência sobre a qualidade de serviço percebida pelos clientes de hospitais.

Nas três organizações pesquisadas o processo de seleção de recursos humanos leva em consideração habilidades técnicas e humanas. Tal prática reforça a afirmação de Joseph (1996), para quem um dos fatores de sucesso do marketing interno está em recrutar e selecionar indivíduos que tenham habilidades desejadas pela organização, principalmente em funções de contato. O foco da seleção de recursos humanos em habilidades clínicas e de serviço ao cliente também indica uma maior orientação para o cliente (FORD; FOTTLER, 2000).

No Hospital A os limites de atuação técnica são definidos pelo cargo ocupado por cada indivíduo. Entretanto, a autonomia de qualquer funcionário para prestar serviço aos clientes é definida pelos valores da organização. Isso aproxima o Hospital A daquilo que Bitran e Hoech (1990) denominaram objetivo crítico de uma organização de serviços de alto contato: a criação de um ambiente de trabalho em que os funcionários sejam encorajados a prestar serviços de alta qualidade e em que sua satisfação profissional seja preocupação primordial dos administradores. No Hospital B a autonomia para prestar serviço aos clientes é função do estilo do gestor a quem o funcionário está subordinado e do bom senso, o que constitui uma desvantagem se comparado ao Hospital A, haja vista que falta uma orientação clara. No Hospital C em princípio não há autonomia para os funcionários prestarem serviço além de suas funções básicas.

A diferença mais significativa entre as organizações pesquisadas em relação às ações de evidência física direcionadas aos recursos humanos está na

participação em decisões de contratação e/ou definição de perfil dos recursos humanos. À época da entrevista, o profissional de marketing do Hospital A estava elaborando, em parceria com a área de recursos humanos, o novo perfil desejado para os funcionários de atendimento. No Hospital B o profissional de marketing tem influência apenas na elaboração dos perfis desejados para cargos sob sua supervisão, porém com uma vantagem: os funcionários de recepção e atendimento estão subordinados a ele. No Hospital C a profissional de marketing não exerce qualquer influência sobre decisões de recursos humanos. Para Bitner (1990) a falta de coordenação entre áreas funcionais permite o surgimento de situações como aquela vivida pelo Hospital C: decisões sobre contratação e treinamento de funcionários são tomadas sem a participação dos administradores de marketing.

4.3 Comunicação não pessoal

A análise dos principais modelos de qualidade de serviços (GRÖNROOS, 1984; PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985) deixa claro o importante papel que a comunicação não pessoal desempenha sobre a formação da imagem do serviço esperado por parte dos clientes e, conseqüentemente, sobre a qualidade de serviço percebida.

No quadro 3 são apresentadas as principais ações de evidência física adotadas pelos hospitais pesquisados com relação à comunicação não pessoal.

Em sua comunicação não pessoal, as três organizações pesquisadas fazem uso de algumas das principais mídias citadas por renomados autores como Kotler (2000) e Churchill e Peter (2000): jornais, rádios, revistas, *outdoors* e internet. No Hospital B a televisão já foi utilizada como mídia, porém o gerente considera sua relação custo/benefício muito ruim para a área hospitalar.

Quadro 3 – Ações de evidência física direcionadas à comunicação não pessoal.

Ações	Hospital A	Hospital B	Hospital C
Uso das principais mídias (jornais, revistas, folhetos, rádios, <i>outdoors</i> e internet) na comunicação não pessoal	Sim	Sim	Sim
Propaganda	Sim	Sim	Não
Relações públicas	Sim	Sim	Sim
Materiais de comunicação não pessoal disponíveis na organização	Sim	Sim	Sim
Uso da comunicação não pessoal para gerenciar expectativas	Sim	Não	Não

Fonte: os autores.

A propaganda é utilizada como ferramenta de comunicação não pessoal pelo Hospital A e pelo Hospital B. No Hospital A o principal objetivo da propaganda está na prevenção e promoção à saúde: deseja-se que o público fixe uma imagem de preocupação com a saúde, e não com a doença. Já no Hospital B o principal objetivo da propaganda é a venda de serviços da organização.

Embora já tenha feito uso da propaganda no passado, à época da pesquisa de campo o Hospital C não a utilizava como ferramenta de comunicação não pessoal. A entrevistada considera que o médico – um canal de comunicação pessoal – é o melhor canal de comunicação para a organização.

As relações públicas certamente são o principal elemento do composto de comunicação utilizado pelas organizações pesquisadas. No Hospital A o objetivo é o mesmo da propaganda: prevenção e promoção à saúde. A organização procura obter publicidade favorável por meio do patrocínio e/ou participação em eventos da área médica e de datas comemorativas da área de saúde. No Hospital B a publicidade favorável também vem do patrocínio e/ou participação em eventos da área médica, bem como da divulgação à comunidade em geral da aquisição de novos equipamentos e tecnologias, do projeto de saúde comunitária levado a cabo pelo hospital e da “adoção” de duas praças na cidade de Porto Alegre.

O Hospital C usa instrumentos de relações públicas similares àqueles das outras organizações pesquisadas, porém duas diferenças merecem destaque em função do seu potencial de gerar inserções gratuitas na mídia: o fato de haver no hospital um centro de estudos e pesquisas para difusão de conhecimento da área de saúde; e as freqüentes interações de artistas da Rede Globo de Televisão, o que normalmente desperta o interesse de jornais, revistas, sites e canais de televisão em todo o país.

Os três hospitais normalmente colocam à disposição de seus clientes materiais de comunicação em forma de folhetos informativos e educativos. Esses materiais contribuem para objetivos promocionais e educacionais de comunicação em organizações de serviços como aqueles discutidos por Lovelock e Wright (1999): redução da incerteza e do risco por meio de informações e instruções úteis.

Entre as organizações pesquisadas, o Hospital A é o único que tem ações destinadas a gerenciar as expectativas dos clientes. De acordo com o gerente entrevistado, para proporcionar o bem-estar definido no posicionamento da organização é preciso ter muito cuidado com os focos de mal-estar. Para John

(1992) os hospitais devem promover seus pontos fortes sobre um nível de serviço que possa ser realisticamente prestado e informar os clientes dos tipos de serviços que podem ser esperados. Com suas ações, o Hospital A não apenas segue a recomendação de John (1992) como procura dar resposta às falhas do serviço – uma das fontes de satisfação ou insatisfação relatadas por Bitner, Booms e Tetreault (1990) e por Bitner, Booms e Mohr (1994).

5. CONCLUSÕES, LIMITAÇÕES E DESENVOLVIMENTOS FUTUROS

Este artigo foi desenvolvido com o objetivo de estudar o uso da evidência física como forma de gerar percepções de qualidade de serviços por parte de clientes em prestadores de serviços hospitalares. Em função do caráter exploratório do trabalho, acredita-se que a revisão da literatura e a realização da pesquisa de campo tenham sido suficientes para alcançar o objetivo estabelecido.

Duas conclusões principais podem ser extraídas da pesquisa de campo. Primeira: apesar das diferenças entre as práticas dos hospitais pesquisados, em geral há coerência entre as ações de evidência física descritas pelos entrevistados e a literatura revista. A única exceção refere-se às ações de marketing voltadas ao corpo de enfermagem dos hospitais. Segunda: o Hospital A encontra-se mais bem preparado do que os Hospitais B e C para implantar ações de evidência física direcionadas às instalações físicas, aos recursos humanos e à comunicação não pessoal. Isso devido ao grau de participação do entrevistado na definição dos elementos do cenário de serviços, na contratação e definição do perfil dos recursos humanos da organização e ao apoio dado pela alta administração do Hospital A ao profissional de marketing entrevistado.

Devem-se registrar duas limitações do trabalho. Primeira: dada a escassez de pesquisas brasileiras sobre o tema, praticamente toda a literatura utilizada é internacional, com grande destaque para autores norte-americanos. Segunda: o método de estudo de casos não permite a generalização dos resultados para o universo de hospitais privados brasileiros. Em princípio as descobertas são aplicáveis somente às três organizações pesquisadas.

A partir deste trabalho podem ser apontadas quatro possibilidades de desenvolvimentos futuros: realizar pesquisa de campo com outros hospitais brasileiros visando a verificar semelhança nos resultados,

ou seja, se há replicação literal; realizar estudos de caso comparativos entre hospitais brasileiros e de outros países para verificar semelhanças e/ou diferenças entre as ações de evidência física; realizar estudos com uma amostra de hospitais privados brasileiros visando a verificar com que frequência ocorrem as ações voltadas à evidência física; e realizar pesquisa de campo com uma amostra de clientes das organizações pesquisadas para verificar se as ações descritas no trabalho têm produzido os efeitos desejados sobre a qualidade de serviço percebida.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, G. Os melhores hospitais. **VIP Exame**, São Paulo, p. 72-77, set. 1996.
- ANAHP – Associação Nacional de Hospitais Privados. Disponível em: <<http://www.anahp.com.br>>. Acesso em: 10 mai. 2003.
- BANCO MUNDIAL. **World Economic Statistics**. Disponível em: <<http://www.worldbank.org/data/countrydata>>. Acesso em: 12 nov. 2002
- BATESON, J. E. G.; HOFFMAN, K. D. **Marketing de serviços**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.
- BECKHAM, J. D. Branding. **Healthcare Forum Journal**, San Francisco, v. 39, n. 6, p. 51-55, Nov./Dec. 1996.
- _____. Marketing vs. branding. **Health Forum Journal**, San Francisco, v. 43, n.2 p. 64-68, Mar./Apr. 2000.
- _____. 20 years of health care marketing. **Health Forum Journal**, San Francisco, v. 44, n. 4, p. 37-40, July/Aug. 2001.
- BERRY, L. L. Services marketing is different. **Business**, v. 30, n. 3, p. 24-29, May/June 1980.
- BITNER, M. Jo. Evaluating service encounters: the effects of physical surroundings and employee responses. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 54, n. 2, p. 69-82, Apr. 1990.
- _____. Servicescapes: the impact of physical surroundings on customers and employees. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 56, n. 2, p. 57-71, Apr. 1992.
- BITNER, M. Jo; BOOMS, B. H.; MOHR, L. A. Critical service encounters: the employee's viewpoint. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 58, n. 4, p. 95-106, Oct. 1994.
- _____; _____; TETREULT, M. S. The service encounter: diagnosing favorable and unfavorable incidents. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 54, n. 1, p. 71-84, Jan. 1990.
- BITRAN, G. R.; HOECH, J. The humanization of service: respect at the moment of truth. **Sloan Management Review**, Cambridge, v. 31, n. 2, p. 89-96, Winter 1990.
- BOPP, K. D. How patients evaluate the quality of ambulatory medical encounters: a marketing perspective. **Journal of Health Care Marketing**, Boone, v. 10, n.1, p. 6-15, Mar. 1990.
- BRYANT, C. *et al.* Increasing consumer satisfaction. **Marketing Health Services**, Chicago, v. 18, n.4, p. 5-17, Winter 1998.
- CAMPOMAR, M. C. Do uso de “estudo de caso” em pesquisas para dissertações e teses em Administração. **Revista de Administração da USP**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 95-97, jul./set. 1991.
- CARMAN, J. M. Consumers perceptions of service quality: an assessment of the SERVQUAL dimensions. **Journal of Retailing**, Greenwich, v. 66, n. 1, p. 33-55, Spring 1990.
- CASTRO, C. M. **A prática da pesquisa**. São Paulo: McGraw-Hill, 1977.
- CHURCHILL Jr, G. A.; PETER, J. P. **Marketing: criando valor para os clientes**. São Paulo: Saraiva, 2000.
- DARBY, M. R.; KARNI, E. Free competition and the optimal amount of fraud. **Journal of Law and Economics**, [s.l.], p. 67-86, Apr. 1973.
- DAVIDSON, K. Health care industries pose special ethics problems. **Marketing News**, [s.l.], v. 30, n. 25, p. 5, Dec. 1996.
- FORD, R. C.; FOTTLER, M. D. Creating customer-focused health care organizations. **Health Care Management Review**, Gaithersburg, v. 25, n. 4, p. 18-33, Fall 2000.
- FRANCE, K. R.; GROVER, R. What is the health care product? **Journal of Health Care Marketing**, Boone, v. 12, n. 2, p. 31-38, June 1992.
- GLASCOFF, D. W. Ten misconceptions physicians have about marketing. **Marketing Health Services**, Chicago, v. 21, n. 1, p. 39, Spring 2001.
- GRÖNROOS, C. A service-oriented approach to marketing of services. **European Journal of Marketing**, Bradford, v. 12, n. 8, p. 588-601, 1978.
- _____. A service quality model and its marketing implications. **European Journal of Marketing**, Bradford, v. 18, n. 4, p. 36-44, 1984.
- _____. **Marketing – gerenciamento e serviços: a competição por serviços na hora da verdade**. Rio de Janeiro: Campus, 1995.
- HAIR, L. P. Satisfaction by design. **Marketing Health Services**, Chicago, v. 18, n. 3, p. 5-8, Fall 1998.
- HOFFMAN, K. D.; BATESON, J. E. G. **Princípios de marketing de serviços: conceitos, estratégias e casos**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.
- HUTTON, J. D.; RICHARDSON, L. D. Healthscapes: the importance of place. **Journal of Health Care Marketing**, Boone, v. 15, n. 1, p. 10-11, Spring 1995.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Anuário Estatístico do Brasil**. Rio de Janeiro, v. qua-

- lity. **Journal of Health Care Marketing**, Boone, v. 16, n. 1, p. 54-59, Spring 1996.
- KOTLER, P. Atmospherics as a marketing tool. **Journal of Retailing**, New York, v. 49, n. 4, p. 48-64, Winter 1974.
- _____. **Administração de marketing**. 10. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2000.
- LICATA, J. W.; MOWEN, J. C.; CHACRABORTY, G. Diagnosing perceived quality in the medical service channel. **Journal of Health Care Marketing**, Boone, v. 15, n. 4, p. 42-49, Winter 1995.
- LOVELOCK, C.; WRIGHT, L. **Principles of service marketing and management**. New Jersey: Prentice-Hall, 1999.
- _____; _____. **Serviços: marketing e gestão**. São Paulo: Saraiva, 2001.
- LYNCH, J.; SCHULER, D. Consumer evaluation of the quality of hospital services from an economics of information perspective. **Journal of Health Care Marketing**, Boone, V. 10, n. 2, p. 16-22, June 1990.
- MOLLOY, G. E. "Packaging" for marketing success. **Nursing Homes**, [s.l.], v. 49, n. 7, July 2000.
- NELSON, P. Information and consumer behavior. **Journal of Political Economy**, Chicago, v. 78, n. 2, p. 311-329, Mar./Apr. 1970.
- OSWALD, S. L. *et al.* Quality determinants and hospital satisfaction. **Marketing Health Services**, Chicago, v. 18, n. 1, p. 19-22, Spring 1998.
- PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 49, n. 3, p. 41-50, Fall 1985.
- _____; _____. **SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality**. **Journal of Retailing**, Greenwich, v. 64, n. 1, p. 12-40, Spring 1988.
- PORTER, M. E. **Vantagem competitiva: criando e sustentando um desempenho superior**. 20. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1989.
- REGAN, W. J. The service revolution. **Journal of Marketing**, Chicago, v. 27, n. 3, p. 57-62, July 1963.
- ROBBINS, S. A.; KANE, C. M.; SULLIVAN, D. J. The Amherst study of hospital marketing practices. **Journal of Health Care Marketing**, Boone, v. 8, n. 1, p. 86-87, Mar. 1988.
- SELLTIZ *et al.* **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1975.
- STRASSER, S. *et al.* Satisfaction with medical care. **Journal of Health Care Marketing**, Boone, v. 15, n. 3, p. 34-44, Fall 1995.
- THOMAS, R. K. Who needs health care marketing? **American Demographics**, Ithaca, p. 4, Feb. 1993.
- WOODSIDE, A. G.; FREY, L. L.; DALY, R. T. Linking service quality, customer satisfaction and behavioral intention. **Journal of Health Care Marketing**, Boone, v. 9, n. 4, p. 5-17, Dec. 1989.
- YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

Notas

¹ ANAHP (Associação Nacional de Hospitais Privados): organização que reúne os melhores hospitais privados brasileiros. Os três hospitais participantes da pesquisa de campo são membros dessa organização.

² Optou-se pelo uso da expressão genérica profissionais de marketing devido às diferentes nomenclaturas de cargo adotadas pelas organizações. No hospital #1 o nome utilizado é Gerente de Relações com o Cliente, no hospital #2 o nome utilizado é Gerente de Marketing e no hospital #3 o nome utilizado é Assistente de Marketing.

³ Matriz de desenvolvimento: conjunto de treinamentos a que um funcionário deve ser submetido em função do papel que desempenha no hospital #2.