

NOVAS PERSPECTIVAS PARA AVALIAÇÃO DA INSATISFAÇÃO.

MARIA ESTELA MENDES DE OLIVEIRA RISSI

SANY KARLA MACHADO

ETIENNE CARDOSO ABDALA

Introdução

Enquanto o paradigma da desconformidade (OLIVER, 1980) é a abordagem cognitiva mais utilizada para diferenças conceituais, autores sugerem que a insatisfação pode ser o resultado de variáveis diversas daquelas usadas para classificar a satisfação (BLEUEL, 1990; PRAKASH, 1991; GIESE, COTE; 2000). Este estudo pretende contribuir com as pesquisas sobre insatisfação do consumidor ao verificar se a atribuição da causalidade, a equidade e o componente afetivo podem ser identificadas em uma situação de alta interação de serviços, mais especificamente, em serviços de saúde.

Problema de Pesquisa e Objetivo

Quando o consumidor não possui tempo suficiente para formar uma expectativa acerca de um produto ou serviço, algumas variáveis podem substituir a equação da desconformidade para acusar o nível de insatisfação?

Fundamentação Teórica

Para alguns autores (GIESE; COTE, 2000; EREVELLES, LEAVITT; 1992; OLIVER, RUST, VARKI; 1997), enquanto o paradigma da desconformidade tem sido a abordagem cognitiva usada para explicar ambos julgamentos, para outros, teorias como a atribuição da causa e a equidade, respectivamente, são mais úteis à literatura sobre insatisfação e comportamento do consumidor.

Metodologia

O método de história de vida, pela ótica de histórias curtas, se deu, neste trabalho, através de um relato escrito, sem roteiro estruturado e com a formulação de apenas uma pergunta-chave, para nortear o discurso do sujeito da pesquisa: eu gostaria que você me contasse, por escrito, tudo o que você se lembra sobre o atendimento médico ambulatorial e hospitalar que seu pai recebeu.

Análise dos Resultados

A percepção do consumidor do que ele merece receber é altamente afetada por aspectos que, muitas vezes, não correspondem à realidade. Isso torna imprescindível discernir entre atributos de uma oferta e as percepções dos clientes sobre eles porque os clientes podem diferir, e muito, em suas percepções e estas afetam o comportamento, não os atributos em si (LOVELOCK, WRIGHT; 2001).

Conclusão

Foi possível identificar a preponderância da variável equidade, permitindo inferir que situações que compreendem alto grau de emoção levam os indivíduos a perceberem mais desequilíbrio entre o seu envolvimento e o das outras partes.

Referências Bibliográficas

LOVELOCK, C. WRIGHT, L. Serviços: Marketing e gestão. São Paulo: Saraiva, 2003. OLIVER, R. L. A cognitive model of antecedents and consequences of satisfaction decisions. Journal of Marketing Research, v. 17.1980. ZEITHAML, V.A.; PARASURAMAN, A.; MALHOTRA, A. Service Quality Delivery through Web Sites: A Critical Review of Extant Knowledge. Journal of the Academy of Marketing Science, n.30. 2002.

Palavras Chave

consumidor, insatisfação, história de vida

NOVAS PERSPECTIVAS PARA AVALIAÇÃO DA INSATISFAÇÃO.

INTRODUÇÃO

Nós todos já experimentamos isso alguma vez: as coisas **dão** errado. A pizza vem com um ingrediente que você dispensou; a internet cai ao final do preenchimento de um formulário; você já está atrasado e o caminho mais curto não é possível porque a rua está interditada; no supermercado lotado, o caixa que você escolhe dá um problema; depois de um longo processo de espera, o atendente diz que está faltando um documento. Nestas horas, sentimo-nos decepcionados, frustrados, explorados e furiosos porque, por alguma razão, achamos que tudo sempre vai funcionar direito.

Por isso, o interesse da academia e das empresas na satisfação do consumidor, permanece. Nos estágios iniciais, o interesse dos estudos acadêmicos era no modo como as expectativas influenciavam a satisfação (HOWARD, SHETH; 2006) e, da perspectiva empresarial, o interesse no tema começava com a criação de marcadores econômicos (PFAFF, 1972). Atualmente, o foco, em ambos os campos – prático e acadêmico – é na origem e nas consequências da satisfação.

Teoricamente, a satisfação é determinada pelas avaliações positivas e negativas que os consumidores fazem após uma compra ou experiência de consumo (LOVELOCK, WRIGHT; 2001). No geral, a satisfação é considerada como uma variável estabelecida em contraposição à insatisfação (MITTAL, KUMAR, TSIROS, 1999) e apesar de um crescimento da pesquisa sobre insatisfação, a satisfação ainda ocupa um lugar privilegiado nos estudos sobre os julgamentos dos consumidores.

Além disto, a revisão da literatura sobre comportamento pós-compra também revela que alguns autores consideram esses dois conceitos como construtos independentes. Por esta abordagem, enquanto o paradigma da desconfirmação (OLIVER, 1980) é a abordagem cognitiva mais utilizada para diferenças conceituais, esses autores sugerem que a insatisfação pode ser o resultado de variáveis diversas daquelas usadas para classificar a satisfação (BLEUEL, 1990; PRAKASH, 1991; GIESE, COTE; 2000). Este estudo pretende contribuir com as pesquisas sobre insatisfação do consumidor ao verificar se, e com qual intensidade, três dessas variáveis – a atribuição da causalidade (FOLKES, 1984), a equidade (OLIVER, SWAN; 1989) e o componente afetivo – podem ser identificadas em uma situação de alta interação de serviços, mais especificamente, em serviços de saúde. A ideia central é identificar como as variáveis se apresentam em indivíduos que enfrentam uma situação para a qual não tinham – ou a eles não foi dado o tempo para formar – uma expectativa e, portanto, na qual a teoria da desconfirmação não se aplicaria por completo. Nestes casos, a análise por meio de outras variáveis parecer ser mais adequada.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A experiência do consumidor não termina depois de uma compra ou uso de um produto ou serviço. O processo pós-compra, que inclui a avaliação do que se recebeu na interação com uma empresa, seus produtos, sua marca, também faz parte da experiência. Uma vez que a avaliação geral da experiência for, no mínimo, igual à expectativa do consumidor, ele ficará satisfeito.

A insatisfação, por sua vez, acontece quando o consumidor experimenta sentimentos negativos em relação a uma empresa por meio dos atributos de seus produtos ou por alguma experiência ruim que tenha acontecido ao se relacionar com ela. A insatisfação também pode ocorrer devido a fatores incontrolláveis pela empresa, como a inabilidade do consumidor em

usar determinadas funções do produto ou condições climáticas adversas (LOVELOCK, WRIGHT; 2001).

Embora cada vez mais empresas entendam e pratiquem uma relação próxima e de monitoramento da satisfação de seus clientes, os desafios na adaptação às expectativas do consumidor permanecem crescentes por conta 1) de um consumidor em constante evolução, 2) da globalização e, portanto, de uma concorrência maior e 3) de um aumento de vigilância da sociedade sobre seus atores econômicos (HESS, GANESAN, KLEIN; 2003). Ainda, o advento da internet e das mídias sociais sinaliza que alcançar o cliente tornou-se algo sem fronteiras, ilimitado, o que acaba por amplificar toda a prática de gestão de relacionamento (WARD, OSTROM; 2006).

A questão da satisfação em Serviços, de forma específica, assume um caráter ainda mais desafiador do que a simples oferta de um produto físico uma vez que negócios de natureza mais intangível ocorrem, majoritariamente, sob algumas condições. Dentre elas, a que mais compromete o nível de satisfação do consumidor é a inseparabilidade. Essa característica do serviço diz respeito ao fato de ele ser produzido e consumido ao mesmo tempo, o que, por sua vez, implica em uma alta proximidade entre quem o executa e quem o recebe (LOVELOCK, WRIGHT; 2001). Isso significa que enquanto o humor do funcionário ou do gerente de uma linha de produção de cadeiras dificilmente impactará na satisfação do consumidor final, o mesmo, geralmente, não ocorre entre um médico e um paciente. Tanto o humor de um como o do outro poderá comprometer a entrega do serviço.

Outra implicação da concomitância é que as chances de um erro ser evitado ou reparado antes de ser percebido pelo consumidor são pequenas. Ocorre que enquanto se tenta evitar falhas em produtos por meio de sistemas de controle de qualidade, a prestação de serviços concentra seus esforços na previsão destas falhas e, sobretudo, em um sistema de pronta recuperação do serviço, caso elas aconteçam (LOVELOCK, WRIGHT; 2001).

Com efeito, a frustração com um serviço é uma das reclamações mais comuns na vida (PwC, 2018) e a falta de atenção dos empregados é tida como a causa central (PRICE; ARNOULD; TIERNEY, 1995). O que parece acontecer é que os consumidores, frequentemente, sentem que os responsáveis pelo serviço simplesmente não se importam com eles e apenas seguem uma rotina sem se preocuparem em ouvir e responder às suas necessidades (HYKEN, 2018). Muito provavelmente esta seja a razão de tantos artigos acadêmicos dedicarem seus esforços em entender como a qualidade das interações dos consumidores com o pessoal de serviços e vendas pode ser melhorada (PARASURAMAN, ZEITHAML, MALHOTRA; 2002).

Por outro lado, quando os consumidores estão satisfeitos com um serviço, eles tendem a expressar suas intenções de forma positiva como, por exemplo, recomendando a empresa e seus produtos, preferindo-a em detrimento dos concorrentes, aumentando seu volume de compras ou sujeitando-se a pagar preços mais altos (FRIESNER ET AL. 2008; ANDERSON ET AL., 1994; GRONHOLDT, MARTENSE, KRISTENSEN; 2000). Ainda, pesquisas como a de Sriram, Chintagunta e Manchanda (2015) e de Aliman e Mohamad (2013) evidenciam que a satisfação tem uma relação positiva com as intenções futuras do consumidor.

De forma geral, os consumidores tendem a formar expectativas quanto ao que vão receber de uma interação de troca, seja ela pessoal ou organizacional. A expectativa é definida como um comportamento que envolve crenças, conceitos ou predições sobre as características ou atributos desejáveis e/ou esperados em algo (CADOTTE ET AL., 1987). É com base neste conceito que Lovelock e Wright (2003) defendem que quando os clientes avaliam a qualidade de um serviço, seu julgamento é feito em função de algum padrão interno que existia antes da experiência de tal serviço. Caso eles não o tenham, ações como a busca de informação e a própria propaganda passam a ser consideradas como fontes primárias para embasar suas decisões.

De acordo com alguns autores, a satisfação e a insatisfação são formadas diferentemente. Para eles (GIESE; COTE, 2000; EREVELLES, LEAVITT; 1992; OLIVER, RUST, VARKI; 1997), enquanto o paradigma da desconfirmação tem sido a abordagem cognitiva usada para explicar ambos julgamentos, para outros, como Oliver (1989) e Bolton e Lemon (1999), outras teorias como a atribuição da causa e a equidade, respectivamente, são mais úteis à literatura sobre insatisfação e comportamento do consumidor. Da mesma forma, a contribuição dos fatores emocionais tem crescido em relevância desde 1980.

Na parte da literatura que considera as variáveis de atribuição, a insatisfação se forma por meio de um processo no qual o consumidor procura razões para explicar a diferença entre a sua expectativa e o desempenho percebido (RICHINS, 1985; OLIVER, DeSarbo, 1988; SINGH, WILKES; 1996). Neste processo, as pessoas tendem a identificar as causas do sucesso ou fracasso de sua experiência com base em três critérios: origem, estabilidade e controle. Se a avaliação é feita com base na 1) origem, as causas podem ser a) internas se o consumidor assume que ele mesmo contribuiu para os resultados, b) externas se atribui a causa à empresa ou ao prestador de serviço e c) situacional se fatores do ambiente, ou terceiros, são apontados como a causa. Se a avaliação é baseada na 2) estabilidade, o consumidor considera quão provável é que a causa que deu origem aos resultados negativos possa ocorrer novamente. Uma causa a) estável ou permanente é aquela que o indivíduo considera que irá continuar com o tempo; a b) instável, em contraposição, tem um caráter momentâneo e pode se alterar a qualquer tempo. Finalmente, se a avaliação da insatisfação é baseada no 3) controle, o consumidor analisa se a parte responsável pela falha ou sucesso da experiência, da compra etc. pode exercer algum controle sobre as causas. Uma b) situação intencional ou controlável é aquela na qual o indivíduo pensa que a parte responsável pode controlar e prevenir o resultado, e b) a situação incontrolável ou inevitável é aquela na qual ele pensa que as partes responsáveis não podem controlar os resultados (FOLKES, 1984).

A equidade é baseada na avaliação das situações em termos do equilíbrio entre as partes (OLIVER, SWAN; 1989). Esta avaliação é fruto da comparação feita entre o que o consumidor investiu ao comprar um produto e a recompensa que ele obteve ao fazê-lo, contrastando-a, por sua vez, a outra aquisição ou a outro indivíduo. Nos estudos em Marketing, os investimentos da parte do cliente dizem respeito a dinheiro, tempo, esforços de compra físicos e psíquicos, e as recompensas referem-se ao produto em si e, ainda, aos serviços dos funcionários e à marca da empresa. Para o vendedor, o investimento é seu conhecimento, seus equipamentos, o tempo dedicado ao cliente (KOTLER, KELLER; 2012). A equidade implica em uma forma de justiça na qual os envolvidos recebem o que é certo ou o que eles merecem; significa que os investimentos e os resultados de ambas as partes apresentam uma proporcionalidade (VELASQUEZ ET AL., 2009).

A consideração da influência de elementos afetivos também tem tomado corpo nos estudos sobre insatisfação. O componente emocional não só tem sido apresentado em vários conceitos ligados à satisfação (WOODRUFF; GARDIAL, 1993; GIESE, COTE; 2000), mas, ainda, confirmado que ele é capaz de suplantar a avaliação cognitiva da desconfirmação das expectativas (TINOCO, 2011; SMITH; BOLTON, 2002; BIGNÉ, ANDREU; 2004). Significa dizer que, mesmo que os custos para o consumidor excedam, tecnicamente, os benefícios que ele obtém, fatores como respeito, empatia e atenção da parte da empresa acabam por contribuir para uma avaliação positiva, sendo capaz de minimizar a insatisfação com alguma lacuna (VELASQUEZ, 2009). No contexto de serviços o papel das emoções é particularmente relevante por conta da alta interação dos participantes (LOVELOCK, WRIGHT, 2001; WIRTZ, BATESON; 1999).

História de vida é um método qualitativo de investigação, utilizado para compreender fatores subjetivos de um indivíduo com relação a temas específicos que o levam à tomada de decisão, ou seja, culminam nas suas escolhas e avaliação das situações (CHASE, 2008). Embora Chase preconize que o relato da história abranja toda a vida do sujeito da pesquisa, Plummer (2001) defende que relatos sobre uma situação relevante e significativa para a pessoa são suficientes para compor um quadro que permita a devida análise.

A concretização do método de história de vida, pela ótica de histórias curtas, se deu, neste trabalho, através de um relato escrito, sem roteiro estruturado e com a formulação de apenas uma pergunta-chave, para nortear o discurso do sujeito da pesquisa: *eu gostaria que você me contasse, por escrito, tudo o que você se lembra sobre o atendimento médico ambulatorial e hospitalar que seu pai recebeu.*

Importante ressaltar que o narrador desconhecia o objetivo da pesquisa, o que, caso contrário, poderia enviesar a narrativa.

O relato compreende uma situação vivida e apresentada, por escrito, por um familiar de um paciente diagnosticado com câncer, em estado terminal. O relator foi escolhido por sua afinidade com um dos pesquisadores, o que se esperava garantiria uma narrativa sincera e profunda. Ele foi copiado, neste trabalho, na íntegra e na sua forma original.

O tratamento do *corpus* da narrativa de histórias de vida se dá, geralmente, por meio da análise de conteúdo (BARDIN, 2000) e esta foi também a técnica adotada para este trabalho por ser considerada suficientemente abrangente para compreender processos interativos (KOHLBACHER, 2006). Com as categorias foram definidas *a priori*, o produto final é agrupar excertos do relato de acordo com elas e verificar se e como elas se relacionam e impactam na insatisfação.

O relato da experiência

Na madrugada do dia 8 de março estava no meu quarto e escutei meu pai gritando por ajuda. Ao encontrá-lo deitado percebi que ele ardia e tremia em febre, em um quadro de hipertermia. Levamos ele para o hospital às pressas, ele é atendido prontamente e começam a fazer sequências de exames para descobrir a causa da febre. Estávamos eu, minha mãe e meu irmão, todos muito preocupados sobre qual seria a real situação dele e tendo que nos revezar para acompanhá-lo e conseguirmos notícias. Aguardei durante toda a madrugada do lado de fora da emergência e quando finalmente consegui alguns momentos com ele fui abordada pela médica plantonista que me disse que eu deveria continuar aguardando do lado de fora. Muito cansada, me retirei e aguardei até que um enfermeiro permitiu a minha entrada logo que a médica se retirou e foi só então que pude conversar com meu pai e ouvir dele o que eu temi muito que fosse uma despedida, mas que fiquei muito grata por ter podido ouvir.

Após realizados todos os exames, meu pai espera, sem respostas, deitado na maca da emergência. Passadas mais de 5 horas, descobrimos que a causa da hipertermia havia sido os produtos do intestino espalhados por todo o abdômen, devido a uma fissura e que essa fissura tinha sido provocada por um tumor. Nesse momento, soubemos que seria necessária uma cirurgia de emergência e que logo meu pai seria internado para que pudesse se preparar.

Enquanto esperávamos pela internação, fomos todos informados sobre os resultados dos demais exames (inclusive o paciente) e descobrimos então que, além do tumor no intestino, também haviam tumores no pulmão e no fígado, o que se configurava em um estágio IV já com metástase, portanto, irreversível. Ainda antes da cirurgia, o médico cirurgião veio falar com a família e nos informou que "se ele sobreviver à cirurgia, precisará de alguns dias na UTI" enfatizando a complexidade da cirurgia e a gravidade do caso dele. Também nos disse que o objetivo da intervenção cirúrgica seria limpar o abdômen e colocar uma bolsa de colostomia,

que desviaria o percurso do intestino. Percebendo que ele poderia não sobreviver à cirurgia, estávamos empenhados em conseguir o maior tempo possível perto dele, cada segundo importava para nós como família, mas infelizmente havia regras sobre as visitas e limitações para as trocas de acompanhante sobre as quais a secretária nos informava incisivamente e nos restando apenas, mais uma vez, aguardar do lado de fora, esperançosos de voltar a vê-lo e uma súplica para a direção do hospital, que nós quatro pudéssemos estar juntos por 10 minutos antes de ele entrar em cirurgia. Após muita insistência e empatia da direção do hospital nos foram concedidos 10 minutos, os quais utilizamos para enviar toda a energia positiva possível.

A cirurgia aconteceu e fomos informados brevemente pelo mesmo médico que tudo correu bem e ele seria então levado para a UTI e depois disso mais uma vez "se ele sobreviver será levado para o quarto de hospital depois de alguns dias".

Seguimos aguardando a recuperação dele, com visitas na UTI divididas em três horários diários nos quais nos revezamos. No primeiro dia eu e meu irmão fomos abordados por uma psicóloga e por uma médica responsável pelo setor de Unidade Intensiva de Tratamento, que nos deixaram a par sobre o funcionamento da unidade e se demonstraram dispostas a nos auxiliar em qualquer dúvida. Durante a visita meu pai nos contava que os enfermeiros eram muito atenciosos e o ajudavam com a alimentação e higiene com muito cuidado e disposição. Após três dias ele foi transferido para o quarto de hospital, onde tínhamos apenas um horário de visita por dia, e uma troca de acompanhante.

Durante a estadia no quarto de internação, o médico cirurgião visitava meu pai todos os dias e nos dava breves informações sobre o quadro dele e sobre a possibilidade de ir para casa. Após estar já há alguns dias no quarto meu pai questiona com o médico quando ele poderia voltar a trabalhar e o cirurgião responde que isso não seria mais possível, e que ele devia se considerar aposentado. Com isso, meu irmão que estava presente no quarto explica como ele costumava exercer o trabalho e questiona se não seria possível uma adaptação e então o médico pede para falar com ele do lado de fora do quarto e diz: "você está entendendo que o seu pai está morrendo? Eu não sei se será hoje, amanhã, daqui um mês, mas o estado dele é muito grave e irreversível.". No dia seguinte o médico aborda então a minha mãe para um aviso similar: "O estado do paciente é muito grave e vocês devem se preparar para o pior".

Depois de alguns dias no quarto hospitalar meu pai é liberado e pode finalmente ir para casa, com sessões de quimioterapia já marcadas e consulta com o cardiologista para inserção de um cateter no peito, por onde seria feito o tratamento. Esperamos até o dia da consulta e o médico não nos atendeu, apenas repassou para a secretária quais exames seriam necessários para que pudesse realizar a cirurgia, que nos informou e já nos alertou que as sessões de quimioterapia teriam que ser remarçadas, pois os exames demorariam a ficar prontos e que quando ficassem deveríamos remarcar com ele outra consulta para entregarmos os exames. Peguei o contato da secretária e saímos de lá até o hospital para fazer os exames. Depois de feitos, nos entregaram um código QR para que tivéssemos acesso a eles assim que ficassem prontos e alguns ficaram logo no mesmo dia. Conforme fui recebendo os resultados enviei para a secretária por WhatsApp e ela repassou para o médico. Já no dia seguinte de manhã ela me informou, pelo resultado dos primeiros exames, que o paciente precisaria receber bolsas de sangue e conseguimos marcar a transfusão para o mesmo dia. Assim, quando todos os exames ficaram prontos, ela pode marcar o dia da cirurgia e as quimioterapias não precisaram ser adiadas.

No dia da inserção do cateter nos foi informado que ele receberia anestesia local e que seria um processo bem simples. Porém, quando terminada a cirurgia a bolsa de colostomia tinha "vazado" e no local nos disseram que não tinham bolsas disponíveis para fazer a troca. Vendo meu pai dormindo sentado na cadeira de rodas pensei que não teria como levá-lo pra casa naquele estado e segui com ele até o plantão, onde tivemos que aguardar até que alguns enfermeiros se dispusessem a nos ajudar, já que o hospital já tinha nos dito que não trocaria a

bolsa. Durante a espera um dos enfermeiros me ajudou a colocar meu pai na maca e percebi que ele dormia profundamente e mal conseguia responder a qualquer pergunta. Quando uma das enfermeiras se dispôs a nos ajudar com a bolsa, ela também se assustou com o estado dele e me perguntou se ele havia tomado algum calmante. Respondi que não, somente anestesia, e ela se prontificou a conferir todos os sinais vitais dele, que estavam normais. Mesmo assim, seguimos preocupados, me pediram para deixar ele deitado em observação e eu voltei ao centro cirúrgico pra perguntar se haviam dado algum calmante para ele. Após grande dificuldade para ter acesso ao médico que havia realizado a cirurgia consegui a informação de que ele realmente estava medicado com calmante e pude me tranquilizar.

Esperamos algum tempo até que ele se restabelecesse e de lá seguimos para o consultório do médico que realizou a cirurgia de colostomia, pois ele havia pedido para olhar os pontos. Com um pouco de dificuldade conseguimos chegar até o consultório e os efeitos do sonífero estavam passando, de modo que ele até conseguiu realizar algumas perguntas ao médico, por exemplo sobre as várias feridas que ele tinha na boca e que os médicos anteriores já haviam nos dito que eram apenas aftas e as dores para engolir decorrentes da intubação, mas que o cirurgião nos informou que eram provenientes de candidíase, causada pela baixa imunidade. Somente após essa informação e com o medicamento adequado é que meu pai pode voltar a se alimentar decentemente. Antes disso, um médico plantonista havia nos sugerido fazer uso de chá de camomila, o que foi completamente ineficiente. Além disso, ele também perguntou sobre o posicionamento do intestino e se havia a possibilidade de realocá-lo, pois estava enfrentando dificuldades com isso, mas o médico disse que não havia o que ser feito

Nos dias que se seguiram em casa, meu pai teve dificuldade de adaptação com a bolsa de colostomia e marcamos horário com a enfermeira chefe do hospital para que ela pudesse ajudá-lo a se adaptar. Eles se reuniram algumas vezes, ela sugeriu que ele utilizasse um segundo modelo de bolsa e ele seguiu tentando. Tivemos que ir até a emergência algumas vezes para pedir ajuda, até que contratamos um enfermeiro particular que vinha duas vezes ao dia para ajudá-lo até que ele se adaptasse, após muito custo em encontrar alguém que se dispusesse. Passados alguns dias, as bolsas acabaram e fomos até o hospital para pegar outras, mas nos disseram que havia uma quantidade limite a ser retirada por mês e que a dele já havia se excedido. Conversando com os enfermeiros explicamos que a falta se devia ao período de adaptação e conseguimos "adiantar" as do mês seguinte.

Começada a quimioterapia fomos informados sobre as restrições do paciente durante o tratamento, e recebemos do oncologista sempre um tratamento atencioso e esperançoso, abordando a possibilidade de diminuição dos tumores e sugestões para melhor qualidade de vida. Durante os dias de tratamento também notamos os enfermeiros sempre muito dispostos e alegres, tratando com leveza todos os pacientes. Nos primeiros dias novamente fomos abordados por psicóloga e assistente social, que nos informou sobre os direitos de um paciente com câncer.

Com o tempo fomos aprendendo a lidar com as limitações que ele passou a ter, encontramos o melhor jeito para ele se deitar, se sentar, se higienizar, se alimentar e fomos descobrindo como melhorar a qualidade de vida dele. Já se recuperando da cirurgia, meu pai começa a se atentar sobre questões que terá que lidar todos os dias e nesse contexto se sente muito incomodado com algumas questões da cirurgia, como o posicionamento do intestino e as dificuldades com a bolsa.

Em uma das sessões de quimioterapia meu pai comentou com o médico sobre as irritações emocionais que vem sentindo, perguntando se poderia ser efeito do tratamento. O médico nos disse que seria o caso de conversar com o psicólogo e seguiu com a consulta. Um pouco depois retomei o assunto da irritação e ele nos deu um encaminhamento para o psicólogo. Meu pai também comentou sobre uma tarde em que ele tinha insistido em tomar sorvete e como tinha sido a sensação de queimor na língua. Ouvindo o relato o médico caiu na risada, dizendo

que os pacientes mesmo com as recomendações para ficarem longe de coisas geladas sempre acabavam experimentando algo e se queimando. Mesmo assim meu pai insistiu perguntando se então de fato não poderia tomar sorvete e mais uma vez todos rimos e o médico enfatizou para ficar longe do sol e do sorvete.

Particularmente, depois de ter um contato mais intenso com a área da saúde passei a perceber coisas que antes não me atentavam tanto. Há algumas semanas procurei o plantão hospitalar para tirar dúvidas sobre alguns sintomas que estava sentindo e ao me queixar para o médico ele prontamente me respondeu qual era o meu problema, indignado que eu estivesse no plantão para me queixar dos acontecimentos pois já devia saber qual era o problema e já deveria estar tratando. No momento me vi cheia de dúvidas e o questionei sobre todas elas, mas todas as respostas foram com grau de indignação, como se coubesse a mim saber sobre minhas complicações de saúde antes de me dirigir a ele. Por causa dessa vivência me vi receosa em procurar novamente o plantão pelo que quer que fosse, e evitei ao máximo, até que a preocupação foi mais forte e voltei depois de algumas semanas. Durante essa segunda visita ao plantão, fui atendida por outro médico, o qual foi surpreendentemente atencioso e empático. De pronto me tranquilizou quanto às minhas preocupações e sugeriu os exames necessários para que pudéssemos realmente descartar as possibilidades de qualquer complicação de saúde mais séria. Saí de lá muito mais leve e ele conseguiu resolver o meu problema com facilidade.

Também senti uma imensa diferença na última consulta do meu pai com o médico que realizou a cirurgia. Já há algum tempo meu pai reclamava sobre o posicionamento do intestino após a cirurgia e nós já tínhamos retornado ao médico e perguntado se seria possível fazer alguma coisa para melhorar a qualidade de vida dele e o cirurgião nos respondeu que não havia o que ser feito. Porém, no dia em que tivemos essa resposta meu pai estava sob efeito de medicamentos e não se lembrava em nada do momento da consulta. Conte pra ele em detalhes como as coisas tinham acontecido, mas ele ainda insistia no assunto e então marcamos uma nova consulta para que ele pudesse repetir a pergunta. Nesse dia, o médico se surpreendeu logo que o viu, dizendo que ele estava com uma aparência muito melhor e mudou a sua resposta quando a possibilidade de correção da cirurgia. Quando saímos ele até nos disse que meu pai parecia outra pessoa.

Hoje meu pai tinha quimioterapia marcada para às 7h. As 6h40 chamei ele para irmos, e ele me disse que estava com muita dor, que não conseguiu dormir à noite e que estava com dificuldades para levantar. Me pediu mais dez minutos de sono. Quando voltei, ele já estava pronto para a quimioterapia, e fomos, já preparados para relatar ao médico sobre as dores. Chegando lá, falamos com o médico e meu pai contou sobre as dores e incômodos. Parente os relatos ele nos alertou que hoje ele não poderia realizar a quimioterapia, já que existia a possibilidade da necessidade de uma intervenção cirúrgica. Com isso, me deu um encaminhamento para o médico que fez a cirurgia de colostomia e um encaminhamento para ultrassom, além de alguns medicamentos para dor. Liguei no consultório do médico cirurgião e me foi informado que ele estava de plantão e que, portanto, seria mais rápido se eu fosse direto ao plantão hospitalar. Esperei que meu pai tomasse essas medicações, diretamente na ala de quimioterapia, e depois disso o levei até o plantão. No plantão informei sobre o encaminhamento para o médico específico e sobre o pedido de ultrassom. Me foi informado que o médico o qual eu requisitava não fazia plantões e, portanto, não estava no hospital. Preocupada com a situação do meu pai pedi para que abrissem uma guia para qualquer médico cirurgião disponível, e assim fizeram. Esperamos até sermos atendidos e assim que entramos o médico que nos recebeu foi o mesmo que atendeu o meu pai na noite em que encontrei ele com febre, e como da última vez se demonstrou muito empático e dedicado. Logo que nos encontramos com ele o meu pai se lembrou de quem era e comentou comigo, e em seguida o médico também se lembrou dele.

O médico pediu que meu pai se sentasse e em poucos segundos deu o diagnóstico de que o caso era de uma hérnia periestomal, explicando que teria sido ocasionada no dia da cirurgia, como havia acontecido e que precisaria ser corrigida com urgência. Com isso, ele nos pediu para continuar aguardando e nos avisou que ligaria para o médico plantonista, que coincidentemente era o médico que realizou a cirurgia do meu pai (o mesmo que me disseram na recepção que não fazia plantão no hospital). Com isso, aguardamos até que ele retornasse com mais informações e o que ele nos repassou foi que, mesmo alegando que o caso era de uma cirurgia de emergência, o médico do outro lado da linha dizia que "viu o paciente na semana anterior e a cirurgia pode esperar". O fato é que o médico que alegava não ser urgente havia visto o meu pai há mais de duas semanas, e uma semana antes eu havia tentado marcar consulta com ele, já tendo percebido o estado do meu pai, mas ele somente atende paciente no consultório as segundas e sextas-feiras e devido a um feriado na quinta ele não atenderia na sexta mais próxima e sua agenda na segunda já estava lotada. Ou seja, consegui uma consulta somente para mais de uma semana depois e tudo isso aconteceu antes que chegasse a data da consulta, mesmo tratando-se de um paciente em estado terminal.

Presenciamos uma situação de desacordo entre ambos, em que o médico que estava vendo ele pessoalmente alegava ser necessário uma cirurgia de emergência e tentava convencer o médico plantonista da área a confiar no diagnóstico dele, tendo inclusive mandado fotos da hérnia e tendo recebido como resposta "não posso ver, estou no trânsito". A sugestão do médico do meu pai foi de que marcássemos a cirurgia com a secretária dele, para a data disponível no centro cirúrgico. No fim, o médico que estava tão empenhado em resolver a situação se viu de mãos atadas e nos sugeriu retornar ao pronto socorro após a troca de plantões, para realizar a cirurgia o mais rápido possível.

Conversando com o meu pai expus a minha opinião, de que acreditava ser melhor realizar a cirurgia o quanto antes, porém, ele acredita que seja melhor fazer a cirurgia com o mesmo médico que fez na primeira vez, e por esse motivo seguimos as instruções e contatamos a secretária, que conseguiu marcar a cirurgia para exatamente daqui a uma semana.

Meu pai esperou até a data da cirurgia e correu tudo bem, ficou internado por dois dias e foi liberado no terceiro. Durante esse período o médico apareceu uma vez ao dia e não nos deu informações que não fossem sobre a previsão de alta. Porém, durante a recuperação da cirurgia meu pai se sentiu bem fraco, muito mais do que antes da cirurgia, e notamos que apareceu um caroço no abdômen. Com isso, minha primeira sugestão foi de que ele fosse até o pronto socorro, para que um médico analisasse o que seria o caroço, mas ele insistiu que só confiaria na opinião do médico que realizou a cirurgia e por esse motivo eu liguei diretamente para o consultório dele. Fui atendida pela secretária, que me informou que ele não estava no momento e que a melhor saída seria levá-lo até o pronto socorro. Mesmo assim, insisti por uma consulta e ela marcou para o que teria sido a sugestão do médico, dez dias após o procedimento. Contudo, meu pai ainda se negou a ir ao pronto socorro e preferiu esperar pela consulta.

No dia da consulta, o médico já logo se assustou com o estado do meu pai e agiu de modo desesperançoso. Ao examiná-lo notou que o caroço era derivado de uma infecção e que alguns pontos tinham estourado e a cicatriz da cirurgia estava inflamada, uma infecção que já gerava muito pus. Então, ele receitou dois antibióticos para serem tomados concomitantemente e nos disse que eram para "ver se melhora". Ele explicou com um tom de voz preocupado que essas infecções podem acontecer em pacientes com câncer no estágio do meu pai e fez questão de enfatizar que a cirurgia havia sido complexa e difícil de ser executada e que a infecção era proveniente da abertura que foi necessária ser feita devia a essa complexidade, mas que o restante da cirurgia havia ocorrido muito bem e que ele tinha sido bem-sucedido na execução. Alertei também ao fato de que meu pai havia sentido maior dificuldade para se alimentar depois da cirurgia e perguntei se ele tinha alguma sugestão em relação à alimentação, considerando que ele passaria a tomar dois antibióticos e então seria ainda mais importante que se alimentasse

bem. O médico me disse que quanto à alimentação ele não tinha nenhuma restrição, e que o importante seria meu pai comer o que gosta.

O que senti durante toda a consulta foi que o cirurgião se assustou e se preocupou muito com o estado do meu pai, já sem muitas esperanças de que a infecção tivesse solução e temendo pelo pior. Pude perceber também que ele se sentiu incomodado com a situação e em certa medida até mesmo culpado, como se fosse ele quem tivesse de alguma forma originado o novo problema, até porque, ele insistiu em esperar mais para fazer a cirurgia considerando que meu pai estava em um ótimo estado e depois do procedimento enfatizou que o veria após dez dias, demorando muito para ver e começar a tratar a infecção, o que agravou o caso.

Além do antibiótico, a sugestão foi de que fossemos todos os dias até o hospital para que as enfermeiras fizessem curativos no meu pai. Seguimos com isso e o levei no mesmo dia até lá, onde a profissional que o atendeu foi muito atenciosa e cuidadosa. No dia seguinte, o levei novamente e esperei ao lado de fora. Passados alguns minutos meu pai me chama e me conta que o médico pediu para que ele fosse internado. Sem entender muito, perguntei por qual motivo e ele mesmo me explicou que estava sentindo maior sensibilidade na região do abdômen e que enquanto a enfermeira fazia os curativos, ao reparar isso, mandou um vídeo para o médico, preocupada, e ele respondeu que o melhor seria que ele fosse internado para tomar antibiótico de forma intravenosa. Enquanto falava, meu pai estava indignado, alegava se sentir bem e não gostava de pensar em voltar para um quarto de hospital. Esperei a enfermeira voltar e perguntei diretamente pra ela sobre o ocorrido, e ela me disse o mesmo que meu pai tinha acabado de relatar, me explicando para levá-lo até o hospital e de lá alertar o médico até então responsável por ele para que ele instrísse os demais médicos sobre a internação.

Levei meu pai para casa e avisei meu irmão e minha mãe sobre a situação, juntos decidimos que o melhor era seguir com o que o médico tinha pedido, e levamos ele até o pronto socorro. Chegando lá, explicamos a situação e o médico plantonista responsável foi o mesmo que já o tinha atendido outras vezes, o mesmo que queria internar ele com urgência quando descobriu a hérnia. Porém, dessa vez a abordagem dele foi diferente perante a situação e vendo o estado do meu pai, mesmo entendendo a gravidade da infecção, ele acreditava que a internação não seria necessária, já que o antibiótico faria o mesmo efeito independente da forma que fosse absorvido e que o melhor para o paciente seria o conforto de casa. Com isso, ele conversou com o médico cirurgião e eles entraram em consenso em liberar meu pai.

Nos dias que se seguiram continuei levando meu pai ao hospital todos os dias para que ele fizesse os curativos da maneira adequada, trocando-os duas vezes por dia, e seguimos com os antibióticos por mais cinco dias. Passado esse período de tempo, voltamos ao consultório médico e ele reavaliou o caso, dizendo que ainda havia bastante pus e que deveríamos seguir por mais cinco dias com um dos antibióticos e fazendo os curativos. Foi uma consulta rápida e o médico não pediu para que marcássemos o retorno, avisando que os pontos eram absorvíveis e que os ferimentos se cicatrizariam sozinhos.

ANÁLISE

A seguir encontra-se o quadro com os três critérios propostos neste trabalho para justificar as causas do sucesso ou fracasso de uma experiência e os excertos do relato escolhidos para ilustrar a identificação. Como é comum na apreciação de relatos de história de vida, serão formuladas hipóteses para a maior ou menor incidência das variáveis.

ATRIBUIÇÃO	EQUIDADE	AFETIVIDADE
...várias feridas que ele tinha na boca e que os <u>médicos anteriores</u> já haviam nos dito que eram <u>apenas aftas</u> e as dores para	Levamos ele para o hospital às <u>pressas</u> , ele é atendido <u>prontamente</u>	

engolir decorrentes da intubação, mas que <u>o cirurgião nos informou que eram provenientes de candidíase, causada pela baixa imunidade. Somente após essa informação e com o medicamento adequado é que meu pai pode voltar a se alimentar decentemente.</u>		
... as <u>bolsas acabaram</u> e fomos até o hospital para pegar outras, <u>mas</u> nos disseram que <u>havia uma quantidade limite a ser retirada por mês</u> e que a dele já havia se excedido... explicamos que a falta se devia ao período de adaptação e <u>conseguimos</u> "adiantar" as do mês seguinte.	...eu, minha mãe e meu irmão tendo que <u>nos revezar</u> ... Aguardei durante <u>toda a madrugada</u> do <u>lado de fora</u> da emergência e quando <u>finalmente</u> <u>consegui</u> alguns momentos com ele fui abordada pela médica plantonista que me disse que eu deveria <u>continuar aguardando</u> do <u>lado de fora</u>	Muito cansada, me retirei e aguardei até que um enfermeiro permitiu a minha entrada (...) fiquei <u>muito grata</u> por ter podido ouvir.
Com o tempo <u>fomos aprendendo</u> a lidar com as limitações que ele passou a ter ... e <u>fomos descobrindo</u> como melhorar a qualidade de vida dele.	<u>Após realizados todos os exames, meu pai espera, sem respostas, deitado na maca da emergência. Passadas mais de 5 horas, descobrimos que a causa da hipertermia havia sido os produtos do intestino...</u>	... <u>esperançosos</u> de voltar a vê-lo e uma <u>súplica</u> para a direção do hospital, que nós quatro pudéssemos estar juntos por 10 minutos.
	Percebendo que ele poderia não sobreviver à cirurgia, estávamos <u>empenhados</u> em conseguir o maior tempo possível perto dele, mas infelizmente <u>havia regras</u> sobre as visitas e limitações para as trocas de acompanhante sobre as quais a secretária nos informava incisivamente e <u>nos restando apenas, mais uma vez, aguardar do lado de fora</u>	... meu pai <u>nos contava</u> que os enfermeiros eram <u>muito atenciosos</u> .
	Após muita <u>insistência e empatia da direção</u> do hospital, nos foram concedidos 10 minutos...	
	... visitas na UTI divididas em três horários diários nos quais nos revezamos...uma psicóloga e uma médica nos deixaram a par sobre o funcionamento da unidade e <u>se demonstraram dispostas</u> a nos auxiliar em qualquer dúvida.	
	<u>Esperamos até</u> o dia da consulta e <u>o médico não nos atendeu, apenas</u> repassou para a secretária quais exames seriam necessários...	
	Após <u>grande dificuldade</u> para ter <u>acesso ao médico</u> que havia	...recebemos do oncologista sempre um tratamento

	realizado a cirurgia consegui a informação de que ele realmente estava medicado... e <u>pude me tranquilizar</u> .	<u>atencioso</u> e <u>esperançoso</u> , abordando a possibilidade de diminuição dos tumores e sugestões para melhor qualidade de vida... também notamos os enfermeiros sempre muito <u>dispostos</u> e <u>alegres</u> , tratando <u>com leveza</u> todos os pacientes.
...um médico plantonista havia nos sugerido fazer uso de chá de camomila, <u>o que foi completamente ineficiente</u> <u>dificuldade de adaptação</u> com a bolsa de colostomia e marcamos horário com a enfermeira chefe do hospital para que ela pudesse ajudá-lo a se adaptar. <u>Eles se reuniram algumas vezes</u> , ela sugeriu que ele utilizasse um segundo modelo de bolsa e <u>ele seguiu tentando</u> .	Durante essa segunda visita ao plantão, fui atendida por outro médico, o qual foi <u>surpreendentemente atencioso e empático</u> .
	...cirurgia de <u>emergência</u> ... "não posso ver, <u>estou no trânsito</u> ".	... <u>insisti</u> por uma consulta...
	<u>Meu pai esperou</u> até a data da cirurgia e correu tudo bem, <u>ficou internado por dois dias</u> e foi liberado no terceiro. Durante esse período o médico apareceu uma vez ao dia e <u>não nos deu informações que não fossem sobre a previsão de alta</u>e o levei no mesmo dia até lá, onde a profissional que o atendeu foi muito <u>atenciosa e cuidadosa</u> .
Pude perceber também que <u>ele se sentiu incomodado com a situação</u> e em certa medida <u>até mesmo culpado</u> , como se fosse <u>ele quem tivesse de alguma forma originado o novo problema</u>enquanto a enfermeira fazia os curativos, ao reparar isso, mandou um vídeo para o médico, <u>preocupada</u> ...
	<u>Depois de alguns dias</u> no quarto hospitalar meu pai é liberado e pode <u>finalmente</u> ir para casa.	

Elaborado pela autora

Os excertos permitem perceber, claramente, a existência da atribuição da causa, da equidade e da afetividade como componentes da insatisfação do autor do relato e partícipe direto da interação de serviço.

Embora os pacientes quase sempre desconheçam os detalhes do domínio técnico da qualidade na área da saúde, eles são capazes – especialmente os indivíduos de nível intelectual mais alto – de apreciar sua dimensão, especialmente em situações que tragam clara ameaça à saúde e ao bem-estar próprio ou de alguém próximo submetido ao serviço (DONABEDIAN, 1985). A narradora *percebe e constata* a insegurança, a morosidade e até a ineficiência dos profissionais que atenderam seu pai. Para a narradora, os médicos parecem não se solidarizar com o que seu pai está passando e eles, por sua vez, acabam usando da incontabilidade (FOLKES, 1984) da doença para justificar suas ações.

O que acontece nestas situações é que o consumidor aprende o papel que é devido ao prestador do serviço – *Com o tempo fomos aprendendo a lidar com as limitações que ele passou a ter ... e fomos descobrindo como melhorar a qualidade de vida dele* – e busca, por si, soluções para resolver o problema – *se devia ao período de adaptação e conseguimos "adiantar" as do mês seguinte*. Para a avaliação da qualidade em serviços, o que pesa não é a quem a falta é atribuída (FOLKES, KOLETSKY, GRAHAM; 1987), mas o fato de ser ele mesmo que precisa procurar ou propor alternativas para a sua solução.

Ainda com relação à atribuição, a área de serviços médicos apresenta outra peculiaridade. Em atendimentos ambulatoriais, como várias vezes explicitado no relato, fica difícil considerar a estabilidade (previsibilidade) da falha, uma vez que o paciente, em uma próxima vez, poderá – e foi o que aconteceu na situação descrita – ser atendido por outro profissional.

Como é esperado em interações com alto nível de envolvimento emocional, a percepção do consumidor do que ele *merece* receber é altamente afetada por aspectos que, muitas vezes, não correspondem a realidade. Não que tenha sido o que aconteceu no caso aqui, estudado. Isso torna imprescindível discernir entre atributos de uma oferta por si e as percepções dos clientes sobre eles, porque os clientes podem diferir, e muito, em suas percepções e estas afetam o comportamento, não os atributos em si (LOVELOCK, WRIGHT; 2001).

Isso se alia e se agrava, no caso da área da saúde, por dois motivos: o desconhecimento técnico, mesmo que parcial, de quem recebe o serviço, e a participação de várias pessoas (paciente, familiares, cuidadores) no processo. É notório, no relato, a percepção de que algo não era oferecido, de que havia uma certa negligência ou descaso da outra parte: *Em contrapartida a dois dias de internação, o médico apareceu uma vez ao dia e não nos deu informações que não fossem sobre a previsão de alta*.

Interessa, pois, que o prestador do serviço tenha consciência de que o que é considerado *justo* para o consumidor diz respeito a um estado subjetivo e que, portanto, precisa ser equilibrado a partir do esclarecimento do *possível* e do *devido* (AMIN, NASHARUDDIN; 2013).

Em relação à variável afetiva, foi possível notar sua importância consoladora para a família e para o paciente ao ser incluída no relato acompanhada de pronomes como *muito*, *imensamente*, *surpreendentemente*: *permitiu a minha entrada (...) fiquei muito grata por ter podido ouvir; ...e o levei no mesmo dia até lá, onde a profissional que o atendeu foi muito atenciosa e cuidadosa; Durante essa segunda visita ao plantão fui atendida por outro médico, o qual foi surpreendentemente atencioso e empático*.

A hipérbole da expressão dos sentimentos – *... esperançosos de voltar a vê-lo e uma súplica para a direção do hospital...* – para situações que são claramente entendidas pelo narrador como sendo as devidas, mas que em função dos desapontamentos em outros momentos assumem um caráter extraordinário, parecem permitir o estabelecimento de uma relação especial entre as variáveis de equidade e as afetivas na prestação de serviços com alto envolvimento emocional, como os da área da saúde. Elas conduzem à inferência de que, em situações de grandes desapontamentos e com altas cargas de comoção, pequenos investimentos em fatores positivos são capazes de compensar parte da insatisfação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Enquanto em situações normais de consumo o objetivo da satisfação do consumidor é garantir a recompra, sua fidelidade, aumentar seu volume de compra, nos serviços de saúde é o bem-estar e até a vida do indivíduo que pode estar em questão. Além disto, diferentemente de outros serviços, dificilmente o paciente está só durante o atendimento, o que faz com que várias outras pessoas sofram os impactos da interação. Some-se a isto, portanto, que não só o paciente

está fragilizado, mas todos os envolvidos, e isto demanda um esforço múltiplo dos prestadores do serviço já que todos os membros do grupo do cliente são importantes durante a prestação do serviço (BOHMER, 2001).

Fica claro, portanto, a importância de se entender a dinâmica das variáveis que compõem situações dentro do escopo das organizações de serviços de saúde.

Neste trabalho, pretendeu-se, por meio da análise de uma narrativa de história de vida verificar se e como a atribuição da causa, a equidade e a afetividade se relacionam para compor um quadro de insatisfação em um encontro de serviços na saúde e impactam na insatisfação. O intuito inerente, foi, ainda, confirmar que estas variáveis sobrepõem a simples equação de que a insatisfação seja decorrente de um maior investimento do que dos ganhos obtidos durante uma transação – proposta amparada pela teoria da desconfirmação.

Pelos recortes no relato, foi possível identificar a preponderância da variável equidade, permitindo inferir que situações que compreendem alto grau de emoção levam os indivíduos a perceberem mais desequilíbrio entre o seu envolvimento e o das outras partes. Quanto à atribuição, o *corpus* apresentou partes diretas e claras, prescindidas de interpretação, nas quais a relatora enxerga claramente o seu – e o dos demais familiares – papel ativo na obtenção dos objetivos, expõe a inépcia e “consegue” a “confissão” de prestadores do serviço de que não fizeram o que lhes cabia. Finalmente, o relato permitiu considerar que a mesma emoção advinda da susceptibilidade do consumidor/paciente que impõe uma sobrecarga ao prestador de serviço da área da saúde é a que acaba por fazer com que aquele super valorize pequenos gestos, o que, por sua vez, parece amenizar a insatisfação.

Com a atribuição da causa, a equidade e o componente afetivo tendo sido identificados na formação da insatisfação, este trabalho chama a atenção para que as organizações de todos os setores considerem ações como, por exemplo, tentar deixar os clientes seguros de que as falhas não se repetirão ou quais comportamentos são comuns à prática de seus negócios – em contrapartida ao que *os consumidores* julgam sê-la. No caso aqui descrito, talvez se o hospital oferecesse aos clientes uma cartilha explicando as suas normas e as condutas e rotinas de seus funcionários, algumas frustrações teriam sido evitadas.

Mesmo o método apresentando limitações, sendo as principais delas a impossibilidade de comprovação dos fatos, a fonte única de formação do *corpus* e o relato já carregado de interpretação, este estudo espera ter jogado um pouco mais de luz ao entendimento dos fatores que contribuem para a insatisfação dos consumidores. No entanto, dadas tais limitações e às infinitas conjunções entre a natureza humana e a natureza dos negócios, outros trabalhos podem ajudar a consolidar o tema. Especialmente, fica a sugestão para pesquisas que verifiquem se as variáveis aqui estudadas também se mostram como importantes preditoras da insatisfação em situações nas quais os consumidores estão do outro lado da escala de humor, como em salões de beleza, parques de diversão etc.

REFERÊNCIAS

ALIMAN N.K.; MOHAMAD W.N. Perceptions of service quality and behavioral intentions: a mediation effect of patient satisfaction in the private health care in Malaysia. **International Journal of Marketing Studies**. v.5. n.4.2013.

AMIN M.; NASHARUDDIN, S.Z. Hospital service quality and its effects on patient satisfaction and behavioral intention. **Public Health International Journal**. v. 18.n.3.2013

ANDERSON, E., FORNELL, C.; LEHMANN, D. Customer satisfaction, market share, and profitability: Findings from Sweden. **Journal of Marketing**, v.58.n.3. 1994.

BIGNÉ, J. E.; ANDREU, L. Modelo cognitivo-afectivo de la satisfacción en servicios de ocio y turismo. Cognitive-affective model of leisure and tourism service satisfaction. **Cuadernos de Economía y Dirección de Empresas**, n. 21. 2004.

BLEUEL, B. Customer dissatisfaction and the zone of uncertainty. **The Journal of Services Marketing**, v. 4.n.1. 1990.

CADOTTE, E., WOODRUFF, R., JENKINS, R. Expectations and norms in models of consumer satisfaction. **Journal of Marketing Research**. v. 26.n.2.1987.

CHASE, S. Narrative inquiry: multiple lenses, approaches, voices. In: DENZIN, Norman Kent. LINCOLN, Yvonna S. **The Sage handbook of qualitative research**. 3. ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2005.

DONABEDIAN, A. Explorations in quality assessment and monitoring. **Health Administration Journal**. v.2.n.4. 1985.

EDMONDSON, A.; BOHMER, R. Organizational learning in health care. **Health Forum Journal**. v. 44, n. 2. 2001.

EREVELLES, S.; LEAVITT, C. A comparison of current models of consumer satisfaction/dissatisfaction. **Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior**, v.5. 1992.

FOLKES, V. S.; KOLETSKY, S.; GRAHAM, J. L. A field study of causal inferences and consumer reaction: the view from the airport. **Journal of Consumer Research**, v.13. 1987.

FOLKES; V. S. Consumer reactions to product failure: An attributional approach. **Journal of Consumer Research**, v.10. 1984.

FRIESNER, D.; NEUFELDER, D.; RAISOR, J.; BOZMAN, C. When patients are already satisfied: A continuous process improvement approach. **Hospital Topics: Research and Perspectives on Healthcare**, v.87.n.1. 2008.

GIESE, J. L.;COTE, J. A. Defining consumer satisfaction. **Academy of Marketing Science Review**, v.1.2000.

GILL L.; WHITE, L. A critical review of patient satisfaction. **Leadership in Health Services**.v. 22.n.1.2009.

GUSTAFSSON A.; ROOS I. The effects of customer satisfaction, relationship commitment dimensions, and triggers on customer retention. **Journal of Marketing**. v.69.n.4. 2011.

HYKEN, S. Customer Experience Is The New Brand. **Revista Forbes**. n.15. julho. 2018.

HESS, R. L., Jr., GANESAN, S.; KLEIN, N. M. Service Failure and Recovery: The Impact of Relationship Factors on Customer Satisfaction. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v.31.n.2. 2003.

- HOWARD, J. A.; SHETH, J. N. The theory of buyer behavior. **Journal of Consumer Behavior**. v.4.n.2. 2006.
- KOHLBACHER, F. The use of qualitative content analysis in case study research. **Forum Qualitative Sozialforschung**, v.7.n.1. 2006.
- KOTLER, P.; KELLER, K. L. **Administração de Marketing**. 14. ed. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2012.
- LOVELOCK, C. WRIGHT, L. **Serviços: Marketing e gestão**. São Paulo: Saraiva, 2003.
- MITTAL, V., KUMAR, P. J.; TSIROS, M. Attribute-level performance, satisfaction and behavioral intentions over time: A consumption-system approach. **Journal of Marketing**, n.63. 1999.
- OLIVER, R. L.; RUST, R. T.; VARKI, S. Customer delight: Foundations, findings and managerial insight. **Journal of Retailing**, n.73. 1997.
- OLIVER, R. L. A cognitive model of antecedents and consequences of satisfaction decisions. **Journal of Marketing Research**, v. 17.1980.
- OLIVER, R. L.; SWAN, J. E. Consumer perceptions of interpersonal equity and satisfaction in transactions: A field survey approach. **Journal of Marketing**, v.53. 21–35. 1989.
- OLIVER, R. L.; DeSARBO, W. S. Response determinants in satisfaction judgments. **Journal of Consumer Research**, v.14.n.4. 1988.
- PFAFF, A. B. An index of consumer satisfaction. **Proceedings of the Third Annual Conference. Association for Consumer Research**. 1972.
- PLUMMER, K. **Documentos de vida: introdução aos problemas e literatura de um método humanista**. São Paulo: Sage Publications, 2001.
- PRAKASH, V. Intensity of dissatisfaction and consumer complaint behaviors. **Journal of Consumer Satisfaction, Dissatisfaction and Complaining Behavior**, v.4.n.2.1991.
- PRICE, L. L.; ARNOULD, E. J.; TIERNEY, P. Going to extremes: Managing service encounters and assessing provider performance. **Journal of Marketing**, v.59.n.2. 83–97.1995.
- PRICEWATERHOUSECOOPERS (PwC). The 2018 Global Innovation 1000 Study. <https://www.strategyand.pwc.com/gx/en/insights/innovation1000.html>.
- RICHINS, M. L. Seeking redress for consumer dissatisfaction: The role of attitude and situational factors. **Journal of Consumer Policy**.v.8.n.1. 1985.
- SINGH, J., WILKES, R.E. When consumers complain: A path analysis of the key antecedents of consumer complaint response estimates. **Journal of Academic of Marketing Science**.v.24.1996.

SMITH, A. K.;BOLTON, R. N. The effect of consumers' emotional responses to service failures on their recovery effort evaluations and satisfaction judgments. **Journal of Academy of Marketing Science**, v.30.n.5.2002.

SRIRAM, S., CHINTAGUNTA, P. K.; MANCHANDA, P. Service quality variability and termination behavior. **Management Science**. v.61.n.11.2015.

TINOCO, M. A. C. Proposta de modelos ampliados de satisfação de clientes de serviços. Tese apresentada ao **Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**. Porto Alegre. 2011.

ZEITHAML, V.A.; PARASURAMAN, A.; MALHOTRA, A. Service Quality Delivery through Web Sites: A Critical Review of Extant Knowledge. **Journal of the Academy of Marketing Science**, n.30. 2002.

WARD, J.C.; OSTROM, A.L. Complaining to the Masses: The Role of Protest Framing in Customer-Created Complaint Web Sites. **Journal of Consumer Research**, n.33.2006.

WOODRUFF, R. B.; GARDIAL, S. F. Know your customer: New approaches to understanding customer value and satisfaction. **Journal of the Academy of Marketing Science**, v.26.n.2. 1996.