

**FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO**

VAGNER ROSALEM

**ANÁLISE DAS PERCEPÇÕES DOS PRINCIPAIS ATORES DA CADEIA
PRODUTIVA DA SAÚDE SOBRE A QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS
POR HOSPITAIS NO ESTADO DE GOIÁS-BR**

**SÃO PAULO
2013**

VAGNER ROSALEM

**ANÁLISE DAS PERCEPÇÕES DOS PRINCIPAIS ATORES DA CADEIA
PRODUTIVA DA SAÚDE SOBRE A QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS
POR HOSPITAIS NO ESTADO DE GOIÁS-BR**

Tese de Doutorado apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Administração de Empresas.

Campo do conhecimento: Administração Hospitalar e Gestão de Sistemas de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Álvaro Escrivão Junior.

SÃO PAULO

2013

Rosalem, Vagner.

Análise das percepções dos principais atores da cadeia produtiva da saúde sobre a qualidade dos serviços prestados por hospitais no Estado de Goiás - BR / Vagner Rosalem. - 2013.

123 f.

Orientador: Álvaro Escrivão Junior.

Tese (doutorado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Serviços de saúde - Controle de qualidade. 2. Hospitais - Goiás. 3. Saúde - Goiás. 4. Serviços de saúde - Goiás. 5. Pesquisa qualitativa. I. Escrivão Junior, Álvaro. II. Tese (doutorado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Título.

CDU 614.2(817.3)

VAGNER ROSALEM

**ANÁLISE DAS PERCEPÇÕES DOS PRINCIPAIS ATORES DA CADEIA
PRODUTIVA DA SAÚDE SOBRE A QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS
POR HOSPITAIS NO ESTADO DE GOIÁS-BR**

Tese de Doutorado apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Administração de Empresas.

Campo do conhecimento: Administração Hospitalar e Gestão de Sistemas de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Álvaro Escrivão Junior.

DATA DA APROVAÇÃO:

____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Álvaro Escrivão Junior (Orientador)
FGV-EAESP

Profa. Dra. Ana Maria Malik
FGV-EAESP

Prof. Dr. André Luiz Silva Samartini
FGV-EAESP

Prof. Dr. Geraldo Sadoyama Leal
UFG-Universidade Federal de Goiás

Prof. Dr. Línus Pauling Fascina
Hospital do SEPACO

DEDICATÓRIA

Talvez meio caminho andado seja a gente acreditar no que faz, mas, acima de tudo, o que mais nos incentiva, o que mais valoriza e também nos torna conscientes de nossa responsabilidade é saber que outros crêem em nós. E não há palavras que descrevam o que sentimos, ao saber dos sacrifícios a que eles se impõem por crerem, não apenas em nós, mas também no que cremos.

*Albert Einstein
(o mais célebre dos judeus)*

Dedico este trabalho a minha esposa Magda e ao meu filho Nicolás que, por crerem no que creio, sujeitaram-se a inúmeros sacrifícios ao me apoiarem na realização do mesmo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador, Professor Álvaro Escrivão Júnior, pelo seu apoio, confiança e incentivo na orientação deste trabalho; pela forma construtiva como conduziu todo o processo, dando-me total liberdade de escolha, apoiando minhas ideias e tratando-me de “igual para igual”. De coração, muito obrigado!

À Professora Ana Maria Malik, coordenadora da nossa linha de pesquisa, que sabiamente, e na hora certa, convidou-me a cursar uma disciplina por ela ministrada, o que me permitiu uma visão bem mais ampla sobre o tema tratado neste trabalho.

Aos professores com os quais tive convívio durante meu processo de doutoramento, pelos ensinamentos e amizade que iniciamos, meus agradecimentos.

Aos demais professores que irão compor a banca examinadora, pelo aceite do convite, pela dedicação e tempo empenhados para me ajudarem na lapidação deste trabalho.

Aos funcionários da FGV-EAESP, na pessoa da Sra. Leila Dall’Aqua, e à equipe da Biblioteca Karl A. Boedecker, pela competência e dedicação.

À PRODIR-UFG – Pró-Reitoria de Desenvolvimento Institucional e Recursos Humanos da Universidade Federal de Goiás, na pessoa do Pró-Reitor Professor Jeblin Antônio Abraão, pelo apoio incondicional e também financeiro, sem os quais eu não poderia ter buscado esta qualificação profissional.

À PRPPG-UFG – Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Goiás, na pessoa da Pro-Reitora Professora Divina das Dores de Paula Cardoso, pelo incentivo e orientações legais no que tange as regras da pós-graduação em nosso país.

À FAPEG – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Goiás, que, com auxílio financeiro, custeou toda coleta de dados, diárias, transportes, alimentação e demais itens de consumo utilizados durante a realização deste trabalho.

Este trabalho é produto e parte integrante do projeto de pesquisa intitulado Estrutura e Dinâmica da Cadeia Produtiva da Saúde do Estado de Goiás, custeado pelos recursos financeiros oriundos da Chamada Pública 06/2010 promovida pela FAPEG – Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de Goiás.

RESUMO

A proposta deste trabalho foi analisar comparativamente as percepções dos principais atores da cadeia produtiva da saúde sobre a qualidade dos serviços prestados por hospitais no Estado de Goiás - BR. Para tal utilizou-se como instrumento de medida a Escala SERVQUAL, que é amplamente validada, e neste estudo foi devidamente adaptada e com sua confiabilidade testada para a área da saúde, através do cálculo do Alpha de Cronbrach que apurou resultados superiores a 0,703 para as dimensões da qualidade referentes às expectativas e 0,708 para as dimensões da qualidade referentes ao desempenho. A amostra foi composta por 347 indivíduos pertencentes aos 03 grupos finais (à jusante) de atores desta cadeia produtiva. O primeiro grupo de atores composto pelos gestores foi subdividido em 02 subgrupos, sendo 58 gestores de hospitais públicos e 57 gestores de hospitais privados; o segundo grupo de atores composto por profissionais da saúde foi subdividido em 02 subgrupos, sendo 58 profissionais da saúde de hospitais públicos e 58 de hospitais privados; o terceiro grupo de atores composto pelos pacientes/usuários dos serviços hospitalares foi subdividido em 02 subgrupos, sendo 58 pacientes/usuários de hospitais públicos e 58 de hospitais privados. Foram comparadas as cinco dimensões da qualidade propostas pela referida escala entre os grupos por ANOVA e adotando-se uma significância de 0,05 para as análises. Os resultados apurados apontam diferenças significantes de percepções da qualidade nos grupos dos gestores dos hospitais públicos e gestores dos hospitais privados, bem como diferenças significantes nos grupos dos pacientes/usuários dos hospitais públicos e dos hospitais privados. Nos grupos compostos pelos gestores, as dimensões que apresentaram diferenças significantes foram a tangibilidade, a presteza e a empatia. Nos grupos compostos pelos pacientes/usuários, as diferenças de percepção da qualidade mostraram-se significantes nas dimensões da tangibilidade e presteza. Na comparação entre os 06 (seis) subgrupos, observou-se que os grupos dos pacientes/usuários elegeram a presteza como sendo a principal dimensão da percepção da qualidade. Os grupos compostos pelos gestores valorizaram mais a dimensão da tangibilidade como sendo a principal na atribuição da qualidade. Por sua vez, o grupo composto por profissionais da saúde dos hospitais públicos tem a dimensão da segurança como sendo a principal e o grupo composto por profissionais da saúde dos hospitais privados, a dimensão da tangibilidade como sendo a principal dimensão para definir a qualidade. Dessa forma, entende-se que os resultados podem introduzir importantes direcionamentos aos gestores no que se refere à canalização de recursos bem como adoção de ações visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados para os pacientes/usuários dos hospitais estudados.

Palavras chave: Qualidade dos serviços; Percepção da qualidade dos serviços; Hospitais de Goiás; Escala SERVQUAL; Cadeia produtiva da saúde.

ABSTRACT

The purpose of this work was to analyze the perceptions of key actors in the production chain of health on the quality of services provided by hospitals in the State of Goiás - BR. For this was used as the measuring instrument SERVQUAL scale, which is widely validated, and this study was appropriately adapted and tested its reliability for healthcare, by calculating the Alpha Cronbrach that more than 0,703 results found for dimensions relating to the quality expectations and 0,708 for the dimensions relating to the quality of the performance. The sample consisted of 347 individuals belonging to 03 groups end (downstream) of actors in this production chain. The first stakeholder group made up of managers was subdivided into 02 subgroups, 58 managers of public hospitals and 57 private hospitals managers, the second group of actors composed of health professionals was subdivided into 02 subgroups, 58 health professionals from hospitals 58 public and private hospitals, the third stakeholder group comprised patients / users of hospital services was subdivided into 02 subgroups, 58 patients / users of public hospitals and 58 private hospitals. We compared the five dimensions of quality proposals that scale between groups by ANOVA and by adopting a significance level of 0.05 for the analyzes. The results obtained indicate significant differences of perceptions of quality in groups of managers of public hospitals and managers of private hospitals, as well as significant differences in the groups of patients / users of public hospitals and private hospitals. In groups composed of managers, the dimensions that showed significant differences were tangibility, promptness and empathy. In groups composed of patients / users, differences in perception of quality proved to be significant in the dimensions of tangibility and promptness. Comparing the 06 (six) subgroups, we found that the groups of patients / users elected promptness as the main dimension of perceived quality. The groups consist of the managers gave more emphasis to the tangibility dimension as the main assignment in quality. In turn, the group composed of health professionals in public hospitals have the security dimension as the master and the group composed of health professionals from private hospitals, the dimension of tangibility as the main dimension to define quality. Thus, it is understood that the results can introduce important directions to managers regarding the channeling of resources and adoption of actions aimed at improving the quality of services provided to patients / users of the hospitals studied.

Keywords: Quality of services; Hospitals Goiás; SERVQUAL scale; Chain productive health

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1- Modelo Conceitual de Qualidade dos Serviços

FIGURA 2- Determinantes da qualidade dos serviços

FIGURA 3- Percepção-Expectativa

FIGURA 4- Avaliação da Qualidade de Serviço e Valor

FIGURA 5- Questões adicionais

FIGURA 6- Etapas da pesquisa

FIGURA 7- Constructos das análises entre as dimensões da qualidade

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Diferença entre as médias das dimensões da qualidade entre os grupos dos gestores

Gráfico 2 – Diferença entre as médias das dimensões da qualidade entre os grupos dos profissionais de saúde

Gráfico 3 - Diferenças entre as médias das dimensões da qualidade entre os grupos dos pacientes/usuários

Gráfico 4 – Diferenças entre as médias das dimensões da qualidade entre os grupos atuantes nos hospitais públicos

Gráfico 5 – Diferenças entre as médias das dimensões da qualidade entre os grupos atuantes nos hospitais privados

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Distribuição dos indivíduos por município e por tipo de hospital

TABELA 2 – Distribuição dos indivíduos por faixa etária

TABELA 3 – Escolaridade por grupo dos indivíduos

TABELA 4 – Faixa de renda por grupo de indivíduos

TABELA 5 – Possuidores de plano de saúde

TABELA 6 - Diferenças e ordenamento da percepção da qualidade entre os gestores dos hospitais públicos e privados

TABELA 7 – Significância entre as diferenças de percepção dos gestores

TABELA 8 – Diferenças e ordenamento da percepção da qualidade entre os profissionais da saúde dos hospitais públicos e privados

TABELA 9 – Significância entre as diferenças de percepção dos profissionais de saúde

TABELA 10 – Diferenças e ordenamento da percepção da qualidade entre os pacientes/usuários dos hospitais públicos e privados

TABELA 11 – Significância entre as diferenças de percepção dos pacientes/usuários

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1- Diferenças de qualidades no modelo industrial e de assistência médica

QUADRO 2- Os sete pilares da qualidade

QUADRO 3- Questionário aplicado a serviços diversos

QUADRO 4- Determinantes da qualidade

QUADRO 5- O instrumento SERVQUAL

QUADRO 6- Evolução das dimensões da qualidade

QUADRO 7 – Estudos empíricos sobre a utilização da SERVQUAL na área da saúde

QUADRO 8- Questionário de Importância dos Itens

QUADRO 9- Resumo dos Modelos de Qualidade encontrados na literatura

QUADRO 10 - Alfa Cronbach – Expectativas e Desempenho

QUADRO 11- Ordenamento das dimensões da qualidade dentre os três grupos de atores

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CNES- Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil

EUA – Estados Unidos da América

FGV-SP – Fundação Getúlio Vargas- São Paulo

GQT - Gerência da Qualidade Total

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

JCAHO - *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization*

MCQ – Melhoria Contínua da Qualidade

ONA – Organização Nacional de Acreditação

PIB – Produto Interno Bruto

QT – Qualidade Total

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TQM – Total Quality Management

UFG – Universidade Federal de Goiás

USP-SP – Universidade de São Paulo- São Paulo

USP-RP – Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	18
1.1 Problema de pesquisa	21
1.2 Objetivo Geral	23
1.2.1 Objetivos Específicos	24
1.3 Justificativa.....	24
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	25
2.1 Cadeias produtivas – considerações básicas.....	26
2.2 Qualidade – conceitos e definições	27
2.2.1 Qualidade em serviços de saúde.....	29
2.2.1.1 A qualidade em serviços de saúde sob a perspectiva dos gestores.....	35
2.2.1.2 A qualidade dos serviços de saúde sob a perspectiva do paciente/usuário	39
2.3 A percepção da qualidade.....	44
2.3.1 Modelos para avaliação da percepção da qualidade em serviços.....	46
2.3.1.1 Modelo de Grönroos.....	47
2.3.1.2 Modelo Gap e instrumento Escala <i>Service Quality</i> – SERVQUAL.....	49
2.3.1.3 Modelo percepção-expectativa.....	66
2.3.1.4 Modelo de avaliação da qualidade de serviço e valor	68
2.3.1.5 Modelo SERVPERF	70
2.3.1.6 Modelo de desempenho Ideal	75
2.3.1.7 Síntese comparativa dos modelos.....	75
3.1 Pesquisa bibliográfica.....	79
3.2 Adaptação da Escala SERVQUAL para coleta de dados	80
3.3 Análise de confiabilidade da Escala SERVQUAL.....	81
3.4 Análise dos dados	83
4. RESULTADO E DISCUSSÃO.....	86
4.1 Universo e perfil da amostra.....	86
4.2 Análise comparativa das percepções dos gestores em relação à qualidade dos serviços ...	92
4.3 Análise comparativa dos profissionais de saúde em relação à qualidade dos serviços.....	94
4.4 Análise comparativa dos pacientes/usuários em relação à qualidade dos serviços.....	96
4.5 Análise comparativa dos gestores, profissionais de saúde e pacientes/usuários	98
5. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
5.1 Limitações do estudo	106

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	108
ANEXOS	117
ANEXO 1 – Autorização para uso da Escala Service Quality (SERVQUAL)	117
ANEXO 2 - Escala Service Quality (SERVQUAL) – Expectativas	118
ANEXO 3 – Escala Service Quality (SERVQUAL) – Desempenho	119
ANEXO 4 – Termo de consentimento livre e esclarecido	120
ANEXO 5 - Significância entre as diferenças de percepção/expectativa entre os seis grupos	121

1. INTRODUÇÃO

O setor de serviços é atualmente um dos que mais se desenvolve economicamente e gera riquezas, contribuindo significativamente para o aumento PIB – Produto Interno Bruto de todos os países. As organizações produtivas inseridas neste setor econômico, que é altamente competitivo, buscam de todas as formas aperfeiçoarem a qualidade de seus serviços prestados, independente do seu segmento de atuação, que é extremamente diversificado, englobando desde pequenas organizações voltadas para serviços pessoais, até complexos conglomerados prestadores de serviços voltados à coletividade como, por exemplo, os financeiros e os da área da saúde. A maioria destas organizações busca a elevação e a manutenção da qualidade dos serviços prestados em prol do aumento de sua competitividade, empregando esforços em seu ambiente interno e externo, visando uma perfeita simetria das ações de seus colaboradores para atender e superar as expectativas encontradas nestes dois ambientes.

Internamente, tem-se nestas organizações produtivas a perspectiva do “fornecedor de serviços internos”, que se baseia no princípio de que um determinado setor/departamento só poderá prestar um bom serviço se os demais setores/departamentos da organização a que ele estiver atrelado o atenderem com qualidade. Externamente, há os fornecedores de diversos serviços e produtos dos quais a organização depende como “parte integrante” de seus serviços finais. Tal entendimento alinha-se ao conceito básico sobre cadeias produtivas, que parte da premissa de que a produção de bens e serviços pode ser representada como um sistema, no qual os diversos atores estão interconectados por fluxos de materiais, de capital, de informação e de serviços, objetivando suprir um mercado consumidor final com os produtos e serviços do sistema (CASTRO, 2002). Assim, nos dizeres de Chowdhary e Prakash (2007), é a perfeita inter-relação dos diversos setores da organização e de seus fornecedores externos que, alinhados aos objetivos organizacionais, permitirá à organização uma prestação de serviços com a qualidade esperada por seus clientes.

Na maioria das organizações dos diversos segmentos econômicos, a mensuração da qualidade dos serviços, em geral, é realizada por meio de pesquisas de satisfação dos clientes, nesse sentido, estas se constituem em instrumento fundamental para a avaliação da percepção da qualidade sob o ponto de vista dos consumidores dos produtos ou serviços de uma organização. O objetivo de tais pesquisas é propiciar às organizações uma avaliação realista da prestação de seus serviços, identificando os aspectos considerados mais importantes por parte dos seus clientes, de modo a proporcionar o direcionamento das ações dos seus gestores na coordenação de seus colaboradores nos ambientes internos e externos, visando à melhoria

final da qualidade em sua prestação de serviços para os seus consumidores (STRAW, 2002; ALÁSTICO, 2011).

Entende-se, então, a partir dos dizeres dos autores acima citados, que as organizações buscam as informações contendo as expectativas e *feedback's* dos seus consumidores sobre a qualidade de seus serviços prestados, a fim de retroalimentarem seu sistema interno com informações úteis para o aprimoramento de seus processos, visando à melhoria da qualidade de seus serviços, beneficiando a cadeia produtiva em que se inserem como um todo.

Por outro lado, nas organizações hospitalares, as preocupações com a qualidade dos serviços não estão somente atreladas à competitividade encontrada no mercado em que estas estão inseridas, pois a peculiaridade e a importância dos serviços de saúde ultrapassam a esfera organizacional e o ambiente externo em que estas se incluem, envolvendo o bem estar público em geral. Vale lembrar que a obtenção da qualidade passa por vários fatores, como os relacionados aos aspectos culturais e à presença de competências individuais e organizacionais (ALÁSTICO, 2011; RANCI ORTIGOSA, 2000).

Nos primórdios, em função de aspectos culturais, somente alguns médicos se interessavam pelo tema da qualidade dos serviços de saúde. A *Quality Assurance* (garantia da qualidade) pode ser considerada o primeiro método, desenvolvido inicialmente nos Estados Unidos no início do século passado, para controlar e reduzir a alta variabilidade dos resultados terapêuticos através de um processo formalizado de avaliação do cuidado médico. Porém, foi somente a partir dos estudos de Donabedian (1990) que a *Quality Assurance* desenvolveu-se conceitualmente e metodologicamente e se difundiu. Outros métodos foram desenvolvidos para monitorar e avaliar a qualidade técnica da qualidade dos serviços de saúde. A auditoria clínica, a medicina baseada em evidências e as *guidelines* representam um conjunto de ferramentas cujo objetivo principal é avaliar o desempenho profissional e estimular mudanças nas práticas adotadas pelos profissionais da saúde. Até meados da década de 1980, o foco sobre a qualidade dos serviços de saúde baseava-se apenas na dimensão técnica, ou seja, na capacidade dos profissionais da saúde (GIARELLI, 2002).

O risco de reduzir a qualidade dos serviços de saúde somente à dimensão técnico-profissional, com preocupantes efeitos de responsabilização dos profissionais da saúde, favoreceu, a partir do início dos anos 90, o desenvolvimento de um segundo foco para a qualidade destes serviços, o organizacional. Nesse segundo momento, os aspectos organizacionais se focaram no que se refere aos processos gerenciais que até então não tinham sido considerados. Os sistemas da QT - Qualidade Total - e do MCQ - Melhoramento

Contínuo da Qualidade, originários das empresas norte americanas e japonesas, concentram-se na gestão dos processos de saúde orientados às expectativas do cliente. Nessa mesma direção, Giarelli (2002) menciona outros métodos de avaliação da qualidade na visão do gerente, tais como a certificação de qualidade e a acreditação institucional. Ainda segundo o autor, a ênfase no paciente/usuário, a afirmação de abordagens orientadas para a humanização dos serviços de saúde e a valorização de relações mais equitativas entre profissionais e pacientes/usuários têm legitimado o ponto de vista destes consumidores finais e valorizado a importância da sua satisfação com os serviços recebidos.

Diversos autores como Glasser (1972), Stufflebeam (1996), Patton (1997), Ovretveit (1998), Weiss (1998), Rossi et al. (1999) e Bezzi (2003) defendem que, para se obter ou aperfeiçoar a qualidade dos serviços de saúde, deve-se lançar mão de uma abordagem multidimensional para avaliá-la no intuito de aprimorá-la. Essa abordagem implica o envolvimento dos diferentes e principais atores interessados, como os profissionais da área técnica, os da área gerencial e os usuários, dentre outros. Essa abordagem, definida por Robertson (1995) como “democrática”, recupera não só elementos próprios da perspectiva técnica (que define a qualidade de uma intervenção em função de sua correspondência com os padrões estabelecidos pela comunidade científica dos profissionais da saúde), mas também da perspectiva dos usuários dos serviços e dos gestores responsáveis pela organização.

Ovretveit (1996) afirma que qualidade dos serviços é a “completa satisfação das necessidades de quem mais precisa do serviço de saúde ao custo mais baixo para a organização e dentro das regulamentações estabelecidas”. Tal afirmativa é importante porque, além de incorporar os critérios de satisfação dos pacientes, de efetividade e de eficiência, enfatiza também o critério da equidade. Para o autor, um serviço que responda às necessidades dos usuários, de acordo com sua percepção, bem como à dos profissionais, pode ser considerado efetivo, porém, poderia não ser de qualidade, na medida em que desperdiça recursos que poderiam ser destinados a outros pacientes, resultando, assim, ineficiente. Por essa razão, Ovretveit (1996) reconhece a importância dos gestores e administradores – no mesmo patamar dos usuários e profissionais – como atores fundamentais no processo de avaliação da qualidade.

Alinham-se às ideias de Ovretveit autores como Fitzpatrick (1990), Ranci Ortigosa (2000) e Giarelli (2002), ao identificarem, dentre os atores das organizações hospitalares, os três grupos que correspondem aos principais atores envolvidos na avaliação da qualidade no âmbito dos serviços de saúde: os pacientes/usuários, os profissionais da saúde e os gestores.

Esses três grupos, enfatizam Ovretveit (1996) e Friedman e Miles (2006), correspondem aos mais importantes grupos de interesse, cujas perspectivas deveriam ser integradas para especificar a qualidade de um serviço hospitalar, por exemplo.

Diante dessas considerações mais gerais, a pesquisa proposta objetiva estudar o entendimento do que é qualidade dos serviços de saúde sob a perspectiva destes três principais grupos de atores: os gestores das organizações hospitalares (funcionários ligados à área administrativa com poder decisório, como chefes de diversos setores, supervisores, gerentes, diretores); os profissionais de saúde (pessoas com conhecimento técnico da área, como médicos (as), enfermeiras (os) e auxiliares de enfermagem) e os pacientes (pacientes/usuários dos serviços hospitalares) -, por crer que é a partir de tal entendimento que se pode, no que se refere à ciência administrativa, subsidiar e direcionar ações coordenadas e objetivas, que, se alinhadas aos objetivos organizacionais, podem resultar num desempenho superior destas, gerando um diferencial competitivo sustentável ao se atingir a tão almejada prestação de serviço de saúde com qualidade.

1.1 Problema de pesquisa

Ao revisar a literatura existente sobre o tema qualidade de serviços, observa-se que o mesmo é discutido sob três perspectivas principais. Alguns autores, como Crosby (1967), Téboul (1991), Pande, Neuman e Cavanagh (2000), Garvin (2002), Aguiar (2002), El-Haik e Roy (2005) e Abrantes (2007) tratam o tema sob a perspectiva organizacional, ou seja, sob a ótica dos gestores organizacionais. Nesse sentido, buscam compreender e explicar como estes gestores entendem e implantam os projetos ou programas em prol da qualidade dos serviços prestados nas organizações que dirigem. Neste caso, entende-se por gestores organizacionais, os profissionais atuantes nos diversos cargos de supervisão, gerência, diretorias e cargos executivos, que, de alguma forma, exercem o poder decisório dentro da organização.

Essa perspectiva, que se pode chamar de “tradicional”, trata o tema sob a ótica empresarial da *TQM – Total Quality Management*, que teve como grande propulsor W. E. Deming, que abordou o tema qualidade focando a vertente econômica da eficiência, baseada na relação custo benefício. Deming e seus seguidores, como Joseph Juran, Walter Shewhart, Crosby, Feigenbaum e Ishikawa, tiveram forte influência sobre a maneira como se pensa a qualidade em todo o mundo, disseminando principalmente as ideias de que a qualidade deve ser constantemente perseguida e aprimorada, respeitando-se a perspectiva do cliente e que,

para se obter êxito na oferta de um produto ou serviço, a organização deve estrategicamente integrar, conscientizar e envolver todos os atores da cadeia produtiva em que estiverem inseridos, a fim de se atingir os objetivos organizacionais da forma mais eficiente e sustentável possível.

Por outro lado, autores como Eureka e Ryan (1992), Shiba, Graham e Walden (1997) e FNQ (2005; 2007; 2010), dentre outros, abordam o tema qualidade de serviços sob a perspectiva funcional, ou seja, dos profissionais atuantes nas organizações. Desta feita, investigam a compreensão dos mesmos sobre o tema, suas práticas rotineiras e seu entendimento com relação às diretrizes organizacionais sobre o assunto. Neste caso, e para este estudo, entende-se por profissionais os atuantes nas organizações hospitalares, por exemplo, os auxiliares de enfermagem, enfermeiros, psicólogos, anestesistas e médicos, que, no exercício da sua função, não possuem o poder decisório sobre as questões administrativas organizacionais, contudo, estão envolvidos diretamente com o atendimento aos pacientes/usuários dos serviços. Esse grupo de profissionais em sua grande maioria crê que, em função das peculiaridades das organizações hospitalares, a qualidade dos serviços prestados não pode estar somente atrelada à perspectiva da vertente econômica da eficiência, e que esta perspectiva não deve ser seu único balizador, pois, nestas organizações, a gestão da qualidade aponta para a existência dos custos da não-qualidade.

Um exemplo disso é apontado por Schiesari (2003), que destaca que o investimento em novos e modernos equipamentos pode até acelerar a alta dos pacientes, reduzindo a permanência dos mesmos nos hospitais diminuindo, conseqüentemente, custos, só que isso não é uma correlação, pois são várias as variáveis que condicionam a permanência de um paciente em um hospital. A autora aponta outros aspectos interessantes nesta discussão como, por exemplo, o fato de que uma melhor qualificação dos profissionais da saúde certamente elevará os salários destes, o que, certamente, ampliará os custos organizacionais. Contudo, tal aumento de custos só se justificaria se essa qualificação adquirida pelos profissionais estiver ligada diretamente aos cuidados dos pacientes. Vale lembrar que a maioria dos profissionais da saúde que atua em hospitais não se interessa pela qualificação profissional que não esteja ligada à sua competência central, ou seja, à assistência direta aos pacientes, relegando ao segundo plano os aspectos ligados à área administrativa.

A terceira perspectiva estudada por autores como Di Serio e Sampaio (2001), Aaker (2003), Correa e Correa (2004), Cham e Mauborgne (2005), Lapierre (2012), por exemplo, aborda o tema sob o ponto de vista do paciente/usuário, procurando entender e explicar o que

este entende como sendo qualidade em serviços e se o que ele recebe está dentro de suas expectativas ou não. Entende-se como paciente/usuário dos serviços, os indivíduos que de forma direta se beneficiam, compram e consomem os serviços prestados pelas organizações hospitalares, neste estudo representados pelos pacientes internados nas organizações hospitalares estudadas (hospitais públicos e hospitais privados com atendimento à pacientes do SUS – Sistema Único de Saúde). Esse grupo talvez seja o mais prejudicado no caso da falta da qualidade, pois, em sua grande maioria, busca os serviços hospitalares de forma corretiva e não preventiva para sua saúde o que, muitas vezes, em função da emergência da situação, acaba não lhe dando opção de escolha e fazendo com que estes se sujeitem à prestação de serviço ali disponível, com a qualidade que esta tiver.

Observando-se tais perspectivas e a diversidade de organizações na área hospitalar que são encontradas em nosso país, sendo estas tanto de origem pública quanto de origem privada, percebe-se que, independente de sua origem, há hospitais que são tidos como centros de excelência e outros que sofrem inúmeras dificuldades de atuação. A que se deve tal disparidade? Evidencia-se que o fator gerencial exerce função determinante nesse sentido, pois a otimização do desempenho de uma organização hospitalar em busca da qualidade dos serviços prestados deve ser realizada levando-se em conta as três perspectivas acima elencadas, haja vista que a gestão dos processos internos refletirá diretamente na percepção externa da qualidade percebida pelo consumidor final, o paciente/usuário.

Assim sendo, se há 03 (três) grupos distintos de atores envolvidos, os gestores das organizações hospitalares, os profissionais da saúde destas organizações e os pacientes/usuários dos serviços prestados, que podem ser divididos nos subgrupos público e privado em cada um deles, totalizando 06 (seis) subgrupos, este trabalho aponta o seguinte questionamento ou problema de pesquisa: quais são as percepções destes 06 (seis) subgrupos sobre as dimensões da qualidade e como estas se relacionam entre si, em relação aos serviços prestados em hospitais públicos e privados do Estado de Goiás-BR.

1.2 Objetivo Geral

O objetivo principal da pesquisa é analisar as percepções dos gestores, profissionais da saúde e pacientes/usuários, de hospitais públicos e privados, sobre as dimensões da qualidade dos serviços prestados em hospitais públicos e privados do Estado de Goiás – BR.

1.2.1 Objetivos Específicos

- a) Traduzir e aplicar a Escala *Service Quality* – SERVQUAL - para ser utilizada como instrumento de coleta de dados junto aos gestores, profissionais da saúde e pacientes/usuários de serviços hospitalares públicos e privados;
- b) Testar a confiabilidade da Escala *Service Quality* – SERVQUAL traduzida para a área de serviços hospitalares;
- c) Identificar e analisar as percepções dos gestores em relação à qualidade dos serviços prestados por hospitais públicos e privados do Estado de Goiás, utilizando a Escala *Service Quality* – SERVQUAL;
- d) Identificar e analisar as percepções dos profissionais de saúde em relação à qualidade dos serviços prestados por hospitais públicos e privados do Estado de Goiás, utilizando a Escala *Service Quality* – SERVQUAL;
- e) Identificar e analisar as percepções dos pacientes/usuários em relação à qualidade dos serviços prestados por hospitais públicos e privados do Estado de Goiás, utilizando a Escala *Service Quality* – SERVQUAL;
- f) Comparar as distintas percepções destes seis subgrupos, em relação às dimensões da qualidade propostas na Escala *Service Quality* – SERVQUAL.

1.3 Justificativa

Quase que diariamente, e em inúmeros canais de comunicação, percebe-se a discussão sobre a qualidade dos serviços de saúde (na maioria das vezes a falta dela) por parte de fornecedores e consumidores destes serviços. De um lado, tem-se organizações públicas e privadas anunciando frequentemente investimentos na melhoria de vários itens estruturais e de recursos humanos na área da saúde, o que nos leva a crer que a qualidade está sendo aprimorada. De outro lado, tem-se pacientes/usuários insatisfeitos, criticando a estrutura existente e a atuação dos profissionais envolvidos nesta prestação de serviços. Tais profissionais, por sua vez, são os possuidores do conhecimento técnico necessário para o exercício da profissão, mas que, na maioria das vezes, não são ouvidos e ficam no “fogo cruzado”, ora sendo cobrados pelas organizações, ora sendo cobrados pelos pacientes/usuários.

Observa-se, portanto, que tal discussão sinaliza a existência de diferenças de percepções sobre as dimensões da qualidade, pois o discurso da falta desta nos serviços de saúde é uma constante entre os pacientes/usuários destes, e a alegação de investimentos em melhorias estruturais e em treinamentos, por exemplo, também é uma constante entre os profissionais prestadores de serviços e os gestores das organizações. Um questionamento que desponta nesse contexto é: será que tais investimentos estão sendo canalizados para as dimensões mais adequadas, que proporcionem efetivas melhorias na qualidade dos serviços de saúde? Ou, em outras palavras: dimensões mais adequadas para quem, para os usuários, para os gestores, ou para os profissionais da saúde?

Identificar e analisar as dimensões que são consideradas como indicadores de qualidade para estes três grupos de atores é muito importante, uma vez que poderá possibilitar às organizações e aos gestores trabalharem sob a mesma ótica, desenvolvendo-se ações que efetivamente melhorem a qualidade dos serviços em saúde para o maior número possível de usuários.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Neste tópico, procedeu-se a uma revisão de literatura que Noronha e Ferreira (2000) classificam como analítica, pois se trata de uma revisão sobre um ou mais temas específicos, devidamente delimitados e agrupados, de abrangência temática, por estar centrada em um recorte específico, e de função histórica, pois arrola a literatura retrospectiva de forma compacta, permitindo a comparação de informações de fontes diferentes relativas aos assuntos abordados.

Inicialmente são feitas algumas considerações básicas sobre o tema cadeias produtivas, que foi desenvolvido como instrumento de visão sistêmica e sustenta que uma organização é uma interrelação de atores interconectados, que neste trabalho são representados pelos três primeiros e principais atores à jusante da cadeia produtiva da saúde.

Posteriormente o tema qualidade é tratado a partir de uma visão conceitual macro, e, em seguida, é abordado o tema Qualidade em Serviços de Saúde, o qual é subdividido nas perspectivas dos gestores, dos profissionais e dos usuários envolvidos na prestação do serviço, dos setores público e privados. Posteriormente, trata-se das teorias que envolvem o tema Percepção da Qualidade, bem como dos modelos mais comumente encontrados na literatura para a avaliação da qualidade.

Ao ordenar de forma decrescente e “afunilada” as teorias envolvidas, busca-se ao final demonstrar o “*gap*” teórico que o estudo deve responder, ou seja, quais são as percepções da qualidade dos serviços de saúde em suas diferentes dimensões, e sua importância para cada um dos seis grupos estudados.

2.1 Cadeias produtivas – considerações básicas

A proposta conceitual sobre cadeias produtivas baseou-se na TGS – Teoria Geral dos Sistemas, desenvolvida pelo biólogo alemão Ludwig von Bertalanffy na década de 1920, onde o autor, por discordar com a visão cartesiana do universo utilizou uma abordagem orgânica da biologia para disseminar a idéia de que o organismo é um todo maior que a soma de suas partes que são interconectadas. Tal conceito foi incorporado no mundo dos negócios a partir da década de 1950, quando Davis & Goldberg (1957), desenvolveram o conceito de *agribusiness*¹. A idéia central era a de que a visão do cliente consumidor deveria ser incluída nas ações dos atores finais da cadeia produtiva, principalmente pelos atores que tivessem o contato direto com o beneficiário do produto ou serviço prestado, dando maior relevância e atenção às suas opiniões, visando o incremento relacional e conseqüentemente um melhor desempenho da cadeia produtiva a qual tal produto ou serviço estivesse atrelado (CASTRO, 2002).

Para o autor, a interrelação de todos os atores envolvidos no processo produtivo de uma organização, sejam estes à jusante (consumidores e atores diretamente responsáveis pela prestação do serviço ou venda pro produto), sejam estes à montante (atores produtores de insumos básicos e de equipamentos) devem estar alinhados com o objetivo básico de atender, à contento e de forma eficiente, os consumidores finais dos produtos e serviços resultados do processo. Ainda segundo Castro (2002), esse conceito foi desenvolvido tendo as produções agropecuária e florestal como foco, mas, verifica-se que ele apresenta grande potencial de aplicação para outras áreas produtivas, o que tornaria o conceito universal, possibilitando utilizar as suas capacidades e ferramentas analíticas para a formulação de estratégias e políticas de desenvolvimento em uma ampla gama de processos produtivos seja de produtos ou de serviços, buscando a melhoria da competitividade da cadeia como um todo.

¹ Termo inicialmente utilizado por Davis e Goldberg (1957) ao referirem-se à somatória de todas as operações de produção, distribuição e comercialização dos suprimentos e produtos agrícolas, além dos itens produzidos a partir deles.

Por sua vez, Zylbersztajn (1995) considera fundamental a coordenação da cadeia para assegurar a sua competitividade. Ressalta que o processo de adaptação deve cumprir três fases: em primeiro lugar, todos os atores devem internalizar as informações, buscando entender seus interesses e seus pontos de vista e se convencerem quanto às necessidades de mudanças; em seguida promover uma negociação dos compromissos entre os atores dentro dessa nova concepção e, finalmente, implementar as medidas adaptativas, de forma harmônica, em todas as fases da cadeia, buscando ter atitudes cooperativas e não conflituosas.

2.2 Qualidade – conceitos e definições

A qualidade é considerada em todo o mundo como algo que interfere na vida das pessoas e na vida das organizações de uma forma positiva. Entende-se como sendo de qualidade, um produto ou serviço que cumpre com sua função da maneira que almejamos e que vai ao encontro e supera nossas expectativas.

A palavra qualidade é hoje uma das mais difundidas na sociedade, juntamente com palavras como ecologia, cidadania e sustentabilidade. Já no meio empresarial, observa-se que qualidade acompanha termos como produtividade, competitividade e integração. Embora seu uso seja constante, seu entendimento nem sempre é uniforme. A confusão pode ser atribuída ao sentido genérico com que se emprega essa palavra a fim de representar coisas distintas, em função de seu amplo significado e variedade de definições conceituais, que, embora simples, geram controvérsias (GARVIN, 2002).

A complexidade desse conceito esconde uma enorme revolução: o deslocamento do ponto focal das atenções. Se nos primórdios das discussões sobre o tema, havia as concepções de W. Edwards Deming, reconhecidamente o grande precursor do movimento sobre qualidade a nível mundial, que pregava que a qualidade seria conseguida a partir da combinação entre o conhecimento técnico e as ações da alta gestão da organização para sua implantação visando à obtenção da qualidade na fabricação de um produto, observando-se a vertente econômica da eficiência, baseada na relação custo benefício, hoje se tem como elemento chave o consumidor, que, na concepção de autores como Senarath et al. (2006) e WHO (2011), torna-se o centro das atenções, é para ele que as organizações devem focar seus esforços no sentido de satisfazê-lo.

Dentre a propagação inicial do movimento pela qualidade, até as concepções atuais do que ela efetivamente seja, há várias contribuições de diversos autores que, a seu modo,

acrescentaram algo na tentativa de consolidar tal conceito. Wood Jr. e Urdan (1994) lembram que grande parte destas contribuições que fundamentam o tema não só se devem às contribuições de Deming, como também de Feigenbaum, Phillip Crosby e Juran, que apresentaram trabalhos seminais sobre o tema.

Crosby (1967) definiu qualidade em termos de conformidade do produto com as suas especificações técnicas, e introduziu a ideia de que a qualidade é gratuita, compensa sempre o investimento, desde que se garanta que o processo vá produzir bem à primeira, "*right first time*" e que, para que isso ocorra, dependemos essencialmente da gestão de recursos humanos da empresa.

Ao tratar do tema, Feigenbaum (1961) argumentou que qualidade é a determinação do cliente e não a determinação da engenharia, do marketing ou mesmo da alta direção da organização. A qualidade deve estar baseada na experiência do cliente com o produto ou serviço, medida por meio das necessidades percebidas que representam uma meta num mercado competitivo.

Por sua vez, Joseph Juran, que atuava no Departamento de Qualidade dos Laboratórios Bell, quando definiu qualidade como sendo a adequação de um produto à sua utilização pretendida, exerceu forte impacto no pensamento japonês sobre o tema. Essa definição aproximou o conceito de qualidade da perspectiva do cliente ou utilizador, abrindo a porta para as oportunidades de melhoria da qualidade ao nível da adequação das especificações técnicas do bem ou serviço à utilização pretendida pelo cliente. Diante disso, cabe destacar alguns pontos: a qualidade é um atributo das coisas ou pessoas, a qualidade possibilita a distinção ou diferenciação das coisas ou pessoas e a qualidade determina a natureza das coisas ou pessoas (JURAN, 1951).

Embora se possa perceber que a qualidade aparece como um atributo intrínseco às coisas ou às pessoas é preciso ter claro que ela não é algo identificável e observável diretamente, tornando seu conceito relativo. O que é identificável e observável diretamente são as características das coisas ou pessoas. A qualidade permite a avaliação, a aceitação ou a recusa de um bem ou serviço, entretanto, seu conceito é abstrato, e varia de acordo com o tempo, os costumes, a tecnologia e a cultura (RODRIGUES, 2011).

Pelo fato de a qualidade ter assumido significados diferentes ao longo do tempo, ela sempre foi avaliada sob dois pontos de vista, o objetivo e o subjetivo. A dimensão objetiva, ou qualidade primária, refere-se à qualidade ligada às propriedades físicas, sendo impossível ser separada desta e independe do ponto de vista do ser humano. A dimensão subjetiva, ou

qualidade secundária, refere-se à percepção que as pessoas têm das características objetivas e subjetivas, e está associada à capacidade que o ser humano possui de pensar, sentir e diferenciar em relação às características do produto ou serviço. É importante essa distinção, uma vez que o conceito de qualidade do serviço se ancora sobre aquilo que é percebido pelo consumidor, que consiste num processo de comparação entre as expectativas do consumidor e a percepção da *performance* do serviço (GARVIN, 1984).

Zeithaml (1988) argumenta que a qualidade pode ser definida como a superioridade ou excelência. Então, generalizando, a qualidade percebida pode ser a avaliação do consumidor sobre a excelência da prestação do serviço ou sua superioridade. Assim, a qualidade objetiva relaciona-se à superioridade técnica, tendo a mensuração dessa superioridade comparada a um critério. O autor considera que a avaliação da qualidade é feita em relação ao “conjunto evocado” do consumidor, sendo que esta avaliação é dada a partir de um conjunto de dimensões que demonstram as percepções do consumidor sobre o que é qualidade de um serviço.

Para Zeithaml (1988), existe uma crença empresarial de que a qualidade é obtida por meio de um controle integrado de diversos fatores internos e externos. Percebe-se que a mesma não é mais tratada apenas como um processo, mas sim como um modelo de gestão organizacional que começa com os fornecedores e termina nos clientes. Assim sendo, entender as percepções da qualidade pelos clientes internos e externos das organizações, em suas diferentes dimensões, poderá facilitar aos gestores organizacionais o direcionamento de suas ações, proporcionando um aprimoramento dos serviços e, conseqüentemente, um aumento da competitividade das organizações por eles geridas.

2.2.1 Qualidade em serviços de saúde

Nos últimos anos, estudos sobre a qualidade em serviços de saúde têm se baseado nos estudos de Donabedian. Utilizando as experiências de avaliação desenvolvidas por Flexner (1940) e Porterfield (1976) e tendo como referencial a Teoria dos Sistemas apresentada à academia pelo biólogo alemão Ludwig von Bertalanffy, em 1937, este autor sistematizou a avaliação qualitativa de atenção médica em três processos: estrutura, processo e resultado.

Em artigo publicado em 1978, Donabedian explica que a avaliação dos serviços comporta sempre duas dimensões: 1) desempenho técnico, ou seja, a aplicação do

conhecimento e da tecnologia médica de modo a maximizar os benefícios e minimizar os riscos, de acordo com as preferências de cada paciente; e 2) o relacionamento pessoal com o paciente, de modo a satisfazer os preceitos éticos, as normas sociais e as legítimas expectativas e necessidades dos pacientes. A partir da interação entre o cliente e o médico, existe um processo complexo, que vai desde componentes comportamentais até componentes técnicos muito específicos.

Segundo Donabedian (1990), o objetivo da avaliação da qualidade é determinar o grau de sucesso das profissões relacionadas à saúde em se autogovernarem, de modo a impedirem a exploração ou a incompetência, e o objetivo da monitorização da qualidade é exercer vigilância contínua, de tal forma que desvios dos padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos.

Malik (1998) apresenta uma comparação entre as diversas dimensões da qualidade no modelo industrial e no modelo da assistência médica, segundo Donabedian. No Quadro 1 está a comparação das principais dimensões: natureza da qualidade; escopo da qualidade; natureza do problema da qualidade; estratégias de garantia e melhoria da qualidade; métodos de monitoramento da qualidade.

Comparação entre Modelo Industrial e Modelo da Assistência Médica		
Enfoque	Modelo Industrial	Modelo da Assistência Médica
Natureza da qualidade		
Qualidade	Aquilo que o consumidor deseja e compra	Aquilo que é bom para o consumidor, definido por ele e pelo prestador de serviços
Interação cliente/fornecedor	Pouco relevante	Relação médico-paciente complexa
Consumidor	Coprodutor de qualidade via uso	Idem, com maior peso
Baixo custo	Componente da qualidade	Menor importância
Otimização e equidade	Menor importância	Grande importância, dependendo de políticas e de sua implementação
Escopo da qualidade		
Ênfase	Qualidade total: baixar os custos e atender o consumidor envolve todas as pessoas e os processos da organização	Performace profissional e técnica, interação paciente-profissional, contribuição do paciente, acesso/equidade
Valorização e riscos	Atividades-meio	Procedimentos médicos em detrimento dos demais profissionais
Natureza do problema da qualidade		
Origem/características dos problemas	Defeitos no desenho dos sistemas, produtos, processos de produção	Competência do profissional e variabilidade na prática clínica
Estratégias de garantia e melhoria da qualidade		
Estratégia	Mudanças estruturais, incluindo treinamento	Influência da performande profissional por meio da educação, treinamento e supervisão
Modelo de gestão	Gestão participativa, delegação de responsabilidades, educação, treinamento e recompensas	Realidade vivida sobretudo por médicos, poucos com treinamento em métodos de qualidade
Métodos de monitoramento da qualidade		
Monitoramento	Por meio de medição de processos e resultados, comparação com padrão	Processos e resultados por meio de padrões análogos; dificuldade para minimizar resultados
Periodicidade do monitoramento	Contínua	Contínua
Metodologia	Métodos específicos para identificação de problemas, desenvolvimento de consenso, determinação de causa, controle estatístico muito desenvolvido e utilizado	Métodos semelhantes (epidemiologia), reduzido emprego de estatística, revisão de caso clínico muito empregada

Quadro 1- Diferenças de qualidades nos modelos industrial e de assistência médica
Fonte: Malik (1998)

Donabedian (1990) desenvolveu ainda um modelo fundamental para a avaliação da qualidade em saúde a partir dos conceitos de estrutura, processo e resultado, considerado a base que corresponde às noções do enfoque sistêmico de entrada-processo-saída. Para cada um dos componentes dessa tríade deverá ser construído um conjunto de indicadores ou atributos de qualidade que melhor representa a situação a ser avaliada.

A estrutura refere-se aos recursos físicos, materiais, financeiros e humanos necessários para a assistência médica. Trata-se de todos os recursos utilizados, neste caso, corresponde às características mais estáveis da assistência médica ou de saúde, porque envolve desde a estrutura física e disponibilidades de equipamentos, até a disponibilidade de pessoas qualificadas que prestam a assistência, passando pela organização dos serviços (DONABEDIAN, 1990).

Ainda nos dizeres de Donabedian (1990), o processo envolve um conjunto de todas as atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e os pacientes, com base em padrões aceitos, e resulta na entrega do serviço de saúde, em que se obtêm os resultados de assistência à saúde que servem de base para a valoração da qualidade. Pode ser considerado como processo tudo o que diz respeito ao tratamento de saúde diretamente e no momento em que ele está ocorrendo. A análise do processo pode ser realizada sob o ponto de vista técnico ou administrativo.

Segundo Donabedian (1990), o resultado é o produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões estabelecidos e de expectativas. É o resultado da experiência de cuidado à saúde.

Ao analisar a questão da qualidade dos serviços de saúde, Donabedian (1990) ampliou o conceito utilizando-se de dimensões de qualidade, denominadas pilares: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, que podem ser usados como critérios de avaliação, conforme Quadro 2 a seguir:

DIMENSÃO	DESCRIÇÃO DA DIMENSÃO DE QUALIDADE
Eficácia	É a capacidade do cuidado, na sua forma mais perfeita, de contribuir para melhoria das condições de saúde. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias.
Efetividade	É o quadro de melhorias possíveis nas condições de saúde obtido. Melhoria na saúde alcançada ou alcançável nas condições atuais da prática cotidiana. A definir e avaliar qualidade, a efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau e que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecidos como alcançáveis.
Eficiência	É a medida do custo com o qual uma dada melhoria é alcançada. Se duas estratégias de cuidados são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo.
Otimização	Torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados de forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais “adições” perdem a razão de ser.
Aceitabilidade	Sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado aos efeitos e ao custo do cuidado prestado.
Equidade	Princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade.

Quadro 2 – Os sete pilares da qualidade
 Fonte: Adaptado de Donabedian (1990)

Para Donabedian (1990) e Vuori (1989), o conceito de aceitabilidade refere-se à conformidade dos serviços às aspirações e expectativas dos pacientes e dos membros de sua família. Eles o definem como um composto de fatores da relação médico-paciente e paciente-sistema de saúde. O conceito de aceitabilidade compreende a acessibilidade, a relação médico-paciente, as dependências, as instalações, as preferências do paciente em relação aos efeitos e aos custos do tratamento, e tudo aquilo que o paciente julga ser justo e equânime.

Segundo Vuori (1989), a aceitação e a aprovação de um serviço de saúde por parte da população depende de fatores físicos (relativos à disponibilidade de serviços e ao grau de acesso a eles), cognitivos (relacionados ao conhecimento da existência da oferta dos serviços médicos e do risco de determinadas doenças) e motivacionais (satisfação com os serviços utilizados). Esses fatores, por sua vez, também são influenciados pelas atitudes, valores e crenças do grupo populacional a que o usuário dos serviços pertence. O acesso é um componente da aceitabilidade do serviço, não significando apenas a existência dos serviços. Daí a necessidade de considerar, na avaliação, os aspectos geográficos, culturais e econômicos

e funcionais. A Organização Mundial de Saúde recomenda que a definição do que é “acessível” seja adaptada a cada realidade.

Em sentido mais amplo, o acesso refere-se à entrada do usuário na rede, incluindo sua recepção na unidade e os procedimentos protocolares para sua admissão. A utilização de serviços oficiais ou não de saúde está referida na necessidade e expectativas, individuais ou coletivas, relacionadas a um problema de saúde. A partir da utilização desses serviços o indivíduo terá ou não satisfeitas suas necessidades ou expectativas. E o nível de satisfação possibilitará inferir a qualidade dos diversos momentos do atendimento, num processo interativo que se dá desde a entrada até a saída da unidade de saúde (VUORI, 1989).

A boa relação entre os profissionais e o paciente é uma das contribuições que se pode oferecer ao paciente, com repercussões positivas no tratamento. Em alguns casos, este fator determina diferenças sensíveis entre dois serviços iguais. No entanto, esta relação pode causar um problema ao se avaliar a qualidade do serviço de saúde. A “boa relação” pode “compensar” falhas no cuidado técnico. Em função disso, procura-se complementar os estudos avaliativos com a análise da efetividade do tratamento, em outras palavras, verificar se os cuidados técnicos dispensados atingem os resultados esperados segundo os objetivos previamente estabelecidos (AKERMAN; NADANOVSKY, 1992).

A qualidade do serviço, em geral, é considerada apenas do ponto de vista do usuário. O funcionário, parte do processo e que constitui o que se denomina cliente interno da instituição, nem sempre tem suas expectativas e necessidades levadas em conta. No entanto, o desempenho dos serviços de saúde depende do profissional de saúde, do seu compromisso com a organização, com a clientela, com os resultados dos programas e com as atividades que desenvolve. O produto de uma organização de serviços de saúde depende da experiência de quem está envolvido na produção. Assim, a relação usuário-prestador é determinante nesse processo. Os serviços só podem ser avaliados simultaneamente à produção dos mesmos, ou, após o seu consumo, daí a importância do profissional de saúde. Ainda segundo os autores, a qualidade dos serviços não depende apenas do controle do produto (porque não existe um produto acabado), mas do resultado de uma interação, de uma relação singular (AKERMAN; NADANOVSKY, 1992).

A definição de qualidade dos serviços de saúde varia de acordo com o quadro teórico-prático em que se origina. Habitualmente, reflete as metas e valores do sistema de saúde e da sociedade na qual este sistema se insere (ROCHA; TREVISAN, 2009; BITENCOURT; HORTALE, 2007).

Mirshawka (1994) lembra que na década de 1990 a *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization* (JCAHO) definiu a qualidade dos serviços médicos-hospitalares como: grau segundo o qual os cuidados com a saúde do paciente aumentam a possibilidade da desejada recuperação do mesmo e reduzem a probabilidade do aparecimento de eventos indesejados, dado o atual estado de conhecimento.

Donabedian (1990) apresenta um conceito unificado em que expressa que o melhor cuidado é o que maximiza o bem-estar do paciente, levando em conta o balanço dos ganhos e perdas esperados que acompanha o processo do cuidado em todas as etapas. Portanto, a assistência com qualidade implica em aumentar as probabilidades de êxito e reduzir aquelas consideradas como indesejáveis. Dessa perspectiva, é fundamental verificar quais são as expectativas e necessidades dos profissionais de saúde envolvidos, bem como sua satisfação no trabalho e sua visão da clientela atendida. Em uma organização de serviços de saúde há uma relação de troca entre sujeitos, que vivenciam uma situação social determinada. É essa relação que permite, em último caso, apreender a qualidade dos serviços.

2.2.1.1 A qualidade em serviços de saúde sob a perspectiva dos gestores

As organizações dos mais variados setores, atualmente, estão cada vez mais preocupadas com a qualidade dos seus serviços ou produtos. Nesse contexto, um setor que vem cada vez mais se alargando é, sem dúvida, o da saúde, porque tem crescente influência na economia dos diversos países e também porque sua clientela deseja, cada vez mais, a satisfação de suas necessidades de saúde e de doença, com qualidade (BURMESTER et al., 2007).

Para os autores supracitados, no âmbito da oferta e da procura desses produtos e serviços pode-se dizer que o mundo finalmente descobriu que o importante é quem os compra ou usa. Empresas e instituições dos mais variados ramos da saúde passam a fornecer o produto/serviço que o cliente deseja, e não o que eles querem que o cliente deseje, aumentando, assim, a competitividade entre si e, em decorrência, a excelência de cada uma.

Nos dizeres de Matsuda et al. (2005), a Administração da Qualidade implica no questionamento de valores tradicionais, relativos tanto à gerência das pessoas quanto à função dos clientes, pois, segundo essa filosofia, conhecer e “encantar” os clientes é o jogo no qual todos devem se engajar. Tornou-se necessário enfrentar esse desafio porque se trata de garantir a sobrevivência da instituição. Nesse sentido, a satisfação dos usuários tem sido

utilizada como instrumento de avaliação da qualidade dos serviços de saúde, bem como de acreditação hospitalar (PAIVA; GOMES, 2007; LIMA; ERDMANN, 2006).

Na visão dos autores, para se gerenciar um serviço de saúde, tendo como perspectiva a qualidade das ações de saúde, é preciso adotar mudanças, transferindo o foco de ação centrado na doença para a produção de saúde, centrada no sujeito; assim sendo, o trabalho não pode ser fragmentado, individualizado e homogêneo (PAIVA; GOMES, 2007).

Segundo Smeltzer et al. (1998) talvez um dos aspectos que explique essa ocorrência seja o fato de que, hoje, os pacientes vêm, gradativamente, tornando-se interessados em conhecer os cuidados e a promoção da saúde. As pessoas estão mais conscientes sobre seus direitos e deveres e, em geral, começaram a considerar fortemente que saúde e cuidado em saúde com qualidade constituem direitos básicos e não privilégio para uns poucos escolhidos.

Dessa forma, o cliente é quem realmente manda, e as pessoas que lhe prestam serviços são as que detêm o maior poder, pois o restante da organização busca prover recursos e infraestrutura para que o cliente, por meio da linha de frente, obtenha o que quer (FUCHS, 1995). Para Yamarchi e Munhoz (1994), os serviços que prezam pela qualidade estão em constante contato direto com os seus clientes, procurando conhecê-los, compreendê-los, defini-los e valorizá-los.

Trevisan et al. (2002) destacam que o enfermeiro e o médico são os principais elos entre a organização e o paciente, e isso se constitui sua fonte principal de contato contínuo, implicando em orientar o paciente a respeito de normas e direitos, bem como prestar-lhe informações completas, precisas e verdadeiras a respeito dos procedimentos dos integrantes da equipe de enfermagem e outros profissionais. Acredita-se, aqui, no que tais profissionais sem privilegiados porque têm a oportunidade de interagir diretamente com o cliente e se aproximar do seu referencial, que é único, para compreender seus anseios e expectativas, amadurecendo a prática do cuidar com qualidade. Por outro lado, é cada vez maior a expectativa de que o médico e o enfermeiro estejam envolvidos com a gerência de seu setor nas atuais instituições de saúde.

Nos dizeres de Trevisan et al. (2002), além de ser um profissional que mantém constante contato com o cliente, engaja-se também no gerenciamento do cuidado prestado pelas instituições hospitalares de todo o país. Assim, a opinião dos profissionais da área da saúde a respeito do Gerenciamento da Qualidade, implantado no serviço em que trabalham, tende a ser cada vez mais importante, pois deve estar alinhada às ideias centrais do que

efetivamente é um serviço com qualidade, tanto para os gestores quanto para os usuários dos serviços de saúde.

Deseja-se ressaltar ainda que, embora a indústria de cuidados em saúde tenha passado, nos últimos anos, por transformações que trouxeram importantes avanços científicos e tecnológicos, ainda são vivenciados quadros como o atendimento desumano, filas e demoras no atendimento, índices relevantes de infecção hospitalar, gerenciamento ineficaz de custos, baixo nível de treinamento e ausência de educação continuada para as pessoas que prestam cuidado em saúde, dimensionamento de pessoal inadequado e outros. Essa situação clama por modelos de gestão adequados, que otimizem os recursos aplicados, trazendo melhoria da produtividade e satisfação, tanto das pessoas assistidas quanto dos profissionais que atuam na prestação dos serviços de saúde (TREVISAN et al., 2002).

Apesar de ainda não serem muitos os hospitais que optaram pelo gerenciamento da qualidade, no Brasil, nos últimos anos, o número dessas instituições vem crescendo, porque seus administradores estão percebendo que os clientes exigem cada vez mais qualidade na assistência, os custos precisam baixar, os funcionários precisam ser valorizados e é necessário acompanhar as mudanças observadas nos últimos tempos (BURMESTER et al., 2007).

Para Patwardhan e Patwardhan (2007), os Princípios da Qualidade propostos por Deming ainda não foram adaptados eficientemente aos serviços de saúde. Embora já tenham sido reconhecidos em sua grande extensão nos serviços da indústria e outros, o setor saúde não foi completamente capaz de abordar problemas como baixo nível de desempenho e qualidade em saúde, à luz desses princípios. Assim, a transferência da abordagem de Deming para os cuidados em saúde será atingível apenas com algumas considerações relevantes: as avaliações das equipes devem substituir as avaliações individuais, as medidas de desempenho devem ser focadas na qualidade e a formação das pessoas deve ter precedência sobre números e quotas. Além disso, o uso de dados estatísticos deve embasar as tomadas de decisões, ao invés de escolhas feitas com base em simples opiniões.

Todas as pessoas envolvidas devem conhecer bem o sistema de trabalho no qual estão inseridas, incluindo suas responsabilidades e as responsabilidades dos outros. Coordenação mútua e cooperação devem ser encorajadas, e não a competição. Para esses autores, até que essas e outras ferramentas da qualidade estejam desenvolvidas especificamente para o gerenciamento dos serviços em saúde, os princípios de Deming continuarão sendo desafio para os atuais administradores desse setor. Por outro lado, os gestores procuram adequar-se a determinados padrões de qualidade, adotando um sistema de

avaliação externa, o qual confere acreditação aos hospitais sob sua gestão, gerando, assim, credibilidade aos seus serviços junto aos usuários (SCRIVENS, 1995).

Nos dizeres de Malik e Schiesari (2011), desde o final da década de 1980, a percepção de que a satisfação em relação à qualidade dos serviços hospitalares não estava mais focada exclusivamente no ponto de vista dos gestores e dos profissionais envolvidos na prestação desta, mas também na percepção dos usuários destes serviços, tornou-se internacional. Dessa forma, passou a ser desejável haver uma certificação externa de que aquela organização hospitalar oferecia reconhecidos padrões de qualidade em seus serviços. Passou-se, assim, através de pesquisas, a tentar medir a satisfação dos usuários dos serviços e até de seus familiares. Ainda nos dizeres das autoras, a partir daí houve uma expansão de organizações profissionais que se estabeleceram como avaliadoras externas dos hospitais e serviços de saúde, sendo estas de diferentes origens e utilizando diferentes modelos, oriundos da anteriormente citada, JCAHO - *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization*. No caso brasileiro, há alguns agentes voltados para esta avaliação e acreditação, como, por exemplo, a ONA – Organização Nacional de Acreditação.

Segundo a ONA, em fevereiro de 2010 havia duzentos e cinquenta Organizações de Saúde Acreditadas no Brasil, sendo 137 delas localizadas no Estado de São Paulo, quarenta e sete em Minas Gerais, treze no Paraná e, onze, no Rio de Janeiro. Em fevereiro de 2011, havia quarenta e uma Unidades de Serviços Médico-Hospitalares no nível Acreditação, cinquenta Unidades no nível Acreditação Plena e quarenta e nove no nível Acreditação por Excelência. A perspectiva é que o número de Unidades Médico-Hospitalares Acreditadas chegue, nos próximos anos, a mais de duzentos, pois cerca de setenta e três Unidades estão com o processo de certificação em andamento (ONA, 2010).

De modo geral, o setor de serviços médico-hospitalares, tanto no Brasil como em outros países, principalmente nos países em desenvolvimento, deixa a desejar em termos de desempenho em qualidade. Apenas 5,8% das Unidades de Serviços Médico-Hospitalares brasileiras possuem algum tipo de certificação para seu Sistema de Gestão da Qualidade. Em termos percentuais, o Brasil é um dos países emergentes que menos investe em saúde, apenas 7% de seu PIB - Produto Interno Bruto, enquanto que em países desenvolvidos como o Canadá, são investidos 9,8% e nos Estados Unidos 15,4% do PIB (BURMESTER et al., 2007).

As pessoas estão exigindo, cada vez mais, qualidade dos serviços pelos quais pagam. O setor de saúde, por lidar diretamente com a vida de seus usuários, tem sentido uma pressão

ainda maior destes quanto à qualidade dos serviços prestados. Por isso, é crescente a preocupação com os serviços de saúde. A infecção hospitalar, a precariedade dos procedimentos e de equipamentos no setor de saúde, os altos custos (pois, ao contrário do que ocorre na indústria, quanto mais avançada a tecnologia, mais crescem os custos na área da saúde) tornam o setor de saúde carente de muitas ações para possibilitar mudanças no desempenho. Acredita-se que, como parte importante que integra o sistema de saúde, a enfermagem vem mais recentemente se ocupando da implantação e implementação da Gestão da Qualidade no gerenciamento do cuidado, pois é crescente o entendimento de que só se poderá alcançar um padrão ótimo de assistência ao cliente se se buscar a qualidade (FREITAS; COZENDEY, 2008).

Deseja-se cada vez mais que a GQT - Gerência da Qualidade Total - tenha sucesso dentre os profissionais da saúde, abraçando focos, como o papel da liderança, planejamento de ações com base em indicadores e instrumentos padronizados, melhoria no custo-benefício, satisfação do cliente, educação e treinamento, crescimento e valorização das pessoas, ênfase nos processos de comunicação e outros.

2.2.1.2 A qualidade dos serviços de saúde sob a perspectiva do paciente/usuário

As primeiras pesquisas no campo da avaliação em saúde, ainda na década de 1970, referiam-se à satisfação do paciente/usuário. O objetivo era conseguir melhores resultados clínicos, por meio da adesão ao tratamento, em três dimensões: comparecimento às consultas, aceitação das recomendações e prescrições e uso adequado dos medicamentos (WILLIAMS, 1994). Estas pesquisas foram antecedidas por estudos que, na área das Ciências Sociais e Humanas (SZASZ; HOLLANDER, 1956; COSER, 1962; CARTWRIGHT, 1964), focalizavam as relações médico-paciente no contexto da clínica ou do ambiente hospitalar (WILLIAMS, 1994; SIZTIA; WOOD, 1997; DONABEDIAN, 1985).

Existem vários modelos que medem a satisfação do paciente/usuário, mas todos têm como pressupostos as percepções do paciente/usuário em relação às suas expectativas, valores e desejos (LINDER-PELZ, 1982; WILLIAMS, 1994; DE SILVA, 1999). Satisfação do paciente/usuário pode ser definida como as avaliações positivas individuais de distintas dimensões do cuidado à saúde (LINDER-PELZ, 1982). Estas avaliações expressariam uma *atitude*, uma resposta afetiva baseada na crença de que o cuidado possui certos atributos que podem ser avaliados pelos pacientes (SITZIA; WOOD, 1997).

As pesquisas de satisfação deram destaque ao lugar do paciente/usuário nos serviços e sistemas de saúde, dando-lhe o *status* de um indivíduo/cidadão, ou seja, de um sujeito de direitos válidos universalmente. O sujeito adquiriu um lugar – social, político e simbólico – proeminente na avaliação dos sistemas e serviços de saúde, seja ele no papel de paciente/usuário, consumidor ou cliente (SITZIA; WOOD, 1997).

Dados obtidos por Milan, Toni e Barazetti (2005) ressaltam que tão importante quanto identificar as imagens de serviços em relação a um público-alvo específico é entender como as imagens estão configuradas. A partir da revisão da literatura, observou-se que a imagem de serviços é um conjunto de representações, impressões, convicções e redes de significados de um objeto, ou seja, o serviço é armazenado na memória de forma holística, podendo ser configurado a partir de um conjunto de atributos funcionais, simbólicos, cognitivos e emocionais, organizados em torno de alguns elementos centrais e/ou periféricos. A identificação dos atributos e seus elementos constituintes revela que as imagens estão muito relacionadas às expectativas e às características de cada tipo de paciente/usuário. Informações deste tipo são importantes para a gestão dos serviços, pois, para cada público podem ser direcionadas ações de acordo com suas expectativas e percepções (TENGAN, 2008).

A qualidade nos serviços de saúde implica o questionamento de valores tradicionais, relativos aos profissionais e aos pacientes/usuários. Uma explicação para esta ocorrência é o fato das pessoas estarem mais conscientes de seus direitos e deveres, além disso, consideram que a saúde e o cuidado em saúde com qualidade constituem um direito básico e não privilégio para alguns (ROCHA; TREVIZAN, 2009).

O trabalho profissional, qualquer que seja este, depende da qualidade técnica e da qualidade interpessoal. Segundo Urdan (2001), os pacientes/usuários conhecem pouco sobre os aspectos relacionados à qualidade técnica, mas, no que se refere aos aspectos interpessoais, não apresentam dificuldades em avaliar. O autor analisou seis fatores subjacentes à qualidade experimentada pelo paciente/usuário (interação do médico e diagnóstico, competência profissional, interações de auxiliares, comodidades de horários e localização, profissionalismo e responsabilidade profissional, comunicações auxiliares) englobando quarenta atributos, que representam os domínios técnicos e interpessoais.

Malik e Schiesari (1998) afirmam que qualquer discussão a respeito de qualidade traz implícita ou explícita a noção de avaliação. As autoras citam Donabedian (1990), quando se referem a três dimensões para a qualidade dos serviços de saúde: “o desempenho técnico”, “as relações interpessoais” e “as amenidades”.

A percepção dos pacientes/usuários é cada vez mais utilizada como uma medida importante na avaliação da qualidade dos cuidados em saúde. Para alguns autores, como Senarath et al. (2006) e Murray et al.(2001), a percepção dos cuidados é influenciada pela expectativa do paciente/usuário, bem como pelos cuidados recebidos de fato. Não se pode esquecer que o paciente/usuário constrói sua expectativa com base em suas necessidades pessoais e experiências passadas já vivenciadas pela comunicação boca a boca (experiências anteriores de amigos e parentes que utilizaram o produto ou serviço) e nas comunicações externas vindas da área de marketing (publicidade e propaganda).

Parasuraman, Berry, Zeithaml (1991) enfatizam que compreender as expectativas do paciente/usuário é um pré-requisito para fornecer serviços superiores, pois os consumidores, ao julgarem um serviço, comparam suas percepções com suas expectativas.

Os autores afirmam que os inquéritos de satisfação não refletem, necessariamente, as variações na forma como as pessoas estão realmente sendo tratadas pelo sistema de saúde, pois, em pesquisa realizada em cinco países, os valores encontrados nas taxas de satisfação foram menores para pacientes/usuários dos Estados Unidos, que relataram terem dedicado mais tempo com o atendimento médico em sua última consulta, no entanto, os valores encontrados nas taxas de satisfação foram menores para esse país.

Em outro estudo realizado em dezessete países, Blendon et al. (2002) revelam que os níveis de satisfação dos pacientes/usuários se mostravam superiores em populações pobres quando comparados às populações mais ricas, o que reforça a tese de que a percepção dos cuidados é influenciada pela expectativa do usuário.

Para alguns autores, como Murray et al.(2001) e WHO (2011), a qualidade para o paciente/usuário é um conceito que é refletido pela real forma como um indivíduo é atendido nas suas necessidades de saúde pelos sistemas de saúde, portanto, espera-se que as avaliações de desempenho reflitam a realidade das experiências pessoais em termos de atendimento e cuidados em saúde, além de revelarem as formas de interações entre os indivíduos e o sistema. O uso dos serviços de saúde depende de determinantes individuais e necessidades de saúde, como a predisposição individual que influencia a capacidade de utilização destes, e as necessidades representam o determinante mais próximo da utilização deles (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Para Trad e Bastos (1998), abordar a satisfação dos pacientes/usuários implica trazer um julgamento sobre características dos serviços, portanto, sobre sua qualidade. Assim, a perspectiva do paciente/usuário fornece informação para completar e equilibrar a qualidade

dos serviços. Para Esperidião e Trad (2005), a satisfação envolve algumas dimensões ligadas aos aspectos dos serviços, tais como acesso, qualidade, estrutura física e organizacional, aspectos inerentes à relação médico-paciente etc.

Já para Stenzel et al. (2004), a satisfação resulta de juízos de diversos atributos, sendo a resolubilidade da demanda um deles. Vaistman et al. (2003) referem que a percepção dos pacientes/usuários quanto às práticas de saúde nos serviços se desenvolve pela articulação de, pelo menos, quatro dimensões: a subjetividade individual, a cultura da sociedade, a rede de relações instituídas e a situação em determinado contexto ou a experiência imediata vivida.

A qualidade nos serviços, mais concretamente nos serviços de saúde, é um desafio aos seus gestores, técnicos e todos os outros profissionais que possuem capacidades que, se bem geridas, podem originar produtos aptos a satisfazerem as necessidades dos seus pacientes/usuários (PISCO, 2006). Segundo Ferri et al. (2007), as práticas de saúde envolvem muitas considerações para que tenham como produto final o cuidado esperado, no qual está implícito que nos serviços ocorra: acolhimento, relações de responsabilidade, autonomia dos sujeitos envolvidos, necessidades de saúde, resolubilidade, compromisso, políticas públicas, enfim, a integralidade.

Considerando que a utilização dos serviços de saúde é produto da interação entre pacientes/usuários, profissionais de saúde e serviços de saúde, e que um dos principais problemas para que essa interação ocorra é a forma como o usuário consegue acessar os serviços, então, o acesso e o acolhimento são elementos essenciais ao atendimento para que se possa incidir efetivamente sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade (RAMOS; LIMA, 2003).

Cabe aqui destacar que o contexto brasileiro indica alguns fatores que podem influenciar a satisfação dos pacientes/usuários, o que pode ser entendido como a tradução da qualidade sob a ótica dos pacientes/usuários, como a estrutura e a organização do sistema de serviços de saúde e modelos assistenciais vigentes no país. Para Esperidião e Trad (2005), o acesso é um atributo dos serviços bastante valorizado pelos pacientes/usuários. Segundo essas autoras, o usuário de serviços públicos faz parte de populações que vivem em condições socioeconômicas precárias e que buscam os serviços de forma assistencial.

Para Berwick (1991), é importante entender o ponto de vista do paciente/usuário, no que diz respeito à qualidade dos serviços para ele. Se, na produção de produtos, a qualidade significa que estes atendam às necessidades dos seus consumidores, nos serviços de saúde

significa uma avaliação sistemática das atividades desenvolvidas para os pacientes/usuários e do impacto dos processos de terapia e tratamento sobre a sua saúde.

Segundo Tontini e Sant'Ana (2008), atender às necessidades dos pacientes/usuários é peça-chave para sua satisfação e para o sucesso de uma organização a longo prazo, afinal, clientes satisfeitos tendem a repetir o consumo com a organização quando necessário e são menos sensíveis a preços. O atendimento dessas necessidades depende do desempenho do produto ou do serviço em seus diversos atributos, pois um projeto superior, que inclua os atributos relevantes para o consumidor, pode trazer grande diferencial no mercado para a organização. Assim, a identificação da relação entre o desempenho dos atributos e a satisfação do consumidor dos serviços torna-se crítica para o sucesso em um mercado competitivo.

Quanto maior o desempenho maior a satisfação e vice-versa. Atributos atrativos são aqueles cuja presença ou desempenho elevado trazem satisfação superior, porém, sua ausência ou desempenho inferior não causam insatisfação. Ignorar este relacionamento não linear entre o desempenho dos atributos e a satisfação geral do paciente/usuário pode levar a decisões errôneas na hora de se identificar quais atributos são críticos e quais ações devem ser tomadas para aumentar a satisfação deste. Entre estas decisões está melhorar um atributo básico acima do nível médio do mercado. Atributos básicos não trarão satisfação superior se a empresa tiver desempenho acima dos concorrentes e acima da média do mercado (TONTINI; SILVEIRA, 2007). Neste caso, o esforço de melhoria seria desnecessário. De acordo com Valenzuela (2005), qualquer planejamento em saúde deve se pautar em informações, sejam estas quantitativas ou qualitativas, que possibilitem o conhecimento da realidade para propor metas e objetivos.

Segundo Soárez, Padovan e Ciconelli (2005) estas informações podem ser fornecidas através de Indicadores da Qualidade em Saúde, pois quando bem administrados esses indicadores constituem ferramenta fundamental, tanto para a gestão quanto para a avaliação do sistema em particular e da saúde da população como um todo. Entretanto, para utilizar um indicador é importante garantir acesso a informações ou dados de boa qualidade, precisos, confiáveis e de forma regular. Por outro lado, para entender o ponto de vista do paciente/usuário afim de proporcionar melhoria da qualidade dos serviços oferecidos, a organização precisa encontrar mecanismos que permitam colher a opinião deste, e atuar com base nestes resultados, alinhando suas ações a essas opiniões.

2.3 A percepção da qualidade

A preocupação com a avaliação da qualidade se deu a partir da indústria, em que era feito o controle dos produtos, ou seja, qualidade significava a capacidade de um produto estar em conformidade com as especificações. No entanto, sabe-se hoje que o controle da qualidade também é essencial para o setor de serviços, onde o foco central passa a ser o cliente e a qualidade é definida também de acordo com a percepção do mesmo, como a previsão e a superação das suas expectativas (ANSUJ; ZENCKNER; GODOY, 2005).

Os indivíduos têm seu próprio conceito de qualidade, sendo possível dizer que qualidade é aquilo que cada um acredita que é ou percebe que é. Portanto, é fundamental entender que, antes de tudo, o conceito de qualidade depende da percepção de cada um em função da cultura ou do grupo que se irá considerar (CERQUEIRA et al., 1994). Para os autores, a qualidade de um produto ou serviço está ligada, ainda, por exemplo, ao seu desempenho, ao cumprimento fiel de especificações, ao padrão de excelência em relação a um padrão mínimo exigido, à segurança que traz à adequação de uso, à capacidade de levar satisfação ao cliente e à relação custo-benefício, ou seja, produto ou serviço de qualidade é aquele adequado ao uso dos clientes.

Os consumidores escolhem prestadores de serviços comparando as percepções que têm do serviço recebido com o serviço esperado, o que é chamado de qualidade de serviço percebida: qualidade é o que os clientes percebem, ou ainda, de forma mais simples, pode-se entender qualidade como a adequação de um produto ou serviço, resultante de um processo, à finalidade a que se destina (PALADINI, 2000).

A percepção da qualidade baseia-se em critérios objetivos e subjetivos. Por exemplo, o que se pode perceber como satisfação do usuário pelo tratamento odontológico recebido, envolve mais do que meramente um alto nível de competência técnica dos cirurgiões-dentistas (ABRAMS; AYERS; PETERSON, 1986). Conhecer a percepção dos clientes internos (funcionários) e externos (usuários) a respeito da qualidade do serviço público prestado pode ser um bom início para o desenvolvimento de ações que levarão a melhorias, tanto por parte do gestor do sistema, que precisa conhecer o entendimento de ambos os clientes para poder melhor direcionar suas estratégias e ações, quanto por parte dos próprios funcionários, que entendendo qualidade sob a ótica de seus clientes estarão mais embasados para atender suas expectativas (LEÃO; DIAS, 2001).

Não é possível satisfazer os clientes se os serviços não forem adequados às suas necessidades e não somente às necessidades do profissional. A percepção da qualidade do serviço resulta da comparação que o cliente faz entre suas expectativas em relação ao serviço e o serviço recebido de fato (MEZOMO, 2001).

A qualidade do serviço é medida levando-se em conta quanto da expectativa do cliente é preenchida pelo serviço oferecido, ou seja, em relação à conformidade esperada pelo consumidor, medida numa base consistente. Entre as características pessoais mais relevantes que afetam a percepção estão atitudes, motivações, interesses, experiências passadas e expectativas (PARASURAMAN et al., 1985).

Na concepção dos autores, existem três possibilidades nas relações entre expectativas e percepções dos clientes:

- i) Expectativas < Desempenho : a qualidade percebida é boa.
- ii) Expectativas = Desempenho : a qualidade percebida é aceitável.
- iii) Expectativas > Desempenho : a qualidade percebida é pobre.

No entanto, mesmo que as percepções de um serviço dependam em certo grau de julgamento pessoal, é importante que o profissional (prestador de serviço) tente conhecer as expectativas de seus clientes para então buscar melhorias no desempenho que favoreçam uma percepção positiva. As melhores ideias para aprimorar os serviços vêm dos clientes que dependem dos produtos e serviços. Os clientes podem julgar a qualidade percebida dos serviços de saúde e também sugerir ideias úteis de melhoria (PARASURAMAN et al., 1985).

A qualidade percebida envolve uma avaliação, subjetivamente realizada pelo cliente, de excelência ou superioridade de uma oferta (GARVIN, 1984). Para o autor, a percepção é um processo de organização, interpretação e derivação de significado de estímulos por meio dos sentidos.

Sensação é um processo de recebimento dessas impressões sensoriais. Logo, a percepção é subjetiva. A cognição do cliente sobre um estímulo não é uma foto e sim um desenho, que exprime sua visão individual da realidade (URDAN, 2001). Para o autor, os clientes quase sempre conhecem bem pouco os detalhes do domínio técnico da qualidade, embora apreciem sua importância, especialmente, em situações que tragam clara ameaça à saúde e ao bem-estar. Geralmente, o cliente avalia a qualidade técnica do cuidado indiretamente, pelas evidências do interesse e da preocupação dos profissionais com sua saúde e bem-estar. O cliente usualmente não apresenta dificuldade em avaliar a qualidade interpessoal, configurada nas condições sob as quais o cuidado é prestado e a maneira como é

tratado pelos profissionais. O gabarito do domínio interpessoal pode influenciar os resultados do domínio técnico para o paciente e vice-versa. Um domínio não é eficaz sem o outro (DONABEDIAN, 1985).

O relacionamento interpessoal e o conforto das amenidades não resolvem os problemas de saúde dos clientes. A competência técnica – a menos que ela seja em prol do paciente em virtude do interesse humano e do comprometimento dos profissionais em prover os melhores benefícios aos clientes – também não é por si só suficiente. O que para Urdan (2001) parece demonstrar que os serviços de saúde não fogem, em essência, do caráter genérico da qualidade de serviço. A diferenciação proposta por Grönroos (1990) entre as qualidades técnica e funcional mostra-se válida tratando-se de serviços de saúde. A qualidade técnica refere-se ao domínio técnico dos serviços de cuidado à saúde ao passo que a qualidade funcional reflete seu domínio interpessoal.

A visão de Abrams, Ayers e Petterson (1986) sobre a percepção da qualidade de pacientes e profissionais, através da aplicação de um questionário fechado e de exames de restaurações, apresentou as seguintes conclusões: pacientes e cirurgiões-dentistas estavam considerando diferentes critérios de qualidade, a simples prática de odontologia com um alto nível técnico não convence os pacientes de que estejam recebendo um tratamento de alta qualidade, outros aspectos menos técnicos do tratamento são usados como parâmetros de qualidade pelos pacientes e, por último, deve-se sempre manter em mente os aspectos humanos e psicológicos do tratamento, pois são componentes integrais da qualidade do tratamento odontológico. Portanto, a percepção do usuário e sua manifestação poderão apontar caminhos para melhorar a prestação de serviços, diminuindo o descrédito e aumentando a confiança do usuário (HELD FILHO, 1999).

2.3.1 Modelos para avaliação da percepção da qualidade em serviços

É crescente a importância do setor de serviços na economia dos países desenvolvidos e em desenvolvimento. No Reino Unido, o setor de serviços compõe mais de 60% do PIB. O setor de serviços nos EUA – Estados Unidos da América, somado ao da União Europeia, corresponde a mais de 50% do PIB dessas nações. No caso do Brasil, dados do IBGE (2010) indicam que o setor de serviços corresponde a cerca de 50% do PIB nacional. Essa importância cada vez mais acentuada do setor de serviços caracteriza a necessidade de se empreender esforços em relação à mensuração da qualidade nos serviços prestados. Nesse

sentido, ao longo do tempo, diversos pesquisadores têm dedicado esforços nesta área, buscando aprimorar sua conceituação e desenvolver técnicas de medição.

Assim sendo, na busca por um entendimento maior sobre como se mensurar a qualidade dos serviços, a seguir são apresentados os 06 (SEIS) principais modelos que são amplamente discutidos e referenciados em diversos trabalhos, quanto ao seu desenvolvimento e adequação.

2.3.1.1 Modelo de Grönroos

O modelo proposto por Grönroos (1990) considera a qualidade percebida de um serviço como função do serviço esperado e do serviço percebido, incluindo um terceiro fator, chamado de imagem da empresa. Ao adquirir um serviço, o consumidor faz uma avaliação de dimensões de cunho técnico e funcional. A dimensão, que é resultado daquilo que é recebido durante a aquisição de um serviço, é denominada de “qualidade técnica”. A “qualidade funcional” é relativa ao nível de desempenho observado de forma subjetiva, sendo fortemente influenciada pela maneira como o serviço é prestado e intensamente dependente do contato com o prestador de serviço. O modelo representa então o conceito do que foi denominado como qualidade técnica, qualidade funcional, além de outros fatores menos influentes, destacados mais à frente.

Para aplicar o modelo, em 1981, utilizou-se um questionário destinado a executivos suecos representantes dos seguintes setores: bancário, securitário, hoteleiro, restaurantes, aéreo (companhias), manutenção e limpeza, locação de veículos e turismo (agências). As questões foram aplicadas na forma de escala Likert de 5 pontos e são descritas no Quadro 3.

QUESTÃO	% (4) + % (5)	Nº DE RESPOSTAS	SEM RESPOSTA
1. Na maioria dos casos, o contato diário com os clientes (interação comprador – vendedor) é mais importante que as atividades tradicionais de marketing, tais como propaganda, comunicação de massa, etc.	94,1	218	1
2. A imagem corporativa é formada mais pelo contato do cliente com a companhia (interação comprador – vendedor) que o resultado de atividades de marketing.	88,8	216	3
3. As atividades tradicionais de marketing são de importância marginal somente com relação à imagem corporativa que os clientes têm da empresa no momento presente.	74,0	218	1
4. A comunicação pessoal tem um impacto mais substancial nos consumidores potenciais que as atividades tradicionais de marketing.	83,5	216	3
5. A maneira de os atendentes conduzirem os contatos com os clientes traz compensações por possíveis problemas temporários de qualidade técnica.	91,3	219	0
6. A maneira de os atendentes conduzirem os contatos com os clientes, e sendo estes voltados para o cliente e conscientes do serviço, traz compensações no caso de um baixo nível de qualidade técnica.	37,9	217	2

Quadro 3 - Questionário aplicado a serviços diversos
 Fonte: Adaptado de Grönroos (1990)

Analisando-se o percentual das respostas ao questionário, uma grande proporção de respondentes “concorda” e “concorda fortemente” com as cinco primeiras afirmativas e discorda da sexta (a coluna no Quadro 3 mostra a somatória dessas respostas). Foi possível então afirmar que a interação entre vendedor e comprador (questões 1 a 4) é de grande importância para o setor de serviços, mais importante até que as atividades tradicionais de *marketing*.

A qualidade funcional possui grande influência na qualidade perceptível do serviço, sendo capaz de compensar possíveis falhas ocorridas no decorrer da sua aquisição (vide questão 5 no Quadro 3). No caso, as promessas feitas sobre o serviço, por meio das atividades de *marketing*, devem ser realísticas, a fim de não aumentar o nível de expectativa do cliente e gerar uma insatisfação futura.

Grönroos (1990) dá maior ênfase à dimensão funcional, afirmando que o consumidor não está interessado somente no que recebe à semelhança de um processo de produção, mas no processo propriamente dito.

A qualidade percebida é o resultante da diferença entre a expectativa do cliente e o seu julgamento sobre o desempenho do serviço, em relação a uma série de características, algumas técnicas e outras funcionais. Considera, ainda, a imagem da empresa como uma terceira variável no modelo de qualidade do serviço, que abrange o local e os seus recursos disponíveis durante o consumo. Pode ser considerada como uma dimensão da qualidade, por meio da qual os clientes formam seu conceito da empresa e têm as suas expectativas influenciadas por este conceito. A imagem da empresa seria construída, principalmente, pelas qualidades técnicas e funcionais, além de outros fatores menos influentes, tais como reputação, informações de terceiros, propaganda, preço e relações públicas.

Apesar do trabalho de Grönroos (1990) simplesmente apresentar o percentual para cada uma das questões aplicadas, ele norteia inúmeros trabalhos subsequentes, ressaltando pontos importantes que devem ser considerados para que uma empresa de serviços seja competitiva: definir como a qualidade é percebida pelos consumidores e determinar sobre que forma a qualidade dos serviços é influenciada.

2.3.1.2 Modelo Gap e instrumento Escala *Service Quality* – SERVQUAL

Dentre os vários instrumentos para a medição da qualidade propostos por diversos autores, a Escala *Service Quality* – SERVQUAL - ganhou maior destaque em função da sua grande versatilidade de adaptação para os mais diversos ramos de serviços, e também pelo fato de a mesma apresentar os maiores índices de confiabilidade, além de ser um instrumento amplamente testado e validado em diversos estudos, para os mais diversos tipos de prestação de serviços.

Seus autores, Parasuraman et al. (1985), propuseram a medição de qualidade do serviço, baseados no modelo de satisfação de Oliver (1980), afirmando que a satisfação do cliente é uma função da diferença entre expectativa e desempenho. A posição da percepção do cliente sobre a qualidade de serviço da empresa depende da natureza da discrepância entre a expectativa de serviço e o desempenho percebido. Dessa forma, quando a expectativa é maior do que a desempenho de qualidade, a qualidade percebida é menos do que satisfatória. Quando a expectativa é igual ao desempenho percebido, a qualidade é satisfatória, e, por fim, quando a percepção é maior do que a expectativa criada, a qualidade de serviços percebida tende a se aproximar da ideal.

O *Gap*, ou diferença entre a expectativa e a percepção de desempenho, além de ser uma medida da satisfação do cliente, também seria uma medida da qualidade do serviço em relação a uma dimensão específica. Essas dimensões da qualidade seriam características genéricas do serviço, subdivididas em itens, que, somadas, resultariam no serviço como um todo, sob o ponto de vista do cliente que irá julgá-lo (PARASURAMAN et. al., 1985).

A fim de testar o modelo SERVQUAL, uma pesquisa exploratória envolveu entrevistas com executivos pertencentes a empresas americanas reconhecidas de quatro diferentes tipos de serviços: banco varejista, cartão de crédito, corretagem de ações, reparo e manutenção, envolvendo 12 grupos de foco (*focus groups*), com o objetivo de aumentar o conhecimento sobre os seguintes pontos:

- Identificar o que os gestores de serviço perceberiam como atributos-chave de qualidade;
- Definir os problemas e tarefas envolvidos no gerenciamento da qualidade dos serviços;
- Identificar quais seriam os atributos-chave da qualidade dos serviços, sob o ponto de vista dos clientes;
- Determinar quais as discrepâncias (lacunas) entre a percepção dos clientes e dos responsáveis pelo *marketing* das empresas;
- Estabelecer quais os pontos comuns entre a percepção dos clientes e gestores que podem ser combinados em um modelo geral, que também represente a qualidade do serviço, sob o ponto de vista dos clientes.

Dessa forma, do conjunto de entrevistas, observaram-se pontos comuns a todos os quatro tipos de serviços estudados, os quais podem ser representados pelo modelo ilustrado na Figura 1.

O *Gap 1* compreende a discrepância entre a expectativa do cliente e a percepção gerencial. Um exemplo gerado nos grupos de foco e entrevistas seria o de uma empresa improvável de ser apontada como um exemplo de alto nível de qualidade, mas que fosse considerada pelos seus executivos como tendo a qualidade dos seus serviços como ponto forte.

O *Gap 2* consiste na discrepância entre a percepção gerencial sobre as expectativas dos clientes com as especificações da qualidade dos serviços. As entrevistas mostraram, de forma consistente, que uma das causas do baixo nível de qualidade para os executivos foi o

fornecimento de um serviço de baixa qualidade, mesmo em empresas que tinham procedimentos detalhados sobre o que fazer e como tratar seus clientes.

Como as empresas de serviço são altamente dependentes do contato interpessoal para o fornecimento de seus serviços, o *Gap 3* exprime a discrepância entre os padrões e especificações da empresa e o que realmente é fornecido ao cliente.

O *Gap 4* considera a discrepância entre a promessa realizada pelos meios de comunicação e o que realmente é fornecido. Por exemplo, a propaganda pode anunciar características de um serviço que podem não ser coerentes com a realidade do serviço, e, assim, gerar uma distorção na expectativa do cliente, ocasionando uma diminuição na percepção do nível de qualidade do serviço.

Concluiu-se que julgamentos de serviços considerados como de alta ou de baixa qualidade dependiam de como os clientes percebiam o real desempenho do serviço, no contexto de suas próprias expectativas. Assim, propôs-se o *Gap 5* ou a discrepância entre a expectativa do cliente e a sua percepção do serviço, podendo ser expresso como função dos outros *Gaps*. Nesse sentido, a percepção de qualidade dos serviços pelo cliente depende da direção e magnitude dos outros *Gaps*, associados com projeto, *marketing* e entrega dos serviços de uma empresa. Outra conclusão importante foi que os consumidores utilizam os mesmos critérios para chegar a um julgamento sobre a qualidade do serviço prestado, independentemente do tipo de serviço considerado.

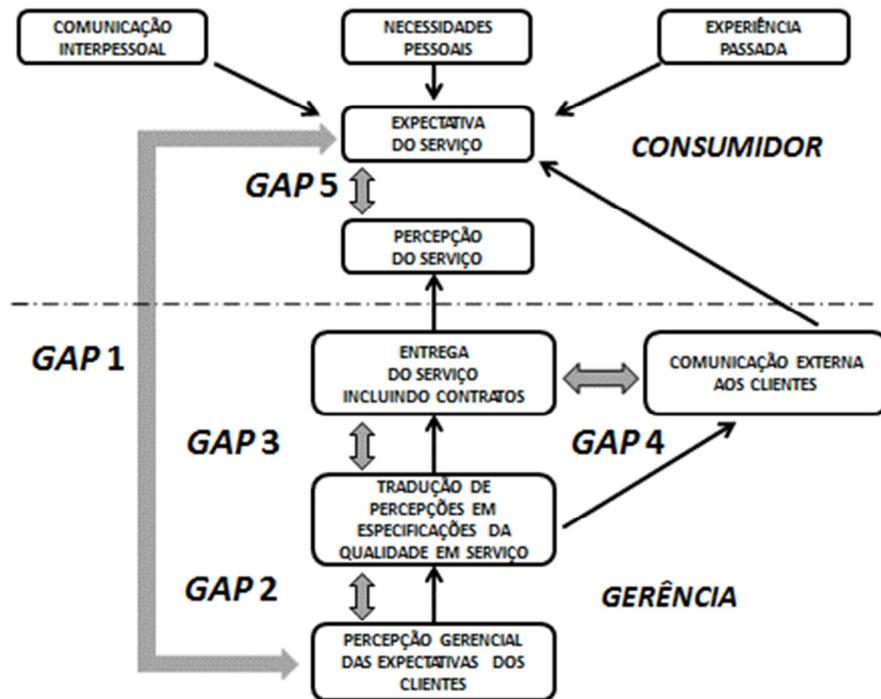


Figura 1 – Modelo Conceitual de Qualidade dos Serviços
 Fonte: Adaptado de Parasuraman et.al. (1985)

Estes critérios puderam ser generalizados em 10 categorias descritas no Quadro 4, inicialmente chamados de determinantes da qualidade e, posteriormente, denominados de dimensões da qualidade.

DIMENSÕES	CONCEITO
Confiabilidade	Abrange consistência de desempenho e confiabilidade. Também significa que a empresa honra seus compromissos. Especificamente envolve: precisão nas contas, manutenção dos registros de forma correta e realização do serviço no tempo designado.
Presteza	Refere-se ao desejo e presteza que os empregados têm em prover os serviços. Envolve rapidez nos serviços, por exemplo: postar um recibo ou contatar um cliente rapidamente, ou realizar rapidamente um serviço.
Competência	Significa possuir as habilidades necessárias e conhecimento para realizar o serviço, envolvendo: conhecimento e habilidade do pessoal de atendimento, conhecimento e habilidade do pessoal de apoio operacional, capacidade de pesquisa da organização.
Acessibilidade	Refere-se a proximidade e a facilidade de contato, significando que: o serviço pode ser acessível por telefone, o tempo de espera para receber o serviço não é muito extenso, tem um horário de funcionamento e localização conveniente
Cortesia	Abrange educação, respeito, consideração e amabilidade do pessoal de atendimento. Compreende também consideração com a propriedade do cliente (por exemplo: não usar sapatos sujos no carpete).
Comunicação	Significa manter os clientes informados em linguagem que sejam capazes de compreender. Pode significar que a companhia deve ajustar sua linguagem para diferentes consumidores, aumentando o nível e sofisticação para os mais bem educados e conversando de maneira simples e direta com os mais simples. Também compreende: proporcionar explicação do serviço, preços, descontos e garantir ao consumidor que um eventual problema será resolvido.
Credibilidade	Considera a honestidade e implica em que a empresa esteja comprometida em atender aos interesses e objetivos dos clientes, abrange: nome e reputação da empresa, características pessoais dos atendentes e nível de interação com os clientes durante a venda.
Segurança	Ausência de perigo, risco ou dúvidas, abrangendo: segurança física, financeira e confidencialidade.
Compreensão e Conhecimento do cliente	Significa esforçar-se para compreender as necessidades dos clientes, envolvendo: aprendizado sobre os requisitos específicos do cliente, proporcionar atenção individualizada, reconhecer clientes constantes e preferenciais.
Aspectos Tangíveis	Significa a inclusão e demonstração de evidências físicas ao serviço, tais como instalações, aparência do pessoal, ferramentas e equipamentos utilizados no serviço, representação física do serviço, tais como um cartão de crédito plástico, ou uma prestação de contas, além de outros clientes presentes nas instalações.

Quadro 4 - Dimensões da qualidade
 Fonte: Adaptado de Parasuraman et.al. (1985)

As dimensões da qualidade representam os pontos críticos na prestação de um serviço, que podem causar a discrepância entre expectativa e desempenho, que devem ser minimizadas a fim de se alcançar um padrão adequado de qualidade. O modelo *Gap* explicita as influências das várias discrepâncias ocorridas na qualidade dos serviços, divididas em dois segmentos distintos: o contexto gerencial e o contexto do cliente. No contexto gerencial, direciona-se a análise de cada *Gap* para uma melhoria no fornecimento dos serviços. No contexto do cliente, mostra-se como este faz a sua avaliação de qualidade através dos eventos de satisfação para

cada um dos itens que compõem as dimensões da qualidade. No modelo idealizado, o cliente tem uma ou mais expectativas para cada uma das dimensões da qualidade, em relação ao serviço a ser adquirido (PARASURAMAN et.al.,1985).

No decorrer do processo de compra, e mesmo após a compra, o cliente compara a sua expectativa com o seu julgamento do desempenho, para cada item da dimensão da qualidade, formando um conceito único que será definido como a qualidade perceptível dos serviços. A formação da expectativa tem como base três pontos principais: comunicação interpessoal, necessidades pessoais e experiência passada, em uma contínua renovação, conforme é ilustrado na Figura 2.

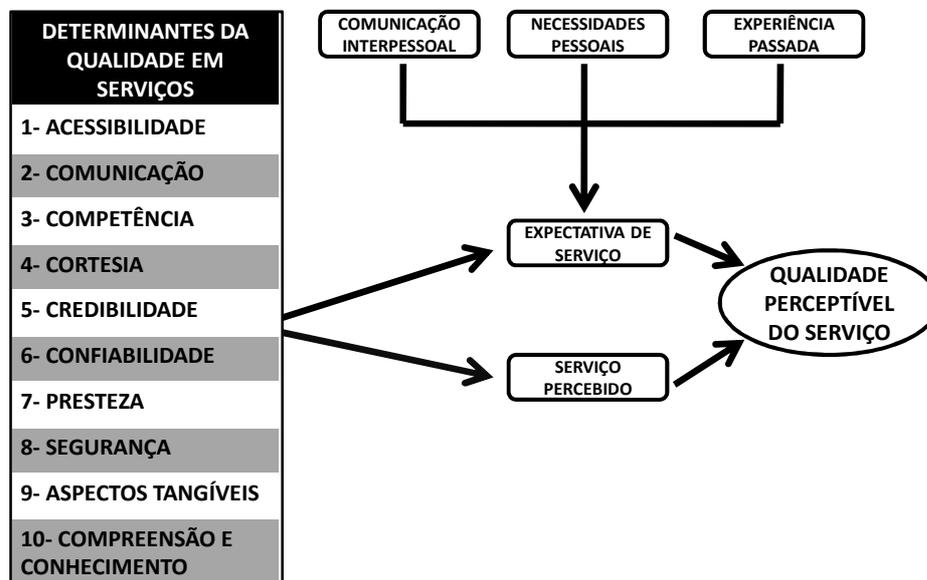


Figura 2- Determinantes da qualidade dos serviços
Fonte: Adaptado de Parasuraman et.al. (1985)

Parasuraman et. al. (1985) também afirmam que os clientes avaliam a qualidade dos serviços de forma global, de modo similar a uma atitude. Salientam os autores que a atitude é conceituada por Oliver (1980) como a duradoura orientação afetiva de um cliente em relação a um estabelecimento comercial, produto ou processo, enquanto que satisfação é a reação emocional a uma experiência, que pode variar de forma em função de uma expectativa prévia. Apesar da forte relação entre qualidade e satisfação, faz-se necessário ressaltar as devidas distinções no domínio dos trabalhos referenciados. A qualidade de serviços observável ou perceptível é conceituada como um julgamento global, enquanto a satisfação é relacionada a um fato ou transação específica. Estas distinções consideradas por Parasuraman et. al. (1985)

têm como base a pesquisa exploratória com os grupos de foco, em que houve várias ocorrências de satisfação de clientes com um determinado serviço sem que, no entanto, sentissem ou julgassem que este fosse de alta qualidade. Em suma, pode-se afirmar que, ao longo da aquisição de um serviço, as diversas ocorrências de satisfação resultam em um julgamento da qualidade deste.

Parasuraman et al. (1985), tomando como base as 10 dimensões da qualidade, desenvolveram um questionário chamado de Escala SERVQUAL, utilizando as diversas ocorrências de satisfação por meio do modelo *Gap*. Foram identificados inicialmente 97 itens, distribuídos pelos 10 determinantes da qualidade, capazes de caracterizar as percepções de qualidade. As empresas pesquisadas representavam os seguintes serviços: reparo e manutenção de produtos, banco varejista, chamada telefônica de longa-distância, corretagem de ações e operação de cartão de crédito, considerados como representativos do setor de serviços.

A escala ou conjunto de 97 itens, relativos à expectativa, e 97 itens relativos à percepção de qualidade foi refinada em três estágios, coletando-se dados de 200 respondentes adultos igualmente divididos entre homens e mulheres. Cada item inicial foi feito no formato de duas declarações. Uma fazia referência à expectativa do serviço e a outra à percepção de qualidade da empresa em questão. Aproximadamente metade dos itens foi escrita no formato afirmativo e, outra metade, negativamente. Para se qualificar para a pesquisa os respondentes deveriam ter usado os serviços durante os três meses anteriores.

Determinou-se o Alfa de Cronbach (HAYES, 1992) separadamente por dimensão, encontrando-se valores que variavam de 0,55 a 0,78 (o valor ideal corresponde a 1). A análise destes valores sugeria a eliminação de alguns itens para melhorar a confiabilidade do questionário. Em um primeiro refinamento da escala, chegou-se a 54 itens distribuídos entre as 10 dimensões, com o coeficiente alfa atingindo valores de 0,72 a 0,83. Prosseguindo com o refinamento da escala, foi alcançado um resultado de cinco dimensões da qualidade, caracterizadas por 22 itens, sendo os seguintes:

- **Confiabilidade:** capacidade de realizar um serviço prometido de forma confiável e precisa.
- **Presteza:** ajudar o cliente e prover pronto atendimento.
- **Segurança:** habilidade em transmitir confiança e segurança, com cortesia e conhecimento.
- **Empatia:** cuidados e atenção individualizados aos clientes.

- **Tangibilidade:** instalações, equipamentos, pessoal envolvido e material de comunicação.

Os 22 itens mostrados no Quadro 5, distribuídos pelas cinco dimensões anteriores, não são descritos genericamente, mas por meio de afirmações e negações, representando características específicas para cada dimensão, utilizando uma escala Lickert de 7 pontos, variando de (1) “discordo fortemente” a (7) “concordo fortemente”. Estas cinco dimensões da qualidade obtidas pela pesquisa, após nova análise e eliminação de itens, apresentaram coeficiente alfa, por dimensão, variando de 0,72 a 0,86, sendo o menor para aspectos tangíveis e o maior para empatia, com um coeficiente alfa total da escala de 0,92.

ITEM	EXPECTATIVA	DESEMPENHO				
01	Ela deveria ter equipamentos modernos.	XYZ tem equipamentos modernos.				
02	As suas instalações físicas deveriam ser visualmente atrativas.	As instalações físicas de XYZ são visualmente atrativas.				
03	Os seus empregados deveriam estar bem-vestidos e asseados.	Os empregados de XYZ são bem-vestidos e asseados.				
04	A aparência das instalações da empresa deveria estar conservada de acordo com o serviço oferecido.	A aparência das instalações físicas de XYZ é conservada de acordo com o serviço oferecido.				
05	Quando estas empresas prometem fazer algo em certo tempo deveriam fazê-lo.	Quando XYZ promete fazer algo em certo tempo, realmente o faz.				
06	Quando os clientes têm algum problema com esta empresa ela deveria ser solidária e deixá-los seguros.	Quando você tem algum problema com a empresa XYZ, ela é solidária e o deixa seguro.				
07	Esta empresa deveria ser de confiança.	XYZ é de confiança.				
08	Ela deveria fornecer o serviço no tempo prometido.	XYZ fornece o serviço no tempo prometido.				
09	Ela deveria manter seus registros de forma correta.	XYZ mantém seus registros de forma correta.				
10	Não seria de se esperar que ela informasse os clientes exatamente quando os serviços fossem executados.	XYZ não informa exatamente quando os serviços serão executados.				
11	Não é razoável esperar por uma disponibilidade imediata dos empregados da empresa.	Você recebe serviço imediato dos empregados da XYZ.				
12	Os empregados das empresas não têm que estar sempre disponíveis em ajudar os clientes.	Os empregados da XYZ não estão sempre dispostos a ajudar os clientes.				
13	É normal que eles estejam muito ocupados em responder prontamente aos pedidos.	Empregados da XYZ estão sempre ocupados em responder aos pedidos dos clientes.				
14	Clientes deveriam ser capazes de acreditar nos empregados desta empresa.	Você pode acreditar nos empregados da XYZ.				
15	Clientes deveriam ser capazes de se sentir seguros na negociação com os empregados da empresa.	Você se sente seguro em negociar com os empregados da XYZ.				
16	Seus empregados deveriam ser educados.	Empregados da XYZ são educados.				
17	Seus empregados deveriam obter suporte adequado da empresa para cumprir suas tarefas corretamente.	Os empregados da XYZ não obtêm suporte adequado da empresa para cumprir suas tarefas corretamente.				
18	Não seria de esperar que a empresa desse atenção individual aos clientes.	XYZ não dá atenção individual a você.				
19	Não se pode esperar que os empregados dêem atenção personalizada aos clientes.	Os empregados da XYZ não dão atenção pessoal.				
20	É absurdo esperar que os empregados saibam quais são as necessidades dos clientes.	Os empregados da XYZ não sabem das suas necessidades.				
21	É absurdo esperar que esta empresa tenha os melhores interesses de seus clientes como objetivo.	XYZ não tem os seus melhores interesses como objetivo.				
22	Não deveria se esperar que o horário de funcionamento fosse conveniente para todos os clientes.	XYZ não tem os horários de funcionamento convenientes a todos os clientes.				
(1) DISCORDO FORTEMENTE	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7) CONCORDO FORTEMENTE

Quadro 5- O instrumento SERVQUAL
Fonte: Adaptado de Parasuraman et al. (1985)

As 10 (dez) dimensões iniciais, posteriormente reduzidas a 05 (cinco), são mostradas no Quadro 6, com os números dos respectivos itens do formato final proposto.

DIMENSÕES SERVQUAL					
Dez dimensões originais	Aspectos Tangíveis	Confiabilidade	Presteza	Segurança	Empatia
Aspectos tangíveis	Questões de 1 a 4				
Confiabilidade		Questões de 5 a 9			
Presteza			Questões de 10 a 13		
Competência				Questões de 14 a 17	
Cortesia					
Credibilidade					
Segurança					
Acessibilidade					Questões de 18 a 22
Comunicação					
Compreensão/Conhecimento do cliente					

Quadro 6 - Evolução das dimensões da qualidade
Fonte: Adaptado de Parasuraman et al. (1985)

Posteriormente, Parasuraman et al. (1991) refinaram o instrumento SERVQUAL, baseados em levantamento empírico em cinco empresas de serviço. As expressões originais, que poderiam contribuir negativamente para um aumento de expectativa do entrevistado, foram substituídas por outras que retratavam a expectativa do que os clientes considerariam como serviços excelentes. Além desta mudança, todas as expressões negativas foram substituídas por expressões afirmativas e dois itens foram substituídos, com a finalidade de refletirem mais fielmente as dimensões representadas. Com essas alterações, a análise de regressão apresentou resultados mais consistentes, sendo o valor do coeficiente de Pearson (R^2) maior que 0,57 para todas as empresas investigadas.

Obviamente, como é comum a todos os modelos propostos, surgiram críticas ao modelo de Parasuraman et al. (1985). Dentre todas as críticas, talvez a mais relevante tenha sido a de Cronin e Taylor (1992), que questionam a validade do instrumento SERVQUAL, argumentando que a qualidade perceptível de serviços é mais bem conceituada como uma atitude; o modelo proposto é mais eficaz na operacionalização da qualidade dos serviços; a medida de desempenho captura mais adequadamente a percepção da qualidade dos serviços pelo cliente.

Em um trabalho posterior, Parasuraman et al. (1994) respondem às críticas feitas por Cronin e Taylor (1992) e propõem uma agenda para pesquisa. Quanto às críticas teóricas, afirmam que o questionário SERVQUAL é um instrumento para medição da qualidade percebida dos serviços em um determinado ponto do tempo e independentemente do processo pelo qual o conceito global de qualidade é formado. Dessa forma, pelos dizeres dos autores,

ao se buscar entender a qualidade dos serviços hospitalares, pode-se dizer que esta é espelhada pela diferença entre a expectativa e a percepção dos serviços em sí, naquele momento específico, naquele atendimento e naquela internação.

Com relação às distinções entre a satisfação de clientes e a qualidade de serviço, Parasuraman et al. (1991) ressaltam que a satisfação é uma avaliação específica, enquanto a qualidade de serviço é uma avaliação global composta por várias avaliações específicas, com uma direção de causalidade no sentido de que a satisfação do cliente leva à qualidade em serviço. Os autores também afirmam que, quanto à avaliação da expectativa, ainda não há consenso entre o que deve ser medido: se o desejo em relação a uma característica, ou um padrão esperado pelo cliente para uma determinada característica.

A partir de então, vários autores têm se dedicado a esse campo de pesquisa, seja aperfeiçoando os modelos existentes (PARASURAMAN et al., 1991; 1994; TEAS, 1993) ou propondo outros modelos utilizando parcialmente suas dimensões (BOLTON; DREW, 1991; CRONIN; TAYLOR, 1992).

Estes, e vários outros estudos, foram desenvolvidos no sentido de testar a Escala SERVQUAL em sua totalidade ou, em alguns casos, em dimensões específicas, nos mais diversos ramos de prestação de serviços. Na área hospitalar foram realizados diversos estudos, onde se buscou avaliar a qualidade dos serviços, porém apenas sob a ótica pacientes/usuários e dos profissionais de saúde. Em um trabalho sistematizado, Albuquerque (2012) apontou diversos estudos e os ordenou conforme quadro 7 a seguir:

Quadro 7 – Estudos empíricos sobre a utilização da SERVQUAL na área da saúde

AUTOR (es):	TÍTULO DO TRABALHO:	OBJETO DE ESTUDO:	LOCAL/ANO:	AMOSTRA:	PRINCIPAIS CONCLUSÕES:
Vandamme, R. e Leunis, J.	Desenvolvimento da escala de itens múltiplos para a medição da qualidade de serviços nos hospitais.	Pacientes de um hospital geral da Bélgica.	Bélgica, 1993	70 entrevistados	Como o referido estudo avaliou a qualidade somente do ponto de vista do paciente, sugere outros estudos de contatos interpessoais entre pacientes e fornecedores de serviços.
Scardina, S. A.	Servqual: uma ferramenta para avaliação da satisfação do paciente com o serviço de enfermagem.	Pacientes	Estados Unidos, 1994	Não referenciada	O resultado aponta que os enfermeiros provêem o serviço para os pacientes e que o papel deles\delas é influente na satisfação global. Indica também abertura para melhoria alimentar.
Anderson, E. A.	Medindo a qualidade de serviço nas clínicas de saúde universitárias.	Pacientes (estudantes) do Centro de Saúde da Universidade de Houston.	Bradford, 1995	431 entrevistados	Mensurar a qualidade do serviço é importante para avaliar a eficácia do planejamento estratégico no que diz respeito à melhoria da qualidade. Para atingir esses objetivos, o referido Centro de Saúde planeja administrar o SERVQUAL em uma base anual. Os pacientes deram uma menor importância aos aspectos tangíveis e empatia.

Quadro 7: Continuação

AUTOR (es):	TÍTULO DO TRABALHO:	OBJETO DE ESTUDO:	LOCAL/ANO:	AMOSTRA:	PRINCIPAIS CONCLUSÕES:
Youssef, F. N. et al.	Qualidade do tratamento de saúde em hospitais.	Pacientes do Hospital de Midlands.	Bradford, 1995	186 entrevistados	O instrumento SERVQUAL deve ser usado anualmente para avaliar resultados; projetar a melhoria contínua nos hospitais de NHS e comparar mudanças de qualidade do serviço entre hospitais. O desafio é exceder a expectativa do cliente, melhorar a qualidade do serviço, institucionalizar a qualidade em todos os hospitais de NHS, desenvolver importante papel de gerência na melhoria da qualidade e isso requer planejamento, coordenação e sobretudo, compromisso total.
Lam, S. S. K.	Servqual: uma ferramenta para apuração da opinião dos pacientes dos serviços sobre a qualidade dos hospitais em Hong Kong.	Pacientes de hospitais de Hong-Kong.	Abingdon, 1997	82 pacientes	Esse estudo afirma que, baseado em dados fora dos E.U. A, o SERVQUAL parece ser uma escala consistente e de confiança para medir a qualidade do serviço e do cuidado de saúde. A escala exhibe medidas de confiança, válidas para avaliar as expectativas e desempenho.

Quadro 7: Continuação

AUTOR (es):	TÍTULO DO TRABALHO:	OBJETO DE ESTUDO:	LOCAL/ANO:	AMOSTRA:	PRINCIPAIS CONCLUSÕES:
Dennis, K. et al.	Identificando forças e fraquezas da qualidade do serviço usando SERVQUAL: um estudo de serviços dentais.	Pacientes registrados em um curso de marketing em uma universidade ocidental.	New York, 1997	162 pacientes	O estudo indica que a SERVQUAL modificado pode identificar graus de satisfação e pode ajudar a identificar na prática dental o que poderia ser melhorado e que uma avaliação da qualidade do serviço com SERVQUAL é diagnóstica.
Nigel, S.	Melhoria de qualidade contínua no cuidado de saúde agudo: criando uma aproximação	Equipe de funcionários e pacientes.	Bradford, 1997	Amostra aleatória composta de 478	A aplicação do instrumento resultou nas seguintes medidas: projetar melhoria contínua; focar as ações para o
Camilleri, D. e O`Callaghan, M.	Comparando a qualidade dos serviços de tratamento público e privado.	Pacientes de hospitais de Malta.	Bradford, 1998 e 1999	Não referenciada	Em Malta, o serviço privado é considerado como ser de qualidade superior aquele fornecido pelo setor público. Os pacientes consideram a qualidade do profissional e do cuidado técnico e o grau de atenção individual os dois aspectos mais importantes na qualidade do serviço.

Quadro 7: Continuação

AUTOR (es):	TÍTULO DO TRABALHO:	OBJETO DE ESTUDO:	LOCAL/ANO:	AMOSTRA:	PRINCIPAIS CONCLUSÕES:
Lim, P. C. e Tang, N. K. H.	Um estudo das expectativas dos pacientes e a satisfação nos hospitais de Singapura.	Pacientes de hospitais de Singapura.	Bradford, 2000	252 questionários	Os autores demonstraram como o instrumento SERVQUAL poderia ajudar os hospitais a identificar as características do serviço que são importantes para os pacientes. Dessa maneira, os hospitais de Singapura, podem melhorar seu nível de qualidade e a eficácia da SERVQUAL pode ser monitorada ao longo do tempo. A garantia e a responsividade foram as dimensões críticas da qualidade dos serviços dos hospitais em Singapura.
Curry, A. e Sinclair, E.	Avaliando a qualidade dos serviços fisioterápicos usando a SERVQUAL.	Pacientes de três serviços de fisioterapia de um hospital de Dundee.	Bradford, 2002.	134 questionários	Esse estudo confirma a utilidade e a potencial relevância da SERVQUAL no contexto do setor público para determinar prioridades do consumidor e medida de desempenho do serviço.

Quadro 7: Continuação

AUTOR (es):	TÍTULO DO TRABALHO:	OBJETO DE ESTUDO:	LOCAL/ANO:	AMOSTRA:	PRINCIPAIS CONCLUSÕES:
Jabnoun, J. e Chaker, M.	Comparando a qualidade de hospitais públicos e privados.	Pacientes dos hospitais de Abu, Dhabi, Sharjah e Dubai	Bradford, 2003.	205 questionários	Os gerentes de healthcare devem usar esse questionário para avaliar sua qualidade de serviço. O estudo sugere que os problemas enfrentados, relacionados à qualidade de serviço devem ser resolvidos através de treinamento para enfermeiras, médicos e administradores.
Sohail, M. S.	Qualidade de serviço nos hospitais: mais favoráveis do que você poderia imaginar.	Pacientes atendidos em cinco hospitais privados da Malásia	Bradford, 2003	150 questionários	O número de expectativas obtidas indica que os malasianos têm baixas expectativas com relação à assistência de saúde privada. As altas percepções registradas neste estudo, que excedem as expectativas, indicam que os malasianos percebem a qualidade de serviço de forma positiva, onde todas as medidas atribuídas superam as expectativas.

Quadro 7: Continuação

AUTOR (es):	TÍTULO DO TRABALHO:	OBJETO DE ESTUDO:	LOCAL/ANO:	AMOSTRA:	PRINCIPAIS CONCLUSÕES:
Hercos, B. V. S. e Berezovsky, A.	Qualidade do serviço oftalmológico prestado aos pacientes ambulatoriais, do Sistema Único de Saúde – SUS.	Pacientes ambulatoriais do SUS – Fundação Hilton Rocha.	Belo Horizonte – MG – Brasil, 2004.	100 pacientes	O grau de insatisfação com o serviço prestado foi discreto principalmente na dimensão segurança. Foi detectado que é na confiabilidade a maior deficiência. Os dados obtidos sugerem que monitorar a qualidade do serviço, através do emprego periódico da Escala Servqual permitiria planejar estratégias de intervenção de alta efetividade como também monitorar respostas a essas ações.
Borges, J. B. C. et al.	Qualidade do serviço prestado aos pacientes de cirurgia cardíaca do Sistema Único de Saúde - SUS	Pacientes de cirurgia cardíaca da Santa Casa de Misericórdia.	Marília, São Paulo, Brasil - 2006.	82 pacientes	O paciente de cirurgia cardíaca tem expectativa alta quanto ao serviço médico-hospitalar. Ele da importância à dimensão segurança não sendo relevante a tangibilidade e confiabilidade. Os dados obtidos sugerem que a qualidade deste serviço pode ser monitorada periodicamente pela Escala Servqual.

Quadro 7: Continuação

AUTOR (es):	TÍTULO DO TRABALHO:	OBJETO DE ESTUDO:	LOCAL/ANO:	AMOSTRA:	PRINCIPAIS CONCLUSÕES:
Cruz, W. B. S. e Melleiro, M. M.	Análise da satisfação dos usuários de um hospital privado.	Usuário em unidades de Internação de clínica médica e cirúrgica.	São Paulo - 2007	71 usuários	Quanto às dimensões confiabilidade, responsabilidade e empatia, todas foram valorizadas pelos usuários, principalmente relacionada ao desempenho dos colaboradores. Quanto à dimensão tangibilidade esta apresentou os menores índices de satisfação.

Quadro 7 – Estudos empíricos sobre a utilização da SERVQUAL na área da saúde
 Fonte: Adaptado de Albuquerque (2012)

Evidencia-se nos estudos apontados por Albuquerque (2012) a importância e consistência da Escala SERVQUAL, além de sua aplicabilidade para a análise de pontos positivos e negativos em relação aos serviços prestados. Finalizando, Parasuraman et. al. (1994) salientam que a medição de expectativas individuais para cada item é uma informação mais rica que somente a medição de desempenho, pois seriam detectadas áreas de deficiência quanto à satisfação dos clientes, com ações gerenciais diretas para cada dimensão considerada.

2.3.1.3 Modelo percepção-expectativa

A exemplo de Parasuraman et al. (1985), o Modelo percepção-expectativa também foi proposto com base nos estudos de Oliver (1980). Seus autores, Brown e Swartz (1989), consideravam a qualidade como a diferença entre expectativa e percepção de desempenho. Conceitualmente, é semelhante ao modelo SERVQUAL, que considera a qualidade como a diferença entre percepção de desempenho e expectativa. Analiticamente, a avaliação do serviço pelo cliente poderia ser expressa como:

$$Q_i = E_i - D_i$$

$$D_i = f(D_j), \quad t_0 < t_1$$

Onde:

D_i = Medida de percepção de desempenho para característica i do serviço, em um momento t_1 .

E_i = Medida da expectativa de desempenho para característica i do serviço.

Q_i = Avaliação da qualidade do serviço em relação à característica i .

D_j = Medida de percepção de desempenho para característica i do serviço em situações anteriores à da avaliação D_i .

Os *Gaps* ou discrepâncias propostas foram:

- *Gap 1* = Percepção de desempenho do profissional julgado pelo cliente.
- *Gap 2* = Percepção do profissional em relação à expectativa do cliente.
- *Gap 3* = Percepção do profissional em relação ao desempenho julgado pelo cliente.

O modelo ilustrado na Figura 3, apesar de não diferir substancialmente se comparado ao trabalho de Parasuraman et al. (1985), traz uma simplificação na análise do serviço no

âmbito gerencial. O modelo foi aplicado à área médica, envolvendo 13 profissionais com consultórios, nas especialidades de medicina interna e familiar.

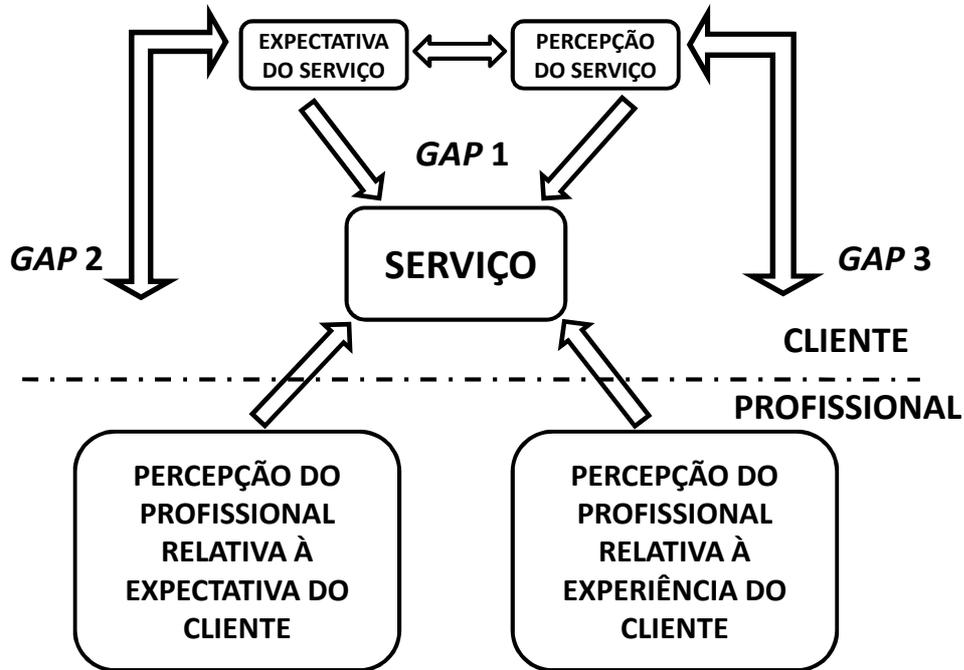


Figura 3- Percepção - Expectativa
Fonte: Adaptado de Brown e Swartz, 1989

Foram enviados questionários usando a escala Likert de 5 pontos (1 – “discordo fortemente” a 5 – “concordo fortemente”), em 10 dimensões da qualidade. Foram obtidas 1.128 respostas e com a análise estatística dos dados não foi possível refutar duas das três hipóteses propostas.

A primeira hipótese não rejeitada foi que quanto maior a discrepância entre expectativa do cliente e o desempenho perceptível do serviço, menor o nível de satisfação (*Gap 1*). A segunda hipótese, também não rejeitada, foi que o nível positivo de avaliação do serviço profissional pelo cliente é diretamente proporcional ao *Gap 3*, ou seja, maior será o nível de satisfação do cliente quanto melhor for o nível de percepção do serviço pelo próprio profissional que presta o serviço.

A terceira hipótese, testada e rejeitada, foi que seria maior o nível de satisfação quanto menor a discrepância entre a expectativa do cliente e a percepção desta expectativa pelo profissional (*Gap 2*). No entanto, os próprios pesquisadores, em uma análise crítica, suspeitaram da confiabilidade das afirmativas relativas às expectativas, podendo não ter retratado com fidelidade o que estava sendo medido.

Apesar de o modelo de expectativa/não-confirmação ter sido testado em somente uma amostra de uma organização de serviços e, portanto, não ser representativo para todas as áreas de serviço ou mesmo para outras áreas de serviço médico, representa um tipo de serviço em que há uma interação intensa entre o profissional e o cliente. Como medida de validade, a pesquisa obteve valores de 0,60 para o coeficiente de Alfa de Cronbach. No final, pode-se considerar apropriado para avaliar a qualidade dos serviços com estas características, mesmo a hipótese do *Gap 2* tendo sido rejeitada.

2.3.1.4 Modelo de avaliação da qualidade de serviço e valor

Bolton e Drew (1991) propuseram um método de avaliação envolvendo o valor a ser pago pelo serviço como parte do comportamento do cliente. A Figura 5 acrescenta elementos adicionais nas pesquisas sobre satisfação de clientes, representadas pelos conectores com fundo branco. Os elementos com fundo cinza representam o modelo SERVQUAL, anteriormente citado.

Os autores sugerem um modelo mais elaborado segundo o qual as expectativas, desempenho percebido e a não-confirmação das expectativas são antecedentes da satisfação do cliente, sendo esta satisfação um dos fatores que afetam a percepção da qualidade do serviço. Outro fator influente na percepção da qualidade do serviço é a própria não-confirmação das expectativas.

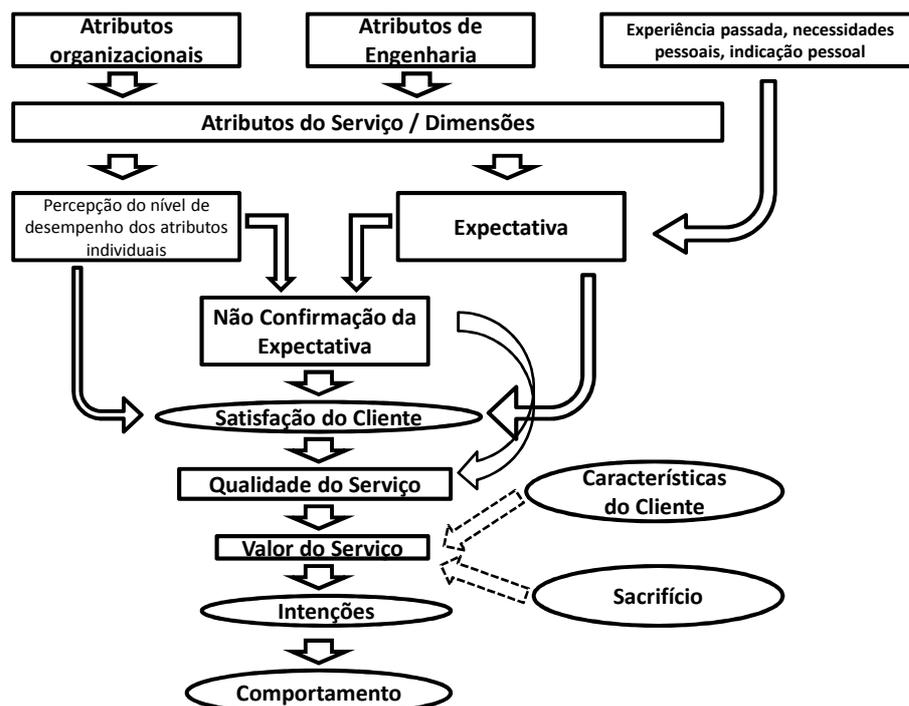


Figura 4- Avaliação da Qualidade de Serviço e Valor
 Fonte: Adaptado de Bolton e Drew (1991)

A avaliação de valor do serviço é uma função da qualidade do próprio serviço e dos sacrifícios envolvidos em sua aquisição, além das características dos clientes. Sacrifício é uma variável que descreve custos monetários e não-monetários associados à utilização dos serviços. A influência destas variáveis na avaliação de valor do serviço é representada pelos conectores pontilhados na Figura 4. Somente após a formação do conceito pessoal de valor do serviço é que serão delineadas as intenções e o comportamento do cliente em relação ao consumo de um serviço. A partir do modelo da Figura 5, assumiram-se as seguintes relações:

$$D = f_1(S)$$

$$Q = f_2(D, E, (D-E))$$

$$V = f_3(Q, Sc, Cr)$$

$$V = f_4[Q, Sc, Cr, D, E, (D-E)]$$

Onde:

D = Valores de percepção de desempenho do serviço k

Q = Valores de percepção de qualidade do serviço

E = Valores para expectativa do cliente em relação ao serviço

V = Medida de valor do serviço

Sc = Valor para o sacrifício envolvido na aquisição do serviço

Cr = Característica do cliente

Na avaliação de desempenho, D corresponde a valores perceptíveis para atributos que descrevem o serviço k , e f_1 é uma função com parâmetros que dependem da natureza deste serviço. A avaliação da qualidade dos serviços tem como variáveis o desempenho avaliado no momento da aquisição do serviço, a expectativa do cliente e a não confirmação destas expectativas.

Como na literatura existe a hipótese de que os componentes da qualidade do serviço são avaliados de forma diferente quando se avalia concomitantemente seu valor, esta hipótese é testada através das equações (6) e (7), que têm funções diferentes, f_3 e f_4 .

A aplicação do modelo ocorreu em três etapas distintas, avaliando-se as percepções de desempenho, a qualidade do serviço e, posteriormente, o valor a ele associado, para serviços telefônicos residenciais de ligações em todo o território norte-americano. A pesquisa envolveu 1.408 respondentes avaliando características previamente identificadas do instrumento

SERVQUAL, considerando as cinco dimensões apontadas anteriormente, exceto os aspectos tangíveis que não foram ponderados, pois o contato com a companhia é feito de forma automatizada, não havendo necessidade de demonstração dos equipamentos, instalações e pessoal envolvido para o consumo e a avaliação do serviço.

Um ponto importante nessa pesquisa de Bolton e Drew (1991) foi a adaptação dos questionários para a área de telecomunicações, e que as medições avaliaram primeiramente a satisfação do cliente, de acordo com as equações anteriores, e não conforme o instrumento SERVQUAL. As características foram medidas em uma escala Likert de 4 pontos (fraco, regular, bom e excelente).

Na discussão dos resultados, os pesquisadores observam que a não foram confirmadas as expectativas dos clientes explica uma maior proporção da variabilidade da qualidade dos serviços que o próprio desempenho, enquanto que, em estudos prévios, o desempenho explicava a maior proporção da variabilidade da satisfação de clientes, em relação à não-confirmação das expectativas.

Bolton e Drew (1991) concluíram também que a não-confirmação das expectativas é mais importante na avaliação do valor dos serviços que na avaliação da qualidade dos serviços. Finalmente, as características dos clientes são mais importantes para a avaliação do valor que para a avaliação da qualidade do serviço. Esta última conclusão traz implicações no gerenciamento de uma empresa de serviços, considerando que o valor percebido de um serviço é uma medida mais geral e significativa que a própria qualidade do serviço. Os autores sugerem, com base nos resultados da pesquisa, que os provedores de serviço devem oferecer serviços mais flexíveis que possam satisfazer às diferentes preferências e expectativas de cada segmento de mercado. Afirmam que há a necessidade de mais pesquisa para explorar os antecedentes da satisfação dos clientes, qualidade dos serviços e valor dos serviços, além do levantamento de questões sobre as medidas e escalas adotadas que melhor se adaptem a este tipo de pesquisa.

2.3.1.5 Modelo SERVPERF

Desenvolvido por Cronin e Taylor (1992), o Modelo SERVPERF é baseado somente na percepção de desempenho de serviços. Os autores ressaltam que a qualidade é conceituada mais como uma atitude do cliente nas dimensões da qualidade, e que não deve ser medida

com base no modelo de satisfação de Oliver (1980), ou seja, por meio das diferenças entre expectativa e desempenho, mas somente pelo desempenho, expresso por:

$$Q_i = D_i$$

Sendo:

Q_i = Avaliação da qualidade do serviço em relação à característica i .

D_i = Valores de percepção de desempenho para a característica i de serviço.

Os autores denominaram de escala SERVPERF como uma alternativa ao instrumento SERVQUAL, considerando ainda que os 22 itens representando as cinco dimensões da qualidade em serviço, propostos por Parasuraman et al. (1988), estavam bem embasados teoricamente. Assim, os 22 itens foram utilizados para a avaliação de desempenho, testando-se quatro hipóteses:

1. Uma medida de qualidade em serviço SERVPERF não ponderada é mais apropriada para a medição da qualidade em serviço que o instrumento SERVQUAL, SERVQUAL ponderado, ou SERVPERF ponderado.
2. Satisfação do cliente é um antecedente da qualidade perceptível de serviço.
3. Satisfação do cliente tem um impacto significativo nas intenções de recompra.
4. Qualidade perceptível de serviço tem um impacto significativo nas intenções de recompra.

No trabalho, foram aplicadas quatro séries de questões em empresas representantes dos seguintes setores: bancos, controle de pragas, lavanderia e lanchonete. Usando os mesmos itens aplicados no instrumento SERVQUAL, os questionários (com escala Likert de 7 pontos) incluíam ainda uma avaliação para cada um dos itens quanto a sua importância, visando obter uma ponderação (mostrada no Quadro 8), e um questionário adicional (Figura 5).

ITEM	IMPORTÂNCIA					
01	Equipamentos modernos.					
02	Instalações físicas são visualmente atrativas.					
03	Os empregados são bem-vestidos e asseados					
04	A aparência das instalações físicas é conservada de acordo com o serviço oferecido.					
05	Quando algo é prometido em um certo tempo é cumprido.					
06	Quando há algum problema com a empresa, ela é solidária e o deixa seguro					
07	Tem confiabilidade.					
08	Fornece o serviço no tempo prometido.					
09	Mantém seus registros de forma correta.					
10	Informa exatamente quando os serviços serão executados.					
11	Recebe serviço imediato.					
12	Empregados estão sempre dispostos a ajudar os clientes.					
13	Empregados não estão sempre ocupados para responder aos pedidos dos clientes.					
14	Empregados são confiáveis.					
15	O sentimento de se sentir seguro em negociar com os empregados da empresa.					
16	Empregados são educados.					
17	Suporte adequado da empresa para cumprir suas tarefas corretamente.					
18	Atenção individual.					
19	Empregados dão a você atenção pessoal.					
20	Empregados sabem das suas necessidades.					
21	Os objetivos da empresa são os seus objetivos.					
22	Horário de trabalho conveniente.					
(1) SEM MUITA IMPORTÂNCIA	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7) MUITO IMPORTANTE

Quadro 8- Questionário de Importância dos Itens
 Fonte: Adaptado de Cronin e Taylor (1992)

O questionário adicional compreendia três questões com o objetivo de avaliar os sentimentos a respeito da empresa fornecedora de serviços, a satisfação do cliente, a qualidade total dos serviços e a intenção de recompra.

Cronin e Taylor (1992) concluem que o instrumento SERVPERF é mais sensível em retratar as variações de qualidade em relação às outras escalas testadas. Esta conclusão foi baseada na utilização do teste estatístico do qui-quadrado como prova de aderência das distribuições empíricas de dados e também o coeficiente da regressão linear dos dados.

Com referência à relação causal da qualidade em serviço, os pesquisadores afirmam que a literatura sugere que satisfação de cliente é um antecedente à qualidade de serviços, citando como exemplo o trabalho de Bolton e Drew (1991). Entretanto, Cronin e Taylor (1992) concluíram que a qualidade de serviço leva à satisfação do cliente. Esta relação de causalidade entre qualidade de serviços e satisfação foi determinada por meio da técnica de

modelamento de equações estruturais com variáveis latentes (sendo mais comum ser chamada de “*software LISREL*”).

"O seguinte conjunto de afirmativas se refere aos sentimentos a XYZ. Favor responder circulando o número que reflete melhor sua percepção									
1- No próximo ano meu uso de XYZ será:									
Absolutamente nenhum	1	2	3	4	5	6	7	Muito frequente	
2- A qualidade de serviço de XYZ é:									
Muito Ruim	1	2	3	4	5	6	9	Excelente	
3- Meus sentimentos em relação aos serviços de XYZ podem ser mais bem descritos como:									
Muito insatisfeito	1	2	3	4	5	6	9	Bastante Satisfeito	

Figura 5- Questões adicionais
Fonte: Adaptado de Cronin e Taylor (1992)

Com relação a terceira e quarta questões da pesquisa, a satisfação do cliente levaria à intenção de compra para as quatro amostras dos quatro setores analisados, enquanto que qualidade de serviço seria a causa da intenção de compra para somente dois setores dos quatro analisados.

Cronin e Taylor (1992) fazem também outras importantes considerações. Como a qualidade dos serviços é antecedente à satisfação do cliente, e como a satisfação do cliente tem uma forte relação na intenção de recompra, ações administrativas deveriam considerar programas de satisfação de clientes baseados em estratégias de qualidade de serviços. Salientam ainda que o maior problema na literatura é a hesitação em identificar claramente a qualidade perceptível dos serviços como uma atitude de recompra e a condução das pesquisas sobre qualidade de serviço não ser consistente com a literatura sobre satisfação e atitude.

Cronin e Taylor (1992) afirmam também que, segundo o trabalho pioneiro de Oliver (1980), a intenção de recompra é função da atitude. A atitude é função da expectativa inicial, e, nas aquisições subsequentes, a atitude é uma função da atitude prévia e também do nível atual de satisfação com o serviço. Resumindo, tem-se a seguinte sequência:

- Na ausência de experiência prévia com um fornecedor, somente a expectativa inicial define o nível de qualidade perceptível;
- Experiências subsequentes com o fornecedor conduzem a novas não-confirmações de expectativas, modificando o nível de qualidade perceptível do serviço;
- O nível de qualidade perceptível do serviço redefinido modifica a intenção de recompra de um cliente.

Considerando as afirmações anteriores, Cronin e Taylor (1992) questionam a validade do instrumento SERVQUAL, criado a partir da não-confirmação da expectativa como a

medida primária da qualidade perceptível de serviço, e destacam que a proposta da medida de desempenho SERVPERF está mais alinhada aos conceitos teóricos. Os autores concluem com uma crítica, afirmando que a qualidade perceptível de serviços é mais bem conceituada como uma atitude; o modelo proposto é mais eficaz na operacionalização da qualidade dos serviços e a medida de desempenho captura mais adequadamente a percepção da qualidade dos serviços pelo cliente.

Em um trabalho posterior, Parasuraman et al. (1991) respondem às críticas feitas por Cronin e Taylor (1992) e propõem uma agenda para pesquisa. Quanto às críticas teóricas, afirmam que o questionário SERVQUAL é um instrumento para medição da qualidade percebida dos serviços, no nível de atitude, em um determinado ponto do tempo e independentemente do processo pelo qual o conceito global de qualidade é formado.

Com relação às distinções entre a satisfação de clientes e a qualidade de serviço, Parasuraman et al. (1991) ressaltam que a satisfação é uma avaliação específica, enquanto a qualidade de serviço é uma avaliação global composta por várias avaliações específicas, com uma direção de causalidade no sentido de que a satisfação do cliente leva à qualidade em serviço. No entanto, propõem novas pesquisas, sugerindo que a direção de causalidade pode ser da qualidade do serviço para a satisfação de clientes. Os autores também afirmam que, quanto à avaliação da expectativa, ainda não há consenso entre o que deve ser medido: se o desejo em relação a uma característica, ou um padrão esperado pelo cliente para uma determinada característica.

Parasuraman et al. (1991) salientam que a medição de expectativas individuais para cada item é uma informação mais rica que somente a medição de desempenho, pois seriam detectadas áreas de deficiência quanto à satisfação dos clientes, com ações gerenciais diretas para cada dimensão considerada.

2.3.1.6 Modelo de desempenho Ideal

Em seu trabalho empírico, Teas (1993) testa quatro modelos, classificando-os como ponderados e não-ponderados, pela importância de cada atributo, empregando os mesmos itens do instrumento SERVQUAL para as dimensões da qualidade. Este trabalho envolveu 120 respondentes aleatoriamente escolhidos pela lista telefônica, sendo questionados pessoalmente a respeito de três lojas de varejo, em 10 atributos dos 22 itens originais, sendo dois para cada uma das cinco dimensões.

Resumindo, a pesquisa de Teas (1993), apesar de usar um limitado conjunto dos itens da escala SERVQUAL e não abranger todos os setores de serviços aponta para o modelo do desempenho ideal (DI) como o mais representativo da satisfação do cliente, intenção de recompra e preferências de compra. Contestando estes resultados, Parasuraman et al. (1991) observaram que os atributos de serviço incluídos no estudo são tipicamente vetoriais e as conclusões encontradas dão margem a questionamento.

Teas (1993) propõe ainda um novo modelo que assumiria algumas características de atributos vetoriais e outras típicas de atributos do ponto ideal, sendo conceitualmente mais apropriados. Fazem restrições para esta última proposta quanto à operacionalização dos questionários, pois os respondentes deveriam explicitar o critério próprio de julgamento da expectativa para um determinado atributo, se vetorial ou ideal, alongando demasiadamente os questionários e, portanto, afetando a confiabilidade da aplicação do questionário.

Por fim, Teas (1993) e Parasuraman et al. (1991) concordam que a direção de causalidade entre satisfação do cliente, qualidade em serviço e intenção de compra ainda é objeto de pesquisa, não sendo totalmente esclarecida, em função de muitas controvérsias e resultados divergentes, até pela própria complexidade da área comportamental.

2.3.1.7 Síntese comparativa dos modelos

Com o objetivo de fornecer ao leitor uma visão comparativa entre os modelos apresentados, e uma referência para as pesquisas nesta área, será apresentado a seguir, por meio do quadro 9, um resumo dos modelos utilizados para a avaliação da qualidade de serviços. A tabela mostra os autores, modelos e principais características de cada modelo, bem como inclui, na coluna da direita, a área de aplicação da pesquisa, que pode ser usada

como um indicador da generalização do modelo de serviço ou se foi aplicado a um serviço específico. São também apresentadas as principais conclusões desses trabalhos.

AUTOR	MODELO	CARACTERÍSTICAS PRINCIPAIS	CONCLUSÕES PRINCIPAIS	ÁREA DE APLICAÇÃO
Grönroos (1990)	Não apresenta modelo com representação algébrica	Qualidade = f(expectativa, desempenho e imagem)	- Interação comprador / vendedor é mais importante que atividades de marketing. - Contato comprador/ vendedor tem mais influência na formação da imagem que atividades de marketing.	Diversos tipos de serviços
Parasuraman et al. (1985,1988)	SERVQUAL $Q_i = E_i - D_i$ (Avaliação da qualidade do serviço é = a expectativa – o desempenho)	22 itens distribuídos em cinco dimensões da qualidade	- A qualidade de serviços pode ser quantificada. - Determina cinco dimensões genéricas para todos os tipos de serviços. - A qualidade dos serviços é diferença entre expectativa e desempenho ao longo das dimensões.	Diversos tipos de serviços
Brown e Swartz (1989)	$Q_i = E_i - D_i$	Utiliza as 10 dimensões desenvolvidas por Parasuraman et al. (1985)	- A qualidade dos serviços é a diferença entre desempenho e expectativa ao longo das dimensões.	Atendimento em consultórios da área médica
Bolton e Drew (1991)	Modelo de Avaliação do serviço e valor. Representado por várias equações algébricas	- Utiliza quatro Dimensões desenvolvidas por Parasuraman et al. (1988) - Introduz o conceito do valor na avaliação da qualidade do cliente	- Concluem que as características dos clientes influenciam as avaliações de qualidade e valor pelo cliente. - A não confirmação das expectativas está mais fortemente correlacionada com a qualidade dos serviços	Serviços de telefonia
Cronin e Taylor (1992)	SERVPERF $Q_i = D_i$	Utiliza as cinco dimensões gerais desenvolvidas por Parasuraman et al. (1988)	- Avaliação de qualidade de serviços é melhor representada pela desempenho ao longo das dimensões	Diversos tipos de serviços
Teas (1993)	Modelo do Desempenho Ideal	Utiliza as cinco dimensões gerais desenvolvidas por Parasuraman et al. (1988)	- O modelo do desempenho ideal tem maior correlação com as preferências de compra, intenções de recompra e satisfação com os serviços	Lojas de varejo

Quadro 9- Resumo dos modelos de qualidade encontrados na literatura
Fonte: Elaborado pelo autor

A importância dos estudos de Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985, 1988) é relatada por diversos autores como, por exemplo, Urdan (1993), que o citam como sendo mais sistemático e abrangente para a compreensão da qualidade de serviços e tal citação pode ser interpretada de duas formas. Em primeiro lugar, é sabido que livros didáticos adotados por instituições de ensino superior sobre *marketing* de serviços, tais como Grönroos (1995), Zeithaml e Bitner (2000), Bateson e Hoffman (2001), por exemplo, trazem em seus textos referências ao modelo de Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985, 1988), o que comprova a longevidade e a receptividade do modelo.

Em segundo lugar, o levantamento bibliográfico realizado neste trabalho aponta que outras tentativas, tais como a SERVPERF de Cronin e Taylor (1994), parecem ter sido “esquecidas” tanto nos periódicos internacionais quanto nos livros didáticos o que, no mínimo, indica uma superioridade do modelo SERVQUAL vista por aqueles que o testaram ao longo dos últimos anos.

Embora os trabalhos apresentados demonstrem que cada um dos modelos é teoricamente bem embasado e adequado para as aplicações propostas, pode-se afirmar que não existe ainda um consenso na literatura sobre qual modelo é mais apropriado. Na verdade, a busca pela satisfação dos clientes tem contribuído para que uma maior atenção seja direcionada aos colaboradores internos. A importância da medição da qualidade dos serviços prestados internamente em uma empresa baseia-se em pesquisas recentes, motivadas pela evolução de um ambiente empresarial de livre mercado e altamente competitivo, a exemplo do que ocorre em países desenvolvidos.

Faz-se necessário mencionar que a revisão da literatura levanta algumas questões em relação à medição da qualidade em serviços externos, que não foram resolvidas por completo pelos pesquisadores, sugerindo uma falta de consenso. Cita-se como exemplo a relação de causalidade entre qualidade dos serviços e satisfação de clientes, e a influência do preço na satisfação do cliente, o que pode ser identificado como uma perspectiva para outros estudos.

Outro aspecto refere-se à generalização das dimensões para todos os tipos de serviços. Ainda há controvérsias quanto à generalização das cinco dimensões da qualidade e à influência de cada uma destas dimensões na percepção de qualidade, considerando tipos diversos de serviços.

Uma alternativa para pesquisas futuras é testar estes diversos modelos em distintos tipos de serviços, ampliando o escopo de estudo que normalmente é focado apenas na

percepção do cliente, para os prestadores de serviços internos das organizações, buscando um maior entendimento das diferentes percepções de todos os envolvidos nos processos.

3. MÉTODO

Este estudo foi aprovado pelo CEP - Comitê de Ética em Pesquisa da UFG – Universidade Federal de Goiás (instituição em que o pesquisador está vinculado profissionalmente) e todos os participantes da pesquisa assinaram o TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Anexo 3.

Primeiramente, buscando uma visualização de todo o processo, a Figura 6 demonstra as etapas percorridas para a elaboração do trabalho:

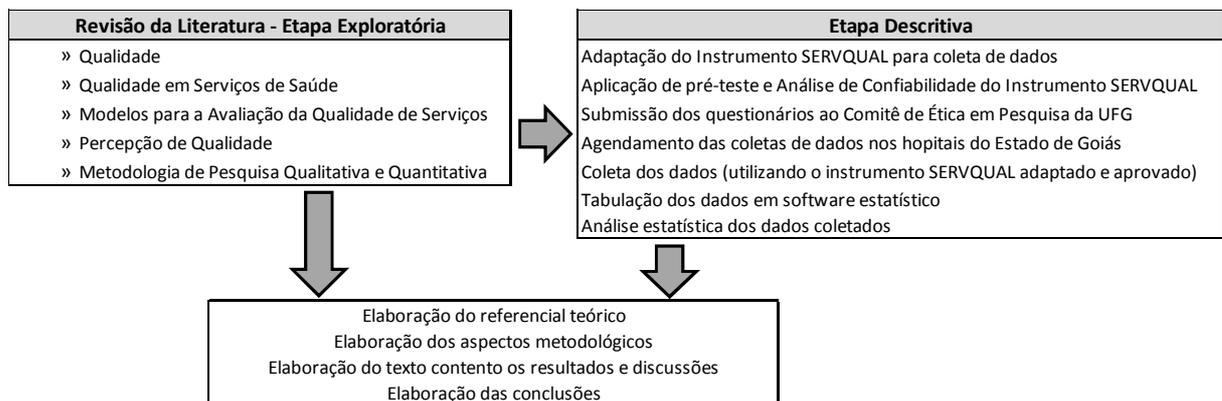


Figura 6 – Etapas da pesquisa
Fonte: Elaborado pelo autor

A seguir, tem-se a descrição detalhada dos procedimentos adotados na pesquisa.

3.1 Pesquisa bibliográfica

A revisão bibliográfica foi sistematizada e baseada na pesquisa por descritores nas bases de dados PERIÓDICOS CAPES, MEDLINE, LILACS, PROQUEST, EMERALD, JSTOR, LEXISNEXIS, BIREME e EBSCO. Os descritores utilizados na pesquisa foram: qualidade dos serviços de saúde (*quality of health services*), percepção da qualidade dos serviços (*perception of service quality*), hospitais (*hospitals*). Além destas bases de dados, foram utilizadas outras fontes, como os acervos de bibliotecas vinculadas à FGV-SP/ Fundação Getúlio Vargas – São Paulo, UFG/Universidade Federal de Goiás,

UFU/Universidade Federal de Uberlândia, USP-SP/Universidade de São Paulo-*campus* São Paulo e USP-RP/ Universidade de São Paulo-*campus* Ribeirão Preto.

Assim sendo, para cada um dos temas abordados no referencial teórico, foram identificados e utilizados artigos científicos e livros clássicos e artigos seminais, visando ao adequado embasamento teórico para fundamentar as discussões. Para o tema qualidade, trabalhou-se com 10 (dez) obras, o tema qualidade em serviços de saúde também com 10 (dez) obras, a percepção da qualidade foi abordada utilizando-se 10 (dez) autores, já o tema qualidade em serviços de saúde na percepção dos gestores focou-se em 12 (doze) obras, e, para o mesmo tema sob a perspectiva dos pacientes/usuários, foram utilizadas 32 (trinta e duas) obras. Finalizando, para a mensuração da percepção da qualidade por meio da utilização de modelos, foram adotados 06 (seis) trabalhos identificados como os mais usados na literatura.

3.2 Adaptação da Escala SERVQUAL para coleta de dados

Embora a SERVQUAL seja de domínio público para a utilização com fins científicos, desde que obedecidas às leis de direitos autorais, foi solicitada a autorização de uso para os autores da versão original (Parasuraman; Zeithaml; Berry, 1985). O Professor Parasuraman, primeiro autor do instrumento (em seu nome e em nome dos co-autores), autorizou seu uso, conforme o Anexo 1.

O instrumento foi traduzido livremente e então adaptado à área de serviços hospitalares, sendo acrescentadas variáveis sociodemográficas (Anexo 2 e Anexo 3).

Em seguida, o instrumento foi submetido a um pré-teste em um grupo de 27 (vinte e sete) indivíduos - 9 (nove) pacientes/usuários; 9 (nove) gestores e 9 (nove) profissionais da saúde - visando avaliar se o mesmo era perfeitamente compreensível. Este pré-teste (prova piloto) revelou que o instrumento adaptado não apresentou problemas de compreensão.

3.3 Análise de confiabilidade da Escala SERVQUAL

Segundo os dizeres de Malhotra (2006), o objetivo da análise de confiabilidade é verificar o quão livre a escala está do erro aleatório². Um instrumento de mensuração é confiável (fidedigno) se mantém o mesmo resultado em aplicações repetidas do mesmo fenómeno. Tal confiabilidade ou fidedignidade de uma escala é usualmente expressa de forma quantitativa, representado por um coeficiente ou índice cujo valor está situado entre 0 (nenhuma confiabilidade) e 1 (perfeita confiabilidade). Assim, tem-se então que a confiabilidade não é um conceito em que se tenham situações excludentes (ser ou não confiável), mas um conceito associado a um grau de intensidade em que se manifesta.

Ainda segundo Malhotra (2006), para se estabelecer o grau de confiabilidade de uma escala deve-se verificar sua consistência interna, ou seja, o quão fortemente os itens da escala estão inter-relacionados, sendo bastante adequada para o caso em questão por ser a escala SERVQUAL uma escala em que vários itens são considerados na obtenção de um escore total, ou seja, onde existe uma situação em que cada item mede um aspecto específico dentro do constructo que está sendo medido pela escala inteira. Assim, para avaliar a confiabilidade da escala adaptada foi utilizado o método estatístico denominado de Alfa de Cronbach.

O Alfa de Cronbach foi calculado utilizando-se de software estatístico SPSS versão 18, que se baseia na seguinte fórmula:

$$\text{Alfa de Cronbach} = \frac{K * \text{med}(\text{COV}) / \text{med}(\text{VAR})}{1 + (K - 1) * \text{med}(\text{COV}) / \text{med}(\text{VAR})}$$

Onde:

K é o número de itens da escala

med (COV) é a média de covariância entre itens

med (VAR) é a medida de variância entre itens

O valor do Alfa de Cronbach varia entre 0 (zero) e 1 (um). Para Pestana e Gageiro (2000), o seu valor como indicador de boa consistência interna deve estar acima de 0.80. Para Hair et al. (1998), valores entre 0.70 e 1.00 são aceitáveis, sendo que, em pesquisas

² Erro aleatório: é aquele que não se apresenta com a mesma constância e afeta o resultado de forma diferente toda vez que a escala for utilizada de forma equivocada. Ele pode decorrer também de fatores situacionais (ausência ou presença de circunstâncias favoráveis ou desfavoráveis ao desempenho da mensuração).

exploratórias, pode-se aceitar valores de até 0.60. Por sua vez, Malhotra (2006) considera que o valor do Alfa deve estar entre 0.60 e 1.00.

Observando-se tais parâmetros sugeridos por estes diversos autores, foi testada a confiabilidade das 22 (vinte e duas) questões/variáveis, de cada uma das duas partes do questionário, a primeira referente às expectativas e, a segunda, referente às percepções, separadas por dimensões, conforme segue:

CÁLCULO DO ALFA DE CRONBACH											
DIMENSÕES	VARIÁVEIS	EXPECTATIVA					DESEMPENHO				
		Escala Média Item Excluído	Variância Escala Item Excluído	Número de Itens	Alpha Cronbach Item Excluído	Alpha Cronbach	Escala Média Item Excluído	Variância Escala Item Excluído	Número de Itens	Alpha Cronbach Item Excluído	Alpha Cronbach
TANGIBILIDADE	V01	14,4467	8,144	4	,657	.703	14,5489	8,183	4	,657	.708
	V02	14,4438	8,450	4	,669		14,4457	8,499	4	,699	
	V03	14,4236	11,551	4	,712		14,4357	11,661	4	,682	
	V04	14,5245	10,637	4	,685		14,5445	10,646	4	,701	
CONFIABILIDADE	V05	20,5965	12,022	5	,664	.707	20,6965	12,222	5	,794	.801
	V06	20,8386	12,592	5	,713		20,8586	12,777	5	,773	
	V07	20,7867	12,752	5	,646		20,7967	12,780	5	,769	
	V08	20,4496	11,531	5	,624		20,5596	11,551	5	,699	
	V09	20,9366	9,331	5	,643		20,9766	9,381	5	,800	
PRESTEZA	V10	15,5274	12,435	4	,705	.791	15,5233	12,435	4	,815	.844
	V11	15,4063	10,566	4	,789		15,5008	10,566	4	,838	
	V12	14,7666	13,642	4	,792		14,7766	13,642	4	,792	
	V13	15,2767	10,363	4	,800		15,3778	10,363	4	,795	
SEGURANÇA	V14	14,8098	12,143	4	,752	.753	14,8299	12,429	4	,807	.802
	V15	14,7003	10,413	4	,687		14,7284	10,426	4	,797	
	V16	14,6513	13,777	4	,746		14,6597	13,786	4	,796	
	V17	14,2911	10,536	4	,758		14,4918	10,564	4	,798	
EMPATIA	V18	21,0922	19,708	5	,839	.847	21,0999	19,823	5	,839	.901
	V19	20,7320	18,757	5	,809		21,0320	18,854	5	,879	
	V20	20,3401	23,393	5	,881		20,9458	23,553	5	,881	
	V21	20,5014	15,314	5	,744		20,8990	15,630	5	,844	
	V22	20,6657	15,316	5	,768		21,5706	15,517	5	,798	

Quadro 10 – Alfa de Cronbach – Expectativa e Desempenho

Fonte: Elaborado pelo autor

O questionário é composto por duas partes, a primeira que avaliava a expectativa e a segunda que avaliava o desempenho da qualidade por parte dos entrevistados, foi validado por ter apresentado um Alfa de Cronbach superior a 0,703 para as dimensões da qualidade

referentes às expectativas e 0,708 para as dimensões da qualidade referentes ao desempenho, conforme sugere a literatura apontada por Hair et al. (1998) e Malhotra (2006).

Analisando o Quadro 9, percebe-se que o Alfa de Cronbach, tanto para a avaliação das expectativas, quanto para a avaliação do desempenho, apresentou resultados satisfatórios, não sendo necessário realizar purificações de seus itens através de re-cálculo do coeficiente de confiabilidade conforme já realizado por Parasuraman; Zeithaml; Berry (1985). Outro ponto a ser considerado é que não é objetivo deste estudo modificar a SERVQUAL, mas apenas aplicá-la para a área hospitalar, a fim de cumprir os objetivos da pesquisa.

Por fim, estando devidamente autorizado o uso da SERVQUAL por seus autores, e com sua confiabilidade testada, a mesma foi submetida ao CEP - Comitê de Ética em Pesquisa da UFG – Universidade Federal de Goiás, juntamente com o TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 4), os quais foram aprovados para serem utilizados na pesquisa com seres humanos.

3.4 Análise dos dados

A presente pesquisa é de natureza descritiva com variáveis quantitativas, que, para Malhotra (2006), é caracterizada por diversos fatores, dentre eles, a forma de condução da mesma por parte do pesquisador, que deverá realizar o trabalho a partir de um plano estabelecido *a priori*, com hipóteses claramente especificadas e variáveis operacionalmente definidas, buscando a medição objetiva e a quantificação dos resultados. O autor ressalta ainda que a pesquisa descritiva visa conhecer e interpretar a realidade, por meio de observação, descrição, classificação e interpretação de fenômenos, sem nela interferir para modificá-la.

Complementando, Vieira (2002) destaca que as pesquisas descritivas podem se interessar pelas relações entre variáveis, e, dessa forma, aproximar-se das pesquisas experimentais. A pesquisa descritiva expõe as características de determinada população ou fenômeno, mas não tem o compromisso de explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação.

Assim sendo, obedecendo-se a esses pressupostos, no presente estudo, que busca, analisar as diferentes percepções de qualidade dos seis grupos de atores envolvidos, foram levantadas as seguintes hipóteses:

H1: Existe diferença significativa entre as percepções da qualidade para os serviços hospitalares, por parte dos gestores atuantes nos hospitais públicos e privados do Estado de Goiás-BR.

H2: Existe diferença significativa entre as percepções da qualidade para os serviços hospitalares, por parte dos profissionais de saúde atuantes nos hospitais públicos e privados do Estado de Goiás-BR.

H3: Existe diferença significativa entre as percepções da qualidade para os serviços hospitalares, por parte os pacientes/usuários dos serviços prestados por hospitais públicos e privados do Estado de Goiás-BR.

H4: Existe diferença significativa entre as percepções da qualidade para os serviços prestados por hospitais públicos e privados do Estado de Goiás-BR, por parte dos seis grupos de indivíduos envolvidos no estudo.

Os constructos das análises de variância tiveram como parâmetros os dizeres de autores como Correa e Correa (2004), Cham e Mauborgne (2005), Lapierre (2012) que, dentre tantos outros, propagam que em qualquer relação de prestação de serviços, a opinião mais importante sobre a existência ou não da qualidade no serviço prestado será a do cliente (nesse estudo, o paciente/usuário). Existem diversos trabalhos, principalmente na área de *marketing* e de comportamento do consumidor, que perpetuam tal princípio. Dessa forma, visando responder às hipóteses levantadas anteriormente, as análises foram realizadas a partir dos seguintes constructos e de acordo com a Figura 8:

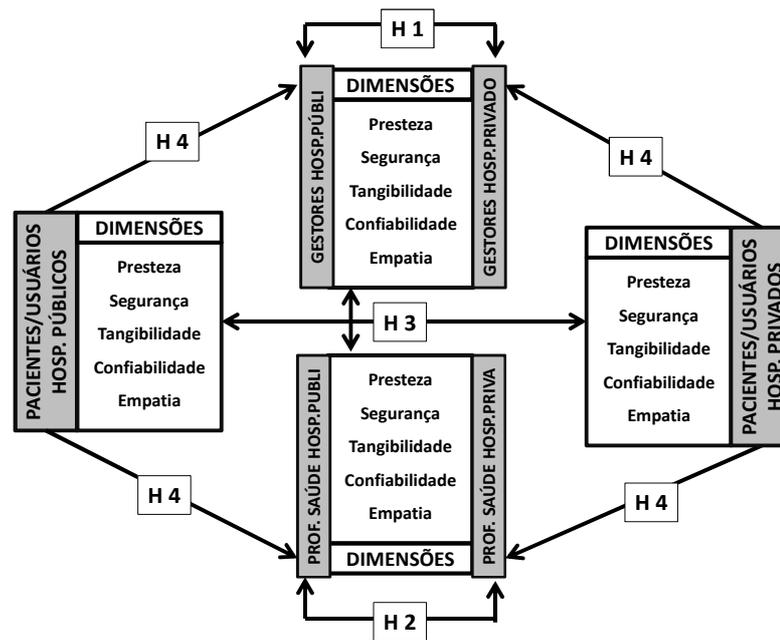


Figura 8: Constructos das análises entre as dimensões da qualidade
Fonte: Elaborado pelo autor

De acordo com Parasuraman et al. (1985), calculou-se a diferença entre as médias dos escores referentes às expectativas e às percepções para as 5 (cinco) dimensões da qualidade propostas na SERVQUAL, a fim de apurar o entendimento do que é qualidade em serviços de saúde e a ordem de importância dada para cada uma destas dimensões por cada um dos 6 (seis) grupos envolvidos.

Este procedimento foi adotado baseando-se nos dizeres de Leles e Dal Moro (2005), que argumentam que a análise de variância é indicada na comparação de médias quando a variável dependente é medida em escala intervalar ou de razão e as variáveis dependentes são categóricas e não dicotômicas (dois ou mais grupos). A hipótese de nulidade afirma que não existem diferenças entre as médias dos grupos e a hipótese alternativa afirma que existe diferença entre as médias.

O cálculo da diferença entre médias (ANOVA) das expectativas e das percepções, realizado na SERVQUAL como um todo, não indica quais médias são diferentes entre si, apenas que existe diferença entre elas. Assim sendo, para avaliar se existe diferença entre as médias dos escores referentes às expectativas e às percepções para as 5 (cinco) dimensões da qualidade propostas na SERVQUAL, entre cada um dos 6 (seis) grupos envolvidos, é necessário aplicar um teste *post hoc* para tal fim. Vários testes *post hoc* são indicados e, neste caso, optou-se pelo teste *Tukey*, pois é um teste conservador e possibilita testar todo e

qualquer contraste entre dois pares de médias, segundo Malhotra (2006). Neste estudo, no cálculo do teste *Tukey*, adotou-se a taxa de erro $\alpha = 0,05$ e intervalo de confiança de 95%, por ser considerado como sendo o padrão mais usual na área das ciências sociais aplicadas.

4. RESULTADO E DISCUSSÃO

Os resultados são apresentados e discutidos da seguinte forma: primeiro é apresentado o perfil da amostra, respeitando-se a divisão entre hospitais públicos e hospitais privados. Em seguida, são discutidos os resultados baseando-se nas análises das variâncias dos resultados observados nos 6 (seis) grupos envolvidos no estudo visando atingir os objetivos específicos, atrelados às hipóteses levantadas no estudo.

4.1 Universo e perfil da amostra

De acordo com o CNES- Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil do Ministério da Saúde, o Estado de Goiás possui um total de 438 (quatrocentos e trinta e oito hospitais). A pesquisa foi realizada em uma amostra de 20 (vinte) destes hospitais, selecionados por conveniência do pesquisador em função da facilidade de acesso, sendo 10 (dez) hospitais públicos e 10 (dez) hospitais privados. A coleta de dados ocorreu nas dependências de cada um dos hospitais, em dias e horários diferentes, sendo que todas foram previamente autorizadas, agendadas e realizadas pelo próprio pesquisador, no período de maio a dezembro de 2012.

O número total de respondentes foi de 420 (quatrocentos e vinte) indivíduos, divididos em 119 indivíduos do grupo dos gestores hospitalares, 143 (cento e quarenta e três) indivíduos pertencentes ao grupo dos profissionais da saúde e 158 (cento e cinquenta e oito) indivíduos do grupo dos pacientes/usuários dos serviços hospitalares. Contudo, visando à eliminação de *missings* gerados por questionários respondidos de forma incompleta, ou com questões em que o respondente marcou mais de uma alternativa para a mesma questão, foram eliminados 73 (setenta e três) questionários, procurando-se equilibrar o número de respondentes nos três grupos, com o intuito de evitar possíveis vieses nas análises.

Assim sendo, as análises foram realizadas com um grupo de 347 (trezentos e quarenta e sete) indivíduos, divididos da seguinte forma:

- 115 (cento e quinze) indivíduos pertencentes ao grupo dos gestores hospitalares (um subgrupo de 58 indivíduos gestores atuantes em hospitais públicos e outro subgrupo de 57 indivíduos gestores atuantes em hospitais privados).

O subgrupo de gestores atuantes em hospitais públicos foi composto por administradores; médicos e economistas que ocupavam cargo de chefia, com poder de decisão, o que, da mesma forma, observou-se no subgrupo dos gestores atuantes nos hospitais privados.

- 116 (cento e dezesseis) indivíduos do grupo dos profissionais da saúde (um subgrupo de 58 indivíduos atuantes em hospitais públicos e outro subgrupo de 58 indivíduos atuantes em hospitais privados).

Observou-se que ambos os subgrupos dos profissionais da saúde era composto por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, anestesiastas e psicólogos, que não possuíam cargos de chefia nem poder decisório dentro dos hospitais, e que se envolviam apenas com o atendimento direto aos pacientes/usuários.

- 116 (cento e quinze) indivíduos pertencentes ao grupo dos pacientes/usuários dos serviços hospitalares (um subgrupo de 58 indivíduos atendidos em hospitais públicos e outro subgrupo de indivíduos 58 atendidos em hospitais privados). Em ambos os casos, os pacientes/usuários contidos na amostra encontravam-se internados nos hospitais estudados, para a recuperação/tratamento de alguma enfermidade.

O critério utilizado para amostragem nesse trabalho foi por conveniência do pesquisador, em função da acessibilidade aos hospitais estudados, e a amostra não é probabilística. A distribuição dos entrevistados dentre os hospitais envolvidos também não obedeceu a nenhum critério rigoroso, oscilando o número de entrevistados em função do porte de cada um dos hospitais. Em hospitais maiores obteve-se um maior número de entrevistados, em hospitais menores, um menor número, procurando-se apenas manter uma relação equilibrada entre os três grupos. Como normalmente o número de gestores nos hospitais é menor do que o número de profissionais envolvidos nos cuidados da saúde e o número de pacientes internados adotou-se como balizador o número de gestores. Assim sendo, se em um determinado hospital havia 10 (dez) entrevistas com os gestores, buscou-se realizar aproximadamente esse mesmo número de entrevistas entre os grupos dos profissionais da saúde e entre o grupo dos pacientes/usuários.

Desse modo, tem-se na Tabela 1 a distribuição dos indivíduos entrevistados de cada grupo, em hospitais públicos e em hospitais privados, e as respectivas cidades do Estado de Goiás:

Tabela 1 – Distribuição dos indivíduos por município e por tipo de hospital

CIDADES	Nº RESPONDENTES EM HOSPITAIS PÚBLICOS	Nº RESPONDENTES EM HOSPITAIS PRIVADOS	Nº TOTAL DE RESPONDENTES
ANÁPOLIS	8	7	15
AP. DE GOIÂNIA	14	16	30
CATALÃO	5	6	11
CALDAS NOVAS	6	4	10
CERES	12	10	22
GOIÂNIA	65	80	145
INHUMAS	14	12	26
ITUMBIARA	18	12	30
JATAÍ	12	9	21
RIO VERDE	19	18	37
TOTAL DE RESPONDENTES	173	174	347

Fonte: Dados da pesquisa

Do total de respondentes considerados, no que diz respeito ao sexo, foram entrevistados 111 homens e 236 mulheres. Tal proporção está de acordo com os dados do IBGE (2010) que revela que o crescente aumento na expectativa de vida da população não ocorre de modo uniforme em ambos os sexos, sendo mais significativo para a mulher do que para o homem, e também de acordo com o panorama predominantemente feminino de profissionais da área da saúde encontrado nos hospitais. Em um recorte feito em função dos grupos, tem-se 42 homens gestores e 74 mulheres com cargos de gestoras, e 26 homens pertencentes ao grupo de profissionais da saúde contra 90 mulheres. No que se refere aos pacientes/usuários, a amostra foi composta por 42 homens e 74 mulheres.

A faixa etária predominante entre os indivíduos entrevistados no grupo dos gestores foi de 19 a 29 anos de idade, aproximadamente 43% dos entrevistados, seguida pela faixa etária de 30 a 39 anos de idade, aproximadamente 26% da amostra. No grupo dos profissionais da saúde, a faixa etária predominante foi a de 30 a 39 anos de idade, com aproximados 36%, seguida pela faixa etária de 19 a 29 anos, com aproximados 26% do total de entrevistados do grupo.

Por sua vez, no grupo formado pelos pacientes/usuários a faixa etária predominante foi de 40 a 49 anos, aproximadamente 38% dos entrevistados, seguido de perto pela faixa dos

usuários/pacientes com mais de 50 anos, aproximadamente 36% dos indivíduos do grupo, conforme demonstrado na Tabela 2 a seguir:

Tabela 2 – Distribuição dos indivíduos por faixa etária

FAIXA ETÁRIA	GESTORES	PROF. SAÚDE	USUÁRIOS/PACIENTES
Até 18 anos	0	0	10
De 19 a 29 anos	50	30	0
De 30 a 39 anos	36	41	20
De 40 a 49 anos	18	22	44
Mais de 50 anos	12	22	42
TOTAIS:	116	115	116

Fonte: Dados da pesquisa

No grupo formado pelos pacientes/usuários, observou-se que praticamente 74% (setenta e quatro por cento) dos indivíduos estão na faixa etária acima dos 40 anos. Autores como Cavalcanti e Saad (2004) justificam tal acontecimento relatando que quanto maior a idade de uma pessoa, maior a tendência a consumir mais serviços de saúde, apresentando taxas de internação bem mais elevadas do que as observadas em outros grupos etários.

Por sua vez, no que tange à escolaridade, observou-se que o grupo dos gestores, que é composto por administradores, médicos e chefes de enfermagem, que mais possui indivíduos com graduação completa, representando 41% do total de graduados (na somatória das duas categorias, pública e privada), sendo seguido pelo grupo dos profissionais de saúde, com aproximadamente 33% deste total e, por final, no grupo dos pacientes/usuários observou-se que aproximadamente 26% dos indivíduos detinham tal titulação. Neste caso, nos três grupos de atores envolvidos, verificou-se uma escolaridade maior do que a citada pelo IBGE (2010), que indica que somente 20% da população brasileira possui o ensino médio completo ou mais.

A Tabela 3 demonstra também que o menor nível de escolaridade verificado entre os pacientes é totalmente inverso quando se observam as categorias de hospitais públicos e privados. De um lado há, nos hospitais públicos, pacientes praticamente sem instrução nenhuma e, no outro extremo, nos hospitais privados, um número de pacientes/usuários com pós-graduação que supera o número dos gestores e se iguala ao número de profissionais de saúde nesta condição.

No que se refere à instrução no grupo dos pacientes/usuários, vale ressaltar que autores como Zandbelt et al. (2004), Jenkinson et al.(2002) e Blendon et al. (2002) argumentam que a

escolaridade pode influenciar na percepção da qualidade dos serviços. Contudo, tal afirmação não é unânime, uma vez que autores como Turrini (2001) e Castellanos (2002) não encontraram tal associação em seus estudos.

Tabela 3 – Escolaridade por grupo dos indivíduos

GRUPOS:	Ensino Fundamental		Ensino Médio Incompleto		Ensino Médio Completo		Superior Incompleto		Superior Completo		Pós-graduados	
	HOSP.PUBL.	HOSP.PRIV.	HOSP.PUBL.	HOSP.PRIV.	HOSP.PUBL.	HOSP.PRIV.	HOSP.PUBL.	HOSP.PRIV.	HOSP.PUBL.	HOSP.PRIV.	HOSP.PUBL.	HOSP.PRIV.
GESTORES	0	0	0	0	11	24	12	28	12	17	12	0
PROF.SAÚDE	0	0	0	0	11	18	6	30	12	11	17	10
PACIENTES	11	6	23	12	5	18	6	6	1	17	1	10
TOTAIS	11	6	23	12	27	60	24	64	25	45	30	20

N Valid = 347 (100%) Missing = 0 (0%)

Fonte: Dados da pesquisa

Outra observação contida na referida tabela revela que do total de 50 entrevistados nos 03 (três) grupos que possuíam pós-graduação, 11 (onze) indivíduos pertencem ao grupo dos pacientes (22%). Assim, no que se refere ao grau de instrução, o grupo dos pacientes teve uma melhor distribuição dos indivíduos, indo desde pessoas com pouca instrução, até as com o nível mais elevado. Contudo, há que se observar que os que possuem melhor instrução, em sua grande maioria, são os que estavam internados nos hospitais privados.

Em relação à faixa de renda espelhada na Tabela 4 abaixo, somente o grupo dos pacientes possui indivíduos com renda mensal de até R\$1.250,00 (mil duzentos e cinquenta reais), sendo que a grande concentração destes está nos hospitais públicos.

Tabela 4 – Faixa de renda por grupo de indivíduos

GRUPOS	Até R\$1.250,00		De R\$1.251,00 a R\$2.500,00		De R\$2.501,00 a R\$3.750,00		De R\$3.751,00 a R\$5.000,00		Acima de R\$5.000,00		TOTAIS	
	HOSP.PUBL.	HOSP.PRIV.	HOSP.PUBL.	HOSP.PRIV.	HOSP.PUBL.	HOSP.PRIV.	HOSP.PUBL.	HOSP.PRIV.	HOSP.PUBL.	HOSP.PRIV.	HOSP.PUBL.	HOSP.PRIV.
GESTORES	0	0	17	41	6	23	18	5	6	0	47	69
PROF.SAÚDE	0	0	5	12	6	24	18	12	17	21	46	69
PACIENTES	17	1	22	10	7	7	0	12	1	25	47	69
TOTAIS	17	1	44	63	19	21	36	29	24	46	140	207

N Valid = 347 (100%) Missing = 0 (0%)

Fonte: Dados da pesquisa

O grupo melhor remunerado é o grupo dos profissionais de saúde, que possui aproximadamente 54% dos indivíduos com renda superior a R\$5.000,00 (cinco mil reais). De forma inversa, o grupo dos gestores é que possui o menor número de indivíduos com renda superior a este valor, representando apenas 12% dos indivíduos. Ao atentar para a análise das faixas etárias dos indivíduos destes dois grupos, percebe-se que o grupo dos profissionais de saúde possui concentração em uma faixa etária maior, o que, de certa forma, possibilitaria um

maior rendimento ao imaginar que, com mais tempo na carreira, o profissional é melhor remunerado.

No que se refere à divisão entre hospitais públicos e privados, os profissionais de saúde dos hospitais privados são melhor remunerados, a exemplo do que acontece com os gestores nas faixas de renda intermediárias. Esse dado pode ser importante na hora de se procurar entender o porquê da dificuldade que os órgãos públicos encontram quando pretendem contratar profissionais da área da saúde.

A grande polaridade que chama a atenção é a diferença entre a remuneração dos gestores e dos profissionais de saúde de um modo geral, uma vez que o grupo dos gestores é o que possui um número maior de indivíduos graduados, o que demonstra certa discrepância na remuneração do grupo, muito embora a maioria dos gestores pertença a uma faixa etária menor do que os profissionais da saúde.

No que se refere aos planos de saúde, observou-se que o maior número de indivíduos conveniados a algum tipo de plano de saúde estava na rede particular de hospitais, conforme demonstrado na Tabela 5:

Tabela 5- Possuidores de plano de saúde

TIPO DO HOSPITAL	FAIXA DE RENDA	POSSUE PLANO DE SAÚDE				TOTAL
		Sim	%	Não	%	
HOSPITAL PÚBLICO	<1250,00	0	0,00	17	12,14	17
	1521,00 a 2500,00	11	7,86	33	23,57	44
	2501,00 a 3750,00	17	12,14	2	1,43	19
	3751,00 a 5000,00	24	17,14	12	8,57	36
	>5000,00	19	13,57	5	3,57	24
	Total	71	50,71	69	49,29	140
HOSPITAL PARTICULAR	<1250,00	0	0,00	1	0,48	1
	1521,00 a 2500,00	47	22,71	16	7,73	63
	2501,00 a 3750,00	67	32,37	1	0,48	68
	3751,00 a 5000,00	27	13,04	2	0,97	29
	>5000,00	42	20,29	4	1,93	46
	Total	183	88,41	24	11,59	207

N valid = 347 (100%) Missing = 0 (0%)

Fonte: Dados da pesquisa

Comparando os percentuais dos indivíduos com ou sem plano de saúde, percebe-se que, nos hospitais públicos, 50,71% dos indivíduos possuem algum plano de saúde, contra 49,29% que não possuem. Essa mesma relação nos hospitais privados espelha que 88,41%

possuem algum plano de saúde, contra 11,59% de indivíduos que não possuem. Tem-se, então, uma diferença de 37,7% entre os possuidores e não possuidores de plano de saúde em hospitais públicos e privados.

4.2 Análise comparativa das percepções dos gestores em relação à qualidade dos serviços

Para atender ao objetivo específico de analisar comparativamente as percepções dos gestores em relação à qualidade dos serviços prestados por hospitais públicos e privados do Estado de Goiás, utilizando a SERVQUAL, atrelado à hipótese 1 (H1), efetuou-se o cálculo da diferença entre as médias dos escores referentes às expectativas e às percepções totais e o mesmo cálculo para cada uma das 5 (cinco) dimensões da qualidade propostas na referida escala. Também foi calculado se as diferenças existentes entre tais percepções eram significantes ou não. Os resultados encontrados estão contidos nas tabelas 6 e 7 e no gráfico 1:

Tabela 6- Diferenças e ordenamento da percepção da qualidade entre os gestores dos hospitais públicos e privados

GRUPO DOS ↓	MÉDIAS DAS DIMENSÕES DA QUALIDADE					
	DIMENSÕES>>	TANGIBILIDADE	CONFIABILIDADE	PRESTEZA	SEGURANÇA	EMPATIA
GESTORES HOSP. PÚBLICOS	MÉDIAS DAS EXPECTATIVAS	6,45	5,99	4,84	5,54	4,21
	MÉDIA DOS DESEMPENHOS	5,02	5,29	4,29	4,98	4,18
	DIFERENÇAS ENTRE AS MÉDIAS	1,43	0,70	0,55	0,56	0,03
	ESCALONAMENTO DAS DIFERENÇAS	1º	2º	4º	3º	5º
GESTORES HOSP. PRIVADOS	MÉDIAS DAS ESPECTATIVAS	6,40	5,98	5,90	5,65	5,38
	MÉDIA DOS DESEMPENHOS	4,39	5,06	4,08	4,67	4,73
	DIFERENÇAS ENTRE AS MÉDIAS	2,01	0,92	1,82	0,98	0,65
	ESCALONAMENTO DAS DIFERENÇAS	1º	4º	2º	3º	5º

Fonte: Dados da pesquisa

No grupo formado pelos gestores dos hospitais públicos, observou-se que a dimensão da qualidade considerada mais importante foi a tangibilidade, sendo que os gestores de hospitais privados também tiveram esta mesma percepção para esta dimensão. O anexo 5 espelha que para essa dimensão a diferença de percepção é significativa. Normalmente, na maioria dos hospitais, tanto públicos quanto privados, a palavra final sobre investimentos em itens de estrutura e capital é do gestor, que, procura atender às solicitações dos profissionais da saúde atuantes na organização e às exigências legais. Talvez isso explique o porquê da dimensão tangibilidade ter sido considerada a mais importante pelos dois grupos de atores. Tais diferenças podem ser mais bem visualizadas no Gráfico 1:

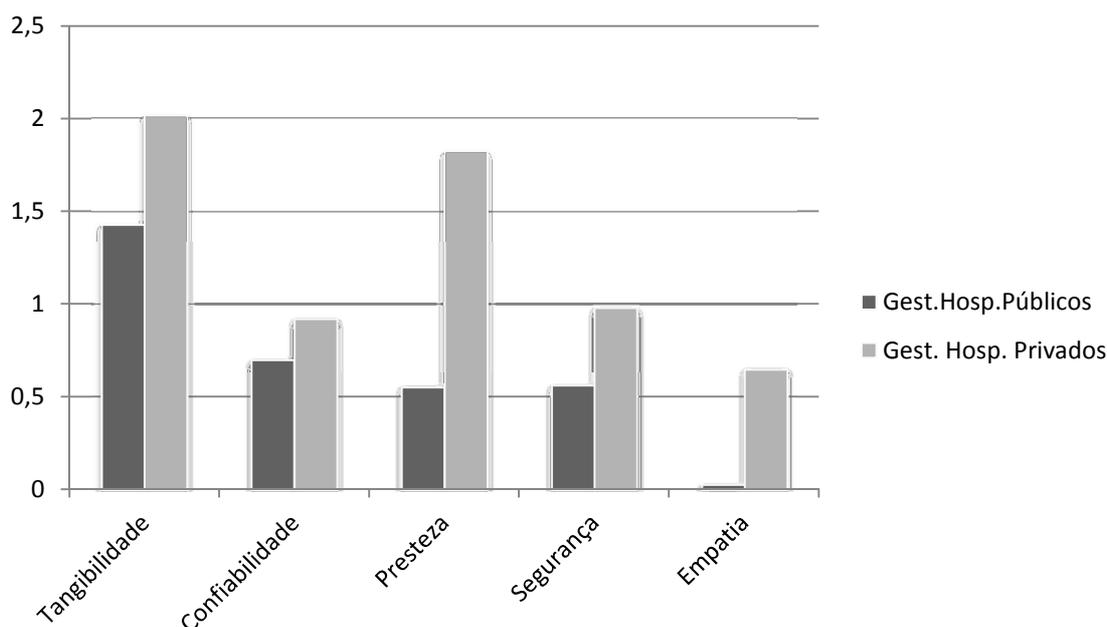


Gráfico 1 – Diferenças entre as médias das dimensões da qualidade entre os grupos dos gestores
Fonte: Dados da pesquisa

A dimensão confiabilidade foi a segunda mais importante para os gestores de hospitais públicos, já para os gestores de hospitais privados a segunda dimensão mais importante foi a presteza. Nesta dimensão não houve diferença significativa, de acordo com o anexo 5. Possivelmente, tal diferença de percepção esteja relacionada à orientação de mercado mais presente nas organizações privadas, onde, segundo Lapierre (2012), o cliente deve ser tratado com toda presteza e atenção possíveis. Observa-se, neste caso, uma inversão na ordem de importância das percepções para estas duas dimensões da qualidade, além de tais diferenças serem significantes, de acordo com o cálculo da ANOVA.

Tabela 7 – Significância entre as diferenças de percepção dos gestores

ANOVA-GESTORES	F	Sig.
TANGIBILIDADE	7,211	,008
CONFIABILIDADE	1,024	,314
PRESTEZA	25,292	,000
SEGURANÇA	3,473	,065
EMPATIA	6,231	,014
PERCEPÇÃO GERAL	8,095	,005

Fonte: Dados da pesquisa

No que diz respeito à dimensão segurança, os dois grupos de gestores tiveram o mesmo ordenamento de importância, não havendo também diferença significativa entre as percepções dos dois grupos. A dimensão empatia foi relegada por ambos como sendo a quinta

mais importante e, no que se refere à diferença de percepções, esta se mostrou significativa. Vale ressaltar que nenhum dos resultados apurados entre estes dois grupos de atores apresentou-se positivo, ou seja, em nenhum dos casos e em nenhuma das dimensões observou-se a qualidade de forma positiva, em que a real percepção medida tivesse superado as expectativas dos entrevistados.

No que se refere à percepção geral da qualidade, observa-se que a diferença dentre os gestores dos hospitais públicos e os gestores dos hospitais privados é significativa.

4.3 Análise comparativa dos profissionais de saúde em relação à qualidade dos serviços

Para atender ao objetivo específico de analisar comparativamente as percepções dos profissionais de saúde em relação à qualidade dos serviços prestados por hospitais públicos e privados do Estado de Goiás, utilizando a SERVQUAL, atrelado à hipótese 2 (H2), efetuou-se o cálculo da diferença entre as médias dos escores referentes às expectativas e às percepções totais e o mesmo cálculo para cada uma das 5 (cinco) dimensões da qualidade propostas na referida escala. Também foi calculado se as diferenças existentes entre tais percepções eram significantes ou não. Os resultados encontrados estão contidos nas tabelas 8 e 9 e no gráfico 2:

Tabela 8 – Diferenças e ordenamento da percepção da qualidade entre os profissionais da saúde dos hospitais públicos e privados

GRUPO DOS ↓	MÉDIAS DAS DIMENSÕES DA QUALIDADE					
	DIMENSÕES	TANGIBILIDADE	CONFIABILIDADE	PRESTEZA	SEGURANÇA	EMPATIA
PROF. SAÚDE HOSP. PÚBLICOS	MÉDIAS DAS EXPECTATIVAS	5,23	6,50	6,74	6,80	6,45
	MÉDIA DOS DESEMPENHOS	4,31	5,23	5,72	5,35	5,40
	DIFERENÇAS ENTRE AS MÉDIAS	0,92	1,27	1,02	1,45	1,05
	ESCALONAMENTO DAS DIFERENÇAS	5º	2º	4º	1º	3º
PROF.SAÚDE E HOSP. PRIVADOS	MÉDIAS DAS ESPECTATIVAS	6,34	6,37	6,58	6,67	6,24
	MÉDIA DOS DESEMPENHOS	4,49	5,02	5,71	5,61	5,22
	DIFERENÇAS ENTRE AS MÉDIAS	1,85	1,35	0,87	1,06	1,02
	ESCALONAMENTO DAS DIFERENÇAS	1º	2º	5º	3º	4º

Fonte: Dados da pesquisa

Os profissionais de saúde que atuam em hospitais públicos possuem uma percepção totalmente diferente dos profissionais de saúde que atuam em hospitais privados no que se refere à tangibilidade enquanto dimensão da qualidade, e a essa diferença é significativa conforme demonstrado na tabela 9. Esta dimensão é a mais importante para os profissionais atuantes em hospitais privados, e a menos importante para os profissionais atuantes em hospitais públicos. Os profissionais que atuam em hospitais públicos veem a dimensão

segurança como sendo a mais importante para a qualidade dos serviços e a visão destes profissionais em relação aos atuantes nos hospitais privados é significativa. Tais diferenças podem ser mais bem visualizadas no Gráfico 2:

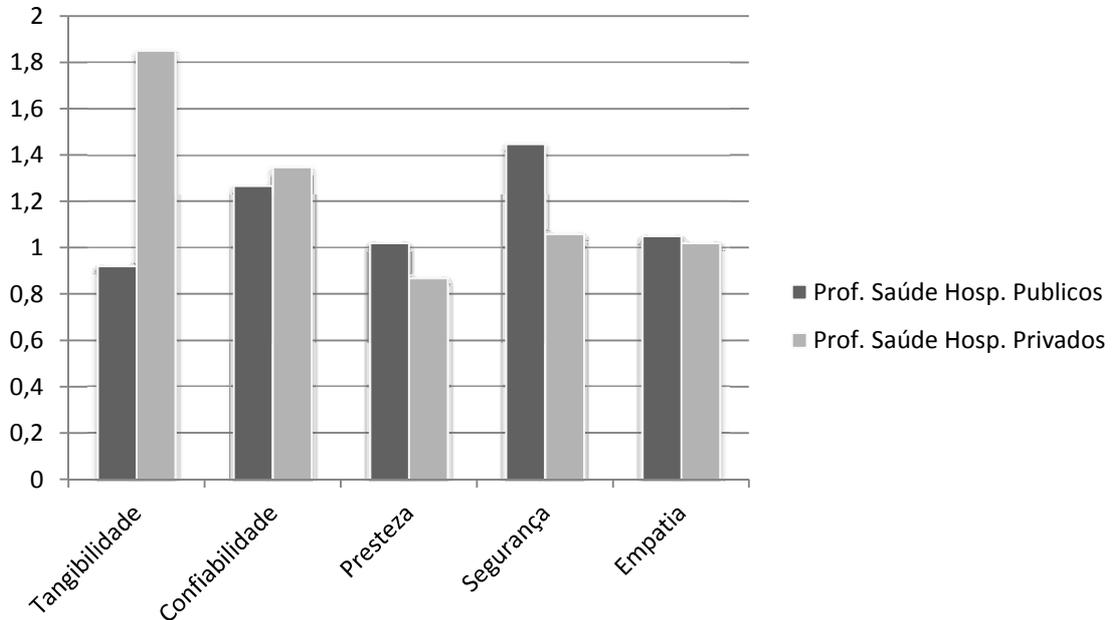


Gráfico 2 – Diferenças entre as médias das dimensões da qualidade entre os grupos dos profissionais de saúde

Fonte: Dados da pesquisa

Na dimensão confiabilidade houve uma concordância de importância entre os profissionais dos dois grupos, que a elegeram como sendo a segunda dimensão mais importante em suas percepções de qualidade, sendo que, neste caso, não houve diferença significativa entre as percepções dos dois grupos. Nas demais dimensões, como empatia e presteza, as diferenças de percepções não foram muito discrepantes, não tendo apresentado diferenças significantes entre os dois grupos. A exemplo do que ocorreu com os grupos dos atores anteriores, nenhum dos resultados apurados apresentou-se positivo, ou seja, em nenhum dos casos e em nenhuma das dimensões observou-se a qualidade de forma positiva, em que a real percepção medida tivesse superado as expectativas dos entrevistados.

Tabela 9 – Significância entre as diferenças de percepção dos profissionais de saúde

ANOVA-PROF. SAÚDE	F	Sig.
TANGIBILIDADE	24,328	,000
CONFIABILIDADE	,419	,519
PRESTEZA	,602	,439
SEGURANÇA	3,828	,050
EMPATIA	,040	,842
PERCEPÇÃO GERAL	,413	,522

Fonte: Dados da pesquisa

No que se refere à percepção geral da qualidade, observa-se que a diferença entre os profissionais de saúde dos hospitais públicos e os profissionais de saúde dos hospitais privados não é significativa.

4.4 Análise comparativa dos pacientes/usuários em relação à qualidade dos serviços

Para atender ao objetivo específico de analisar comparativamente as percepções dos pacientes/usuários em relação à qualidade dos serviços prestados por hospitais públicos e privados do Estado de Goiás, utilizando a SERVQUAL, atrelado à hipótese 3 (H3), efetuou-se o cálculo da diferença entre as médias dos escores referentes às expectativas e às percepções totais e o mesmo cálculo para cada uma das 5 (cinco) dimensões da qualidade propostas na referida escala. Também foi calculado se as diferenças existentes entre tais percepções eram significantes ou não. Os resultados encontrados estão contidos na tabela 10 e 11 e no gráfico 3:

Tabela 10 – Diferenças e ordenamento da percepção da qualidade entre os pacientes/usuários dos hospitais públicos e privados

GRUPO DOS ↓	MÉDIAS DAS DIMENSÕES DA QUALIDADE					
	DIMENSÕES	TANGIBILIDADE	CONFIABILIDADE	PRESTEZA	SEGURANÇA	EMPATIA
PACIENTES USUÁRIOS HOSP. PÚBLICOS	MÉDIAS DAS EXPECTATIVAS	6,58	6,28	6,16	6,83	6,55
	MÉDIA DOS DESEMPENHOS	5,63	4,87	4,62	5,89	5,25
	DIFERENÇAS ENTRE AS MÉDIAS	0,95	1,41	1,54	0,94	1,30
	ESCALONAMENTO DAS DIFERENÇAS	4º	2º	1º	5º	3º
PACIENTES USUÁRIOS HOSP. PRIVADOS	MÉDIAS DAS EXPECTATIVAS	6,85	6,88	6,90	6,89	6,90
	MÉDIA DOS DESEMPENHOS	4,92	5,35	4,67	6,03	5,48
	DIFERENÇAS ENTRE AS MÉDIAS	1,93	1,53	2,23	0,86	1,42
	ESCALONAMENTO DAS DIFERENÇAS	2º	3º	1º	5º	4º

Fonte: Dados da pesquisa

Os pacientes/usuários dos serviços hospitalares dos hospitais públicos e dos hospitais privados pesquisados possuem a mesma percepção em relação à dimensão presteza,

apontando-a como a mais importante dimensão da qualidade, sendo que, para esta dimensão, existe diferença significativa entre as opiniões dos dois grupos. Os pacientes/usuários dos hospitais públicos deram o segundo maior grau de importância para a dimensão confiabilidade, já os pacientes/usuários dos hospitais privados apontaram a dimensão tangibilidade como sendo a segunda mais importante na mensuração da qualidade. No que se refere à dimensão confiabilidade, não há diferença significativa e, no que se refere à dimensão tangibilidade, observa-se a existência de diferença significativa entre as opiniões destes dois grupos de indivíduos. Evidencia-se que tanto os pacientes/usuários dos hospitais públicos quanto dos hospitais privados consideram como indicador de qualidade, por exemplo, as dimensões que englobam itens como cumprimento de prazos, atendimento imediato e disponibilidade de funcionários para o atendimento imediato, relegando a tangibilidade a um segundo plano. Tais diferenças de médias podem ser mais bem visualizadas no Gráfico 3:

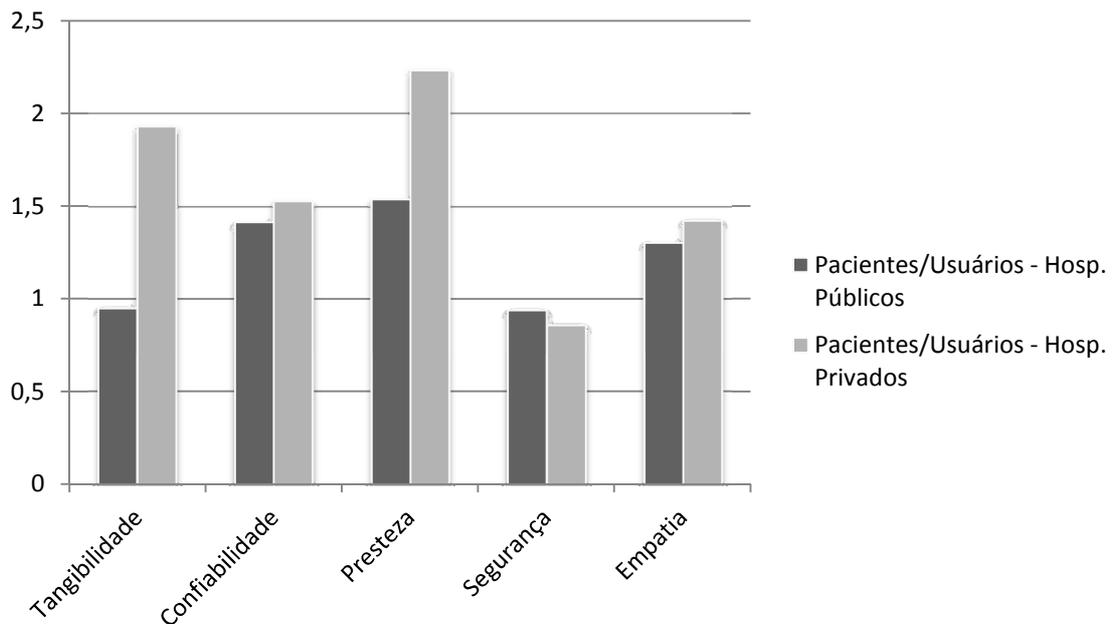


Gráfico 3 - Diferenças entre as médias das dimensões da qualidade entre os grupos dos pacientes/usuários

Fonte: Dados da pesquisa

A terceira dimensão mais importante para os pacientes/usuários dos hospitais públicos foi a empatia, sendo esta a quarta mais importante para os pacientes/usuários dos hospitais privados no que se refere à qualidade dos serviços prestados, apesar desta dimensão não apresentar diferença significativa entre os dois grupos. Ambos os grupos concordaram que a dimensão segurança é a quinta dimensão mais importante para a percepção da qualidade, e esta, a exemplo da anterior, também não demonstrou diferença significativa entre as opiniões.

Tabela 11 – Significância entre as diferenças de percepção dos pacientes/usuários

ANOVA-PACIENTES/USUÁRIOS	F	Sig.
TANGIBILIDADE	24,883	,000
CONFIABILIDADE	,357	,551
PRESTEZA	8,877	,004
SEGURANÇA	,246	,621
EMPATIA	,760	,385
PERCEPÇÃO GERAL	11,431	,001

Fonte: Dados da pesquisa

Em concordância com os 4 (quatro) grupos de atores anteriores, nenhum dos resultados apurados entre estes dois grupos apresentou-se positivo, ou seja, em nenhum dos casos e em nenhuma das dimensões observou-se a qualidade de forma positiva, em que a real percepção medida tivesse superado as expectativas dos entrevistados.

No que se refere à percepção geral da qualidade, observa-se que a diferença entre os pacientes/usuários dos hospitais públicos e os pacientes/usuários dos hospitais privados é significativa.

4.5 Análise comparativa dos gestores, profissionais de saúde e pacientes/usuários

Para atender ao objetivo específico de comparar as distintas percepções dos seis grupos de atores envolvidos em relação à qualidade dos serviços prestados por hospitais públicos e privados do Estado de Goiás, utilizando a SERVQUAL, atrelado à hipótese 4 (H4), comparou-se os resultados obtidos nas análises anteriores (H1; H2 e H3). Os resultados foram ordenados no quadro 11, em que foram utilizadas diferentes cores para cada uma das dimensões, visando facilitar a interpretação. Foram listadas também as significâncias das diferenças das percepções gerais anteriormente calculadas para os grupos dos gestores, dos profissionais de saúde e dos pacientes/usuários. As significâncias referentes aos cruzamentos das análises de cada uma das dimensões da qualidade para cada um dos grupos envolvidos foram espelhadas no anexo 5.

ORDEM DE IMPORTÂNCIA	GRUPOS DE ATORES					
	GESTORES		PROF. SAÚDE		PACIENTES/USUÁRIOS	
	HOSP.PUBLICO	HOSP.PRIVADO	HOSP.PUBLICO	HOSP.PRIVADO	HOSP.PUBLICO	HOSP.PRIVADO
1ª	TANGIBILIDADE	TANGIBILIDADE	SEGURANÇA	TANGIBILIDADE	PRESTEZA	PRESTEZA
2ª	CONFIABILIDADE	PRESTEZA	CONFIABILIDADE	CONFIABILIDADE	CONFIABILIDADE	TANGIBILIDADE
3ª	SEGURANÇA	SEGURANÇA	EMPATIA	SEGURANÇA	EMPATIA	CONFIABILIDADE
4ª	PRESTEZA	CONFIABILIDADE	PRESTEZA	EMPATIA	TANGIBILIDADE	EMPATIA
5ª	EMPATIA	EMPATIA	TANGIBILIDADE	PRESTEZA	SEGURANÇA	SEGURANÇA

Quadro 11: Ordenamento das dimensões da qualidade dentre os seis grupos de atores
 Fonte: Dados da pesquisa

Realizando uma análise inicial, constata-se que, de uma forma geral, existe diferença significativa entre as percepções dos pacientes/usuários sobre a qualidade dos serviços prestados pelos hospitais públicos e privados (anexo 5). A dimensão considerada mais importante na mensuração da qualidade dos serviços prestados pelos dois grupos foi a prestação, que abrange a prontidão ao atendimento e a disposição à ajuda, por exemplo. Também de forma significativa, divergiram de tal percepção os gestores que apontaram a dimensão tangibilidade como sendo a de maior importância. Tal inversão de percepções é de extrema importância quando se procura entender para posteriormente promover melhorias na qualidade dos serviços prestados, pois em qualquer relação de prestação de serviços, a opinião mais importante sobre a existência ou não da qualidade no serviço prestado será a do cliente, no caso, dos pacientes/usuários, como já citado anteriormente por autores como Cham e Mauborgne (2005) e Lapierre (2012). Tais diferenças podem ser mais bem visualizadas no Gráfico 4:

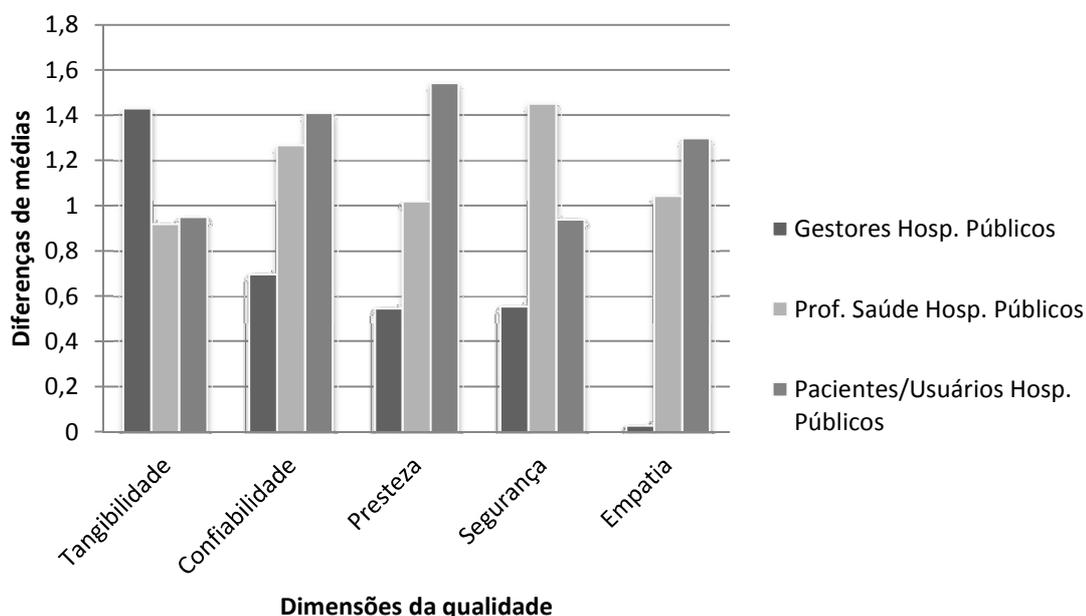


Gráfico 4 – Diferenças entre as médias das dimensões da qualidade entre os grupos atuantes nos hospitais públicos

Fonte: dados da pesquisa

Ainda no que se refere à dimensão *presteza*, percebe-se que os profissionais de saúde dos hospitais privados possuem uma percepção idêntica à dos gestores, pois estes grupos de atores a elegeram como a mais importante. Possivelmente, tal resultado fundamenta-se no aspecto “comercial” dado à função exercida pelos gestores, e que encontra respaldo nos dizeres dos mesmos autores no que se refere ao tratamento que deve ser dado ao consumidor. Já os profissionais de saúde dos hospitais públicos atribuíram uma maior importância à dimensão *segurança*. Nesse sentido, pode-se supor que ações administrativas que promovessem algum treinamento para os profissionais da saúde dos hospitais públicos, bem como para os gestores dos hospitais públicos e privados, visando conscientizá-los da importância dada pelos pacientes para essa dimensão da qualidade e visando minimizar tal discrepância, seria menos oneroso para a organização se comparado à investimentos na dimensão *tangibilidade*. Tal ação resultaria em uma maior percepção da qualidade dos serviços por parte dos pacientes/usuários, de uma forma mais imediata.

Estudos de Hiidenhovi, Nojonen e Laippala (2002) e Hekkink et al.(2005) apontam que a grande maioria das queixas dos usuários em relação à *presteza*, o que faz com que eles a definam como sendo um importante balizador da qualidade, estão ligadas a problemas de comunicação com os profissionais de saúde, e não com sua competência em si. Uma melhor relação dos profissionais de saúde com os usuários não possui somente efeito positivo na

satisfação e na qualidade dos serviços de saúde, igualmente esse fato influencia diretamente sobre o estado de saúde dos usuários/pacientes, o que justificaria a necessidade de desenvolvimento de uma comunicação mais aberta entre médico e paciente/usuário que possibilite uma melhor qualidade na relação (DEALE; WESSELY, 2001).

É certo que tal inversão de entendimento sobre a dimensão mais importante para a percepção da qualidade merece uma análise mais criteriosa, pois é difícil entender porque profissionais da área da saúde, que possuem em sua formação uma orientação mais humanística, dariam mais importância a variáveis ligadas à dimensão da tangibilidade. Talvez, os conhecimentos técnicos ligados aos cuidados dos pacientes/usuários possam explicar tal situação, pois somente os atores que atuam na “linha de frente” possuem uma exata dimensão “do que têm” e “do que precisam ter” para executarem suas atividades profissionais. Já os gestores dos hospitais públicos e privados, que apresentam suas percepções sobre qualidade fortemente pautadas na dimensão tangibilidade, se tivessem clareza de que esta não é a dimensão mais importante para os pacientes/usuários, poderiam direcionar melhor a aplicação dos recursos que normalmente são escassos.

A dimensão confiabilidade, que se refere à habilidade de oferecer o serviço prometido dentro do prazo e com precisão e conhecimento para responder às dúvidas, foi a segunda mais importante para os pacientes/usuários dos hospitais públicos, contudo para os pacientes dos hospitais particulares ela foi a terceira mais importante além de não ter demonstrado significância estatística entre estes dois grupos e, também, dentre os demais. A importância dessa dimensão toma maior vulto quando o foco é o serviço hospitalar, cujas falhas nas entregas podem comprometer a reputação da instituição, deixar sequelas e expor os usuários a riscos e até à morte. Neste caso, há um alinhamento de percepções entre os gestores dos hospitais públicos e uma total concordância com os profissionais de saúde. Tais diferenças podem ser mais bem visualizadas no Gráfico 5:

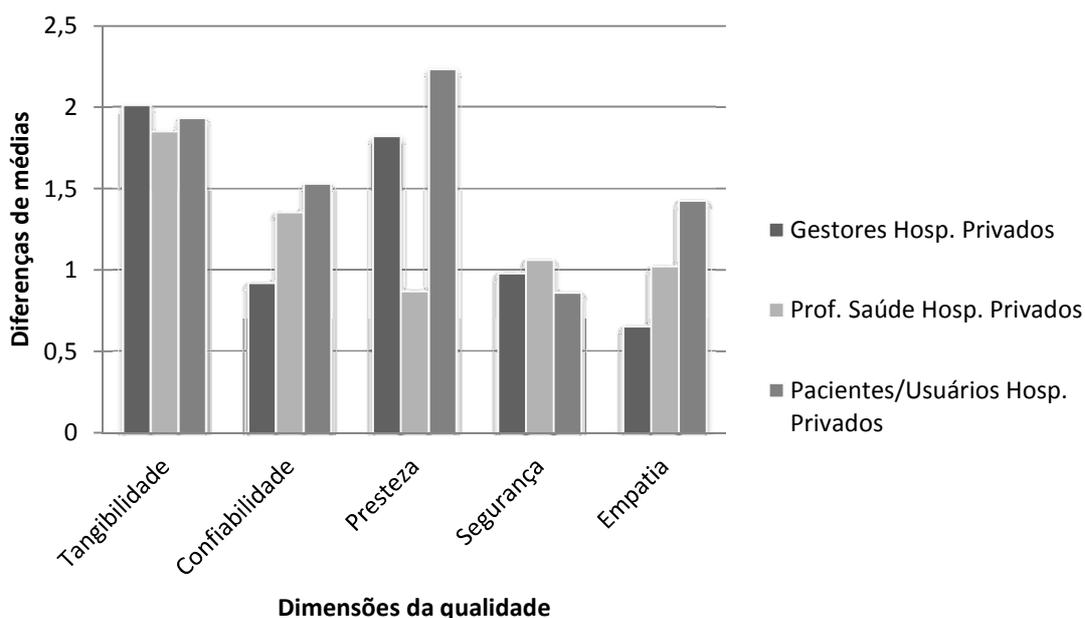


Gráfico 5 – Diferenças entre as médias das dimensões da qualidade entre os grupos atuantes nos hospitais privados
 Fonte: dados da pesquisa

Os atributos relacionados à dimensão empatia, embora significantes, foram os que menos influenciaram a percepção da qualidade dos serviços de saúde dentre o grupo dos gestores dos hospitais públicos e privados em relação aos pacientes/usuários neste estudo. Sabe-se que os pacientes/usuários percebem e valorizam a empatia no relacionamento interpessoal ao receberem os cuidados dos profissionais da saúde (principalmente os diretamente ligados à atenção à saúde), além de perceberem através das atitudes destes quando lhes estão sendo dispensados cuidados personalizados e valorizam muito tais atitudes (KOINBERG; HOLMBERG; FRIDLUND, 2001). Outro ponto a ser destacado é que a dimensão empatia é carregada de elementos subjetivos que influenciam de forma direta a percepção dos envolvidos, conforme lembra Castellanos (2002).

Na dimensão tangibilidade, representada por variáveis como aparência dos equipamentos e das instalações físicas, por exemplo, o grupo de usuários/pacientes dos hospitais públicos foi menos “exigente” do que o grupo dos pacientes/usuários dos hospitais privados, e com diferença significativa entre eles. De modo contrário, os gestores de um modo geral atribuíram o maior grau de importância a essa dimensão, bem como os profissionais de saúde dos hospitais privados. Uma hipótese para tal constatação é o fato de os profissionais da saúde e os gestores terem que passar mais tempo nas dependências dos hospitais, e darem mais importância para esta dimensão do que os usuários/pacientes que, via de regra, utilizam

menos dos aspectos tangíveis do que os demais grupos. Outra hipótese a ser lembrada é que os profissionais da saúde possuem mais informação sobre novos equipamentos disponíveis no mercado, o que lhes proporciona uma comparação com os existentes nos hospitais onde atuam, informações estas que a grande maioria dos pacientes desconhecem.

Por sua vez, os gestores, desde sua formação inicial, aprendem que a aparência e a infraestrutura das organizações são fatores que influenciam “a compra” dos consumidores, daí uma inclinação maior para a observação de tais itens como sendo determinantes da boa qualidade. Porém, nos dizeres de Grönroos (1984), esta dimensão, que está ligada a aspectos tangíveis, permite avaliações mais objetivas e ao mesmo tempo oferecem oportunidades de intervenção, o que justificaria a maior importância dada pelos grupos de atores formados pelos gestores e pelos profissionais da saúde.

A dimensão segurança, que engloba aspectos como postura, respeito, habilidades no atendimento, por exemplo, foi a que os pacientes/usuários dos hospitais públicos e privados deram a menor importância ao mensurarem suas percepções sobre a qualidade dos serviços hospitalares, além de não haver significância na diferença de percepções entre eles. Comparado ao grupo dos gestores, tem-se que estes atribuíram um maior grau de importância para a segurança, em relação aos pacientes/usuários, porém, não houve diferença significativa de percepções entre estes.

Os profissionais de saúde dos hospitais públicos atribuíram o maior grau de importância para esta dimensão, já os profissionais de saúde dos hospitais privados a elegeram como sendo a terceira dimensão mais importante, o que demonstra um maior comprometimento dos profissionais dos hospitais públicos em relação aos dos hospitais privados com a imagem institucional.

5. CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A constante busca pela elevação da qualidade dos serviços prestados deve ser uma realidade para as organizações contemporâneas que almejem um diferencial competitivo sustentável, sejam estas de qualquer segmento econômico. Para os hospitais, sejam estes públicos ou privados, tal realidade não deve ser diferente, uma vez que, além do aspecto competitividade, tem-se que considerar a relevância social representada pela atividade dos mesmos.

Observando-se essa premissa, este estudo foi desenvolvido baseando-se nas principais teorias sobre a qualidade dos serviços e a sua mensuração por meio do uso de escalas, neste caso, a Escala SERVQUAL. Outra concepção presente na pesquisa foi a de que todo e qualquer sistema produtivo, seja este de bens ou de serviços, baseia-se principalmente na visão sistêmica que engloba todos os atores envolvidos, atuantes na cadeia produtiva na qual o objeto de estudo está inserido, mas, principalmente, os atores atuantes à jusante deste sistema, neste estudo representados pelos gestores hospitalares, pelos profissionais de saúde envolvidos diretamente no cuidado à saúde e os pacientes/usuários finais dos serviços hospitalares.

Esta configuração de sustentação teórica foi construída em observância aos ensinamentos de diversos autores apontados no texto que defendem que, para se obter ou aperfeiçoar a qualidade dos serviços de saúde, deve-se lançar mão de uma abordagem multidimensional para avaliá-la no intuito de aprimorá-la. Essa abordagem implica o envolvimento dos diferentes e principais atores interessados, como os profissionais da área técnica, os da área gerencial e os usuários, dentre outros.

Assim sendo, o objetivo principal deste estudo foi analisar as percepções dos principais grupos de atores, sobre as dimensões da qualidade dos serviços prestados previstas na mencionada escala, a fim de se buscar um entendimento melhor sobre o que efetivamente significa qualidade de serviços para cada um deles, além de efetuar uma análise comparativa entre estes grupos. Para tal, foram listadas algumas hipóteses, que foram testadas e respondidas utilizando-se basicamente testes envolvendo análise estatística descritiva simples de diferenças de médias, observando-se a taxa de erro $\alpha = 0,05$ e intervalo de confiança de 95%, adotados em todo o estudo.

A primeira hipótese foi a de que existe diferença significativa entre as percepções da qualidade para os serviços hospitalares, por parte dos gestores atuantes nos hospitais públicos e privados do Estado de Goiás-BR. Esta hipótese foi testada e revelou que existe diferença significativa entre estes dois grupos.

A segunda hipótese testada foi a de que existe diferença significativa entre as percepções da qualidade para os serviços hospitalares, por parte dos profissionais de saúde atuantes nos hospitais públicos e privados do Estado de Goiás-BR. Esta hipótese foi testada e demonstrou que a diferença de percepções da qualidade existente entre estes dois grupos de indivíduos não é estatisticamente significativa.

No terceiro caso, envolvendo o grupo dos pacientes/usuários dos hospitais públicos e privados do Estado de Goiás – BR, também foi testado se existe diferença significativa entre as percepções da qualidade dos dois grupos. Os resultados apontaram que existe diferença significativa entre suas percepções da qualidade.

A quarta e última hipótese testada foi a de que existe diferença significativa entre as percepções da qualidade para os serviços prestados por hospitais públicos e privados do Estado de Goiás-BR, por parte dos seis grupos de indivíduos envolvidos no estudo. Neste caso, pode-se observar a existência de diferenças significantes das percepções sobre a qualidade por parte dos grupos envolvidos.

Assim sendo, os resultados sugerem que determinadas diferenças de percepções, se trabalhadas por grupos de interesse, podem vir a melhorar a percepção da qualidade como um todo para o grupo dos pacientes/usuários no curto prazo que, em tese, são os principais interessados. Por exemplo, a dimensão presteza, considerada a mais importante pelos pacientes/usuários, poderia ser melhorada entre os profissionais de saúde que a relegaram como sendo uma das menos importantes. Neste caso, ressalta-se que ações ligadas ao treinamento e desenvolvimento destes profissionais, além de amenizarem tal discrepância, certamente demandariam um dispêndio menor de recursos se comparados com os investimentos necessários para a melhoria da dimensão tangibilidade, dada como a mais importante pelos gestores e pelos profissionais de saúde dos hospitais privados.

É certo que tal medida seria paliativa, uma vez que a dimensão tangibilidade também foi tida como uma das mais importantes dentre os profissionais de saúde e dentre os próprios pacientes/usuários, atuantes e atendidos, nos hospitais privados.

De qualquer forma, seja nesta ou naquela dimensão que pensarmos em realizar ajustes e ações corretivas visando à melhoria geral da percepção da qualidade dos serviços hospitalares em prol dos pacientes/usuários, vale lembrar que infelizmente em nenhuma delas e em nenhum dos grupos estudados foi observada em qualquer momento a situação ideal, ou seja, as percepções sendo maior do que as expectativas, o que demonstraria uma percepção positiva da qualidade nos serviços prestados pelos hospitais públicos e pelos hospitais privados do Estado de Goiás – BR estudados.

5.1 Limitações do estudo

Algumas limitações devem ser consideradas neste estudo, servindo, assim, de sugestão para o aprimoramento de estudos futuros sobre o tema. A primeira delas refere-se ao aspecto quantitativo do estudo, pois a amostra utilizada, que muito embora tenha sido equilibradamente distribuída entre os grupos estudados e sem a presença de *missing's*, não é representativa, portando, o estudo não pode ser generalizado.

Outro fator a ser considerado é o fator cultural/regional. O estudo envolveu apenas um Estado da Federação, onde, certamente, a cultura local se difere da cultura de outros Estados brasileiros, que contêm população com descendências diferentes e conseqüentemente maior ou menor níveis de exigências em relação à qualidade dos serviços de saúde. Pode-se entender então que certas situações, se observadas em centros desenvolvidos do país, causariam estranheza e até descontentamentos, já em alguns dos municípios que abrigam os hospitais utilizados neste estudo podem ter sido consideradas como normais ou admissíveis, o que também pode interferir nos resultados apurados.

Não menos importante, e por isso não deve ser desconsiderado, tem-se o fator estresse em que se encontravam os respondentes no ato da pesquisa. É certo que pacientes internados como estavam os que foram entrevistados neste estudo, encontravam-se com suas condições emocionais alteradas, o que certamente pode ter influenciado em suas respostas, tanto de forma positiva quanto de forma negativa. Isso se aplica também aos profissionais de saúde, que podem, no momento da pesquisa, ter suas percepções alteradas em função de acontecimentos recentes em sua prática laboral.

Acrescenta-se a estas considerações o fator disponibilidade de tempo para a realização da pesquisa. Em muitos casos foi observado que o entrevistado (principalmente os profissionais da saúde) respondia rapidamente ao questionário proposto alegando estar com pressa. Tal situação pode não ser a ideal para a coleta de dados, pois, corre-se o risco de se obter respostas descompromissadas ou até mesmo equivocadas por falta de reflexão sobre as perguntas.

Outra importante limitação está ligada ao fato de que os hospitais privados envolvidos neste estudo também atendem a pacientes/usuários do SUS. Tal situação pode implicar em viesamento das respostas dos pacientes/usuários, bem como das ações dos gestores, uma vez que, sabemos que a remuneração dos serviços dispendida pelo sistema único é bem

diferente da remuneração dispendida pelos pacientes/usuários de planos de saúde e particulares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AAKER, D.A., KUMAR, V.; DAY, G.S. *Marketing research*. 8.ed. USA: Wiley. 2003.

ABRAMS, R.A.; AYERS, C.S.; PETERSON, M.V. Quality assessment of dental restorations: a comparison by dentists and patients. *Community Dent. Oral Epidemiol.* Boston, v.4, p. 317-319, Nov./Dec. 1986.

ABRANTES, J. *Programa 8S – Da alta administração à linha de produção: o que fazer para aumentar o lucro?* 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2007.

AGUIAR, Silvio. *Integração das Ferramentas da Qualidade do PDCA e do programa seis sigma*. Belo Horizonte: Fundação Desenvolvimento Gerencial, 2002.

ALÁSTICO, G.P. *Gestão da qualidade em serviços médico-hospitalares de pequeno e médio porte: pesquisa-ação e sistemática para implantação da acreditação hospitalar*. 2011. 270 f. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

ALBUQUERQUE, Juraci Dias. *QUALIDADE HOSPITALAR: UMA ANÁLISE DE SUA REALIDADE EM CAMPINA GRANDE-PARAIBA-BRASIL*. 2012. 337 f. Tese (Doutorado). Universidade de Extremadura, Badajóz.

ANSUJ, A. P.; ZENCKNER, C. L.; GODOY, L. P. Percepção da qualidade dos serviços de odontologia. *XXV Encontro Nac. de Eng. De Produção-Porto Alegre*, RS, Brasil, 29 Out a 01 de nov de 2005.

AKERMAN, M.; NADANOVSKY, P. Avaliação dos Serviços de Saúde — Avaliar o Quê? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.4 p. 361-365, Out./Dez. 1992.

BEZZI, Claudio. *Il disegno della ricerca valutativa*. Milano: Angeli, 2003.

BERWICK, Donald M., GODFREY, A. Blanton, ROESSNER, Jane. *Curing health care - new strategies for quality improvement: a report on the National Demonstration Project on Quality Improvement in Health Care*. San Francisco: Jossey-Bass, 1991.

BITTENCOURT, R.J; HORTALE, V.A. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v.12 p.929-34. Jan./Mar.2007.

BLENDON, R.J; SCHON, C.; DESROCHES, C.M.; OSBORN, R.; SCOLES, K.L.; ZAPERT, K.; Inequities in health care: a five-country survey. Access-to-care experiences across the five countries tend to vary along with the countries' insurance coverage policies. *Health Affairs*, v.2 p.182-191. Jul./Ago.2002.

BOLTON, Ruth N., DREW, James H. A longitudinal analysis of the impact of service changes on customer attitudes. *Journal of Marketing*, v.55, n.1, p.1-9, jan 1991a.

BOLTON, Ruth N., DREW, James H. A multistage model of customer's assessments of service quality and value. *Journal of Consumer Research*, v.17, n.1, p.375-384, mar 1991b.

- BROWN, S.W.; SWARTZ, T. A. A gap analysis of professional service quality. *Journal of Marketing*, v. 53, n. 2, p. 92-8, 1989.
- BURMESTER, H.; PEREIRA, J.C.; SCARPI, M.J. Modelo de Gestão para organizações de Saúde. *Revista de Administração em Saúde*, Porto Alegre, v.9, n.37, p. 125-132, Out./Dez. 2007.
- CARTWRIGHT, A. Human relations and hospital care. *Reports of the Institute of Community Studies*, v.9 p.251-254. 1964.
- CASTELLANOS, P.L. *Comparação entre a satisfação do usuário com os serviços oferecidos num hospital geral e a percepção gerencial dessa satisfação*. 2002. 196f. Dissertação – Mestrado, Escola de Administração de Empresas de São Paulo.
- CASTRO, A. M. G. de. Cadeia produtiva: marco conceitual para apoiar a prospecção tecnológica. In: SIMPÓSIO DE GESTÃO E INOVAÇÃO TECNOLÓGICA, 22, 2002, Salvador. Anais... Salvador: FEA-USP, 2002.
- CERQUEIRA, J. P. de et al. *Iniciando os conceitos de qualidade total*. Biblioteca Pioneira de administração e negócios. Série qualidade Brasil. São Paulo: Pioneira, 1994.
- CHAM, K.; MAUBORGNE, R. *Blue Ocean Strategy: How to create uncontested market space and make the competition irrelevant*. USA: Harvard Business School Publishing, 2005. 239 p.
- CHOWDHARY, N.; PRAKASH, M. Prioritizing service quality dimensions. *Managing Service Quality*, Mizoram, v. 17, n. 5, p. 493-509, Abr./Jun. 2007.
- CORRÊA, H.; CORRÊA, C. *Administração de produção e operações manufatura e serviços: uma abordagem estratégica*. São Paulo: Editora Atlas, 2004.
- COSER, L.A. Some functions of deviant behavior and normative flexibility. *American Journal of Sociology*, v. 68, p.172-181, Out./Dez. 1962.
- CROSBY, P.B. *Cutting the cost of quality*. [s.l]; Industrial Education Institute, 1967.
- CRONIN, J.; TAYLOR, S. Measuring service quality: A reexamination and extension. *Journal of Marketing*, v. 56, n. 3, p. 55-68, Out./Nov.1992.
- DAVIS, J. H.; GOLDBERG, R. A. A concept of agribusiness. Boston: *Harvard University*, 1957. 136p.
- DEALE, A. WESSELY, S., Patient's perceptions of medical care in chronic fatigue syndrome. *Social Science Medicine*, v. 2, p.1859-1864, Out./Dez. 2001.
- DE SILVA, A. A framework for measuring responsiveness. *GPE Discussion Paper Series*, nº 32. EIP/GPE, WHO,1999.

DI SERIO, L.; SAMPAIO, M. Projeto da cadeia de suprimento: uma visão dinâmica da decisão fazer versus comprar. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo. v.41, n. 1, p.54-66, Jan./Mar. 2001.

DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of Medical Care. *Milbank Mem. Fund. Q.* 44:166, Part 2, 1966.

DONABEDIAN, A. *Explorations in quality assessment and monitoring the methods and findings of quality assessment and monitoring: an illustrated analysis*. 2.ed., Ann Arbor: Health Administration Press, 1985.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Méd*, 114:1115-1118, 1990.

EL-HAIK, B.; ROY, David M. *Service design for six sigma: a road map for excellence*. New York: John Wiley & Sons, 2005.

ESPERIDIÃO, M.; TRAD, L.A.B. Avaliação de satisfação de usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.10(Supl.) p.303-312, 2005

EUREKA, William E.; RYAN, Nancy E. *QFD: perspectivas gerenciais e desdobramento da função qualidade*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1992.

FEIGENBAUM, A. *Total quality control*. New York: McGraw-Hill, 1961.

FERRI, S. M. N.; PEREIRA, M. J. B.; MISHIMA, S. M.; CACCIA-BAVA, M. C. G.; ALMEIDA, M. C. P. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.11, p.515-529. 2007.

FITZPATRICK, Ray., “Measurement of patient satisfaction”, In:A. Hopkins e D. Costain (orgs.), *Mearuring the Outcome of Medical Care*. London: Royal College of Physicians of London & King’s Fund (1990).

FLEXNER, A. *Medical Education in United States and Canada: Report to Carnegie Foundation for Advencement of Tea- ching*. New York: Merrymount Press, 1940.

FNQ (Fundação Nacional da Qualidade). *Critérios de Excelência: o estado-da-arte da gestão para a excelência do desempenho e para o aumento da competitividade*. São Paulo: FNQ, 2005.

FNQ (Fundação Nacional da Qualidade). *Critérios de Excelência: avaliação e diagnóstico da gestão organizacional*. São Paulo: FNQ, 2007.

FNQ (Fundação Nacional da Qualidade). *Critérios de Excelência: avaliação e diagnóstico da gestão organizacional*. São Paulo: FNQ, 2010.

FREITAS, A. P.; COZENDEY, M. I. Um modelo SERVPERF para avaliação de serviços hospitalares. *Anais do Encontro Nacional de Engenharia de Produção*, 28, Salvador, 2008. Rio de Janeiro: UENF, 2008. p. 1-13.

FRIEDMAN, A.L.; MILES, S. *Stakeholders – theory and practice*. Oxford University Press, 2006.

FUCHS, L. O paciente quer qualidade. *O Mundo da Saúde*. Junho, 1995; 19(5):182-4.

GARVIN, David A. *Gerenciando a qualidade: a visão estratégica e competitiva*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2002.

GARVIN, D. A. What does “product quality” really means. *Sloan Management Review*, v.26, n.1, p. 23-43, Fall ,1984.

GIARELLI, Guido, “*Le connessioni possibili: i sistemi di miglioramento della qualità*”, In: COSTANTINO CIPOLLA *et al.* (orgs.), *Valutare la qualità in sanità*. Milano: Angeli, 2002.

GLASSER, Paul., *La ricerca valutativa*. Padova: Fondazione Zancan,1972.

GRÖNROOS, C., A service quality model and its marketing implications. *European Journal Marketing*, v.32, n.3, p. 36-44, Jun. 1984.

GRÖNROOS, Christian. *Service management and marketing: managing the moments of truth in service competition*. Lexington: Lexington Books, 1990.

HAIR, J. F. Jr.; ANDERSON, R. E.; TATHAM, R. L.; BLACK, W. C. *Multivariate data analysis*. New Jersey: Prentice-Hall Inc., 1998.

HAYES, Bob E. *Measuring customer satisfaction: development and use of questionnaires*. Milwaukee: ASQC Quality Press, 1992.

HEKKINK, C.F.; WIGERSMA, L.; YZERMANS, C.C.; BINDELS, P.J., HIV nursing consultants: patient’s preferences and experiences about the quality of care. *Journal of Clinical Nursing*, v.21, n.14, p.327-333, Jan./Abr. 2005.

HELD FILHO, A. *Incorporando a percepção do paciente na avaliação do atendimento odontológico*.1999, 166F. Dissertação (Mestrado em Odontologia) – Curso de Pós-Graduação em Odontologia, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

HIIDENHOVI, H.; NOJONEN, K.; LAIPPALA, P., Measurement of outpatient’s views of service quality in a Finnish university hospital. *Journal of Advanced Nursing*, v.1, n.1, p. 59-67, Jan./Mar.2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Estatística da Saúde: Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária*, Rio de Janeiro, 2010.

JENKINSON, C. et al. Measuring the experiences of health care for patients with musculoskeletal disorders: development of the Pick MSD questionnaire. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* v.16, p. 329-333, Out./Nov. 2002.

JURAN. *Quality control handbook*. New York: McGraw-Hill, 1951.

KOINBERG, I., HOLMBERG, L., FRIDLUND, B., Satisfaction with routine follow-up visits to the physician: the needs of patients with breast cancer. *Acta oncologica*, v.1, p.454-459, Out./Dez. 2001.

LAPIERRE, J. *Customer-perceived value in industrial contexts*. The Journal of Business & Industrial Marketing, v. 15, n. 2/3, p. 122-146. Disponível em Proquest Direct ABI/Inform: <http://proquest.com/ppqweb> Acesso em 17/03/2012.

LEÃO, A.T.T.; DIAS, K. Avaliação dos serviços de saúde prestados por faculdades de odontologia: a visão do usuário. *Rev. Bras. Odont. Saúde Coletiva*, v.2, n.1, p.40-46, Jan/Abr. 2001.

LELES, C.; DAL MORO, R.G. *Princípios de Bioestatística*. In: ESTRELA, C. *Metodologia Científica: Ciência, Ensino, Pesquisa*. 2.ed. São Paulo, Artes Médicas, 2005. Cap.22.

LIMA, S. B. S; ERDMANN, A. L. A enfermagem no processo de acreditação hospitalar em um serviço de urgência e emergência. *Acta Paul Enfermagem*, v.3, n.19, p.271-278, 2006.

LINDER-PELZ, S. Toward a Theory of Patient Satisfaction. *Social Science and Medicine*, v.1, n.16, p.577-582. 1982.

MALHOTRA, N. K. *Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada*. Porto Alegre, Bookman, 2006.

MALIK, A.M. Qualidade em serviços de saúde nos setores público e privado. *Cad. Fundap* v.19, n.4, p.7-24. 1998

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. *Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde e Cidadania, v. 3).

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. *Qualidade e acreditação*. In: Gestão em saúde. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

MATSUDA, L. M.; ÉVORA, Y. D. M.; BOAN, F. S. O método Desdobramento da Função Qualidade QFD – no planejamento do serviço de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*, v.8 n.5, p. 97-105. Set./Out.2005

MEZOMO, J.C.. *Gestão da Qualidade na saúde: princípios básicos*. São Paulo, Manole, 2001.

MILAN, G.S.; TONI, D. de; BARAZETTI, L. Configuração e organização de imagens de serviços: um estudo exploratório. *Revista Produção*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 60-73, Jan./Abr. 2005.

MIRSHAWKA, V. *Hospital. Fui bem atendido?* Makron Books, Rio de Janeiro, 1994.

MURRAY, C. J. L.; KAWABATA, K.; VALENTINE, N. People's experience versus people's expectations: satisfaction measures are profoundly influenced by expectations, say these WHO researchers. *Health Affairs*, v.20, n.4, p.21-24, 2001

OLIVER, R.L. A Cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions, *Journal of Marketing Research*, v. 17, n. 4, p. 460-69, Nov. 1980.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). *Manual das organizações prestadoras de serviços de saúde*. Brasília: 6. ed., 2010, 203 p.

OVRETVEIT, John., *La qualità nel Servizio Sanitario*. Napoli: EdiSES, 1996.

OVRETVEIT, John., *Evaluating Health Interventions*. Buckingham: Open University Press, 1998.

PAIVA, S. M. A.; GOMES, E. L. R. Assistência hospitalar: avaliação da satisfação dos usuários durante seu período de internação. *Rev Latino-am Enfermagem*, setembro-outubro; v.15n.5, p.973-979. Set./Out. 2007

PALADINI, E. P. *Gestão da qualidade – teoria e prática*. São Paulo: Atlas. 2000.

PANDE, Peters S.; NEUMAN, Robert P.; CAVANAGH, Roland R. *The six sigma way – how GE, Motorola and other top companies are harnessing their performance*. New York: McGraw-Hill, 2000.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L.L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, v.49, p.41-50, 1985.

PARASURAMAN, A.; BERRY, L. L.; ZEITHAML, V. A. Understanding customer expectation of service. *Sloan Management Review*, v.31. p.39-48, Spring 1991.

PATTON, M. Quinn., *Utilization-Focused Evaluation. The New Century Text*. Thousand Oaks: Sage Publications, 1997.

PATWADHAN, A.; PATWADHAN, D.; How Transferable is Deming's Approach to a Health and Social Care Setting? *J. Health Manage*, v. 9, n.3, p.443-457. 2007.

PESTANA, João N.; GAGEIRO, Maria H. *Análise de Dados Para Ciências Sociais: A complementariedade do SPSS*. Lisboa: Sílabo, 2000.

PISCO, L.A. A avaliação como instrumento de mudança. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.11, n.3, p.566-568. 2006.

PORTERFIELD, J. D. Evaluation of Patients: Codman Revisited. *Bull. N. Y. Acad. Med.* v.52, n.1, p. 30-388, 1976.

RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v.19, n.1, p.27-34. 2003.

RANCI ORTIGOSA, Emanuele, “*La qualità nei servizi sanitari*”, In: RANCI ORTIGOSA E.(org.), *La valutazione di qualità nei servizi sanitari*. Milano: Angeli, 2000.

ROBERTSON, Alex, “Definire e valutare la qualità nei servizi socio-sanitari”, In: GIOVANNI BERTIN (org.), *Valutazione e sapere sociologico*. Milano: Angeli, 1995.

ROCHA, E.S.B; TREVISAN, M.A. Gerenciamento da qualidade em um serviço de enfermagem hospitalar. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. v.12, n.2, p.125-135, 2009.

RODRIGUES, M.V. *Qualidade e acreditação em saúde*. Rio de Janeiro, Editora FGV, 2011.

ROSSI, Peter *et al.*, *Evaluation. A Systematic Approach*. Thousands Oaks: Sage Publications 1999.

SCHIESARI, L.M. *Resultados de iniciativas de qualidade em hospitais brasileiros*. 2003. (Tese de Doutorado), Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

SCRIVENS, E. *Accreditation: protecting the professional or the consumer?* Buckingham: Open University Press; 1995.

SENARATH, U.; FERNANDO, D. N.; RODRIGO, I. Factors determining client satisfaction with hospital-based perinatal care in Sri Lanka. *Tropical Medicine and International Health*, v.11, n.9, p.1442-1451. 2006.

SHIBA, S.; GRAHAM, A.; WALDEN, D. *TQM: quatro revoluções na gestão da qualidade*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

SITZIA, J.; WOOD, N. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Social Science and Medicine*, v.45, n.12, p.1829-1843, Mar./Abr.1997.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; BRUMMER, S. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.

SOÁREZ, P.C. de; PADOVAN, J.L.; CICONELLI, R.M. Indicadores de saúde no Brasil: um processo em construção. *Revista de Administração em Saúde*, São Paulo, v. 7, n. 27, p. 57-64, Abr./Jun. 2005.

STENZEL, A. C. B.; MISOCZKY, M. C. A.; OLIVEIRA, A. I. *Satisfação dos usuários de serviços públicos de saúde*. In: MISOCZKY, M. C.; BORDIN, R. (Orgs.). *Gestão local em saúde: práticas e reflexões*. Porto Alegre: Dacasa Editora 2004. p. 87-102.

STRAW. Peter, “Riscoprire i pazienti”, *Salute e Società*, v.1, n.2, p.147-163, Mar./Abr. 2002.

STUFFLEBEAM, Daniel., “The CIPP Model for Program Evaluation”, In: GEORGE MADAUS *et al.* (orgs.), *Evaluation Models. Viewpoints on Educational and Human Services Evaluation*. Dordrecht: Kluwer Nijhoff Publishing, 1996.

SZASZ, T. S.; HOLLENDER, M. H. A contribution to the philosophy of medicine. *A.M.A. Archives of Internal Medicine*, v.97, p.585-592. 1956.

TEAS, R.K. Expectations, performance evaluation and consumer’s perceptions of quality. *Journal of Marketing*, v. 57, n. 4, p. 18-34, Out/1993.

- TÉBOUL, James. *Gerenciando a dinâmica da qualidade*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1991.
- TENGAN, C. *Abordagem teórica e aplicação de um método de qualidade em serviço público odontológico*. 2008. 191f. Tese (doutorado em odontologia). Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba.
- TONTINI, G.; SANT'ANA, A.J. Interação de atributos atrativos e obrigatórios de um serviço na satisfação do cliente. *Revista Produção*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 112-125, Jan./Abr. 2008.
- TONTINI, G; SILVEIRA, A. Identification of satisfaction attributes using competitive analysis of the improvement gap. *International Journal of Operations & Production Management*, v. 27, n. 5, p. 482-500, Jan./Abr. 2007.
- TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S. O impacto sociocultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cadernos de Saúde Pública*, v.14, n. 2, p. 429-435. 1998
- TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos Saúde Pública*, v. 20(Supl.2), p.190-198. 2004.
- TREVISAN, M. A.; MENDES, I. A. C.; LOURENÇO, M. R.; SHINYASHIKI, G. T. Aspectos Éticos na Ação Gerencial do Enfermeiro. *Rev. Latino-americana Enfermagem*, v. 10, n.1 p.85-89. Jan./Fev. 2002.
- TURRINI R.N.T., *Percepção dos usuários sobre a resolutividade e a satisfação pelos serviços de saúde na região sudoeste da grande São Paulo*. 2001. 139f. Tese (doutorado). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. São Paulo.
- URDAN, A. T. A qualidade de serviços médicos na perspectiva do cliente. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, v.4, n.4. p.44-55, Out./Dez. 2001.
- VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B.; FARIAS, L. O.; MÉDICI, M. E.; NASCIMENTO, L. R. *Projeto Gestão de Qualidade e Satisfação dos Usuários em Organizações Públicas de Saúde: um estudo piloto no Instituto de Pesquisa Evandro Chagas-IPEC*. Rio de Janeiro: Faperj/Ensp-Fiocruz; 2003.
- VALENZUELA, M.T. Indicadores de salud: características, uso y exemplos. *Ciência & Trabajo*, Providência, v.7, n. 17, p. 118-122, Jul./Set. 2005.
- VIEIRA, V. A. *As tipologias, variações e características da pesquisa de marketing*. Revista da FAE, Curitiba, v. 5, n. 1, p. 61-70, Jan./Abr. 2002.
- VUORI, H. Research needs in quality assurance. *Quality Assurance in Health Care*, v.1, p. 147-159. Jul./Set.1989.
- WEISS, Carol., *Evaluation*. Upper Saddle River: Prentice Hall (1998).
- WILLIAMS, B. Patient satisfaction: a valid concept? *Social Science and Medicine*, v.38, n.4, p. 509-516. Jul./Ago. 1994.

WOOD, Jr. T.; URDAN, F. Gerenciamento da qualidade total: uma revisão crítica. *Revista de Administração de Empresas*, v. 34, n.6, p. 46-59. Jan./Mar.1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Health System Performance: what is the WHO Health System Performance framework?* Disponível em: <http://www.who.int/health-systems-performance/concepts.htm>; acessado 10 de outubro de 2011.

YAMARCHI, N. I.; MUNHOZ, C. H. F. Conceitos básicos para um gerenciamento de enfermagem baseado na filosofia da qualidade total. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 47, n.1, p.50-56. Jan./Mar. 1994.

ZANDBELT, L.C.; SMETS, E.M.; OORT, F.J.; GODFRIED M.H.; HAES, H.C., Satisfaction with the outpatient encounter: a comparison of patient's and physicians' views. *Journal of General Internal Medicine*, v.19, p.1088-1095, Set./Out. 2004.

ZEITHAML, V.A. Consumer perceptions of price, quality and value: a means-end model and synthesis of evidence. *Journal of marketing*, v.52, p.2-22, July, 1988.

ZYLBERSZTAJN, D. Estrutura de governança e coordenação do agribusiness: uma aplicação da nova economia das instituições. 1995. *Tese (Livre Docência) – Faculdade de Economia e Administração*. Universidade de São Paulo, São Paulo, SP.

ANEXOS

ANEXO 1 – Autorização para uso da Escala Service Quality (SERVQUAL)

- **RE: REQUEST AUTHORIZATION TO USE** 



Paraturaman, A (aparatur@bus.miami.edu) Adicionar a contatos 10:54
 Para: Vagner Rosalem
 Cc: Zeithaml, Valarie, Len Berry

De: **Paraturaman, A** (aparatur@bus.miami.edu)
 Enviada: segunda-feira, 26 de março de 2012 10:54:22
 Para: Vagner Rosalem (vagner@hotmail.com)
 Cc: Zeithaml, Valarie (valariez@unc.edu); Len Berry (LBerry@CGSB.TAMU.EDU)

Dear Vagner,

Thanks for requesting permission to modify and use the SERVQUAL instrument in your research as outlined in your email below. On behalf of my coauthors (Professors Berry and Zeithaml) and myself, I am pleased to grant you that permission. The only condition is that you appropriately cite our work in all oral and written presentations of your findings.

Good luck with your research.

Sincerely,

A. Paraturaman

A. "Parsu" Paraturaman
 Professor of Marketing & The James W. McLamore Chair
 Director of Doctoral Programs
 School of Business Administration
 University of Miami
 Coral Gables, FL 33124-6554
 Tel: 305-284-5743/Fax: 305-284-6526
parsu@miami.edu
<http://www.bus.miami.edu/faculty-and-research/faculty-directory/marketing/paraturaman/index.html>

From: Vagner Rosalem [vagner@hotmail.com]
Sent: Sunday, March 25, 2012 10:35 AM
To: Paraturaman, A
Subject: REQUEST AUTHORIZATION TO USE

Dear Professor Paraturaman,

My name is Vagner Rosalem i am student of PhD in business administration from the Getulio Vargas Foundation in São Paulo, Brazil.

In my research i want to understand the differences in perceptions of quality of health services by managers, health professionals and patients in public and private hospitals. To this end, i intend to use as a tool for data collection Service Quality Scale - SERVQUAL appropriately adapted to healthcare. I request your permission for such use.

I clarify that my work is not for profit, and academic use only.

<https://blu157.mail.live.com/mail/PrintMessages.aspx?cids=7b964b3d-9553-11e2-81cc-002264c16140,m&isSafe=true&FolderID=00000000-0000-0000-0000-000000000000>



Take this opportunity to congratulate you for the work that Professor recognized place in the area.

Looking forward to receiving your permission, thank you in advance for your attention.

 VAGNER ROSALEM
 PROF. ADDRESS:
 FEDERAL UNIVERSITY OF GOIÁS
 DEPARTMENT OF ADMINISTRATION
 CAMPUS CATALÃO - GOIÁS - BR
 PHONE: + 55 64 8117 4727

ANEXO 2 - Escala Service Quality (SERVQUAL) – Expectativas

Caro entrevistado,

Este questionário tem caráter acadêmico. Não é necessária sua identificação e suas respostas não serão divulgadas a terceiros. Assim sendo, com base nas **suas EXPECTATIVAS em relação à qualidade dos serviços hospitalares EM GERAL**, responda as questões abaixo de acordo com seu grau de concordância, sendo: de **1 para discordo totalmente** até **7 para concordo totalmente** com a afirmativa. Não existe resposta certa ou errada, o importante é você expressar a sua opinião sobre o assunto.

EM UM EXCELENTE HOSPITAL:		1	2	3	4	5	6	7
v1	Os equipamentos possuem aparência moderna e são em número suficiente							
v2	As instalações físicas são atraentes (confortáveis, silenciosas, arejadas, limpas, etc)							
v3	Os funcionários em geral possuem uma boa aparência							
v4	Os manuais, catálogos, formulários e sinalização utilizados são de qualidade							
v5	Os prazos divulgados para atendimento e prestação dos serviços são mantidos							
v6	O hospital demonstra interesse em resolver os problemas existentes							
v7	Os atendimentos, serviços e exames são combinados de maneira certa logo na primeira vez							
v8	Os prazos combinados para realização de consultas ou exames ou reuniões são cumpridos							
v9	Seus dados cadastrais são mantidos e guardados sem erros							
v10	As informações dadas pelos funcionários sobre os prazos de execução de serviços são corretas							
v11	O atendimento dispensado pelos profissionais ligados ao atendimento é imediato							
v12	Os funcionários e atendentes em geral são sempre dispostos a ajudar os pacientes							
v13	Os funcionários e atendentes em geral estão sempre livres para responder os pedidos dos pacientes							
v14	Os funcionários e atendentes possuem uma postura que inspira confiança.							
v15	Os funcionários e atendentes são cordiais e tratam as pessoas com respeito							
v16	Os funcionários e atendentes são bem treinados para atender aos serviços solicitados							
v17	Os funcionários e atendentes possuem conhecimento para responder as dúvidas dos solicitantes							
v18	Existe atenção individual aos pacientes, aos profissionais da saúde e funcionários em suas solicitações							
v19	O horário de atendimento é conveniente para os pacientes e seus familiares e para os funcionários							
v20	Possue funcionários, na quantidade e com a qualidade necessária para dar atenção pessoal aos solicitantes dos serviços							
v21	Os interesses do paciente e demais profissionais envolvidos no processo de atendimento são tratados com prioridade							
v22	Existe entendimento das necessidades específicas dos pacientes e demais profissionais.							

ANEXO 3 – Escala Service Quality (SERVQUAL) – Desempenho

Agora, com base na **sua EXPERIÊNCIA em relação à qualidade dos serviços hospitalares DESTA HOSPITAL**, responda as questões abaixo de acordo com seu grau de concordância, sendo: de **1 para discordo totalmente** até **7 para concordo totalmente** com a afirmativa. Novamente, não existe resposta certa ou errada, o importante é você expressar a sua opinião sobre o assunto.

v1	Os equipamentos possuem aparência moderna e são em número suficiente								
v2	As instalações físicas são atraentes (confortáveis, silenciosas, arejadas, limpas, etc)								
v3	Os funcionários em geral possuem uma boa aparência								
v4	Os manuais, catálogos, formulários e sinalização utilizados são de qualidade								
v5	Os prazos divulgados para atendimento e prestação dos serviços são mantidos								
v6	O hospital demonstra interesse em resolver os problemas existentes								
v7	Os atendimentos, serviços e exames são combinados de maneira certa logo na primeira vez								
v8	Os prazos combinados para realização de consultas ou exames ou reuniões são cumpridos								
v9	Seus dados cadastrais são mantidos e guardados sem erros								
v10	As informações dadas pelos funcionários sobre os prazos de execução de serviços são corretas								
v11	O atendimento dispensado pelos profissionais ligados ao atendimento é imediato								
v12	Os funcionários e atendentes em geral são sempre dispostos a ajudar os pacientes								
v13	Os funcionários e atendentes em geral estão sempre livres para responder os pedidos dos pacientes								
v14	Os funcionários e atendentes possuem uma postura que inspira confiança.								
v15	Os funcionários e atendentes são cordiais e tratam as pessoas com respeito								
v16	Os funcionários e atendentes são bem treinados para atender aos serviços solicitados								
v17	Os funcionários e atendentes possuem conhecimento para responder as dúvidas dos solicitantes								
v18	Existe atenção individual aos pacientes, aos profissionais da saúde e funcionários em suas solicitações								
v19	O horário de atendimento é conveniente para os pacientes e seus familiares e para os funcionários								
v20	Possui funcionários, na quantidade e com a qualidade necessária para dar atenção pessoal aos solicitantes dos serviços								
v21	Os interesses do paciente e demais profissionais envolvidos no processo de atendimento são tratados com prioridade								
v22	Existe entendimento das necessidades específicas dos pacientes e demais profissionais.								
PARA FINALIZAR, FALE UM POUCO DE VOCE RESPONDENDO AS QUESTÕES ABAIXO:									
Q01	Qual é sua relação com este hospital? 1 () Gestor/Administrativo 2 () Profissional da área da saúde 3 () Paciente								
Q02	Seu sexo: 1 () Masculino 2 () Feminino								
Q03	Sua idade: 1 () até 18 anos 2 () de 19 a 29 anos 3 () de 30 a 39 anos 4 () de 40 a 49 anos 5 () 50 ou mais								
Q04	Sua renda: 1 () até R\$1.250,00 2 () de R\$1.251,00 a R\$2.500,00 3 () de R\$2.501,00 a R\$3.750,00 4 () de R\$3.751,00 a R\$5.000,00 5 () + de R\$5.000,00								
Q05	Seu grau de instrução: 1 () até o ensino fundamental 2 () ensino médio incompleto 3 () ensino médio completo 4 () ensino superior incompleto 5 () ensino superior completo 6 () pós-graduado (a)								
Q06	Possui plano de saúde particular? 1 () Sim 2 () Não								
Q07	Este hospital em que você está é: 1 () Público 2 () Particular								
Q08	Possui casa própria? 1 () Sim 2 () Não								
Q09	Você reside em: 1 () área urbana 2 () área rural								

ANEXO 4 – Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário (a), de uma pesquisa. Meu nome é Vagner Rosalem, sou a pesquisador responsável e minha área de atuação é Administração em Saúde. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma.

Em caso de dúvida sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com o(s) pesquisador (es) responsável(is), Vagner Rosalem no telefone: 64 – 8117-4727 e Álvaro Escrivão Júnior no telefone: 11- 8230-1370. Em casos de dúvidas sobre os seus direitos como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: 62 - 3521-1075 ou 3521-1076.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES SOBRE A PESQUISA

- A pesquisa intitulada “**ANÁLISE DAS PERCEPÇÕES DOS PRINCIPAIS ATORES DA CADEIA PRODUTIVA DA SAÚDE SOBRE A QUALIDADE DOS SERVIÇOS PRESTADOS POR HOSPITAIS DO ESTADO DE GOIÁS-BR**” tem por objetivo principal verificar se existe assimetria de informações em relação ao entendimento sobre o que é qualidade entre gestores, profissionais e consumidores de serviços de saúde nos hospitais públicos e privados do sudeste goiano. A proposta para a pesquisa é a realização de entrevistas semi-estruturadas e estruturadas, com gestores; profissionais prestadores de serviços e pacientes de hospitais públicos e privados do sudeste goiano. Não haverá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela participação na pesquisa e haverá garantia do sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. À qualquer momento, o pesquisado tem liberdade de recusar-se de participar da pesquisa, podendo retirar seu consentimento em qualquer momento, sem ônus ou penalizações.



Vagner Rosalem

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA

Eu, _____, RG nº _____, CPF nº _____, abaixo assinado, concordo em participar do estudo “*Gestão Municipal de Saúde: Um estudo da gestão de recursos humanos em municípios do sudoeste goiano*” como sujeito. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador(a) Vagner Rosalem sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento, se for o caso).

Local e data: _____

Nome e Assinatura do sujeito: _____

ANEXO 5 - Significância entre as diferenças de percepção/expectativa entre os seis grupos

ANOVA - DIMENSÃO TANGIBILIDADE POSTHOC= TUKEY HSD ALPHA (0.05)					
TIPO DO HOSPITAL	(I) Vinculo	N	(J) Vinculo	Sig.	95% Confid.
					Interval
					Lower Bound
Público	Gestor	58	Profissional de Saúde	,017	,2974
			Paciente	,029	,1595
	Profissional de Saúde	58	Gestor	,017	-3,8405
			Paciente	,981	-1,9095
	Paciente	58	Gestor	,029	-3,7026
			Profissional de Saúde	,981	-1,6336
Privado	Gestor	57	Profissional de Saúde	,713	-1,3549
			Paciente	,922	-1,6997
	Profissional de Saúde	58	Gestor	,713	-2,7015
			Paciente	,914	-2,3642
	Paciente	58	Gestor	,922	-2,3567
			Profissional de Saúde	,914	-1,6745
ANOVA - DIMENSÃO CONFIABILIDADE POSTHOC= TUKEY HSD ALPHA (0.05)					
TIPO DO HOSPITAL	(I) Vinculo	N	(J) Vinculo	Sig.	95% Confid.
					Interval
					Lower Bound
Público	Gestor	58	Profissional de Saúde	,003	-4,9184
			Paciente	,000	-5,6426
	Profissional de Saúde	58	Gestor	,003	,8057
			Paciente	,683	-2,7805
	Paciente	58	Gestor	,000	1,5299
			Profissional de Saúde	,683	-1,3322
Privado	Gestor	57	Profissional de Saúde	,082	-4,4984
			Paciente	,007	-5,3949
	Profissional de Saúde	58	Gestor	,082	-,2092
			Paciente	,638	-3,2401
	Paciente	58	Gestor	,007	,6874
			Profissional de Saúde	,638	-1,4470
ANOVA - DIMENSÃO PRESTEZA POSTHOC= TUKEY HSD ALPHA (0.05)					
TIPO DO HOSPITAL	(I) Vinculo	N	(J) Vinculo	Sig.	95% Confid.
					Interval
					Lower Bound
Público	Gestor	58	Profissional de Saúde	,037	-3,6005
			Paciente	,000	-5,7212
	Profissional de Saúde	58	Gestor	,037	,0891
			Paciente	,013	-3,8764
	Paciente	58	Gestor	,000	2,2098
			Profissional de Saúde	,013	,3650
Privado	Gestor	57	Profissional de Saúde	,001	1,3828
			Paciente	,249	-4,0482
	Profissional de Saúde	58	Gestor	,001	-6,2137
			Paciente	,000	-7,8359
	Paciente	58	Gestor	,249	-,7826
			Profissional de Saúde	,000	3,0262
ANOVA - DIMENSÃO SEGURANÇA POSTHOC= TUKEY HSD ALPHA (0.05)					
TIPO DO HOSPITAL	(I) Vinculo	N	(J) Vinculo	Sig.	95% Confid.
					Interval
					Lower Bound
Público	Gestor	58	Profissional de Saúde	,000	-5,2696
			Paciente	,086	-3,2351

Privado	Profissional de Saúde	58	Gestor	,000	1,8684
			Paciente	,014	,3339
	Paciente	58	Gestor	,086	-,1661
			Profissional de Saúde	,014	-3,7351
	Gestor	57	Profissional de Saúde	,931	-2,3583
			Paciente	,854	-1,5824
	Profissional de Saúde	58	Gestor	,931	-1,7346
			Paciente	,641	-1,2617
	Paciente	58	Gestor	,854	-2,5104
			Profissional de Saúde	,641	-2,8134

ANOVA - DIMENSÃO EMPATIA POSTHOC= TUKEY HSD ALPHA(0.05)

TIPO DO HOSPITAL	(I) Vinculo	N	(J) Vinculo	Sig.	95% Confid.
					Interval
					Lower Bound
Público	Gestor	58	Profissional de Saúde	,000	-7,3188
			Paciente	,000	-8,5774
	Profissional de Saúde	58	Gestor	,000	3,5088
			Paciente	,265	-3,1636
	Paciente	58	Gestor	,000	4,7674
			Profissional de Saúde	,265	-,6464
Privado	Gestor	57	Profissional de Saúde	,205	-4,4702
			Paciente	,002	-6,4530
	Profissional de Saúde	58	Gestor	,205	-,7194
			Paciente	,168	-4,5663
	Paciente	58	Gestor	,002	1,2633
			Profissional de Saúde	,168	-,6008

Fonte: Dados da pesquisa